

ANAHI CANGUÇU MARFINATI

**UM ESTUDO HISTÓRICO SOBRE AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS
INSTITUCIONAIS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO BRASIL**

**ASSIS
2012**

ANAHI CANGUÇU MARFINATI

**UM ESTUDO HISTÓRICO SOBRE AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS
INSTITUCIONAIS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO BRASIL**

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências e Letras de Assis – UNESP – Universidade Estadual Paulista, para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de Conhecimento: Psicologia e Sociedade).

Orientador: Dr. Jorge Luis Ferreira Abrão

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca da F.C.L. – Assis – UNESP

M326e Marfinati, Anahi Canguçu
Um estudo histórico sobre as práticas psicanalíticas institucionais com crianças autistas no Brasil/ Anahi Canguçu Marfinati. Assis, 2012
175 f. : il.

Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras
de Assis - Universidade Estadual Paulista.

Orientador: Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão

1. Autismo - Brasil 2. Crianças autistas. 3. Psicanálise. 4.
Instituições. I. Título.

CDD 618.928982
616.8917

AGRADECIMENTOS

A gratidão é o único tesouro dos humildes.
William Shakespeare

A única forma de acalantar o coração e torná-lo tranquilo está em agradecer.

De modo geral, agradeço a todos aqueles que estiveram ao meu lado, ao longo do meu estudo sobre o tema do autismo. As dificuldades encontradas no caminho não poderiam ter sido superadas, caso estivesse sozinha, e a finalização desta dissertação de Mestrado não seria possível se, nos momentos de desespero frente ao trabalho a ser realizado, não tivesse contado com a ajuda de pessoas amigas, as quais, despretensiosamente, construíram comigo este estudo.

Agradeço ao Dr. Jorge Luís Ferreira Abrão, pela parceria e amizade no decorrer de seis anos de trabalho e dedicação acerca do autismo. Obrigada por ter acreditado, ainda na graduação, que poderíamos ter realizado de modo tão proveitoso esta pesquisa.

Às professoras Helena Rinaldi Rosa e Viviana Carola Velasco Martinez, meus agradecimentos pela leitura cuidadosa e críticas que só acrescentaram na elaboração desta dissertação.

Agradeço às entrevistadas Ana Beatriz Freire, Angélica Bastos, Conceição S. Araújo, Kátia Monteiro, Maria Cristina Machado Kupfer e Maria Izabel Tafuri, pela disponibilidade em compartilhar seus conhecimentos e experiências e dividir comigo e com os leitores deste trabalho as inquietações inerentes à clínica do autismo.

Registro meus agradecimentos à CAPES, pelo incentivo financeiro, sem o qual o desenvolvimento da pesquisa seria prejudicado.

Aos amigos e professores da UNESP-Assis, agradeço pelo incentivo, companheirismo e troca constante, em especial a Barbara Sinibaldi e Camila Sales, as quais me auxiliaram em diversas dificuldades que tive no desenvolvimento desta dissertação de Mestrado.

Ao melhor amigo e companheiro, André Thiago Shido, agradeço por testemunhar e dividir as aflições que circundaram a elaboração deste estudo. Pela palavra cuidadosa e pela confiança. Muito obrigada.

Às minhas irmãs e mãe, assinalo minha admiração e ternura. Obrigada por tornarem mais alegre minha vida, obrigada pela presença constante nos momentos delicados.

Ao meu pai e avô, onde quer que estejam, dedico este trabalho.

MARFINATI, A. C. *Um estudo histórico sobre as práticas psicanalíticas institucionais com crianças autistas no Brasil*. 2012. 175f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

RESUMO

Apesar de as ideias relativas à psicanálise de crianças já circularem entre os profissionais brasileiros, desde a década de 1930, é só a partir da década de 1990 que as publicações de analistas brasileiros dedicados ao tema do autismo ganham representatividade, resultando em um elevado número de trabalhos científicos em periódicos nacionais, decorrentes em grande parte de práticas institucionais. Desse modo, a presente pesquisa buscou compreender, valendo-se de um vértice histórico, o surgimento e o desenvolvimento das práticas institucionais psicanalíticas ligadas ao atendimento de crianças autistas, no Brasil, no período de 1990 a 2010. Com o intuito de alcançarmos os objetivos propostos, fizemos uso de duas fontes históricas, a saber: as fontes documentais e as fontes orais. As fontes documentais foram empregadas na primeira etapa deste trabalho e, por meio delas, pudemos identificar quais são as práticas psicanalíticas, onde se localizam e quais as características das mesmas, bem como verificar quais os profissionais que mais publicaram na área, os quais participaram da segunda etapa da pesquisa. A escolha por utilizar as fontes orais reside no fato de que, no período que nos propomos estudar, a maioria dos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento dessas práticas clínicas se encontra em plena atividade profissional. Dessa maneira, por meio da análise das entrevistas, discorreremos acerca de questões importantes para compreensão das práticas psicanalíticas desenvolvidas em território nacional, quais sejam: mudanças em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido, ao longo dos anos; contribuições da psicanálise para o entendimento e tratamento do autismo; diagnóstico diferencial entre autismo e psicose; pluralidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo; práticas psicanalíticas institucionais voltadas ao tratamento e escolarização de crianças autistas; inovações trazidas pelos autores brasileiros e as dificuldades advindas da prática clínica e institucional com esse público. Por fim, com o conhecimento do que se tem produzido sobre o autismo, dentro de uma perspectiva psicanalítica no Brasil, na atualidade, e das reflexões trazidas pelas entrevistadas contempladas pela presente dissertação, destacamos o aumento de instituições norteadas pelo referencial teórico psicanalítico destinado ao tratamento das crianças autistas, as quais resgatam o olhar para o subjetivo e promovem a reflexão científica sobre o tema.

Palavras-chave: Autismo. Psicanálise. Brasil. Instituição.

MARFINATI, A. C. *A historical study on institutional psychoanalytical practices with autistic children in Brazil*. 2012. 175 p. Dissertation (Master in Psychology) – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista, Assis, 2012.

ABSTRACT

Despite the ideas concerning psychoanalysis of children already circulate among Brazilian professionals since the 1930s, it is only from the 1990s that publications of Brazilian analysts dedicated to the topic of autism gain representation, resulting in a large number of scientific papers in national journals, stemming largely from institutional practices. Therefore the present study aimed to understand, using a historical view, the emergence and development of institutional psychoanalytical practices dedicated to the care of autistic children in Brazil, from 1990 to 2010. In order to achieve the proposed objectives, we made use of two historical sources, namely: the documentary sources and oral sources. The documentary sources were used in the first stage of this paper, and, through it, we could identify what are the psychoanalytical practices, where they are located and what are their characteristics, as well as identify which professionals published most in the area, who participated in the second stage of the research. The choice to use oral sources lies in the fact that, during the period in which we propose ourselves to study, most of the professionals responsible for the development of these clinical practices is in full professional activity. Thereby, through the analysis of the interviews, we discuss about important issues to the understanding of psychoanalytical practices developed in the country, namely: changes towards the way autism has been understood over the years; contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of autism; differential diagnosis between autism and psychosis; plurality of understandings about the etiology of autism; institutional psychoanalytical practices oriented to the treatment and schooling of autistic children; innovations brought by Brazilian authors and the difficulties that come from the institutional and clinical practice with this audience. Finally, from the knowledge of what has been produced on autism in a psychoanalytical perspective in Brazil in present day and from the reflections brought by the interviewees contemplated by this thesis, we highlight the rise of institutions guided by the psychoanalytical theoretical frame of reference destined for the treatment of autistic children, which recover the look to the subjective and promote scientific thinking on the topic.

Keywords: Autism. Psychoanalysis. Brazil. Institution.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1. A inserção do conceito de autismo na história da psiquiatria	39
Tabela 1. Distribuição dos artigos por ano de publicação	69
Tabela 2. Distribuição dos artigos por década e disponibilidade de acesso virtual	70
Quadro 2. Distribuição dos artigos por autor e ano de publicação	70
Tabela 3. Distribuição dos autores por Estado	74
Tabela 4. Distribuição do total de artigos por periódicos	77
Tabela 5. Distribuição de publicações por profissionais entrevistadas	81
Tabela 6. Distribuição dos artigos por eixos temáticos	82

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	- Associação Brasileira de Psicanálise
AT	- Acompanhamento Terapêutico
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CAPSi	- Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CPDOC	- Centro de Pesquisa e Documentação em História Contemporânea do Brasil
CPPL	- Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem
FGV	- Fundação Getúlio Vargas
GAP	- Grupo para o Avanço da Psiquiatria
IPA	- <i>International Psychoanalytical Association</i>
NAICAP	- Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica
NIJI	- Núcleo da Infância e Adolescência
SAIJ	- Serviço de Atenção Intensiva Infanto-Juvenil
TGD	- Transtornos Globais do Desenvolvimento
Unifesp	- Universidade Federal de São Paulo
USP	- Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 COMPREENDENDO A PESQUISA: PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS	11
1.1 Delimitação da problemática e Justificativa	11
1.2 Objetivos	14
1.3 Reflexões sobre a Pesquisa Histórica em Psicanálise	14
1.4 Delimitação dos procedimentos da pesquisa	17
2 UM PERCURSO PELA PSIQUIATRIA INFANTIL: DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS À ORIGEM DO CONCEITO DE AUTISMO	24
2.1 A Idiotia como um Retardamento Mental (ir)reversível	24
2.2 As Psicoses da Infância: as demências infantis	29
2.3 A Clínica Pedopsiquiatria e a Conceituação de Autismo pela Psiquiatria	33
3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONCEITO DE AUTISMO E SUA REPERCUSSÃO NA PSICANÁLISE	41
4 AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO BRASIL POR MEIO DOS REGISTROS EM PERIÓDICOS NACIONAIS	68
4.1 Caracterizando as publicações sobre o autismo no cenário psicanalítico brasileiro	68
4.2 Tendências da produção psicanalítica brasileira sobre o autismo	81
5 DESVENDANDO AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO CONTEXTO BRASILEIRO – QUE LUGAR É ESSE?	92
5.1 Apresentação das entrevistadas: trajetória profissional e singularidades	93
5.2 Análise dos Temas Relevantes para Compreensão do Autismo no contexto psicanalítico brasileiro atual	101
CONCLUSÃO	124
REFERÊNCIAS	127
APÊNDICE	139

INTRODUÇÃO

*Uma nuvem cobre o céu
Uma sombra envolve o seu olhar
Você olha ao seu redor
E acha melhor parar de olhar*

*São olhos iguais aos seus
Iguais ao céu
Ao seu redor
São olhos iguais aos seus*

*O que faz as pessoas parecerem tão iguais?
Por que razão essa igualdade se desfaz?
Qual é a razão desse disfarce no olhar?
O que faz as pessoas parecerem tão iguais?
Humberto Gessinger*

Quando decidi estudar a temática do autismo, não fazia ideia acerca da angústia que movimentava todos aqueles que a ela se dedicam, quer em instituições, quer em clínicas particulares, escolas ou ainda por meio de pesquisas acadêmicas.

A pergunta tácita que logo nos assombra parece percorrer todo o caminho do árduo trabalho e, por conseguinte, do presente estudo: seria mesmo possível uma criança fadada, quase que inevitavelmente, à recusa? Ou seja, seria possível uma criança resistente ao contato humano – seria uma escolha, haveria sofrimento, quais seriam as possibilidades?

Vislumbrada pelo enigma que uma criança autista suscita, logo que ingressei no curso de Psicologia, decidi, certa de que encontraria respostas que me acalantariam, debruçar-me, ano após ano, à análise das práticas psicanalíticas com as crianças autistas, no Brasil.

No ano de 2005, iniciei profícua parceria com o professor Jorge Luís Ferreira Abrão, cujo trabalho de orientação e supervisão contabiliza sete anos de estudo a respeito do autismo. Nesse ínterim, o esforço inicial para compreender a diversidade das teorias psicanalíticas, os jargões psiquiátricos e a historicidade do conceito autismo resultou no passo inicial para a elaboração desta dissertação: a pesquisa de Iniciação Científica intitulada “O olhar psicanalítico sobre o autismo: caracterização da produção brasileira nas décadas de 1970 a 2000”, efetuada ao longo de dois anos com o apoio da FAPESP.

No decurso de seu desenvolvimento, o vislumbre inicial foi cedendo à aflição de que não encontraria as respostas as quais procurava; contudo, à luz do conhecimento psicanalítico, novas possibilidades de entendimento foram surgindo, em que o olhar da falta, da recusa e de

déficit comumente atribuído às crianças autistas foi perdendo espaço, conferindo à pesquisa enfoques múltiplos e possíveis a respeito do tema.

Não satisfeita com a análise teórica advinda da pesquisa de Iniciação Científica, ainda na graduação em Psicologia, ingressei em dois estágios, com posições teóricas distintas, voltados à população em questão. O contato inicial com as crianças autistas se deu por meio de minha participação como observadora em uma ONG, cujo método de trabalho se baseava na teoria comportamental; no ano subsequente, comecei a difícil tarefa de efetuar atendimentos clínicos com essas crianças, sob uma perspectiva psicanalítica. Com base nessa experiência, a ideia de prosseguir com o estudo do autismo pelo referencial teórico psicanalítico foi corroborada pela breve prática que tive, nesse período.

Em suma, esse é o caminho que trilhei até chegar à presente dissertação de Mestrado, em que pretendemos, por meio de um viés histórico, compreender o surgimento e o desenvolvimento das práticas psicanalíticas de caráter institucional dedicadas ao atendimento de crianças autistas no Brasil, no período de 1990 a 2010.

Desse modo, no primeiro capítulo, “Compreendendo a pesquisa: pressupostos metodológicos”, expusemos os parâmetros metodológicos que fundamentam este estudo: os objetivos, a justificativa e os procedimentos necessários para se alcançar o propósito desta pesquisa são explicitados ao longo desse tópico.

Na sequência, o capítulo “Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo” dedica-se a traçar um percurso histórico do saber psiquiátrico sobre a criança, assinalando o modo como a conceituação de autismo infantil originar-se-á dentro desse panorama. Ao final do mesmo, com fins didáticos, apresentamos um quadro com os principais marcos históricos atinentes ao conceito de autismo.

A discussão do autismo por meio do referencial psicanalítico é discorrida no capítulo “Considerações acerca do conceito de autismo e sua repercussão na psicanálise”, no qual explicitamos o pensamento psicanalítico com base em diversos autores, a saber: Melanie Klein, Bruno Bethelheim, Margareth Mahler, Francis Tustin, Donald Winnicott, Wilfred Bion e Jacques Lacan.

No capítulo intitulado “Tecendo um olhar psicanalítico sobre o autismo no Brasil a partir das fontes documentais”, as práticas psicanalíticas com crianças autistas são expostas por meio dos registros em periódicos nacionais, em que pudemos discutir algumas temáticas importantes para a compreensão do autismo, utilizadas na elaboração do roteiro de entrevistas.

O quinto capítulo, cujo título é escrito sob a forma de indagação – “Desvendando as práticas psicanalíticas institucionais com crianças autistas no contexto brasileiro – que lugar é esse?” –, refletimos sobre o tema do autismo através da análise das entrevistas, as quais nos permitiram discutir a propósito de diversas problemáticas, abrangendo as dificuldades clínicas e institucionais advindas da prática com as crianças autistas, a etiologia e o diagnóstico diferencial, as transformações ocorridas ao longo dos anos, entre outras questões que se fizeram necessárias, para alcançar o objetivo proposto.

Finalmente, na conclusão desta dissertação, tecemos as considerações finais de todo o caminho percorrido, de modo não apenas a concluir, mas também a suscitar e a problematizar outras questões sobre as práticas psicanalíticas destinadas às crianças autistas, no Brasil, nas últimas décadas.

Assim, por meio desta pesquisa de Mestrado, esperamos contribuir mais no sentido de promover novas discussões e reflexões acerca da prática psicanalítica brasileira com o público em estudo, do que ter a (pre)ensão de encontrar respostas exatas e verdades intransponíveis. O estudo do autismo nos obriga a abdicar do afã cientificista de encontrar um conhecimento único e certo, com o qual fui motivada logo que comecei a explorar o tema; igualmente, faz-nos repensar o que nos faz humanos e é exatamente abrir um campo de discussão que possibilite discutir o autismo sob um viés mais humano, que se propõe esta dissertação.

1 COMPREENDENDO A PESQUISA: PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

O presente estudo dedica-se a uma investigação a respeito das práticas psicanalíticas de caráter institucional desenvolvidas com as crianças autistas no contexto brasileiro, a partir da década de 1990. Caracteriza-se, dessa forma, como uma pesquisa qualitativa de cunho histórico, pautada no referencial psicanalítico, cuja finalidade é refletir sobre as práticas relativas ao autismo surgidas em nosso país e que se desenvolvem até os dias atuais.

Iniciaremos esta apresentação expondo a justificativa e os objetivos que delimitam a pesquisa, de modo a respaldar o desenvolvimento desta dissertação e assinalar sua importância tanto para a pesquisa histórica em psicanálise quanto para os trabalhos desenvolvidos com as crianças autistas no Brasil. Em seguida, abordaremos os alicerces metodológicos que sustentam este estudo, delimitando o campo do presente trabalho e os procedimentos em que ele está inserido.

1.1. Delimitação da problemática e Justificativa

Ao longo do século XX, encontramos um número significativo de trabalhos psicanalíticos dedicados ao estudo do autismo que foram produzidos na Europa e nos Estados Unidos por diversos psicanalistas, trabalhos esses que serão apresentados no terceiro capítulo dessa dissertação.

Muitas dessas influências chegaram ao Brasil e propiciaram, durante as últimas décadas do século XX, o surgimento de uma prática clínica voltada ao tratamento de crianças autistas amparada nos preceitos psicanalíticos. Os desdobramentos dessas práticas resultaram em diferentes frentes de atuação, quais sejam: atendimentos clínicos em consultórios e o surgimento de instituições de caráter educativo-terapêutico.

Nesse sentido, a presente pesquisa surge com a intenção de ampliar o conhecimento existente sobre as práticas psicanalíticas surgidas no país, dada sua importância no tratamento de crianças autistas. Além disso, permitirá delimitar as características que envolvem tais práticas, constatando suas evoluções de acordo com o percurso histórico.

Faz-se necessário esclarecer que por práticas psicanalíticas compreendemos toda a forma de intervenção com crianças autistas, sustentadas em princípios psicanalíticos, incluindo, portanto, atividades que perpassam tanto por instituições, quanto por atendimentos *stricto sensu* com essa finalidade.

Apesar de as ideias relativas à psicanálise de crianças já circularem entre os profissionais brasileiros desde a década de 1930, é só a partir de 1970 que encontraremos as primeiras iniciativas clínicas com crianças autistas, e apenas na década de 1980 que aparecem as primeiras publicações de analistas brasileiros voltados ao tema do autismo de forma bastante tímida.

A psiquiatra e psicanalista Izelinda Garcia de Barros, membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, foi uma das primeiras estudiosas a abordar terapeuticamente os casos de autismo, abrindo espaço para outros profissionais e contribuindo para que a psicanálise de crianças, no Brasil, ampliasse seu espectro de atuação. Com o artigo “Dentro dos seus olhos: reflexões sobre a atitude do terapeuta e o desenvolvimento da relação terapeuta-paciente na psicanálise de crianças”, publicado em 1987, foi ganhadora do Prêmio Sigmund Freud, conferido pela Confederação Psicanalítica da América Latina (COPAL). O material clínico do referido trabalho descreve a análise de um menino de sete anos considerado autista, e seu desenvolvimento durante dois anos de análise.

Izelinda Garcia de Barros fundamenta-se em uma ampla referência bibliográfica em que se encontram vários psicanalistas como Donald Winnicott, Francis Tustin, Wilfred Bion, Melanie Klein e Margareth Mahler, os quais dão sustentação aos seus argumentos e colaboram para o consequente reconhecimento do seu trabalho. Particularmente, as hipóteses de Francis Tustin assumiram um papel de relevância no trabalho clínico de Izelinda Garcia de Barros, uma vez que ela fez supervisões periódicas com Tustin, na Inglaterra, durante a década de 1970.

Apesar dessa iniciativa, as publicações existentes sobre o tema na década de 1980 são extremamente raras e de pouca expressão, enquanto ações representativas da psicanálise brasileira. Assim, a hipótese da presente investigação sustenta-se na ideia de que, sobretudo a partir da década de 1990, surgiram, no Brasil, práticas ligadas ao atendimento de crianças autistas cujo alicerce teórico está amplamente sustentado na psicanálise, o que resultou na produção de trabalhos científicos sobre o tema.

Tal constatação foi observada em pesquisa de Iniciação Científica efetuada ao longo de dois anos, com o apoio da FAPESP, em que averiguamos a produção psicanalítica sobre o autismo no Brasil, nas décadas de 1970 a 2000. Para tanto, valemo-nos de dois periódicos científicos voltados ao estudo da psicanálise: *A Revista Estilos da Clínica* e a *Revista Brasileira de Psicanálise*.

Entre os resultados encontrados, notamos que, dos quarenta e quatro artigos publicados sobre o tema, apenas dois datavam da década de 1980: o artigo de Marisa Pelella

Mélega, “Um jovem psicanalista trabalhando” (1984), e o trabalho de autoria de Rosanne Friedman Sigres, intitulado “Tentativa de abordagem psicanalítica de um caso de autismo infantil” (1986), ambos publicados na *Revista Brasileira de Psicanálise*. Ou seja, cerca de 95% dos trabalhos sobre o autismo, no contexto psicanalítico brasileiro, foram publicados a partir da década de 1990.

Tais publicações encontram-se dispersas em diferentes periódicos nacionais e, ao analisá-las, poderemos vislumbrar as características dessas práticas, assim como suas particularidades teóricas e suas abrangências. Diante disso, partimos do pressuposto de que, conforme aponta Maria Andery, Micheletto e Sério (1998, p. 20), “[...] nossa compreensão de presente e nossa construção do futuro estão intimamente relacionadas à maneira pela qual estudamos o nosso passado”.

Ademais, ao inserirmos a presente pesquisa no âmbito mais abrangente da história da psicologia no Brasil, podemos nos valer dos argumentos apresentados por Michael Wertheimer, ao fundamentar os trabalhos dessa natureza:

A história da psicologia pode nos ajudar a descobrir grandes idéias do passado. Pode nos ajudar a concentrar nossa atenção sobre as questões abrangentes e fundamentais às quais deveríamos estar direcionando nossos esforços. Mais importante, ainda, pode nos ajudar a tomar consciência do contexto social em que trabalhamos, e nos tornar menos sujeitos às suas influências irracionais. Pode servir para integrar o que se tornou um campo bastante fragmentado. (WERTHEIMER, 1998, p. 39).

Portanto, este estudo se fundamenta na noção de que a compreensão do trabalho e da consequente produção científica que emana dessas práticas possibilitará um melhor entendimento sobre a produção psicanalítica brasileira, no que diz respeito ao tema do autismo.

Outrossim, a existência de novos espaços para o tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, espaços estes que ampliam o *setting* analítico tradicional, define avanços técnicos e circunscrevem o aperfeiçoamento do trabalho em equipe multiprofissional, no qual a psicanálise figura como protagonista: “O trabalho em equipe, quer na transmissão do conhecimento em psicanálise, no gerenciamento das organizações e na área da educação, aponta para a utilização de uma ‘Perspectiva psicanalítica em outros espaços’, ao que chamamos clínica do social” (ROCHA, 2006, p. 14).

O estudo desses novos espaços contribui para ampliar o entendimento sobre a prática clínica que ultrapassa o *setting* analítico clássico. Por conseguinte, nossa pesquisa se propõe investigar o surgimento de práticas psicanalíticas que oferecem atendimentos a crianças

autistas, no Brasil. É válido pontuar que pretendemos não somente assinalar quais são essas práticas, mas principalmente adotar uma visão crítica e interpretativa, de sorte a buscar explicações para as tendências encontradas.

1.2. Objetivos

Tendo em vista as considerações até aqui apresentadas, passamos aos objetivos da presente pesquisa:

Objetivo Geral:

- Compreender, valendo-se de um vértice histórico, o surgimento e o desenvolvimento das práticas psicanalíticas institucionais dedicadas ao atendimento de crianças autistas no Brasil, no período de 1990 a 2010.

Objetivos Específicos:

- Identificar quais são as práticas psicanalíticas brasileiras destinadas ao atendimento de crianças autistas, qual o contexto histórico que culminou no seu surgimento e onde se localizam.
- Explicitar os fundamentos teóricos que sustentam tais práticas clínicas institucionais.
- Compreender as transformações ocorridas ao longo dos anos.
- Investigar quais são os modelos técnicos utilizados no atendimento das crianças autistas.

1.3. Reflexões sobre a Pesquisa Histórica em Psicanálise

A pesquisa histórica em psicanálise está inserida no âmbito que se convencionou chamar de “historiografia da psicologia”, uma vez que a disciplina freudiana se destina, enquanto um sistema teórico, a explicar as manifestações psíquicas dos indivíduos. De acordo com Abrão (2004), partindo desse pressuposto, podemos considerar que “[...] a psicanálise é uma área do conhecimento científico passível de ter sua história investigada por intermédio dos métodos tradicionalmente empregados nas pesquisas de história da psicologia”.

Delimitar um método de pesquisa nessa área do saber – da história da psicologia e psicanálise –, não é tarefa fácil, pois o objeto de investigação em psicologia não se dá de

modo tão apreensível tal como ocorre em outros campos do conhecimento, como por exemplo, nas ciências exatas e biológicas. A idiosincrasia da pesquisa em psicologia, especificamente da pesquisa histórica, está relacionada à diversidade dessa ciência, o que acaba por refletir em uma diversidade de filiações filosóficas e metodológicas oriundas de seu objeto de investigação: “Diferenças nos métodos e produtos que caracterizam as várias maneiras de estudar história da psicologia revelam distintas concepções com relação àquilo que se assume como objeto de estudo da própria história da psicologia” (ANDERY; MICHELETTO; SÉRIO, 1998, p. 9).

Analogamente, circunscrever um campo teórico-metodológico que fundamente as investigações relativas à história da psicanálise torna-se complexo, tendo em vista o modo singular como a psicanálise se constituiu como ciência e que devem ser apreciadas em uma pesquisa de caráter histórico.

De acordo com Abrão (2004), podemos elencar basicamente duas particularidades da psicanálise: a primeira delas alude à indissociabilidade entre criador e criatura, ou seja, a constituição da teoria psicanalítica advém, primeiramente, das vivências pessoais do psicanalista e, posteriormente, mas não menos importante, de sua experiência clínica; a segunda singularidade refere-se ao desenvolvimento pouco linear da teoria e da técnica psicanalítica, culminando no surgimento de diferentes escolas com base no legado freudiano, o que pode conduzir a dissidências conceituais e à

[...] descrição de estados mentais distintos, designados por uma mesma nomenclatura, o que por vezes pode levar a equívocos na compreensão dos conteúdos veiculados nas teorias e a embates científicos e políticos marcados por antagonismos, afiliações e dissidências. (ABRÃO, 2004, p. 19).

Dessa forma, ao considerar esse desenvolvimento pouco linear da psicanálise, o historiador que intenta abordar o campo psicanalítico necessita voltar sua atenção para as continuidades e descontinuidades da evolução teórica cujo desenrolar está permeado por contingências históricas: “[...] trata-se de uma história da teoria e da prática psicanalítica, teoria e prática que se apresentam, a um observador que se disponha a pensar a sério o que se observa, sob o signo da dispersão” (MEZAN, 1988, p. 16).

Apreciadas essas especificidades da psicanálise, assim como a consequente implicação para pesquisas desenvolvidas por um viés histórico, destacaremos alguns modelos metodológicos empregados em maior ou menor escala na historiografia da psicanálise.

Conforme Abrão (2007), a primeira tentativa de se delinear um campo de investigação pautado na história do movimento psicanalítico foi a *Abordagem descritiva*, sendo, por isso,

considerada o marco inaugural da historiografia da psicanálise. Essa abordagem procura narrar os acontecimentos e os fatos os quais se encontram dispersos e mesmo desconhecidos do público, priorizando, portanto, “[...] a periodização de acontecimentos, a descrição pormenorizada dos eventos e a nomeação de personagens que marcaram a evolução do movimento psicanalítico” (ABRÃO, 2007, p. 8). As obras escritas por Freud – *A história do movimento psicanalítico* (1914) e *Um estudo autobiográfico* (1925) –, são exemplos relevantes de trabalho que podem ser agrupados nessa categorização.

Pesquisadores que se valem da *Abordagem contextual* se empenham em uma análise mais depurada dos dados disponíveis, ampliando a compreensão dos acontecimentos históricos e oferecendo novas interpretações dos fatos já existentes. Um exemplo que pode ser inserido sob o título de “abordagem contextual” refere-se à obra biográfica escrita por Peter Gay, intitulada *Freud: uma vida para o nosso tempo*, datada de 1989.

De acordo com essa abordagem, os fatos históricos ganham uma nova conotação, justamente por ela não estar restrita ao caráter informativo, permitindo análises mais depuradas em que o contexto científico e cultural é relevante para o entendimento do movimento psicanalítico e seus personagens:

Desta forma, chegamos à constatação de que o enfoque metodológico desta abordagem desloca o foco de sua análise, migra de um procedimento endógeno, pautado na análise dos acontecimentos que marcaram a história da psicanálise por si mesmos, para um procedimento exógeno, que busca estabelecer linhas de relação entre a psicanálise e os demais campos do saber, procurando explicitar as influências sofridas pela psicanálise ao longo de sua constituição e demonstrar os efeitos que esta nova ciência exerceu sobre a civilização ocidental ao longo de aproximadamente um século de existência. (ABRÃO, 2004, p. 22).

O terceiro enfoque metodológico, a *Abordagem interpretativa*, faz uso do próprio método psicanalítico como instrumento para efetuar suas análises históricas:

A forma como os acontecimentos ocorreram, as ligações e os antagonismos estabelecidos entre diferentes protagonistas da história da psicanálise, as omissões e exasperações presentes nas formulações teóricas propaladas pelos psicanalistas, constituem-se em um terreno altamente fértil de investigação que, uma vez submetidos ao crivo do método psicanalítico, podem fornecer indícios importantes sobre a história da psicanálise. (ABRÃO, 2007, p. 10).

Segundo Abrão (2007), considerar a marca do inconsciente como presente nas diversas relações humanas, assim como compreender as motivações inconscientes que motivaram pensadores da psicanálise em suas ações teóricas e políticas, pode ser um instrumento valioso no estudo histórico em psicanálise. Contudo, o pesquisador que opte por

esse modelo metodológico deve estar atento para que a pesquisa não caia em um reducionismo, cujos aspectos inconscientes figurem como protagonista, desconsiderando os fatores políticos e sociais, por exemplo. Essa abordagem foi também empregada por Peter Gay, na biografia de Freud.

Por fim, a *Abordagem Epistemológica* possui como característica principal uma rigorosa análise conceitual, bem representada pelo *Vocabulário de Psicanálise*, escrito por Laplanche e Pontalis, cuja publicação data de 1967, e pelo *Dicionário do pensamento kleiniano*, de Robert Hinshelwood, publicado de maneira ampliada no ano de 1992.

Ainda de acordo com Abrão (2007), cabe ressaltar que o emprego desses modelos metodológicos não ocorre de maneira isolada e linear, tal como descrevemos. Outrossim, “[...] esta classificação cumpre a função de servir de parâmetro para orientar o entendimento do planejamento metodológico das diversas pesquisas históricas relativas à psicanálise surgidas no Brasil durante as últimas décadas” (ABRÃO, 2007, p. 11).

Tomando como referência os modelos exemplificados acima, podemos circunscrever a presente pesquisa dentro do chamado modelo contextual.

Uma vez apresentados os fundamentos desta investigação e definidos seus objetivos, resta-nos detalhar a proposta metodológica que nos orientou para a realização desse trabalho. Dessa forma, daremos prosseguimento explicitando como identificamos as práticas psicanalíticas brasileiras e definindo os instrumentos de coleta de dados e os procedimentos empregados.

1.4. Delimitação dos procedimentos da pesquisa

Tendo em vista que o objetivo principal desta pesquisa é o de compreender, com base em um vértice histórico, as práticas psicanalíticas institucionais dedicadas às crianças autistas no Brasil, a partir da década de 1990, procuramos privilegiar as fontes históricas que melhor se coadunassem com as características de tal objetivo, porque,

[c]omo não se pode registrar todos os acontecimentos, é indispensável a escolha das fontes relevantes para o estudo aprofundado. A arte do historiador manifesta-se precisamente neste processo de identificação das fontes apropriadas para a reconstrução e a interpretação históricas, essência da historiografia. (CAMPOS, 1998, p. 15).

Assim, com o intuito de alcançarmos os objetivos propostos, fizemos uso de duas fontes históricas, a saber: as fontes documentais e as fontes orais.

A escolha das fontes documentais justifica-se, conforme assinalamos anteriormente, na medida em que, a partir de 1990, há uma rica produção teórica sobre o autismo no âmbito psicanalítico brasileiro, cuja publicação se encontra dispersa em periódicos nacionais.

As fontes documentais foram empregadas na primeira etapa deste trabalho e, por meio dela, pudemos identificar quais são as práticas psicanalíticas, onde se localizam, quais as características das mesmas e quais os autores mais frequentes. Pode-se dizer que, nesse primeiro momento, nossa proposta foi a de coletar dados, de forma a obter um panorama do tema ora em análise.

Dessa maneira, os artigos têm a finalidade de fornecer indicações para a identificação dos profissionais entrevistados e, por meio da apreciação dos temas recorrentes, servir de base para elaboração do roteiro de entrevistas, o qual nos permitiu proceder à análise das fontes orais, foco desta dissertação. É válido ainda ressaltar que não é o objetivo da pesquisa examinar individualmente cada artigo, embora determinadas publicações possam compor a análise das entrevistas quando necessárias para complementar as reflexões trazidas por elas.

Para realizar esse levantamento de dados, recorreremos à literatura técnico-científica disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nos anos de 1990 a 2010. Essa biblioteca virtual é uma parceria entre a Rede Nacional de Bibliotecas da Área de Psicologia, o Serviço de Biblioteca e Documentação do Instituto de Psicologia da USP, o Conselho Federal de Psicologia e a Bireme. A base de dados em que efetuamos esse levantamento foi a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), um dos mais importantes indexadores da literatura científica da América Latina e do Caribe.

A fim de localizar esses artigos, além do período, utilizamos primeiramente as palavras-chave *autismo* e *psicanálise*. Além disso, só incluímos os artigos escritos por autores nacionais, uma vez que nosso estudo está circunscrito às práticas psicanalíticas brasileiras.

É válido pontuar que, após essa primeira etapa, dos artigos que preencheram os critérios acima mencionados, só foram incluídos aqueles que apresentaram o tema *autismo* explícito no título ou em uma discussão clínica/teórica sobre o tema no corpo do trabalho. Em relação ao emprego do termo *autismo*, não foram abarcados os artigos que o consideram em seu sentido *lato*. Assim, o termo *autismo* empregado como sintoma de uma patologia, de maneira geral, não foi incluído.

De modo geral, foram lidos apenas os resumos dos artigos disponibilizados na base de dados e/ou os resumos escritos pelos respectivos autores em seus trabalhos, uma vez que as fontes documentais foram usadas com o objetivo de subsidiar a elaboração das entrevistas. Contudo, alguns artigos foram lidos em sua íntegra, quando as informações presentes nos

mesmos se mostraram insuficientes ou quando houve impossibilidade de compreender as reflexões enfocadas.

Em decorrência, nosso estudo tangencia ainda que parcialmente os trabalhos denominados “estado da arte” ou “estado do conhecimento”, os quais são caracterizados, essencialmente, por seu caráter bibliográfico e que procuram mapear e discutir determinada produção acadêmica em diferentes áreas do conhecimento:

Sustentados e movidos pelo desafio de conhecer o já construído e produzido para depois buscar o que ainda não foi feito, de dedicar cada vez mais atenção a um número considerável de pesquisas realizadas de difícil acesso, de dar conta de determinado saber que se avoluma cada vez mais rapidamente e de divulgá-lo para a sociedade, todos esses pesquisadores trazem em comum a opção metodológica, por se constituírem pesquisas de levantamento e de avaliação do conhecimento sobre determinado tema. (FERREIRA, 2002, p. 259).

É oportuno frisar, ainda, que as pesquisas tidas como “estado da arte” possuem certas limitações, pois o objeto de investigação do pesquisador consiste apenas em textos que se têm em mãos, portanto, a história que se construirá com base em suas leituras está sujeita ao olhar do pesquisador: “Então, a História da produção acadêmica é aquela proposta pelo pesquisador que lê. Haverá *tantas* Histórias quantos leitores houver dispostos a lê-las” (FERREIRA, 2002, p. 269).

Igualmente, pode-se indagar sobre a fidedignidade em se traçar um “estado do conhecimento” em um dado período de tempo, valendo-se apenas da leitura de resumos de artigos, os quais se destinam a informar o leitor de modo rápido, sucinto e objetivo o trabalho que se origina. Norma Ferreira (2002) aponta algumas dificuldades advindas da tentativa de se compreender um trabalho com base na leitura de resumos, como, por exemplo, a sensação de que

[...] sua leitura a partir apenas dos resumos não lhe dá a idéia do todo, a idéia do que “verdadeiramente” trata a pesquisa. Há também a idéia de que ele possa estar fazendo uma leitura descuidada do resumo, o que significará uma classificação equivocada do trabalho em um determinado agrupamento, principalmente quando se trata de enquadrá-lo quanto à metodologia, teoria ou mesmo tema. Por outro lado, há também a sensação de que os resumos encontrados nos catálogos são mal feitos, cortados, recortados por “n” razões, sem autoria definida e de difícil acesso. (FERREIRA, 2002, p. 265-266).

Grosso modo, ao examinar os resumos dos artigos, há que se levar em conta o gênero do discurso, o qual está predominantemente ligado à esfera acadêmica, sendo, por conseguinte, originado em condições específicas. Além disso, os resumos devem ser lidos a

partir do suporte material que os abriga, seja ele catálogo impresso, seja resumo no próprio artigo, cuja criação satisfaz um propósito específico, que obedece a certas convenções e é empregado por um determinado grupo de leitores.

Tendo em vista as (de)limitações das pesquisas inscritas sob o título de “estados da arte” e com o intuito de possibilitar uma melhor compreensão sobre as práticas psicanalíticas com crianças autistas, no Brasil, de acordo com os objetivos desta pesquisa, optamos por fazer uso, além das fontes documentais, das fontes orais.

A escolha por utilizar as fontes orais reside no fato de que, no período que nos propomos estudar, a maioria dos profissionais responsáveis pelo desenvolvimento dessas práticas clínicas se encontra em plena atividade profissional, estando, portanto, em condições de testemunhar suas experiências em relação às práticas que desenvolvem e ao contexto institucional em que atuam.

Uma vez promovida essa delimitação, cumpre-nos apresentar os fundamentos teóricos e práticos que permitem legitimar as fontes orais como um recurso fidedigno para a investigação histórica, em geral, e para o presente estudo, em particular.

Segundo Queiroz (1988, p. 19), *história oral* pode ser definida, em linhas gerais, como um

[...] termo amplo que recobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação ou cuja documentação se quer completar. Colhida por meio de entrevistas de variada forma, ela registra a experiência de um só indivíduo ou de diversos indivíduos de uma mesma coletividade.

Para Marieta Ferreira (1994), Coordenadora do Programa de História Oral do Centro de Pesquisa e Documentação em História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas, as fontes orais, enquanto procedimento metodológico, não têm grande aceitação entre os historiadores.

Do ponto de vista da periodização, ao passo que a história antiga e medieval recebia maior atenção, a história contemporânea era marginalizada, não sendo passível de identificação teórica: “A justificativa para tal posicionamento era a concepção de que uma história só nasce para uma época quando esta já está totalmente morta, o que implicava a crença em um passado fixo e determinado” (FERREIRA, 1994, p. 2).

A história oral, como um recurso metodológico, só pôde ser legitimada no momento em que esse posicionamento se modificou, passando a incorporar o tempo presente ao universo de pesquisa do historiador.

Abrão (2004, p. 38) aponta alguns outros fatores que parecem ter contribuído para a melhor aceitação desse método de pesquisa, tais como:

[...] a revalorização dos métodos qualitativos, nos quais a história oral está inserida, em detrimento dos métodos quantitativos; o aprimoramento tecnológico que, mediante o desenvolvimento do gravador, possibilitou uma condição ímpar de pesquisa, através da qual os depoimentos podem ser colhidos na íntegra, e a criação de acervos de relatos orais que através da gravação e do arquivamento do depoimento, permitem a consulta do material original por outros pesquisadores, possibilitando, assim, que ele se torne uma fonte para futuras pesquisas.

No contexto brasileiro, foi a partir de 1970 que a pesquisa em história oral ganhou ímpeto. Um exemplo de referência em história oral originado nesse período é o Centro de Pesquisa e Documentação em História Contemporânea do Brasil (CPDOC), da Fundação Getúlio Vargas (FGV), o qual tem se dedicado à criação de um acervo em história oral voltado ao estudo da elite brasileira. Em 1994, o Departamento de História da Universidade de São Paulo (USP) propôs a criação da Associação Brasileira de História Oral, confirmando o aumento do interesse sobre o tema, no meio acadêmico.

Assim, o emprego das fontes orais como um método de pesquisa tem se tornado um importante recurso aos pesquisadores que optam por testemunhar e compreender determinado tema, com base em um vértice histórico, constatando suas transformações sofridas ao longo do tempo e vislumbrando a temática em estudo sob a perspectiva de seus personagens:

Ainda que objeto de poucos estudos metodológicos mais consistentes, a história oral, não como uma disciplina, mas como um método de pesquisa que produz uma fonte especial, tem se revelado um instrumento importante no sentido de possibilitar uma melhor compreensão da construção das estratégias de ação e das representações de grupos ou indivíduos em uma dada sociedade. (FERREIRA, 1994, p. 12).

Isso posto, resta-nos definir o critério de seleção dos profissionais entrevistados para, em seguida, apontar as principais diretrizes que nortearam as entrevistas.

Ao optarmos por circunscrever o campo de nossa investigação às práticas psicanalíticas dedicadas às crianças autistas, no Brasil, precisávamos encontrar um instrumental metodológico que nos possibilitasse chegar a elas, haja vista que os profissionais que desenvolvem tais práticas se encontram dispersos em território nacional.

Assim, primeiramente, efetuamos uma busca na biblioteca virtual dos artigos que discorriam acerca do autismo sob um viés psicanalítico. Após essa seleção, verificamos quais os autores que mais publicaram suas práticas e onde as exercem. As seis autoras cujos nomes apareceram de modo mais recorrente – Ana Beatriz Freire, Angélica Bastos de Freitas Rachid

Grimberg, Conceição Aparecida Serralha de Araújo, Katia Alvares de Carvalho Monteiro, Maria Cristina Machado Kupfer e Maria Izabel Tafuri¹ – foram convidadas a participar desta investigação.

Com vistas a uma execução profícua das entrevistas, as depoentes foram abordadas tomando-se por base um roteiro elaborado previamente, cujo objetivo foi o de estabelecer parâmetros comuns para a realização das entrevistas e obter o maior número de informações possíveis sobre o tema em estudo. Entretanto, as questões que constituem o roteiro foram propostas aos entrevistados de forma livre, permitindo ampla liberdade de resposta e associação de ideias.

Apresentamos, abaixo, o roteiro de entrevista empregado ao longo da coleta de dados:

- 1- Primeiramente, gostaria que você comentasse um pouco sobre sua prática profissional.
- 2- Trabalha em alguma instituição destinada a crianças autistas? Se sim, comente um pouco sobre ela. Se não, onde se dá sua prática profissional com esse público?
- 3- No que se refere, especificamente, ao tratamento de crianças com graves distúrbios do desenvolvimento, tais como as autistas, qual a técnica empregada?
- 4- Qual o referencial teórico utilizado?
- 5- Você notou alguma mudança em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos? E em relação ao tratamento dessas crianças? Se sim, quais?
- 6- Em sua opinião, qual a contribuição que a psicanálise pode trazer no entendimento e tratamento dessas crianças?
- 7- Você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial do autismo com as demais psicopatologias da infância em sua prática profissional? Se sim, como se dá esse procedimento?
- 8- Existem muitas teorias, tanto psicanalíticas quanto desenvolvimentistas e neurológicas, sobre a etiologia do autismo. Como você encara essa questão? A que você atribui essa pluralidade de entendimentos?
- 9- A partir da década de 1990, verificamos um aumento de trabalhos institucionais – como, por exemplo, o NAICAP, o CPPL, o Lugar de Vida – de orientação psicanalítica voltados

¹ No capítulo quatro, apresentaremos uma tabela com o número de artigos publicados por cada uma dessas autoras.

ao tratamento e/ou escolarização de crianças autistas no Brasil. Qual sua opinião sobre tais práticas?

- 10- No que se refere à prática psicanalítica com crianças autistas, no Brasil, quais as inovações trazidas por esses autores?
- 11- Comente um pouco sobre as principais dificuldades envolvidas com a prática psicanalítica com crianças autistas.
- 12- Há algum assunto que você julgue importante para se entender as práticas psicanalíticas com crianças autistas e que não foi abordado nesta entrevista? Se sim, comente um pouco sobre o tema.

Os resultados obtidos por meio da análise dos artigos e as informações colhidas por intermédio das entrevistas foram cotejados, de forma a esboçar o percurso histórico das práticas psicanalíticas com crianças autistas, nas décadas de 1990 e 2000, possibilitando, assim, identificar tendências e tecer uma análise crítico-interpretativa sobre as mesmas.

2 UM PERCURSO PELA PSIQUIATRIA INFANTIL: DOS ANTECEDENTES HISTÓRICOS À ORIGEM DO CONCEITO DE AUTISMO

*Fácil é ver o que queremos enxergar...
Difícil é saber que nos iludimos com o que achávamos ter visto.*
Carlos Drummond de Andrade

O presente capítulo traça um percurso histórico do saber psiquiátrico sobre a criança, assinalando o modo como a conceituação de autismo infantil se originará dentro desse panorama. Para tal, teremos como referência a periodização histórica proposta por Paul Bercherie (2001), em seu artigo “A clínica psiquiátrica da criança: um estudo histórico”.

Em seu trabalho, Bercherie destaca a existência de três grandes períodos na estruturação da clínica da criança, a saber: o primeiro, marcado essencialmente pela discussão da noção de retardamento mental; o segundo, retrata a “loucura (do adulto) na criança” e, por fim, o terceiro, caracterizado pela influência da psicanálise na psicopatologia infantil e pelo surgimento de uma clínica pedopsiquiátrica.

Tais períodos serão apresentados tendo também como base a obra de diversos autores (ALEXANDER; SELESNICK, 1968; CIRINO, 2001; KANNER [196-]a, b; PESSOTTI, 1984; PÓSTEL; QUÉTEL, 1987) os quais, embora não versem diretamente sobre a história do conceito de autismo, traçam uma evolução histórica das psicoses infantis em que é possível inseri-lo. É válido apontar que retrataremos com maior ênfase, no terceiro capítulo deste trabalho, a influência da psicanálise na psicopatologia infantil, mais especificamente na clínica do autismo.

2.1. A Idiotia como um Retardamento Mental (ir)reversível

Na visão de Paul Bercherie (2001, p. 130, grifos do autor), o primeiro período “[...] cobre os três primeiros quartos do século XIX. Ele é exclusivamente consagrado à discussão da noção de retardamento mental, tal como constituída por Esquirol já antes de 1820, sob o nome de *idiotia*”.

Nesse período, os autores não acreditavam na existência de uma “loucura na criança”, a qual estava subordinada, nesse momento, à *idiotia*. De acordo com Póstel e Quéstel (1987), a preocupação etiológica concernente à deficiência mental surgiu no século XVIII, mas todo o esforço dos autores deste século foi resumido na obra de Pinel, *Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale*, publicada em outubro de 1800.

De maneira geral, nesse momento, as discussões importantes referiam-se ao grau de irreversibilidade do retardamento mental, existindo basicamente duas concepções opostas a esse respeito: a de Esquirol e a de Pinel, em que o prognóstico é irreversível; e a dos educadores de idiotas, especialmente Séguin e Delasiauve, em que o déficit é parcial e o prognóstico é positivo, se forem utilizados métodos especiais – “O ponto de partida desses métodos são as tentativas de Itard com a criança, que ele chamou de Victor, e que ficou célebre como o selvagem de Aveyron” (BERCHERIE, 2001, p. 132).

Em 1798, praticamente no mesmo ano da publicação da obra de Pinel, nas florestas do Sul da França, perto de Aveyron, um adolescente mudo e aparentemente surdo foi encontrado nu por um grupo de caçadores: “Não fazia mais do que emitir grunhidos e sons estranhos, não reagia às interpelações nem a fortes ruídos, cheirava tudo o que levava às mãos. Sua locomoção era mais próxima do galope, andando também de quatro, quando alcançava grande velocidade” (LEITE; GALVÃO, 2000, p. 12).

Em um primeiro momento, o menino, que recebeu o nome de Victor, foi transferido para uma instituição destinada a indigentes e, posteriormente, em agosto de 1800, por ordem do ministro do interior, Victor é levado a Paris, onde é conduzido ao Instituto Nacional de Surdos-Mudos, sendo avaliado, entre outros intelectuais, por Philippe Pinel: “Embora outros membros da Comissão tenham escrito a respeito do garoto, o relatório de Pinel, lido em sessão pública da Sociedade, em novembro de 1800, foi o que teve maior repercussão” (LEITE; GALVÃO, 2000, p. 14).

Em seu relatório, Pinel conclui que não havia nenhuma esperança no âmbito da possível educabilidade do selvagem de Aveyron: “O diagnóstico de Pinel é desolador: Victor não é um indivíduo desprovido de recursos intelectuais por efeito de sua existência peculiar, mas um idiota essencial como os demais idiotas que conhece no asilo de Bicêtre” (PESSOTTI, 1984, p. 36).

Contudo, o menino passa a ser tratado pelo jovem médico Jean-Marc-Gaspard Itard, ex-aluno de Pinel, o qual defende a ideia de que o selvagem poderia ser educado e (re)integrado à sociedade. Em 1801, Itard narra seus esforços junto a Victor, em sua genial *Mémoire sur les premiers développements de Victor de l’Aveyron*: “A Mémoire lança, pois, e vigorosamente, fundamentos da teoria da avaliação e da didática atuais na área da deficiência mental” (PESSOTTI, 1984, p. 41).

Luci Leite e Izabel Galvão (2000) relatam que Itard tinha para com Victor um compromisso ético, uma vez que achava indigno a sociedade ter extraído o garoto do meio onde vivia, para depois abandoná-lo à própria sorte:

Imagina-se facilmente que um ser dessa natureza devesse excitar apenas uma curiosidade momentânea. Acorreram multidões, viram-no sem o observar, julgaram-no sem o conhecer e deixaram de falar dele. Em meio a essa indiferença geral, os administradores da Instituição Nacional de Surdos-Mudos não esqueceram que a sociedade, atraindo a si esse jovem desafortunado, contraíra para com ele obrigações indispensáveis que lhe competia cumprir. Compartilhando então as esperanças que eu depositava num tratamento médico, decidiram que aquele menino seria confiado aos meus cuidados. (ITARD, 2000, p. 130-131).

Victor de Aveyron é mantido no Instituto de Surdos-Mudos por dez anos e, diante do estágio estacionário de seus progressos, do esmorecimento de Itard e dos inconvenientes trazidos à instituição, o menino é entregue definitivamente a Madame Guérin, governanta que auxiliou nos cuidados de Victor, no Instituto (LEITE; GALVÃO, 2000).

De acordo com Alexander e Selesnick (1966), Itard acreditava que o menino parecia deficiente por não ter sido civilizado, passando cinco anos tentando educá-lo por métodos humanos. Para Itard, o caso de Victor era puramente médico, cujo tratamento pertencia ao campo da então denominada medicina moral, entendida por Isaías Pessoti (1984) como uma designação genérica para as atividades da psicologia clínica e da psiquiatria, as quais se organizariam como profissões muito mais tarde. Sobre esse assunto, o autor salienta:

A deficiência é um problema médico, portanto passível de tratamento; cabe ao médico alterar os hábitos (*mores*) pelo exercício de uma medicina moral. O exercício dessa medicina é a correção ou instalação de noções e de repertórios comportamentais [...] consiste em arranjar condições emocionais e ambientais ótimas para a ocorrência de comportamentos desejáveis e para a cessação de atividades não queridas. (PESSOTTI, 1984, p. 42).

Em consequência, por meio de seu tratamento moral, Itard pôde mostrar que o menino, que nunca chegou a ser normal, podia melhorar seu comportamento social: “A experiência de Itard foi, assim, o primeiro esforço realizado para treinar um indivíduo mentalmente retardado” (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 481).

A história de Victor é importante, pois, com ele, o selvagem e o idiota desaparecem por detrás de sua condição humana e é exatamente sua humanidade que torna possível um tratamento moral continuado durante muito tempo. Além de esse tratamento moral ter sido o primeiro e o único publicado com tantos detalhes (até mesmo em seus fracassos), foi igualmente por meio do caso desse menino que Itard descobriu um novo objeto para a medicina: as psicoses infantis (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987).

Assim, sua obra pode ser considerada como uma das mais importantes de toda a história da psiquiatria, abrindo espaço para a psicanálise adentrar na reflexão que era então prioridade da psiquiatria:

Com a constituição do campo da psiquiatria e psicanálise infantil, Victor e seu mestre passam a ser objeto de interesse de representantes dessa área; é assim que Léo Kanner, nos Estados Unidos, descreve, em 1943, o quadro de “autismo infantil precoce”, termo emprestado do suíço Bleuler, e aponta Itard como precursor desse domínio de investigação (cf. Kanner, 1960). (LEITE; GALVÃO, 2000, p. 18-19).

Após o deslumbramento, no decênio de 1820, pela anatomopatologia, observa-se um crescimento de tentativas de tratamento para os idiotas e imbecis – em Salpêtrière, com Voisin e Falret, e em Bicêtre, com Ferus –, ainda quando os meios empregados eram precários (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987).

Nas décadas de 1840 a 1880, Edward Seguin, representando a médico-pedagogia, tem lugar de destaque na psiquiatria infantil pelo tratamento dado aos idiotas por meio de seu método educativo. Em 1842, Seguin sistematizou o ensino de deficientes mentais na Bicêtre e, em 1843, deixa a direção da escola de Bicêtre e refugia-se nos Estados Unidos:

Gracias a él, se desarrollaron las escuelas de la costa este de los Estados Unidos, y echó raíces la psiquiatría norteamericana del niño, ya que Seguin, además de los consejos pedagógicos que prodigó, emprendió estudios de medicina y se convirtió en particular, en el médico de la Institución de Syracuse, al lado del doctor Wilbur. Gracias a él, se crearon las nuevas instituciones de Connecticut, Ohio, Pennsylvania, etcétera. Con él, la cuestión etiológica quedó relegada al fondo del proyecto pedagógico. Puede decirse que consideró que toda condición psicopatológica grave el niño podía ser corregida y ser accesible al tratamiento médico-pedagógico. (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987, p. 516-517).

No ano de 1846, Edward Seguin publica seu tratado intitulado *Idiocy and Its Treatment*: Sua obra possui 729 páginas, das quais cerca de 200 páginas versam sobre a idiotia e distúrbios correspondentes. Além disso, conforme aponta Pessotti (1984, p. 116), “[...] a importância da confiabilidade do diagnóstico diferencial para a higiene e o tratamento moral é o tema básico de quase um terço do extenso tratado de Seguin”.

Em 1848, quando trouxe suas ideias para a América, o movimento para educar subnormais estava bem adiantado. Sob sua influência, milhares de escolas especiais são criadas, com base no modelo médico-pedagógico. E, apesar de não ter tido um justo reconhecimento na França, não há dúvidas quanto à originalidade de sua obra:

Apesar do rigor dos seus princípios e da sua aplicação, esta educação liga o intelectual ao afectivo e faz apelo à autonomia, à iniciativa, ao imaginário, à arte. Se,

contrariamente aos Estados Unidos, onde a sua acção goza de um justo reconhecimento, a sua voz não foi ouvida em França. Edouard Séguin continua, sem contestação, o conceptor de um método original, o precursor da neuro-psicologia e da reeducação psicomotora. Por seu lado, este homem do terreno esforçou-se por demonstrar, junto dos mais excluídos entre os excluídos, que é o imperialismo da norma pretensamente científica que fecha o horizonte da educabilidade. Lembra que o singular constitui, em matéria educativa, a categoria decisiva. (GARDOU; DEVELAY, 2005, p. 37).

Assiste-se, assim, na segunda metade do século XIX, a um aumento na criação de centros para crianças idiotas apoiados no tratamento médico-pedagógico. A obra do psicólogo e fisiologista Alfred Binet e do médico Théodore Simon representa o apogeu desse movimento, uma vez que se preocuparam em desenvolver uma escala métrica de inteligência, classificando quantitativamente as aptidões intelectuais e sociais:

Eles examinaram milhares de crianças de diferentes idades, aplicando baterias de tarefas de complexidade diversa, estabelecendo, em 1905, a primeira escala de desenvolvimento da inteligência, que passou a servir como critério de admissão e triagem para as classes especiais. (CIRINO, 2001, p. 85).

Após a publicação dessa obra, passa a existir um grande interesse em diferenciar os extremos dessa escala, distanciando ainda mais os inteligentes dos “imbecis” e “idiotas”², os quais, segundo Binet, não poderiam tirar nenhum proveito do tratamento médico-pedagógico:

En este sentido, es notable que su obra sea exactamente contemporánea de la reflexión psiquiátrica que, al sacudir las viejas ideas sobre la idiocia a luz de los fracasos de los tratamientos médico-pedagógicos, habría de revisar de pies a cabeza la nosografía y llevar a la noción de las psicosis infantiles, pasando por las demencias. (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987, p. 519).

É válido esclarecer que, para Pessoti (1984, p. 71), no período em estudo até as primeiras décadas do século XX, a denominação idiotia constituía “[...] um sintoma conclusivo ou uma forma atenuada da doença chamada cretinismo, hereditária ou congênita [...]”. Confere-se, assim, um fatalismo genético, em que a imbecilidade e a debilidade mental figurariam como formas mais brandas da idiotia.

Nesse sentido, ao analisarmos os 75 anos iniciais do século XIX, pudemos verificar a importância que o papel da educação – especialmente a educabilidade de crianças

² Segundo Haim Grunspun (1992), Binet propõe a seguinte classificação para o que se entendia na época por oligofrenia: idiotas são as crianças as quais não conseguem comunicar-se com seus semelhantes por meio da palavra; consideram-se imbecis as crianças que não conseguem comunicar-se por escrito e débeis mentais são aquelas crianças que apresentam um atraso de, no mínimo, dois anos na escolaridade, desde que sejam ofertadas as condições mínimas para tal.

mentalmente retardadas – e os movimentos de higiene mental e orientação infantil conferiram à psiquiatria infantil.

2.2. As Psicoses da Infância: as demências infantis

O segundo período, intitulado por Bercherie (2001) como *A loucura (do adulto) na criança*, inicia-se na segunda metade do século XIX, mas só se manifesta no fim da década de 1880, com a publicação da primeira geração dos tratados de psiquiatria infantil nas línguas francesa, alemã e inglesa. Para o autor, esse período

[...] caracteriza-se pela constituição de uma clínica psiquiátrica da criança que é, essencialmente, o decalque da clínica e da nosologia elaboradas no adulto durante o período correspondente. É a época em que, de fato, se constitui a clínica clássica em psiquiatria do adulto, na direção de uma mutação impressa à abordagem clínica por Falret e seu aluno Morel. (BERCHERIE, 2001, p. 133).

Kanner ([196-]a, p. 41), em seu manual sobre a psiquiatria infantil, afirma que, de fato, a maioria dos psiquiatras sabia muito pouco sobre os estados psicóticos em crianças, por experiência direta, estando relacionado aos quadros de deficiência mental: “Ni la obra monumental de Kraepelin ni el clásico libro de texto de Bleuler tenían nada que decir sobre la psicopatología de la niñez”.

Isso porque, nessa época, os transtornos da conduta infantil só interessavam aos psiquiatras quando pareciam conter um diagnóstico criado para os adultos: “Os psiquiatras procuravam encontrar, na criança, as síndromes mentais descritas nos adultos, o que impediu a clínica com crianças a se constituir como campo autônomo de prática e de investigação” (JANUÁRIO; TAFURI, 2009, p. 60). Em suma, as enfermidades psíquicas da infância não interessavam aos psiquiatras.

Até o meio do século XIX, de modo geral, o interesse dos psiquiatras se restringia a classificar as psicoses da infância:

Esquirol diferenciou a criança mentalmente defeituosa da criança psicótica em seu livro *Maladies Mentales* (1838) [...] Wilhelm Griesinger dedicou parte de seu influente livro *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten* (1845) aos problemas psiquiátricos de crianças [...]. Henry Maudsley, contemporâneo de **Griesinger**, dedicou trinta páginas do seu livro *Physiology and Pathology of the Mind* (cerca de 1967) à ‘Insanidade no começo da Vida. (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 479, grifos dos autores).

Dessa maneira, as doenças mentais infantis eram classificadas segundo os moldes da nosografia psiquiátrica do adulto (como as de Griesinger e Maudsley) e tinham como proposta de tratamento o emprego de métodos educacionais (no caso de Griesinger), ou não eram passíveis de tratamento (como relatado na obra de Maudsley). Assim, de acordo com Alexander e Selesnick (1968), nas duas últimas décadas do século XIX, as principais discussões referentes às doenças psiquiátricas na infância eram limitadas à irreversibilidade da hereditariedade, à degeneração, à masturbação excessiva etc.

Em oposição a essa tendência, os autores citam a obra do psiquiatra alemão Hermann Emminghaus (1887), *Disturbances of Childhood*, considerada uma das mais esclarecedoras apresentações de psiquiatria infantil em fins do século XIX. Embora sua influência tenha sido bastante limitada, Emminghaus inovou ao tratar a psiquiatria infantil como separada da psiquiatria de adulto e contemplou como resultante da psicose infantil os fatores orgânicos e psicológicos:

Infelizmente as idéias de Emminghaus foram ignoradas; e posteriormente influentes manuais de psiquiatria de Kraepelin e Bleuler omitem toda referência a perturbações mentais infantis em si próprias. A tendência da literatura psiquiátrica estava firmada: as crianças deviam ser consideradas como adultos em miniatura e portanto não tinham direito a um método distintivo. (ALEXANDER; SELESNICK, 1968, p. 479-480).

No final do século XIX, Emil Kraepelin, psiquiatra alemão, publica sua obra *Tratado da Psiquiatria*, de 1890 a 1907. Em seu tratado, Kraepelin agrupou uma classe de pacientes afetados prematuramente e que mostravam características como a ambivalência, a extravagância, a impenetrabilidade e o autismo. Tendo em vista que os sinais de demência apareciam muito cedo, ele as denominou *Dementia praecox*:

No vasto campo da *idiotia* – que, até quase o final do século XIX, era considerado o único problema mental infantil – a distinção entre as formas congênicas e as formas adquiridas nos primeiros anos de vida conduziu à nomeação das demências infantis. (CIRINO, 2001, p. 81).

De acordo com Pereira (2001, p. 127), no que se refere ao campo das psicoses agudas e crônicas, Kraepelin realiza uma “[...] operação nosológica decisiva na compreensão desses fenômenos”. Conforme o autor, na sexta edição do Tratado de Kraepelin (1899), a “demência precoce” é tida como uma doença única, englobando diferentes formas clínicas: a catatônica, a hebefrênica e a paranoide.

Nas edições seguintes de seu tratado, Kraepelin levará em conta as “[...] objeções providas da escola francesa, separando a paranoia e a parafrenia da forma paranoide da demência precoce, o que estabeleceria as grandes linhas do recorte contemporâneo do campo das esquizofrenias e das psicoses delirantes crônicas” (PEREIRA, 2001, p. 128).

Valendo-se dessa obra, outros autores desenvolveram ideias semelhantes, e o primeiro a comprovar a existência de formas infantis da demência precoce foi o suíço Bartschinger, em 1901 (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987).

Conforme Bercherie (2001, p. 135), entre essas novas “[...] rubricas etiológicas do retardamento, progressivamente vai destacar-se uma entidade particular, que coloca um importante problema conceitual: o que Sancte de Sanctis denomina, desde 1906, como ‘demência precocíssima’, da qual Heller, no mesmo ano, faz uma descrição autônoma”.

Entre 1906 e 1909, Sancte de Sanctis publicou uma série de artigos enfocando formas prematuras de demência precoce, nomeando-as de demência precocíssima. Para ele, essas crianças escapavam ao diagnóstico de idiotia, mas, por outro lado, situavam-se dentro do conceito de demência precoce.

É válido enfatizar que, apesar de Sancte de Sanctis ter criado uma entidade mórbida autônoma, as características da chamada demência precocíssima são muito próximas da demência precoce de adultos, tal como pensada por Kraepelin, em seus tratados.

Por sua vez, Heller (1908) observou casos de demências infantis. Essas crianças apresentavam a demência com maneirismos das atividades e nos gestos, apresentando uma linguagem estereotipada:

Tratava-se do aparecimento, a partir dos 3-4 anos, em crianças que, até então, haviam tido um desenvolvimento normal, de um estado de morosidade e indiferença, com negativismo, oposição, transtornos afetivos (cólera, ansiedade), seguidos de uma desagregação da linguagem e de diversos transtornos motores bastante característicos: agitação, estereotípias, maneirismos, catatonia, impulsões. (BERCHERIE, 2001, p. 135).

Em seguida, a criança cai, rapidamente, em uma completa “idiotia”, caracterizada por uma perda de autonomia para atividades essenciais e por uma incapacidade de usar adequadamente a linguagem. Kraepelin, em 1913, e Voigt, em 1919, acreditavam que essas crianças estudadas por Heller deveriam ser classificadas como dementes precoces.

Atualmente, a descrição proposta por Heller corresponde aos chamados Transtornos Desintegrativos da Infância: “No DSM-III, a síndrome de Heller foi, pela primeira vez, introduzida em um sistema de classificação psiquiátrica. Foi incluída sob a categoria

abrangente de TID, pois a perda das habilidades sociais e comunicativas era muito proeminente” (MERCADANTE; GAAG; SCHWARTZMAN, 2006, p. 14).

Em 1921, Zappert publicou observações semelhantes a essas. As crianças que contavam com a idade de três/quatro anos não possuíam antecedentes patológicos e evoluíram rapidamente até um abatimento demencial. Zappert

[...] insistió sobre todo en los puntos de semejanza entre la enfermedad de Heller y la demencia precoz – que entretanto se había convertido en esquizofrenia – tales como la estereotipia, la impulsividad, las manifestaciones catatónicas, y dió sobre todo lugar destacadísimo a lo que las desasemejaba: la importancia y la precocidad de los trastornos del lenguaje. (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987, p. 521).

Ainda nessa época, o quadro de demência precoce de Kraepelin foi revisado por Chaslin e Stransky e, posteriormente, em 1911, por Bleuler, cujo trabalho assinalou que não se tratava de um “[...] hundimiento demencial global e irreversible, como de una disgregación de la personalidad, acuñó el término de esquizofrenia: quiso indicar con esto el aspecto, ya que no secundário, sí por lo menos contingente de los síntomas demenciales” (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987, p. 521). Assim, E. Bleuler, por não concordar com a evolução inexorável para a demência, renomeia o quadro indicado por Kraepelin, propondo um novo conceito: a esquizofrenia, originada do entrecruzamento da psiquiatria com a psicanálise (CIRINO, 2001).

Dessa maneira, segundo esse modelo, a demência precoce e a demência precocíssima foram renomeadas de esquizofrenia infantil.

Depois da publicação da obra fundamental de Bleuler (1911 apud BERCHERIE, 2001) sobre a esquizofrenia, o que era apenas um problema etiológico se torna um problema clínico fundamental: “Bleuler, com efeito, suspende a hipoteca demencial que pesava sobre a compreensão da síndrome esquizofrênica, ainda que diferenciada das demências orgânicas, desde suas origens kraepelinianas” (BERCHERIE, 2001, p. 135).

Póstel e Quéтел (1987) destacam que, apesar de todos estes trabalhos, há de se reconhecer que foi com J. L. Despert que se deu a primeira grande descrição de esquizofrenia infantil. Despert apoiou-se em uma observação de 29 casos no Instituto Psiquiátrico de Nova Iorque (1930-1937), nos quais as características das crianças aí observadas são as mesmas que futuramente o psiquiatra Kanner irá conceituar como autismo infantil precoce.

Dessa maneira, Despert se preocupou em traçar um quadro com diferentes variedades sintomáticas, as quais incidem muito precocemente na vida da criança:

Al lado de las esquizofrenias infantiles de comienzo brutal, o aparentemente brutal, J. L. Despert insistió, pues, particularmente en las formas que atrapan la personalidad en su elaboración. Esta consideración la condujo, por lo demás, a considerar formas aún más precoces y en las cuales el proceso de retirada esquizofrénica interviene desde antes de todo contacto afectivo. (PÓSTEL; QUETEL, 1987, p. 522).

Assim, podemos ressaltar que o termo *autismo* foi usado, inicialmente, em 1911, pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, para delinear mais um dos sintomas da esquizofrenia. Contudo, foi só a partir do fim da Segunda Guerra Mundial que o autismo começou a ser tratado como uma patologia diferenciada.

2.3. A Clínica Pedopsiquiatria e a Conceituação de Autismo pela Psiquiatria

O terceiro período começa na década de 1930 e se desenvolve até os dias atuais. O que caracteriza esse período é a influência que as ideias psicanalíticas exercem sobre a clínica psiquiátrica infantil. Por outro lado, o modelo psicossomático prospera rapidamente na psiquiatria infantil, contando com a colaboração de pediatras, sendo, por isso, denominada pelo termo *pedopsiquiatria*.

Segundo Kanner ([196-]a), o desenvolvimento dos princípios genéticos e dinâmicos levou a psiquiatria infantil a se desvencilhar de sua condição de réplica em miniatura da nosografia psiquiátrica dos adultos. Contudo, pouco depois da criação da psiquiatria infantil, esta se transformou em uma especialidade dentro de uma especialidade: “[...] pero em general, la mayoría de los psiquiatras que atienden a adultos han tenido pocas oportunidades, o quizás ninguna, para adquirir conocimientos sobre los problemas de la conducta infantil, por experiencia directa” (KANNER, [196-]a, p. 44).

De acordo com o autor, por volta de 1890, a falta de interesse a respeito das patologias da infância se estendia aos profissionais da pediatria, uma vez que havia pouca cooperação dos profissionais da psiquiatria, os quais não estavam ainda muito familiarizados com essa questão. Os escritos que existiam na pediatria, por volta de 1928, se restringiam a comentar causas orgânicas, havendo pouca menção a fatores psicológicos, ambientais e intelectuais. “Para la edición de 1928 de uno de los textos de pediatría más leídos, parece como si no existieran los problemas personales de los niños. Pasa por alto los factores emocionales, intelectuales y ambientales” (KANNER, [196-]b, p. 46).

Desde 1930, o interesse esporádico dos pediatras foi substituído por um desejo de incluir, na prática, o ensino da psiquiatria aos problemas cotidianos da criança: “Se podrían

citar fácilmente muchos ejemplos de la buena disposición de los pediatras para adoptar los conceptos y los métodos psiquiátricos. Hacia 1930 ya había una enorme cantidad de material informativo” (KANNER, [196-]b, p. 47).

O autor salienta que, por volta de 1930, as condições para o envolvimento dos profissionais de pediatria com as patologias da infância estavam maduras. Em 1935, a Divisão de Educação Psiquiátrica do Comitê Nacional de Higiene Mental promoveu, na cidade de Washington, uma conferência reunindo pediatras e psiquiatras com o intuito de organizar e discutir programas de trabalho efetivos. A Academia Norte-Americana de Pediatria passou a se interessar pelo desenvolvimento da psiquiatria infantil, incorporando, em 1936, conferências sobre os temas (KANNER, [196-]b).

Em seu estudo “Treinamento para psiquiatria de crianças”, Donald Winnicott (1963/1983), acredita na inserção da pediatria no campo da psiquiatria infantil, devendo o trânsito do primeiro campo para o outro ser facilitado:

Continuei através da minha carreira a acreditar na Pediatria como a base apropriada da Psiquiatria de crianças, e a principal coisa que quero dizer nesse estudo é que em qualquer planejamento a ser feito o caminho deve ser deixado aberto para o médico que deseje vir para a Psiquiatria Infantil através da Pediatria. (WINNICOTT, 1983, p. 180).

No que se refere ao treinamento dado aos profissionais que almejam ingressar na prática da psiquiatria infantil, Winnicott (1983) afirma que a única solução encontrada é a de que a mesma adquira uma identidade própria e estabeleça o seu próprio treinamento. Ademais, aponta para a necessidade de esses profissionais, sejam da pediatria, sejam da psiquiatria de adultos, receberem treinamento adicional dado pela Psicanálise e pela Psicologia Analítica.

Na perspectiva de Cirino (2001), uma das características desse novo período é a influência que as ideias psicanalíticas exercem sobre a clínica psicopatológica infantil, passando a ampliá-la e estruturá-la:

É dessa apropriação da psicanálise pela psiquiatria funcionalista americana, incentivada sobretudo por Adolf Meyer (1866-1950), de onde provêm os conceitos que estruturam o imenso campo recentemente conquistado pela clínica pedopsiquiátrica: a noção da patologia das grandes *funções*, com sua expressão nos *transtornos de conduta*. (CIRINO, 2001, p. 89, grifos do autor).

Ainda segundo o autor, o pano de fundo sobre o qual se apresenta essa psicopatologia da criança consiste nos trabalhos de influência funcionalista e behaviorista de A. Gessel (1880-1961) sobre o desenvolvimento psicológico da criança: “Seus dados minuciosos e

escalas comparativas é que permitiram, por exemplo, que Kanner pudesse sublinhar a notável precocidade de recusa relacional nos casos de autismo” (CIRINO, 2001, p. 89).

A influência das ideias psicanalíticas na construção de um saber sobre as psicopatologias da infância, especificamente sobre o autismo infantil, será comentada com minúcia no terceiro capítulo deste trabalho. Trataremos, neste momento, sobre a conceituação do autismo como entidade nosológica diferenciada dos quadros das demências infantis, o que se deu a partir da década de 1940, com o psiquiatra Leo Kanner.

Em 1943, Leo Kanner, um psiquiatra austríaco naturalizado americano, publica suas primeiras descobertas acerca do autismo. Em um trabalho realizado na década de 1940, intitulado “Autistic Disturbances of Affective Contact”, Kanner descreve um estudo feito com onze crianças (oito meninos e três meninas), as quais se diferenciavam por possuírem algumas características atípicas em relação à maioria das crianças.

Foi constatado que esses pacientes se isolavam precocemente, havendo perturbações nas suas relações afetivas:

The outstanding, “pathognomonic”, fundamental disorder is the children's inability to relate themselves in the ordinary way to people and situations from the beginning of life. [...]. There is from the start an extreme autistic aloneness that, whenever possible, disregards, ignores, shuts out anything that comes to the child from the outside. (KANNER, 1943, p. 242).

De acordo com Batista e Bosa (2002), Kanner defende a ideia de uma incapacidade inata dessas crianças no estabelecimento de relações afetivas de qualquer espécie e ressalta a dificuldade encontrada por elas em responder a determinados estímulos.

Outra característica encontrada foi a incapacidade na utilização da linguagem de maneira significativa. Kanner constata desordens graves no desenvolvimento da linguagem, pois muitas crianças não falavam, enquanto as que falavam não conseguiam fazer da fala um instrumento comunicativo. Distúrbios léxicos e sintáticos eram habitualmente notados, como, por exemplo, a inversão de pronomes (referiam-se a si mesmas na terceira pessoa), a ecolalia (repetição mecânica de palavras ou frases que ouvem), além de não conseguirem dar um sentido amplo às palavras, só as entendendo em seu sentido literal. Por outro lado, não foram observadas certas dificuldades no emprego do plural e da memória.

A última característica básica observada por Kanner foi a extrema insistência na preservação da mesmice. Essas crianças sentem certo regozijo na preservação da rotina e um terrível sofrimento ao serem incomodadas: “There is an all-powerful need for being left undisturbed. Everything that is brought to the child from the outside, everything that changes

his external or even internal environment represents a dreaded intrusion” (KANNER, 1943, p. 244). Se algo é modificado, mesmo que seja em um só detalhe, a situação já não é a mesma, não havendo aceitação. Tudo o que atrapalha o seu isolamento e a sua estabilidade acarreta um sentimento de angústia torturante (BATISTA; BOSA, 2002).

Nesse mesmo estudo, Kanner (1943) comenta que a combinação de diversas sintomatologias, tais como o extremo autismo, a estereotipia e a ecolalia, remete ao quadro de esquizofrenia, contudo, assinala que, no caso das crianças autistas estudadas, há uma extrema solidão desde uma tenra idade, não sendo precedida de mudanças no comportamento.

É válido pontuar que, apesar de Leo Kanner ter sido o pioneiro na publicação do termo *autismo* como uma patologia, outro psiquiatra, agora de Viena, chamado Hans Asperger em 1944 expôs quadros clínicos semelhantes ao autismo, como, por exemplo, no que se refere à perturbação existente no contato afetivo. Sua obra, porém, não teve muita repercussão na época, visto que a sua publicação ocorreu em língua alemã e ao término da Segunda Guerra Mundial.

Em suma, a Síndrome de Asperger ou Psicopatia Autística se manifesta por volta dos quatro/cinco anos de idade, contrariando os aproximados 36 meses da síndrome definida por Kanner. Ademais, conforme enfatizam Ana Carina Tamanaha, Jacy Perissinoto e Brasília Maria Chiari, do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), a diferenciação entre os dois quadros centralizou-se na área da comunicação, cujo prejuízo é notável no autismo:

Na síndrome de Asperger, verificou-se que o DSM IV considerou não haver um prejuízo significativo nas áreas da linguagem e cognição. No entanto, há menção de que algumas dificuldades na comunicação social são verificadas, tais como: a incapacidade de reconhecer as regras convencionais da conversação que regem as interações sociais e o uso restrito de múltiplos sinais não verbais, como contato visual, expressões facial e corporal. (TAMANAHA; PERISSINOTO; CHIARI, 2008, p. 298).

Como vimos, a problemática do conceito de autismo em relação a sua distinção com a psicose e a esquizofrenia infantil é bastante controversa, ao longo da sua história, além de estar presente nos manuais psiquiátricos:

As primeiras edições da CID não fazem qualquer menção ao autismo. A oitava edição o traz como uma forma de esquizofrenia, e a nona agrupa-o como psicose infantil. A partir da década de 80, assiste-se a uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo o autismo retirado da categoria de psicose no

DSM-III e no DSM-III-R, bem como na CID-10, passando a fazer parte dos transtornos globais do desenvolvimento. (BOSA, 2002, p. 28).

Hoje em dia, portanto, de acordo com os manuais psiquiátricos DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002) e CID-10 (Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde, 2004) o autismo é considerado, respectivamente, como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e como Transtorno Global do Desenvolvimento.

Em linhas gerais, pode-se dizer que muitas das características diagnosticadas por Kanner ainda constam nesses Manuais, quais sejam: estereotípias, prejuízo na interação social e na linguagem, interesse restrito ao ambiente que os cercam, regozijo na manutenção da rotina etc.

Conforme os critérios diagnósticos utilizados no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV* (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), a perturbação deve ser manifestada antes dos três anos de idade, havendo um prejuízo severo em pelo menos um dos diferentes campos do desenvolvimento: interação social, linguagem usada para comunicação social, ou jogos simbólicos ou imaginativos.

No Transtorno Autista, podem ocorrer anormalidades no desenvolvimento das habilidades cognitivas. Na maioria dos casos, o diagnóstico está associado a retardo mental geralmente na faixa moderada:

Aproximadamente 60 a 70% dos indivíduos com autismo funcionam na faixa do retardo mental, ainda que esse percentual esteja encolhendo em estudos mais recentes. Essa mudança provavelmente reflete uma maior percepção sobre as manifestações do autismo com alto grau de funcionamento, o que, por sua vez, parece conduzir a que um maior número de indivíduos seja diagnosticado com essa condição. (KLIN, 2006, p. 4).

Dessa forma, sabe-se que, no nível geral de inteligência, o perfil é irregular, assim como a variedade existente de sintomas comportamentais que incluem, entre outros, a desatenção, comportamentos autoagressivos, a impulsividade, a hiperatividade etc.

Comumente se notam anormalidades do humor (por exemplo, aparente falta de reação emocional, risos ou choro sem nenhum motivo visível), na alimentação (restrição a determinados alimentos) e igualmente anormalidades no sono:

Distúrbios do sono e alimentares podem ser muito esgotantes na vida familiar, particularmente durante a infância. Crianças com autismo podem apresentar padrões erráticos de sono com acordares freqüentes à noite por longos períodos. Distúrbios alimentares podem envolver aversão a certos alimentos, devido à textura, cor ou

odor, ou insistência em comer somente uma pequena seleção de alimentos e recusa de provar alimentos novos. (KLIN, 2006, p. 8).

No DSM-IV (2002), estão inclusos como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, além do Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno de Asperger.

Segundo Cleonice Bosa (2002), existem outras classificações, como a classificação francesa, a qual define autismo, de forma geral, como psicose, e a do Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP), que enquadra o autismo dentro dos transtornos psicóticos, sendo designado de “autismo infantil precoce”:

Com isso, queremos demonstrar que a concepção de autismo como psicose ou como transtorno de desenvolvimento depende do sistema de classificação empregado, o qual, por sua vez, traz implícitas concepções teóricas diferentes sobre o desenvolvimento infantil. Ainda que a preocupação em estabelecer critérios rigorosos e padronizados na CID e do DSM, a fim de possibilitar uma “linguagem comum” entre a comunidade científica, seja em princípio “ateórica”, há posicionamentos contrários a essa situação. (BOSA, 2002, p. 29).

A respeito da incidência do autismo na população, é importante frisar que há variações nas taxas de prevalência. Assim, a ocorrência aumenta, quando se incluem aquelas crianças que mostram características autistas no que diz respeito à “tríade de comprometimentos” (social, comunicação e atividades restritas/repetitivas), e diminui, quando se considera apenas a forma típica da síndrome:

No Reino Unido, a prevalência de crianças com autismo típico, por exemplo é de 4 a 5 em cada 10 mil crianças (Wing e Gould, 1979), mas aumenta para 15 a 20 em cada 10 mil se forem incluídas aquelas crianças que mostram características autistas no que se refere à “tríade” de comprometimentos [...]. (BOSA, 2002, p. 31).

Nos últimos 40 anos, a epidemiologia do autismo na população geral apresentou uma ascensão, passando de 4 em 10.000 para 10 e 13 por 10.000, sendo a predominância de homens numa proporção de 4:1 (GUPTA; STATE, 2006). Estima-se que, no Brasil, existam “[...] aproximadamente 600 mil pessoas afetadas pela síndrome do autismo (Associação Brasileira de Autismo, 1997), se considerarmos somente a forma típica da síndrome” (BOSA, 2002, p. 31).

Para Cirino (2001, p. 92), com os diagnósticos descritivos, compreendidos como totalmente verificáveis, tal como o DSM-IV e CID-10, almeja-se “[...] preencher a ausência de signos patognomônicos e a carência de exames de laboratório em psiquiatria”. E continua, afirmando que o caminho é o da “[...] *medicalização da psiquiatria*, a fim de afastá-la de vez

das influências filosóficas (Jaspers, fenomenologia, existencialismo, marxismo) e psicanalíticas (em especial, Lacan)”.

Finalmente, para o autor, de acordo com essa lógica, os psiquiatras infantis voltam a se aproximar da maioria dos psiquiatras da segunda metade do século XIX, em que o único agente de transformação era o recurso aos psicofármacos integrados ao condicionamento do comportamento e do pensamento, posição essa que exclui a responsabilidade do sujeito pelos seus sintomas, confrontando, assim, com a ética da psicanálise.

Para finalizar, apresentamos um quadro demonstrativo com a cronologia dos principais acontecimentos históricos que marcam a evolução da psiquiatria infantil, desde o século XVIII até o aparecimento do conceito de autismo.

Quadro 1. A inserção do conceito de autismo na história da psiquiatria

ANO	MARCO HISTÓRICO
1798	Victor, um adolescente mudo e aparentemente surdo, é encontrado nu por um grupo de caçadores nas florestas do Sul da França, perto de Aveyron.
1800	Publicação da obra <i>Traité médico-philosophique sur l’alienation mentale</i> , de autoria de Phillipe Pinel.
1800	Victor é conduzido ao Instituto Nacional de Surdos-Mudos sendo avaliado inicialmente por Pinel, seguido pelo médico Jean Itard.
1801	Publicação do tratamento moral iniciado por Itard, <i>Mémoire sur les premiers développements de Victor de l’Aveyron</i> . Itard descobre um novo objeto de investigação para a medicina: as psicoses infantis.
Até meados do século XIX	Interesse maciço em se classificar as doenças psiquiátricas da infância por meio de um enfoque predominantemente orgânico.
1846	Edward Seguin publica seu tratado <i>Idiocy and Its Treatment</i> . Sob sua influência, milhares de escolas especiais são criadas com base no modelo médico-pedagógico.
1905	Alfred Binet e Théodore Simon estabelecem a primeira escala de desenvolvimento da inteligência, representando o apogeu do movimento médico-pedagógico.
1890 a 1907	Emil Kraepelin publica sua obra <i>Tratado da Psiquiatria</i> , inserindo o conceito de demência precoce, o qual é discutido nas diversas edições, especificamente a partir da 6ª edição, datada de 1899.
1906 a 1909	Sancte de Sanctis publica uma série de artigos dedicados a formas prematuras de demência precoce, denominando-as demência precocíssima.
1908	Heller observa casos de crianças, as quais apresentavam demência, maneirismos das atividades e dos gestos e linguagem estereotipada. Atualmente, sua descrição corresponde aos chamados Transtornos Desintegrativos da Infância (DSM III e IV).
1911	Eugen Bleuler renomeia o conceito de demência precoce e precocíssima para o de esquizofrenia infantil. Utiliza, inicialmente, o termo <i>autismo</i> para delinear mais um dos sintomas dessa patologia.
1930-1937	A partir da análise de 29 casos no Instituto Psiquiátrico de Nova Iorque, J. L. Despert faz uma notável descrição da esquizofrenia infantil, cujas características observadas são as mesmas que Leo Kanner conceituará como autismo infantil precoce.
1943	Leo Kanner publica suas primeiras descobertas acerca do autismo em seu estudo

	intitulado <i>Autistic Disturbances of Affective Contact</i> .
1944	Hans Asperger expõe quadros clínicos semelhantes ao autismo.
A partir da década de 1980	Revolução paradigmática no conceito de autismo: nos manuais psiquiátricos, é retirado da categoria de psicose, passando a fazer parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (CID-10) e dos chamados Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (DSM-IV).

3 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO CONCEITO DE AUTISMO E SUA REPERCUSSÃO NA PSICANÁLISE

Segundo o estudo realizado por Oscar Cirino (2001), intitulado *Psicanálise e Psiquiatria com crianças*, a clínica psiquiátrica infantil, enquanto área específica com conceitos e métodos próprios, só se estabeleceu a partir da década de 1930, constituindo-se, portanto, “[...] depois do advento da psicanálise, enquanto a clínica psiquiátrica do adulto é essencialmente pré-psicanalítica” (CIRINO, 2001, p. 65).

Mesmo antes do advento da clínica psiquiátrica infantil, ainda nos primeiros anos que marcam o surgimento da psicanálise de crianças, na década de 1920, Melanie Klein abordou um caso de uma criança, na ocasião diagnosticada com esquizofrenia infantil, que, dependendo dos critérios diagnósticos empregados na atualidade, pode ser definida como autista. Esse caso apresentado em 1930, no artigo “A importância da formação de símbolos para o desenvolvimento do ego” (KLEIN, 1996), focaliza uma criança de quatro anos de idade com o pseudônimo de Dick.

No caso Dick, Melanie Klein notou várias características peculiares:

[...] ele se caracterizava por ausência quase total de afeto e ansiedade, considerável afastamento da realidade, inacessibilidade, falta de ligações emotivas, comportamento negativo em alternância com sinais de obediência automática, indiferença à dor, repetição, [...]. (KLEIN, 1996, p. 261).

Klein considera o caso Dick como diferente da demência precoce, apesar de reconhecer que há certa proximidade entre eles, tais como afastamento da realidade, repetição, ausência de ligações afetivas. Porém, resolveu descartar essa possibilidade, pois a demência precoce é extremamente difícil acontecer na infância.

A autora também alerta para a necessidade de se expandir o conceito de esquizofrenia e de psicose, em geral, no que diz respeito à sua ocorrência na infância. Assim, ela classifica a doença de Dick como um caso de esquizofrenia, contudo, afirma que se diferencia da esquizofrenia típica da infância, pelo fato de não ter havido uma regressão em alguma etapa do desenvolvimento, mas sim uma inibição do mesmo.

Conforme Petot (1991), Klein é uma autora inovadora exatamente por ir além da visão estritamente orgânica da época, quanto à questão etiológica do retardamento:

[...] no domínio da psicopatologia infantil, até então ninguém pensava que os estados de retardamento podiam ter outra etiologia além da orgânica. Neste aspecto em

particular, Melanie Klein inova, pois, de maneira radical, precedendo em cerca de vinte anos as perspectivas que apareceram para muitos no quadro da discussão do trabalho de Kanner. (PETOT, 1991, p. 159).

Antes de descrever o que se deu no caso Dick, é importante destacar brevemente algumas considerações a propósito do pensamento kleiniano.

Para Klein (1996), no estágio inicial do desenvolvimento mental da criança, o sadismo se encontra em seu ápice. Esse estágio é introduzido pelo desejo de devorar o seio e o conteúdo materno e se encerra com o início do estágio anal.

De acordo com as fantasias da criança, na relação sexual dos pais, o pênis do pai – ou mesmo ele próprio – se incorpora à mãe. Assim, os ataques sádicos se dirigem tanto à mãe quanto ao pai, que, em sua fantasia, podem ser cortados, esmagados, despedaçados ou mordidos. Por esses ataques se origina a ansiedade, assim como o consequente medo da criança de ser punida pelos pais.

A autora salienta: “O excesso de sadismo dá origem à ansiedade e põe em movimento os métodos de defesa mais arcaicos do ego” (KLEIN, 1996, p. 251-252). Esses tipos de defesas mais antigos têm um caráter fundamentalmente violento e diferem da repressão, que é um mecanismo posterior.

O sadismo é considerado uma fonte de perigo, pois o indivíduo acredita que os instrumentos utilizados para destruir o objeto voltarão contra si próprios. O objeto de ataque torna-se, igualmente, uma fonte de perigo, já que receia sofrer dele ataques parecidos com a retaliação. Dessa maneira, o ego se vê diante de uma tarefa extremamente complicada nesse estágio, porque tem que lidar com uma ansiedade deveras aguda.

Ainda para Melanie Klein (1996), a criança sente certo desejo na destruição dos órgãos (pênis, vagina, seio) os quais representam os objetos, passando a temê-los. Os órgãos também se tornam fonte de ansiedade e a criança se vê obrigada, constantemente, a fazer novas comparações e a se interessar por novos objetos, formando a base do simbolismo.

No caso Dick, havia um comportamento dissociado de qualquer afeto ou ansiedade. Segundo a autora, o motivo da inibição em seu desenvolvimento deveu-se ao mau êxito das etapas iniciais descritas; o ego, além de não ter conseguido suportar a ansiedade, foi incapaz de desenvolver o campo da fantasia e de fixar uma relação com a realidade.

Devido a essas dificuldades, a formação de símbolos ficou imensamente comprometida:

A defesa contra os mecanismos sádicos dirigidos contra o corpo da mãe e de seu conteúdo – impulsos ligados à fantasia de coito – resultou na suspensão das fantasias e

na interrupção da formação de símbolos. O resto do desenvolvimento de Dick foi prejudicado porque o menino não conseguia levar para a fantasia a relação sádica com o corpo da mãe. (KLEIN, 1996, p. 256).

Após este trabalho inicial, o tema do autismo voltará a ser abordado na psicanálise a partir da década de 1940. Em relação aos autores que escreveram mais propriamente a respeito do autismo, um dos primeiros foi o psicanalista americano Bruno Bethelheim.

Bruno Bethelheim foi prisioneiro de um campo de concentração no tempo da Segunda Guerra Mundial e, durante essa experiência, não constatou nenhuma criança com sintomas autísticos, o que o levou à conclusão de que o autismo é desenvolvido na presença dos pais: “Ao longo deste livro mantenho minha convicção de que, em autismo infantil, o agente precipitador é o desejo de um dos pais de que o filho não existisse” (BETHELHEIM, 1987, p. 137).

Organizou, dessa maneira, a Escola Ortogenética de Chicago, onde as crianças que ali eram abrigadas não poderiam receber as visitas dos pais. Essa atitude de Bethelheim criou muitos obstáculos tanto aos psicanalistas quanto aos pais, e estes últimos ainda tiveram que suportar o sentimento de culpa perante os seus filhos.

Assim, se, por um lado, Bethelheim discordou de Leo Kanner quanto ao caráter inato do autismo, por outro, radicalizou a posição desse autor ao atribuir a etiologia do autismo às incapacidades maternas de responder às necessidades do bebê.

Outra autora que escreveu sobre o autismo foi a psiquiatra e psicanalista de crianças de origem judaica Margareth Mahler, que, muito embora tivesse como referência teórica a psicanálise, obteve o apoio de Kanner para o prosseguimento de suas pesquisas:

Margareth Mahler, alumna también de Kanner, fue la primera gran teórica – al mismo tiempo que L. Bender, Bradley y Rapoport – en resumir desde 1942 todos los ejes de comprensión del proceso esquizofrénico en el niño. A partir de esta época, se tendió cada vez más a insistir en las investigaciones clínicas y teóricas, en el modo de ser esquizofrénico; por eso el nombre de esquizofrenia, que expresaba demasiado las consecuencias negativas de la fisura del mundo interior, fue cayendo poco a poco en desuso; se prefirió emplear el término menos constrictivo de psicosis, cuyo carácter vago arrastra menos connotaciones pesimistas. (PÓSTEL; QUÉTEL, 1987, p. 523).

Apesar de grande especialista no tratamento de psicoses infantis, Margareth Mahler tem a maior parte de sua obra centrada nos processos de separação/individuação.

Mahler se fundamenta, sobretudo, no princípio de que as psicoses infantis são distorções que ocorrem nas fases do desenvolvimento normal, tendo em vista as relações precoces construídas entre mãe e filho:

Parece haver crianças com uma inerente deficiência do ego que desde o mais precoce início – ou seja, desde o estágio de indiferenciação – as predispõe a permanecer ou a tornar-se alienadas da realidade; existem outras cujo precário contato com a realidade está na dependência de uma ilusória fusão simbiótica com a imagem materna. (MAHLER, 1983, p. 26).

Para Mahler (1983), o desenvolvimento normal é dividido em três fases: autismo primário normal, simbiose e separação/individuação.

Para ilustrar o que ocorre no autismo primário normal, Mahler se vale da metáfora do “ovo de pássaro”, que já tinha sido empregada anteriormente por Freud, em 1911. O bebê, assim como o embrião das aves, atende as suas necessidades sem levar em conta qualquer tipo de cuidado materno. É uma fase em que o bebê não se diferencia do mundo externo, não havendo relações objetais.

Na fase simbiótica, o bebê começa a perceber gradativamente o meio que o cerca, só o compreendendo, no entanto, como pertencente ao seu próprio corpo. A mãe ainda não é diferenciada do bebê, pelo contrário, ela é tida como extensão dele. Além de ser a base para a estruturação do ego, é nessa fase que o bebê se prepara para enfrentar o afastamento da mãe e a sua consequente diferenciação:

Uma fase simbiótica forte e adequada também é pré-requisito para a subsequente desvinculação exitosa do bebê humano. Apenas se a simbiose for adequada estará ele apto para ingressar na fase de gradual separação e individuação. O bem sucedido resultado desse processo de individuação é uma imagem estável do self. (MAHLER, 1983, p. 8).

Finalmente, segundo a autora (1983), o processo de separação e individuação são processos estruturais diferentes e complementares. Na separação, há um desligamento da criança da mãe e do mundo, enquanto, no processo de individuação, a criança assume suas características individuais, resultando em uma autoimagem individualizada e diferenciada de si mesmo.

Mahler foi uma grande pesquisadora e influenciou outros autores no campo da psicanálise, como, por exemplo, Francis Tustin, psicanalista inglesa de formação kleiniana, considerada a autora que mais produziu sobre o autismo dentro da psicanálise.

Ao analisar um menino autista chamado John, trabalho publicado em seu livro *Estados Autísticos em Crianças*, Tustin (1984) obteve o substrato necessário para elaborar sua concepção acerca do autismo:

Através desse caso, narrado por ela desde seu primeiro livro e que a acompanhou na maioria dos escritos posteriores, elaborou suas teorias sobre o autismo, colocou e recolocou-as em questão e foi ainda através dele que na última comunicação, “a

perpetuação de um erro”, reformulou o que pensava sobre o autismo. (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 71).

Tustin foi influenciada por vários autores como Margareth Mahler, Donald Meltzer, Didier Anzieu, Donald Winnicott, entre outros. Por ter sofrido essa influência de pensadores tão heterogêneos entre si, a sua obra costuma ser dividida em três momentos. De acordo com Ana Cavalcanti e Paulina Rocha (2001, p. 72),

[...] um tempo inicial no qual se apoiava apenas na teoria kleiniana; um segundo momento em que, influenciada pelo pensamento de Margareth Mahler, entendeu o autismo como regressão a uma fase no desenvolvimento normal [...]; um terceiro, a partir da publicação do livro *Barreiras autísticas em pacientes neuróticos* em 1986, quando, embora ainda tomando a teoria de Mahler como referência, põe em questão a proposição de que existe uma fase de autismo normal e de que o autismo patológico seria uma regressão. Amplia, ao mesmo tempo, o conceito de autismo ao propor que núcleos autísticos podem ser encontrados em pacientes neuróticos.

Segundo Alvarez (1994), Tustin, assim como diversos psicodinamicistas na Grã-Bretanha, como Meltzer e Reid, consideravam a etiologia do autismo como múltipla, ou seja, não se prendia a uma visão meramente ambientalista, aceitando uma causação múltipla complexa e interativa.

Tustin, em acordo com a visão psicanalítica clássica, considera os primeiros momentos da vida de um bebê associada com a autossensualidade relativamente indiferenciada: “Parece haver um predomínio imediatamente após o nascimento em que a criança reage ao mundo exterior em termos de seu próprio corpo e suas disposições internas” (TUSTIN, 1984, p. 15).

Para a autora, o autismo na criança ocorre quando existe uma consciência agonizante do não-eu antes que o ego esteja suficientemente integrado para lidar com a tensão: “O senso do eu (*self*) desenvolve-se quando o não-eu (*not-self*) é experimentado. A maneira como o bebê desenvolve a consciência do não-eu é crucial para seu senso de identidade individual” (TUSTIN, 1984, p. 17-18).

Em seus dois primeiros livros, *Autismo e Psicose Infantil* e *Estados autísticos em crianças*, Tustin defende a ideia de um “autismo normal” e um “autismo patológico”, sendo este último tomado como uma regressão a uma fase normal de autismo primário. Porém, em 1993, por meio de seu artigo “A perpetuação de um erro”, capitula dessa ideia, admitindo que esse “erro” serviu como um obstáculo para o avanço das teorias sobre o autismo: “Abandonar essa ideia significou também, para Tustin, remover as crianças autistas de um lugar

inacessível e colocá-las nas redes de relações que se estabelecem no presente” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 94).

Francis Tustin utilizou por muito tempo a metáfora do “buraco negro” que se referia, basicamente, a vivências decorrentes do embate prematuro da criança com objetos não-eu. A perda do objeto antes de uma construção mental causaria uma experiência de um “buraco negro” no corpo, um sentimento de desagregação e desamparo, o que implicaria um prejuízo no funcionamento do ego.

Mais tarde, no fim da sua vida profissional, também abdicou dessa metáfora e, amparada pelos conceitos de identidade e identificação adesiva de Donald Meltzer e de Ester Bick, a metáfora do “buraco negro” passou a ser compreendida como um dos traços da patologia adesiva.

Outro modelo teórico de destaque na psicanálise se refere à obra do pediatra e psicanalista inglês Donald Woods Winnicott, o qual, em certo momento de seus estudos, esboçou hipóteses relativas ao autismo.

Conforme Winnicott (1994a), para um desenvolvimento saudável, o ambiente deve ser capaz de atender às necessidades específicas do bebê. Assim, o indivíduo progride na medida em que exista um ambiente facilitador, trata-se de “[...] um fenômeno complexo e necessita de um estudo especial por seu próprio direito: o aspecto essencial é que ele possui uma espécie de crescimento seu, próprio, estando adaptado às necessidades mutantes do indivíduo em crescimento [...]” (WINNICOTT, 1994a, p. 71).

A obra winnicottiana é construída baseando-se na relação mãe/bebê, na qual o psiquismo do bebê se organiza a partir dos cuidados maternos. Portanto, o bebê não existe até que a mãe (ou seu substituto que o cuida) o suponha e o invente. A relação mãe-bebê é entendida por esse autor como uma relação de parceria, valorizando algo que vem do bebê enquanto necessidade, não sendo possível descrever um bebê sem incluir os cuidados que ele está recebendo (DIAS, 2003). Assim, de acordo com esse referencial, a relação mãe-bebê é uma área de experiência concernente aos dois.

A função vital que a mãe exerce sobre o seu bebê pode ser resumida na expressão “mãe suficientemente boa”, desenvolvida por esse autor, em que o desenvolvimento psíquico e físico da criança depende de seus cuidados, de sua sensibilidade e a sua capacidade de se adaptar às necessidades do bebê:

Assim, a mãe suficientemente boa identifica-se com o bebê, adapta-se às suas necessidades, permitindo que ele possa experimentar uma sensação de continuidade da vida e se desenvolver física e psiquicamente de acordo com suas tendências inatas. Esta continuidade de cuidados, que corresponde à noção de *holding* ou

sustentação psíquica, consiste em permitir que o ego infantil encontre pontos de referência estáveis e simples, mas fundamentais para que ele possa se integrar no tempo e no espaço. (ZORNIQ, 2000, p. 96).

Winnicott (1994b, p. 153, grifos do autor) ressalta que

[...] uma mãe suficientemente boa, pais suficientemente bons e um lar suficientemente bom realmente proporcionam à maioria dos bebês e das crianças pequenas *a experiência de não terem sido significativamente decepcionados*. Desta maneira, as crianças médias têm a oportunidade de construir uma capacidade de acreditarem em si mesmas e no mundo: elas constroem uma estrutura sobre a acumulação da confiabilidade introjetada.

Dessa maneira, a base da saúde mental do bebê, ou seja, o alicerce de uma estrutura psíquica sadia e saudável, é possibilitada pela mãe a partir da concepção, em que o bebê deve possuir uma confiabilidade interna a respeito do agente materno.

Na perspectiva da teoria do amadurecimento proposta por Winnicott, é na fase da chamada dependência absoluta que as falhas de adaptação da mãe podem provocar no bebê “[...] carências na satisfação das necessidades” e criar “[...] obstáculos ao desenrolar dos processos vitais” (NASIO, 1995a, p. 188).

Nasio (1995a) frisa que, durante a fase de dependência absoluta, o bebê pode ser pensado como um ser imaturo, estando à beira de uma angústia impensável. Tal angústia acarreta uma ameaça de aniquilação e poderá surgir, caso a mãe não cumpra sua função de sustentação do eu.

Winnicott descreve diversas variações dessa angústia, como, por exemplo, o sentimento de despedaçar-se, a impressão de vivenciar uma queda infundável, entre outras. Essas variações constituem, segundo a teoria winnicottiana, a essência das angústias psicóticas: “É em função dos graus e variedades das carências de adaptação materna e da maneira como o bebê consegue arranjar-se com isso que ele vem ou não a evoluir para uma forma de organização patológica da personalidade” (NASIO, 1995a, p. 188).

Em decorrência, esse autor compreende o autismo e a esquizofrenia infantil como sendo algumas dessas organizações patológicas da personalidade. A esquizofrenia latente, o estado limítrofe, a personalidade construída com base num falso *self* e a personalidade esquizoide também são organizações patológicas referentes às falhas ambientais na fase da dependência absoluta estudadas por Winnicott (NASIO, 1995a).

A despeito de descrever o autismo como um tipo de organização patológica da personalidade, Winnicott foi um dos poucos autores que divergiram da obra de Leo Kanner a respeito do tema. Considerava que definir o autismo como uma patologia específica e,

consequentemente, encará-la como mais uma doença psiquiátrica não traria qualquer benefício.

Assim, em 1966, com o intuito de alertar as complicações que a invenção de Kanner acarretou na compreensão e no tratamento psiquiátrico ou psicanalítico dessas crianças tidas como autistas, Winnicott afirmou, em uma conferência na Inglaterra, que o autismo não existia (CAVALCANTI; ROCHA, 2001).

De acordo com Cavalcanti e Rocha (2001), outro motivo que levou Winnicott a pôr em questão a definição do autismo deve-se ao fato de ter trabalhado aproximadamente quarenta anos no “Paddington Green Hospital for Children”, onde cuidou de mais ou menos 60.000 crianças, convivendo com bebês e suas mães, em várias condições. Como muitos estudos clínicos eram feitos com especialistas poucos familiarizados com o autismo e com outros tipos de doenças psíquicas, a demarcação dessa patologia se torna ainda mais difícil:

[...] o que estou tentando dizer é que esta doença do autismo não existe, e que é um termo clínico que descreve os extremos menos comuns de um fenômeno universal. A dificuldade decorre do fato de muitos estudos clínicos terem sido escritos por aqueles que lidam com crianças normais e que não estão familiarizados com o autismo ou a esquizofrenia infantil, ou por aqueles que, em virtude da sua especialidade, só atendem crianças doentes e, em virtude da natureza do seu trabalho, não se envolvem nos problemas mais comuns do relacionamento mãe-bebê. (WINNICOTT, 1994b, p. 185).

Apesar da aparente dificuldade de Winnicott em estabelecer os limites entre o patológico e o não patológico, no que concerne ao autismo, pode-se dizer que pensou esse transtorno como um problema de desenvolvimento infantil e não como uma doença.

Em uma conferência promovida em 1963, Winnicott (1994a, p. 72) salienta que as enfermidades psicóticas se organizam mais como uma defesa do que como um colapso:

É minha intenção mostrar aqui que o que vemos clinicamente é sempre uma organização de defesa, até mesmo no autismo da esquizofrenia infantil. A agonia subjacente é impensável. É errado pensar na enfermidade psicótica como um colapso; ela é uma organização defensiva relacionada a uma agonia primitiva, e é geralmente bem-sucedida (exceto quando o meio ambiente facilitador não foi deficiente, mas sim atormentador, que é talvez a pior coisa que pode acontecer a um bebê humano).

Em 1967, ainda em busca de um entendimento em relação à etiologia do que chamamos atualmente de autismo, Winnicott (1994b) reflete que o que se nota é uma “organização no sentido da invulnerabilidade”, de maneira que não podem mais experienciar

aquela profunda ansiedade a qual ocorreu em um momento de dependência absoluta, em que houve um fracasso inicial da provisão ambiental:

O que observamos em crianças e bebês que ficam enfermos de uma maneira que nos força a utilizar a palavra “esquizofrenia”, embora originalmente ela se aplicasse a adolescentes e adultos, aquilo que vemos muito claramente é uma *organização no sentido da invulnerabilidade*. O que é comum a todos os casos é que o bebê, a criança, o adolescente ou o adulto *nunca mais devem experimentar* a ansiedade impensável que se acha na raiz da enfermidade esquizóide. Esta ansiedade impensável foi experienciada inicialmente em um momento de fracasso da confiabilidade por parte da provisão ambiental, quando a personalidade imatura se encontrava no estágio de dependência absoluta. (WINNICOTT, 1994b, p. 154, grifos do autor).

E continua:

A criança autista que percorreu quase todo o caminho que leva à insuficiência mental não sofre mais; a invulnerabilidade foi quase alcançada. O sofrimento pertence aos pais. A organização no sentido da invulnerabilidade foi bem-sucedida e é isto que clinicamente se apresenta, juntamente com aspectos regressivos que não são de fato essenciais ao quadro. (1994b, p. 154).

Pode-se, então, pensar que Winnicott foi contrário à definição de Kanner e, portanto, ao surgimento de uma nova classificação psicopatológica. Além disso, para Winnicott, a relação da maternagem – do ambiente facilitador – está em constante construção e atualização, sendo, assim, decisiva para a construção da saúde mental do indivíduo.

Diferentemente dos autores já aqui estudados, os quais discutem diretamente o tema do autismo em algum momento de suas obras, os trabalhos de Bion e de Lacan, que serão tratados a seguir, trazem a peculiaridade de não analisar especificamente o tema do autismo, contudo, contribuíram grandemente para que outros autores o pensassem e propiciassem reflexões norteadas por tais teorias.

Assim, Bion não explorou exatamente o autismo, porém, seu trabalho com pacientes psicóticos lhe permitiu teorizar sobre os estados primitivos da mente. Dessa forma, muitos autores contemporâneos, ao abordarem o autismo tomando como referencial a teoria kleiniana, empregam conceitos de Bion, tais como o de “transformações”, a natureza dos “vínculos emocionais”, a noção de continente-conteúdo, entre outros.

Entre os trabalhos de Bion, um tema de grande destaque consiste nos estudos do desenvolvimento da capacidade do pensar, assim como de suas perturbações. Seu interesse em torno do eixo “pensar e não-pensar”, “conhecer e não conhecer” possibilitou que ampliasse suas ideias na direção do que denominou de O, “vir a ser”, “verdade absoluta”.

Bion (1962) parte do pressuposto de que os vínculos emocionais permeiam qualquer relação; nessa perspectiva, sua teoria versa sobre o desenvolvimento da mente, das emoções e dos vínculos que as conectam (KORBIVCHER, 2007).

O interesse de Bion por analisar pacientes psicóticos o instigou a se aprofundar nos problemas de linguagem e na origem e função dos pensamentos. Para tanto, parte da noção freudiana da formação do pensamento e da teoria kleiniana para, em 1962, publicar *Uma Teoria do Pensamento* e, em 1963, *Elementos em Psicanálise*. Assim:

Da mesma maneira como para Freud, também a teoria do pensamento do Bion tem como ponto de partida a frustração das necessidades básicas que são impostas ao lactante. No entanto, para Bion, o essencial é a maior ou menor capacidade do ego do lactante poder tolerar o ódio resultante dessas frustrações. Da mesma forma, ele considera ser fundamental, quando se trata do processo psicanalítico, se vai haver uma fuga em relação à frustração, ou uma modificação desta. (ZIMERMAN, 1995, p. 89).

Bion introduz o conceito de “realizações” para denominar as experiências emocionais advindas de frustrações da onipotência do lactante e que, portanto, precisa se voltar ao mundo real. Tomando como referência o modelo do bebê (o qual tem uma pré-concepção inata do seio) com a mãe que amamenta, as realizações podem ser positivas ou negativas.

Na chamada “realização positiva”, existe uma confirmação de que o objeto necessitado está presente; já no caso de uma “realização negativa”, a ausência do objeto necessitado é vivenciada como a “presença de um seio ausente e mau” dentro dele.

Assim, se a capacidade inata para tolerar as frustrações for adequada, a experiência do “não-seio” torna-se um elemento do pensamento. Contudo, se houver uma incapacidade para tolerar essa frustração, “[...] o ‘não-seio’ – mau –, como assim foi internalizado, deve ser evadido e expulso, o que é feito através de um excessivo emprego de identificação projetiva e de uma hipertrofia da onipotência” (ZIMERMAN, 1995, p. 90). Em suma, podemos dizer que o pensamento se forma a partir de uma pré-concepção somada a uma frustração.

Ainda referente à Teoria dos Pensamentos, Bion insere a noção dos elementos beta e alfa. Os elementos beta são protopensamentos, compreendidos como elementos sensoriais muito primitivos que não passaram por transformação no nível psíquico pela função alfa, responsável por integrar as “[...] sensações provindas dos órgãos dos sentidos com as respectivas emoções” (ZIMERMAN, 1995, p. 91).

Os elementos alfa proliferam, formando um conjunto denominado por Bion de “barreira de contato”, o qual promove a capacidade de separar o consciente do inconsciente, o mundo real externo do interno, não possibilitando, em decorrência, que um invada o outro. Os

elementos beta, por sua vez, proliferam constituindo o que Bion chamou de “pantalha (ou tela) beta”, a qual se manifesta clinicamente por meio de estados confusionais no paciente.

De acordo com o psicanalista Robert Caper (2004), a natureza específica dos elementos beta e alfa, assim como da função alfa, não é clara, ainda que algumas diferenciações possam ser estabelecidas:

A diferença mais importante entre elementos alfa e elementos beta é que os elementos alfa são capazes de carregar e transmitir significado, enquanto os elementos beta são incapazes de fazê-lo. Uma segunda diferença importante é que, os elementos alfa podem ser coesos ou ligar-se uns aos outros, os elementos beta não podem ligar-se uns aos outros, nem a qualquer outra coisa. (CAPER, 2004, p. 146).

Desse modo, a Teoria dos Pensamentos proposta por Bion é de grande valia para a prática clínica, visto que auxilia no entendimento de pacientes muito regressivos e, também, nas dificuldades relacionadas às interpretações do analista.

Outro importante conceito de Bion, a ser exposto, refere-se às diferentes qualidades dos vínculos emocionais. Para esse autor, os pensamentos são indissociados das emoções, as quais permeiam qualquer relação humana. O vínculo entre os pensamentos e as emoções foi denominado por Bion de vínculo K (*knowledge*), o vínculo do Conhecimento.

Esse tipo de vínculo surge com o propósito de complementar os vínculos emocionais de amor (L, de *love*) e de ódio (H, de *hate*) existentes entre mãe e bebê: “Esses três vínculos estão intimamente indissociados entre si e dependem, diretamente, tanto da disposição heredo-constitucional de cada criança (maior ou menor inveja, avidez, etc.) como, e principalmente, da capacidade de *reverie* da mãe” (ZIMERMAN, 1995, p. 112).

Esses vínculos representam os três tipos básicos de experiência emocional aos quais será empregada a função alfa: (L, H, e K) e (-L,-H,-K). Nesses últimos, há manifestações de ataque, por parte do *self*, exprimidas por meio do ódio endereçado aos vínculos que conectam os objetos. Nesse sentido, a ideia central de Bion é a de que não são os objetos que são atacados, mas aquilo que os vincula.

Faz-se importante elucidar o conceito de Transformação, o qual é prioritariamente clínico, em que se objetiva compreender a evolução da experiência emocional que se passa entre os enunciados do analista e do paciente. Os sonhos, o fenômeno da transferência, a interpretação do analista são alguns exemplos de transformações que incidem na situação psicanalítica.

Segundo Korbivcher (2001, p. 940), Bion propõe a Teoria das Transformações como um método de observação dos fenômenos mentais, com o intuito de reproduzir

[...] na situação analítica a experiência que mais se aproxima do que seria um encontro entre duas pessoas: duas mentes em movimento, interagindo, uma modificando a outra a cada movimento ocorrido. Levando-se em conta essa abordagem, cada par analítico constitui um par específico, com movimentos próprios, decorrentes de cada situação emocional em curso.

É válido salientar que o fenômeno das transformações depende do meio no qual ele se processa e também da técnica utilizada. Assim, o processo das “transformações” pode variar, ocorrendo na mente, no corpo ou mesmo em um espaço exterior. Ademais, diante dos diferentes estados mentais, as técnicas de análise irão variar igualmente.

Ainda referente a esse mesmo conceito, Bion propõe que as transformações psíquicas se processam em três modalidades distintas, a saber: “transformações de movimento rígido”, “transformações projetivas” e “alucinoses”.

A transformação de movimento rígido pode ser percebida mais facilmente nos neuróticos, visto que distorce muito pouco o fato original. A transformação do tipo projetivo deforma mais profundamente o fato original e acontece com pacientes que estão no limite do analisável. Por fim, na transformação em alucinação, a deformação é ainda mais intensa e profunda do que a do tipo projetivo, dificultando o analista chegar ao “O” da verdade de seu paciente (ZIMERMAN, 1995).

Este último tipo de transformação processa-se na parte psicótica da personalidade e compromete a capacidade de formação de símbolos. Nesse caso, o paciente não visa tanto à comunicação, mas a utiliza como um meio de expressão da alucinação.

Por fim, a última contribuição desse autor a ser comentada concerne à origem, ao funcionamento e à natureza do continente materno, teorização extremamente importante para a prática psicanalítica.

Para tanto, Bion, partindo da noção kleiniana de identificação projetiva, conclui que para o conteúdo projetado deve existir um continente receptor.

As concepções de “continente”, de *rêverie* e de *holding* são facilmente confundidas entre si, uma vez que, hoje em dia, o emprego desses termos é utilizado de maneira quase que sinonímica, na literatura psicanalítica. Contudo, é válido esclarecer que o termo *holding* deve ser creditado a Winnicott, enquanto a função de *rêverie* e a de “continente” é um mérito de Bion.

Resumidamente, podemos dizer que Winnicott empregou inicialmente o termo *holding* para caracterizar a sustentação (física) que a mãe deve dar ao seu filho, como trocar de fraldas, dar o colo etc. Posteriormente, tal noção foi-se estendendo, também, a um suporte psíquico.

O termo *rêverie* foi cunhado por Bion em 1962, tendo sua origem na língua francesa (*revê*, sonho). Segundo esse autor, a *rêverie* é um componente da função alfa da mãe, em que esta deve ser capaz de colher as identificações projetivas da criança, independentemente de serem boas ou más, elaborando-as e devolvendo ao bebê em forma de pensamento. Assim, temos a transformação dos elementos beta em alfa, por meio da função alfa materna. Ademais, o conceito de *rêverie* é também considerado como uma ampliação e complementação da “atenção flutuante”, preconizada por Freud.

Por fim, o conceito de continência “[...] implica um estado mental específico no qual a mãe está pronta e acessível para receber as projeções do bebê e para transmitir a ele a sensação de que suas necessidades são suportáveis e possuem um significado” (CALIL, 1987, p. 131).

A relação entre continente e conteúdo pode ser do tipo parasitária (uma relação que tende à destruição recíproca), do tipo comensal (ambos vivem em harmonia, todavia, não há crescimento significativo a nenhum dos dois) e, por fim, a do tipo simbiótica (as duas partes crescem, beneficiando-se mutuamente) (ZIMERMAN, 1995).

Ainda a respeito da função continente, Bion descreve momentos em que esse modelo falha, ou seja, há um modelo de continente falho, em que uma criança dissocia uma parte de si mesma e a coloca em sua mãe. Contudo, de acordo com esse modelo, essa parte é rejeitada e colocada novamente na criança, já que a mãe também não sabe o que se passa com ela.

Essas formulações teóricas apresentadas por Bion, ao discutir aspectos primitivos da mente que se encontram na origem da constituição do psiquismo, são de grande valia para o entendimento do autismo. Se considerarmos o autismo como uma patologia de incidência precoce que interfere diretamente na constituição das primeiras relações objetais do bebê, as hipóteses bionianas nos ajudam a compreender as dificuldades encontradas nesse “transtorno”.

Finalmente, o outro psicanalista de destaque que merece nossa consideração é Jacques Lacan. Destacaremos alguns conceitos importantes desse autor, imprescindíveis para a compreensão que seus sucessores fazem sobre o autismo infantil.

Sabemos que existem variadas maneiras de se abordar as questões psíquicas, havendo, por isso, diferentes formas metodológicas de descrevê-las e tratá-las.

A nosografia psiquiátrica se articula de modo diverso da nosografia proposta por Lacan:

Enquanto o primeiro tem uma etiologia médica e baseia-se no conjunto visível e momentâneo das manifestações sintomáticas (objetivas e subjetivas) de uma doença, a segunda refere-se a uma dada ordenação e um dado relacionamento entre os vários elementos que compõem um conjunto – o psiquismo. (BATTAGLIA, 2005, p. 14).

Assim, há uma diferença se aludimos às manifestações psíquicas no sentido de “quadro clínico” (nosografia psiquiátrica) e se nos referimos às estruturas clínicas (proposta lacaniana).

Tendo em vista a proposta de nossa pesquisa, deter-nos-emos na teoria lacaniana, não avançando muito em esboçar a problemática das manifestações psíquicas pelo viés psiquiátrico.

Dentro da teoria lacaniana, algumas noções merecem ser destacadas e diferenciadas, uma vez que muitas delas possuem um sentido próprio à teoria, distinto, portanto, dos que estamos habitualmente acostumados a lidar.

A concepção de sujeito para Lacan, por exemplo, não pode ser compreendida simplesmente como sinônimo de indivíduo. Grosso modo, na teoria lacaniana, sujeito é o indivíduo somado ao inconsciente por intermédio da linguagem:

[...] denomina-se *sujeito* à capacidade da linguagem que, enunciando mais que o esperado, indica um desejo do qual não se tinha notícia. O sujeito é determinado pelo Outro, nome dado a tudo aquilo pelo qual ninguém chega a dominar plenamente os efeitos das suas palavras e atos; o resultado final de sua atividade é sempre algo distinto daquilo que foi visado ou previsto. (CESAROTTO, 2005, p. 26, grifos do autor).

O sujeito seria, então, “[...] efeito da operação significante, efeito da instalação da linguagem” (KUPFER, 1999b, p. 104).

Nesse sentido, a constituição do sujeito se dá por um conjunto de fatores, numa dada composição, que possibilite o seu surgimento.

Outro conceito importante é o da linguagem, concebida na teoria lacaniana não mais associada à comunicação de conteúdo, mas “[...] especificamente do significante como Lacan o toma da lingüística de Saussure: uma realidade psíquica produzida por uma imagem acústica” (BATTAGLIA, 2005, p. 17).

Tendo como referência o texto *Pequeno discurso aos psiquiatras*, de Lacan (1975 apud OLIVEIRA, 2006), a psicanalista Elisa Carvalho de Oliveira (2006) estabelece que, se a linguagem

[...] não é feita para significar as coisas, expressamente, quer dizer, se esta não é a sua primeira destinação e nem tampouco o é a comunicação, é simples: a linguagem faz o sujeito. Desse modo, o resultado da linguagem é que alguma coisa chega ao sujeito, alguma coisa acontece, no Outro, sempre no Outro.

É ainda imprescindível para a compreensão do autismo, à luz da teoria lacaniana, que descrevamos os registros do Real, do Simbólico e do Imaginário. Os três registros estão presentes desde o início da teoria de Lacan, até suas últimas intervenções. Cada um desses elementos é independente e diferente dos outros, embora todos eles estejam atados de forma interdependente. Por isso, essas três categorias se entrelaçam, de modo a dar consistência e existência ao psiquismo.

Lacan denominou registro Imaginário, “[...] o campo dos ideais introjetados e sedimentados pelo Outro, o registro do engodo das imagens ideais e globalizadoras” (BATTAGLIA, 2005, p. 17). Se por um lado o imaginário relaciona-se com as imagens e representações, por outro “[...] quer dizer falso e, por este viés, aponta à ilusão de autonomia da consciência” (CESAROTTO, 2005, p. 25).

O imaginário só consegue se formar se estiver sobre o fundo simbólico, assim, podemos supor que o simbólico precede o imaginário – o imaginário é o primeiro exercício do simbólico –: “Precisamos primeiramente compreender a esmagadora supremacia do simbólico sobre a imagem. Somente enquanto se articula com a cadeia significante é que o imaginário se torna exprimível” (PALMIER, 1977, p. 43).

Segundo o psicanalista Oscar Cesarotto (2005, p. 25), “[...] o registro do *simbólico* tem, na linguagem sua expressão mais concreta, regendo o sujeito do inconsciente. Ela é a causa e o efeito da cultura, onde a lei da palavra interdita o incesto e nos torna completamente diferentes dos animais”.

A dimensão do Real existe como um processo de subjetivação e este não pode ser concebido como sinônimo de realidade. A realidade é o que nos protege do Real e este último pode ser compreendido como o que sobra da pulsão:

[...] esse tanto de fluxo pulsional, que permanece errante e sem representante, é o que causa o próprio aparelho psíquico, no sentido de que é um buraco Real que clama por um significante que o fixe a um objeto e por uma imagem que lhe dê consistência, mas tudo o que encontra é a marca de um objeto ausente (denominado por Lacan *objeto a*), o silêncio. (BATTAGLIA, 2005, p. 19).

Contudo, o Real é mais do que o *objeto a*; ele é o imponderável, o impossível (de imaginarizar, de pensar, de suportar,...):

O *real*, como terceira dimensão, é sempre aludido pela negativa: seria aquilo que, carecendo de sentido, não pode ser simbolizado, nem integrado imaginariamente. Aquém ou além de qualquer limite, seria incontrolável e fora de cogitação. A reflexão a seu respeito traz de novo o velho problema da incompatibilidade cognitiva entre o sujeito e o objeto. Relação impossível, por ser o segundo sobredeterminado, e o primeiro subvertido pelo seu desejo. (CESAROTTO, 2005, p. 25).

O Real se atualiza no decorrer da vida na realidade, podendo aparecer de maneira alucinatória.

Em decorrência, o aparelho psíquico proposto por Lacan é uma estrutura única composta pelos registros do Real, do Imaginário e do Simbólico, os quais se configuram em torno do furo inicial (*objeto a*). Esses elementos podem se compor de três maneiras diferentes, resultando em três “subestruturas” distintas.

Lacan, ao longo de sua obra, sustenta e confere toda sua dimensão a essas chamadas “subestruturas” clínicas, a saber: “[...] a neurose (resultante do recalque); a psicose (resultante da forclusão) e a perversão (resultante da denegação). Para cada uma delas, há uma modalidade distinta de falta, que são, respectivamente: a castração, a privação e a frustração” (BATTAGLIA, 2005, p. 20).

Outro conceito importante para se compreender como a teoria lacaniana concebe o autismo refere-se à etapa (ou estágio) do espelho. Sua compreensão é imprescindível para se apreender o processo de constituição do sujeito e as consequências advindas, quando da impossibilidade de vencer essa etapa.

É complexo precisar a origem da etapa do espelho. Em vários escritos Lacan procura dar-lhe uma explicação, a qual, de acordo com Palmier (1977, p. 27), seria a seguinte: “[...] a razão dessa etapa deveria ser procurada numa prematuração do nascimento no homem; seria em outros termos, um atraso, um não-acabamento no desenvolvimento da neuraxe durante os seis primeiros meses”. Haveria, por conseguinte, uma imaturidade neuronal e uma supermaturação da visão.

Lacan aponta que a experiência da etapa do espelho mantém todo o seu significado até a idade de dezoito meses e pode decompor-se em três fases fundamentais. Mencionaremos, a seguir, esses três momentos, tendo em vista seus pontos principais.

Num primeiro momento, a criança nota o reflexo do espelho como ser real. Essa imagem, que é a sua, é compreendida como sendo a do outro e, contrariamente, a imagem do outro é percebida como sendo a sua, ou seja, a de seu próprio corpo.

No segundo momento, ela perceberá o outro do espelho não mais como ser real, mas como uma imagem.

Por fim, na terceira etapa, a criança não só notará que o outro não é só uma imagem, como perceberá que aquela imagem é a sua.

Salienta Palmier (1977, p. 26):

A etapa do espelho, assim compreendida, será também a experiência de uma identificação fundamental e a conquista de uma imagem, a do corpo, que estrutura o ego, ou melhor o “eu”, antes que o sujeito se comprometa com a dialética da identificação com o outro pela mediação da linguagem. [...] é através dessa dialética do ser e da aparência que se realiza a conquista da identidade do sujeito pela imagem total que antecipa a unidade de seu corpo.

Tudo indica que a criança não tem primitivamente a imagem do seu corpo unificado, muito pelo contrário, ela o percebe fragmentado, como dispersão de todos os seus membros. Essa fantasia é angustiante e pode estar presente em várias psicoses, como, por exemplo, a esquizofrenia.

Desse modo, no estágio do espelho, a imagem corporal unificada é antecipada ao *infans*³ antes que ele possua um conhecimento real de seu próprio corpo, numa época, portanto, anterior à noção de esquema corporal: “Para Lacan, o estágio do espelho é um momento mítico inaugural, a partir do qual um corpo fragmentado é antecipadamente constituído num semblante de totalidade e maturação” (STEFAN, 1998, p. 23). Assim, tem-se a substituição da angústia do corpo fragmentado por uma imagem antecipada do corpo como totalidade.

Palmier (1977, p. 38) afirma que, caso ocorra uma ruptura nesse reconhecimento do corpo, desmorona-se então toda a dialética dessa constituição:

O aparecimento da psicose na criança deve ser considerado como a consequência de uma perturbação fundamental que afeta a relação da criança com seu próprio corpo e é vivida no plano do imaginário. A fantasia do corpo dividido (*corps morcelé*) reaparecerá então na destruição psicótica.

Por conseguinte, caso haja uma incapacidade de vencer a etapa do espelho ou se ela se chocar contra uma impossibilidade de identificação, poderá passar a existir a psicose:

Não é, pois, de admirar que numerosas crianças psicóticas reajam à vista de sua imagem com um comportamento estranho. Normalmente, não suportam vê-la. Parecem inquietas, angustiadas ou permanecem na mais total imobilidade, como se

³ *Infans* é a referência que Lacan utiliza para designar aquele que ainda não adquiriu linguagem.

estivessem congeladas, pretendendo mostrar com isto que está havendo ressurreição de um vazio que nada pode preencher. (PALMIER, 1977, p. 39).

Parece ser esse o caso que acontece com as crianças autistas, acarretando a elas essa dificuldade de se identificar com o semelhante. Laznik-Penot (1997, p. 33) destaca:

O estágio do espelho é este momento particular de reconhecimento pela mãe da imagem do filho, este momento em que ele se volta para o adulto que o traz pedindo-lhe para reafirmar pelo olhar a imagem que ele percebe no espelho. Esta constituição da relação com a imagem do espelho pode, certamente, não se instalar nas crianças autistas, impedindo a constituição da imagem especular e do eu.

Diante disso, a impossibilidade do autista “entrar” na etapa do espelho leva a um impedimento da instalação da relação simbiótica fundamental, “[...] a presença-ausência materna, devido a uma falha da própria presença original deste Outro. Teremos, então, o fracasso da constituição da imagem do corpo e da constituição do eu” (LÓPEZ, 2000).

Por isso, podemos dizer que, de maneira geral, segundo o referencial psicanalítico lacaniano, o autismo está compreendido numa anterioridade à dialética do espelho.

Outro conceito crucial para a compreensão que alguns autores lacanianos fazem do autismo, assim como sua diferenciação em relação à psicose infantil, é o conceito de *foraclusão*.

Como já notamos, para Lacan, existem três modos de subjetivação: o recalçamento, a denegação e a *foraclusão* (no qual nos deteremos).

O termo *foraclusão* é oriundo do vocabulário jurídico e “[...] foi proposto por J. Lacan para traduzir o vocábulo alemão *Verwefung*, habitualmente transcrito nas versões francesas da obra de Freud pela palavra *rejet* [rejeição, repúdio]” (NASIO, 1995b, p. 149-150). Vale frisar que o conceito de *foraclusão* de Lacan refere-se, como veremos, não exclusivamente à simples inscrição da castração no inconsciente, tal como Freud se referia:

A posição teórica de Lacan a propósito da *foraclusão* varia conforme os textos e as épocas, mas se elabora, fundamentalmente, a partir da distinção tripartida que já estabelecemos entre o mito da atribuição universal do pênis a *todos* os seres humanos (o *Todo* universal), a descoberta da criança que *existe* pelo menos uma pessoa castrada – a mãe – que constitui a exceção à universalidade do mito (o *Um* da existência), e o fato da própria *falta*. Temos, portanto, três elementos: o *Todo* universal, o *Um* da existência e a falta em si. (NASIO, 1995b, p. 155, grifos do autor).

Logo, podemos observar que, diferentemente de Lacan, Freud se ateve à *foraclusão* em um único elemento, o da representação intolerável, equivalente ao *Um* da existência da tríade lacaniana.

O conceito de foraclusão lacaniano consiste em um não-advento de uma existência esperada, ou seja, o novo deveria surgir, mas, seja por que for, não surgiu.

Assim, enquanto no recalçamento se tem a entrada do sujeito no simbólico por inteiro, a foraclusão “[...] rompe brutalmente a articulação entre o Todo e a emergência sempre recomeçada do novo Um” (NASIO, 1995b, p. 156), não havendo, portanto, a entrada plena do sujeito no simbólico. Dessa forma, como consequência, o que não adveio ao simbólico irá aparecer no Real:

Em outras palavras, a nova existência que deveria ter atualizado o simbólico (um sintoma ou um lapso, por exemplo) fica literalmente abolida, sufocada, para logo ressurgir violentamente no real. O Um da existência simbólica que não chegou ali onde era esperado aparece então em outro lugar, transformado num fato real, súbito, maciço, sem apelação. (NASIO, 1995b, p. 156).

Vale lembrar que, na maioria dos textos desde 1955, Lacan passa a adotar a posição segundo a qual a foraclusão incide sobre um significante e não mais sobre o Todo.

O conceito lacaniano de foraclusão também pode ser entendido com base em uma perspectiva edipiana: a tríade do Todo, do Um e da falta se converte, nesse momento, na figura ternária do Todo da *mãe onipotente (mãe fálica)*, do Um do significante *Nome-do-Pai* e da falta representada pelo *desejo da mãe*.

A respeito do significante Nome-do-Pai, é digno ressaltar que este pode ser compreendido como expressão do desejo da mãe ou do *infans*, classificado por Lacan como metáfora paterna (metáfora do desejo do *infans* perpassado pelo desejo da mãe). O Nome-do-Pai pode ser qualquer significante capaz de ocupar a metáfora do desejo da mãe e do *infans*:

Um sintoma, um gesto, uma palavra, uma decisão ou mesmo uma ação, todos são, em sua atividade, exemplos de significantes do Nome do Pai, sendo cada um deles uma expressão singular do desejo. Precisemos que o lugar do Nome do Pai é sempre Um, mesmo que os elementos que se achem a ocupá-los sejam, por sua vez, múltiplos e inumeráveis. (NASIO, 1995b, p. 158).

Esclarecido isso, podemos estabelecer que a foraclusão se exercerá exclusivamente sobre o significante Nome-do-Pai. Assim, há um não-advento desse corte radical no Outro, que pode, então, supliciar.

Além disso, para que a foraclusão se desencadeie, é necessário que aconteça uma solicitação que saia do eixo imaginário. Nesse sentido, podemos sustentar que a foraclusão é o não-advento do Nome-do-Pai no momento em que ele é convocado a advir:

Compreendemos, assim, porque não pode haver ação foraclusiva sem a condição de um apelo que a desencadeie. Em suma, para que a operação de foraclusão se verifique, isto é, para que haja carência de um significante ali onde deveria haver a emergência dele, é necessária a incitação prévia de um apelo. (NASIO, 1995b, p. 159).

A foraclusão pode ser igualmente concebida como uma resposta a um desmoronamento simbólico da realidade, na vez de vir um significante. Em vista disso, a única saída do sujeito é a reconstrução da realidade. As consequências da foraclusão do Nome-do-Pai residem, principalmente, nessa nova realidade criada, que vem substituir a realidade perdida, antecedente ao episódio do evento foraclusivo:

Os traços mais marcantes dessa nova realidade, já o reconhecemos com o exemplo do episódio alucinatório do Homem dos Lobos. Trata-se de uma realidade maciça, por ser invasiva, enquistada, por ser isolada dos outros acontecimentos, enigmática, por ser insensata (ausência de significação fálica), compacta, por não passar de uma tensão psíquica exacerbada, e, acima de tudo, incontestavelmente verdadeira e certa para o sujeito. Verdadeira e certa, entendamos, não por corresponder a uma realidade tangível e verificável pela experiência dos fatos, mas porque essa realidade precisa *dirige-se* incontestavelmente apenas a mim [...]. Minha certeza “psicótica” reside, portanto, na convicção absoluta e espontânea de que tal realidade é minha realidade, e eu, seu único agente. (NASIO, 1995b, p. 160, grifos do autor).

Por fim, gostaríamos de acrescentar que a foraclusão pode ser encarada não somente sob um aspecto negativo – no sentido de que algo que deveria acontecer no recalçamento não aconteceu; como se algo no psiquismo tivesse falhado – ela pode, contrariamente, ser encarada como apenas mais uma maneira de constituir-se subjetivamente.

Feitas essas considerações a propósito de alguns conceitos da teoria lacaniana, empreenderemos, agora, a difícil tarefa de compreender como essa teoria entende o autismo. Mais adiante, descreveremos um pouco sobre a (não-consensual) diferenciação entre autismo e psicose infantil, no interior do referencial psicanalítico lacaniano.

A tarefa torna-se complexa, tendo em vista que não há um consenso nem sobre quais mecanismos incidem para formação/desenvolvimento do autismo, nem sobre o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil.

No que concerne à teoria lacaniana, podemos inferir que, pelo fato de Lacan não ter se preocupado em estabelecer um diagnóstico preciso sobre o autismo, nem ter feito muitas referências, em sua obra, a respeito do mesmo, tenha permitido que haja pensamentos diversos (e até mesmo divergentes) no interior do referencial lacaniano sobre o autismo:

A contribuição essencial (e diferencial) de Jacques Lacan à compreensão do aparelho psíquico, de seus acontecimentos e seu tratamento, situa-se no fato de que, a partir de suas idéias, os fenômenos, comportamentos e as manifestações

sintomáticas não são, em si, fatores determinantes sobre os quais se possa basear um diagnóstico clínico. É preciso, para tanto, escutar em cada sujeito a forma de o significante Nome-do-Pai operar e da pulsão ser enredada e fixada na rede de representações, situando o significante e o objeto em relação ao Real, Simbólico e Imaginário.

É a composição desses elementos que dará a dimensão da estrutura sobre a qual se deve operar, é o ponto de ancoragem diagnóstico. Os elementos estão todos presentes, restando saber como se articula entre si e organizam o psiquismo próprio de cada um. (BATTAGLIA, 2005, p. 21).

Em “Nota sobre a criança” (1969), presente no livro *Outros Escritos* (1901-1981), verificamos que, na concepção elaborada por Lacan, “[...] o sintoma da criança acha-se em condição de responder ao que existe de sintomático na estrutura familiar” (LACAN, 2003, p. 369).

De acordo com esse texto, quando o sintoma que vem a prevalecer decorre da subjetividade da mãe, a fantasia da criança está implicada:

A distância entre a identificação com o ideal do eu e o papel assumido pelo desejo da mãe, quando não tem mediação (aquela que é normalmente assegurada pela função do pai), deixa a criança exposta a todas as capturas fantasísticas. Ela se torna o “objeto” da mãe e não mais tem outra função senão a de revelar a verdade desse objeto. (LACAN, 2003, p. 369).

Ainda no que se refere à importância do papel do terceiro, na relação dual entre mãe/bebê, podemos afirmar que, tendo por base o texto “Nota sobre a criança”, a “[...] criança lhe dá, imediatamente acessível, aquilo que falta ao sujeito masculino: o próprio objeto de sua existência, aparecendo no real. Daí resulta que, na medida do que apresenta de real, ela é oferecida a um subornamento [*subornement*] maior na fantasia” (LACAN, 2003, p. 370).

Assim, é imprescindível tentar entender a relação da criança com seus pais, especialmente quando há um sintoma na criança, como no caso das crianças autistas:

A relação entre a criança autista e seus pais, é fundamental para se entender este bebê que não consegue se constituir enquanto sujeito, vale lembrar, a importância do papel do pai, como terceiro, nesta relação inicialmente dual entre mãe/bebê, como aquele que irá quebrar essa relação especular. (LÓPEZ, 2000).

Em seu artigo “Sobre o tratamento possível do autismo”, Elisa Carvalho de Oliveira (2006) toma como principal referência o texto “Conferência em Genebra sobre o sintoma” (1975), no qual Lacan aborda o autismo, como resposta a alguns de seus interlocutores.

Primeiramente, Lacan afirma que os autistas escutam a si mesmos, e que o fato de escutarem pode inclusive desembocar em uma alucinação – que possui sempre um caráter mais ou menos vocal (OLIVEIRA, 2006).

Posteriormente, ele enfatiza que nem todos os autistas escutam vozes, contudo, articulam muitas coisas. Nesse caso, trata-se, então, de se investigar o lugar de onde os autistas escutaram o que articulam, lugar este que não está devidamente situado.

Em seguida, Lacan indaga a respeito do motivo pelo qual há algo no autista ou no chamado esquizofrênico que se congela, porém, que não se pode dizer que não fala (OLIVEIRA, 2006).

Para Oliveira (2006), há passagens nesse texto de Lacan (1975) em que o autor

[...] aproxima diretamente o autismo e a psicose, sendo que não os iguala totalmente, deixando uma margem para abordarmos o autismo sem tomá-lo tão imediatamente no campo das psicoses. O que nos leva à questão de possibilidade de os autistas estarem presentes de alguma forma na linguagem.

Tendo em vista as pontuações de Lacan, a autora encerra o artigo com a seguinte conclusão:

O autista se configura em um personagem sobretudo verboso, o que nos leva a considerar que, apesar de seu estado, ele está de alguma forma na linguagem. E a questão é justamente: de que forma? Na medida em que é possível que mesmo pontualmente, ele chegue a pontuar algo e a partir disso chegue a realizar articulações que venham a sustentar sua posição. E que finalmente, não se possa dizer que não fala. (OLIVEIRA, 2006).

Como veremos mais adiante, a questão de o autista estar ou não na linguagem é polêmica, como também é a questão de o autismo ser ou não ser tomado dentro dos quadros de psicose.

Em vista dessas diversas concepções sobre o tema, partiremos de algumas acepções menos controversas a propósito da formação do autismo dentro do referencial psicanalítico lacaniano.

Já explicamos anteriormente que o autismo está aquém da etapa do espelho, sendo, por conseguinte, um ponto consensual entre os psicanalistas lacanianos. Abstemo-nos de falar a esse respeito, por já termos explorado esse assunto.

O segundo ponto reside no fato de que, ao contrário das interpretações clássicas (como a de Tustin, por exemplo), a formação do autismo não é entendida como um recuo do sujeito diante da hostilidade do mundo:

A afirmação de que não há inscrição se opõe radicalmente às interpretações clássicas da psicanálise a respeito do autismo, para as quais teria havido o recuo do “sujeito” diante de experiências traumáticas na relação com o Outro primordial. São as

bolhas, as conchas autísticas, que supõem um sujeito prévio, capaz de “avaliar” a hostilidade do mundo e “escolher” a fuga. (KUPFER, 1999, p. 104).

Dessa maneira, em uma etapa precossíssima, a operação significante ainda não se instalou, não havendo, pois, dentro dessa perspectiva, um sujeito prévio que recua diante da hostilidade do mundo.

Ressalta Kupfer (1999b, p. 104-105):

A hipótese lacaniana é então a de que as marcas, as inscrições originárias, não se alçam à condição de significantes com pleno poder de linguagem. As primeiras marcas, que deveriam passar por diferentes tempos para se constituírem como marcas eficazes e capazes de produzir o sujeito, sofrem uma espécie de aborto. Começam a sua aventura em direção ao mundo da linguagem, mas não chegam lá, por falta de quem signifique essas marcas como marcas significantes, e de quem lhes dê certa regularidade de leitura. Por isso, muitas vezes não se percebem o autismo nos primeiros meses. Podem surgir as imitações, que não têm ainda valor cabal de organização de linguagem.

Em decorrência, tudo indica que, para Kupfer (1999b), o autismo está fora do campo da linguagem, opinião que está longe de ser um consenso.

Antes de diferenciarmos o autismo da psicose infantil, segundo o pensamento de alguns autores lacanianos, gostaríamos de fazer um breve apontamento sobre o autismo concebido pelo viés do narcisismo e do circuito pulsional de Laznik-Penot (1997). Teremos como referência o artigo “Reflexões sobre a contribuição da psicanálise no entendimento do autismo infantil”, de Anna Lúcia Leão López (2000).

Dentro dessa perspectiva, a autora entende o autismo como “[...] resultante de alguma falha na relação primeira, quando a satisfação sexual ainda se vinculava apenas à necessidade, podendo ser a qualidade do estímulo tão marcante a ponto de impedir a estruturação de um interesse pela satisfação da pulsão” (LÓPEZ, 2000).

Laznik-Penot (1997, p. 84, grifos nossos) parece concordar com esse ponto de vista, ao fazer a seguinte afirmação:

Na criança autista, não há, pelo menos no início, nenhum sujeito que responda ao chamamento de seu nome. Ela não articula nenhum apelo, e menos ainda qualquer demanda. Ainda estamos diante do grito da necessidade, ao qual, em geral, a mãe se apressa em dar uma resposta que rapidamente remete a situação ao estado de equilíbrio [...]. Quando um terceiro intervém para pedir à mãe que não mais satisfaça imediatamente a suposta necessidade, a criança é acometida por uma cólera violenta. Se ninguém traz uma resposta rápida a estes gritos, vemos instalar-se nela um sofrimento real, sofrimento *aquém da diferenciação entre o psíquico e o físico*, e que apenas reforça o isolamento autístico.

López (2000) acredita que, no autismo, não ocorre a instauração do circuito pulsional. Dessa forma, o autista “[...] não se constitui como um sujeito desejante, não atingindo a ordem pulsional mantendo-se nos limites do necessário. Dito de outro modo, não há desejo no autismo, até porque não há falta”.

A autora ainda propõe que não se tem um fechamento do circuito pulsional, por não haver a constituição de um objeto que cause um retorno que concretize o circuito:

Portanto, não saindo o autismo do auto-erotismo, *fase anterior à ação psíquica*, o narcisismo, não haveria então, a organização das pulsões anteriormente anárquicas em torno das zonas erógenas. O não surgimento do narcisismo deve-se à falta do olhar catexizante que ensaja o narcisismo infantil, não havendo a possibilidade da formação da imagem de um corpo unificado. *A Urbild*, isto é, de acordo com Lacan, a matriz egóica. (LÓPEZ, 2000, grifos nossos).

Finalmente, faremos a complexa diferenciação do autismo e psicose infantil, dentro do referencial psicanalítico lacaniano.

Para tanto, recorreremos ao artigo de Fulvio Holanda Rocha (2002) “Autismo: controvérsias na psicanálise”. O autor salienta que, apesar de os estudos possuírem o mesmo referencial como fundamento (o referencial lacaniano – o que implica partir de uma concepção estrutural da subjetividade), as conclusões são tão diversas que ele dividiu em três posições o debate sobre a estrutura: primeiramente, expõe os defensores da unidade estrutural; em seguida, os que apontam o autismo como uma estrutura subjetiva diferente e, por fim, os que o definem como uma a-estrutura.

Em suma, no primeiro caso, já estaria resolvida a problemática da identidade estrutural entre o autismo e a psicose. Assim, o mecanismo psíquico posto em jogo é o da forclusão do significante Nome-do-Pai ou, em outros termos da teoria de Lacan, existiria o processo de alienação, mas falharia o da separação: “Portanto, a criança (psicótica ou autista) encarnaria no real a posição de objeto *a* no fantasma materno. Logo, estaria na linguagem, mas passivamente, onde se apresentaria um Outro absoluto, visto que não poria em jogo a sua falta” (ROCHA, 2002).

Entre os autores que defendem a tese da consonância estrutural, situa-se a psicanalista Denise Rocha Stefan, para quem o autismo deve ser concebido dentro da ideia de estrutura clínica. Para ela, “[...] o autismo deve ser pensado como uma das possibilidades da constituição da subjetividade humana” (STEFAN, 1998, p. 19)

Contudo, entre os que sustentam essa tese há algumas divergências. Stefan (1998), por exemplo, enfatiza a importância de se investigar as especificidades da forclusão relativamente à da esquizofrenia e à da paranoia, como podemos verificar na seguinte citação:

Tendemos a pensar o autismo como estando situado no campo das psicoses, estando em jogo, como mecanismo principal, a foraclusão. Nossa linha de pensamento leva-nos hoje a situar o autismo em uma estruturação muito particular, na qual uma certa incidência específica da foraclusão do Nome-do-Pai provoca essa não simbolização do Desejo da Mãe. Ligado a isso seria necessário aprofundar mais a questão desse Outro real que não advém a Outro simbólico. Por contraposição, nos casos de esquizofrenia e paranóia somos levados a pensar que o Desejo da Mãe vem a ser simbolizado possibilitando o funcionamento próprio ao grande Outro que vemos em suas manifestações clínicas. (STEFAN, 1998, p. 25).

Já Soler (1999) alude a um aquém da alienação, enquanto Nominé (1999) trata de uma radical ausência de alteridade.

Também há uma certa vacilação em incluir o autismo como um subtipo caracterizado ou como um estado, uma forma que um dos subtipos de psicose poderia assumir. No caso de ser um estado, seria algo mais próximo de um agravamento sintomático, sendo assim, mais contingencial do que estrutural. (ROCHA, 2002).

Entre os que acreditam na formulação de uma estrutura clínica diferente, que responderia melhor às vicissitudes específicas das crianças autistas, está Maria Cristina Kupfer (1999b), a qual parte da concepção de que, no autismo, há um fracasso na captação do *infans* no desejo materno, uma vez que existe uma falha no estabelecimento da relação com o Outro. Sobre a diferenciação entre autismo e psicose infantil, a autora afirma que o “[...] autista está fora do campo da linguagem, enquanto o psicótico está na linguagem, mas fora do discurso” (KUPFER, 1999b, p. 106).

Dentro dessa mesma divisão situam-se autores como Jerusalinsky (1993), o qual propõe o mecanismo psíquico de exclusão para o autismo, diferindo-o da foraclusão:

Isto denotaria uma relação peculiar com o Outro, que demandaria nada à criança autista, o que é diferente de não demandar. Logo, existiria Outro. Mas, o autor aponta na impossibilidade do usufruto dos efeitos da inscrição Nome-do-Pai, o ponto comum com a psicose, o que diferiria seria a forma de se instituir o impedimento. (ROCHA, 2002).

Já para Laznik-Penot (1997 apud ROCHA, 2002), cuja perspectiva teórica faz igualmente parte desse grupo, o autismo está aquém da alienação, porém, nesse caso, isso quer dizer que há uma outra estrutura:

O autismo representaria a não instauração da relação simbiótica fundamental (presença-ausência), visto que o Outro sequer teria se apresentado, enquanto na psicose, o Outro seria só presença. Daí, propõe o mecanismo de elisão, evitamento, que seria mais arcaico que o psicótico. (ROCHA, 2002).

Em geral, a defesa de que o autismo deve ter uma estrutura diferente baseia-se no fato de que há um fracasso da captação primeira do sujeito no significante; essa captação deveria ser promovida pelo Outro primordial.

Por fim, entre os psicanalistas de orientação lacaniana que situam o autismo como uma a-estrutura, encontra-se: Yankelevich (1995), o qual propõe que no autismo inexiste o Outro, assim como também existiria um mecanismo ainda mais primitivo do que a forclusão psicótica; Lopes (1995), para quem o autismo está aquém da alienação, de que decorre a impossibilidade de concebê-lo como uma estrutura, mas, simultaneamente, reconhece que há relação do sujeito ao Outro; e Vinheiro (1995), o qual parte do pressuposto de que no autismo não existiria nenhum laço com o Outro, sendo, por isso, uma a-estrutura (ROCHA, 2002).

Mesmo com essa diversidade de entendimentos a respeito do autismo, Fulvio Rocha (2002) estabelece alguns pontos de convergências.

A primeira delas é bem ampla e refere-se à impossibilidade de as crianças autistas e psicóticas fazerem uso da medida fálica, devido a uma falha da inscrição do significante Nome-do-Pai. Se houve aí uma forclusão ou um outro mecanismo, já não teremos uma resposta unânime: “De qualquer forma, isto impede a queda do objeto *a* em uma operação de separação. Portanto, as considerações sobre a especificidade do autismo não estão situadas, aqui, entre a subjetivação do psicótico e do neurótico” (ROCHA, 2002).

O segundo ponto de acordo é o de que o autismo se situa em um tempo anterior ao da psicose, isto é, o autismo seria uma forma mais primitiva da psicose:

[...] tomando todos os autores citados, esta relação de anteposição pode ser verificada, quando propõem que o autismo: antecede à esquizofrenia ou à paranóia; se refere à falha na simbolização primordial; é definido como aquém da alienação significante; é situado como vicissitude da etapa mais primeva da organização libidinal (narcisismo primário, auto-erotismo...). Mas, essencialmente, ao se referirem, de forma unânime, ao autismo como problemática pré-especular, ao passo que, a psicose seria, especular. Deste modo, o autismo antecederia sempre à psicose (ao menos tomando como paradigma a paranóia). (ROCHA, 2002).

O autor encerra o artigo, afirmando que, mesmo diante de descrições teóricas que se dirigem para um fora da linguagem, pela inexistência de um Outro, as descrições clínicas não são condizentes com um fora do humano (ROCHA, 2002).

Possivelmente, o enorme desafio que aí se apresenta, deva-se à confluência de duas dificuldades: as que são próprias à subjetivação das crianças autistas e as postas pelos limites teóricos. O desdobramento dessa hipótese nos levaria a questionar a possibilidade de se colocar o autismo no cerne dos mitos de origem ou se seria mais produtora estender a ficção teórica, situando o autismo um pouco após a Origem, como, afinal, fez Lacan (1955-56) para abordar a psicose. Assim, talvez se arrefeça o fascínio turvejante que suscita o tema de origem. (ROCHA, 2002).

Sendo assim, acreditamos ter esboçado os principais entendimentos a respeito do pensamento psicanalítico sobre o autismo. Atualmente, muita coisa concernente ao autismo no âmbito psicanalítico vem sendo formulada, suscitando inúmeras concepções teóricas sobre o tema.

4 AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO BRASIL POR MEIO DOS REGISTROS EM PERIÓDICOS NACIONAIS

Ler é sonhar pela mão de outrem.

Fernando Pessoa

Apresentaremos, neste capítulo, os resultados obtidos por meio das fontes documentais, os quais foram organizados de modo a se obter um panorama das práticas clínicas desenvolvidas com autistas no cenário psicanalítico brasileiro e subsidiar a escolha dos entrevistados e identificar temáticas que contribuíram para a elaboração do roteiro de entrevista. Além disso, secundariamente, a partir da sistematização dos artigos identificados, é possível esboçar algumas tendências que caracterizam a produção psicanalítica brasileira sobre o autismo, divulgada em periódicos nacionais.

Dessa forma, entre os anos de 1990 a 2010, contabilizamos 62 artigos com o foco do tema em estudo. Com fins didáticos, os dados serão expostos por meio de tabelas, as quais permitirão visualizar e discutir informações importantes, tais como: a distribuição dos artigos por ano de publicação, os periódicos que publicaram sobre o autismo, as temáticas abordadas, entre outras.

Para tal, dividiremos a análise deste capítulo em dois tópicos, a saber: a caracterização das publicações sobre o autismo, através da sistematização das informações contidas nesses periódicos e, na sequência, a discussão das tendências da produção psicanalítica sobre o autismo.

4.1. Caracterizando as publicações sobre o autismo no cenário psicanalítico brasileiro

O primeiro aspecto a ser evidenciado e debatido refere-se à distribuição dos artigos por ano de publicação. Conforme podemos observar na Tabela 1, os trabalhos sobre o autismo sob um olhar psicanalítico aparecem a partir do ano 1993, com uma única ocorrência, ganhando regularidade a partir do ano de 1995. O ano de 2007 foi o que teve maior número de publicações sobre o tema, contabilizando um total de 10 artigos.

Tabela 1. Distribuição dos artigos por ano de publicação

Ano de Publicação	Número de Artigos	Percentual
1990	-	-
1991	-	-
1992	-	-
1993	1	1,61
1994	-	-
1995	-	-
1996	-	-
1997	-	-
1998	3	4,84
1999	2	3,23
2000	3	4,84
2001	5	8,06
2002	1	1,61
2003	8	12,90
2004	5	8,06
2005	2	3,23
2006	6	9,68
2007	10	16,13
2008	5	8,06
2009	5	8,06
2010	6	9,68
Total	62	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)

Na Tabela 2, verificamos informações convergentes, em que os artigos estão distribuídos por década, assim como a disponibilidade de acesso virtual desses trabalhos. É válido esclarecer que, no critério “Artigos disponíveis *on-line*”, a procura virtual dos artigos ocorreu por meio dos periódicos especializados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *sites* de busca, enquanto para os artigos cujo acesso por meio dos recursos de informática estava indisponível, a busca do material se deu através dos periódicos que os publicaram.

Na década de 1990, registramos seis publicações sobre o tema, e não encontramos disponibilidade de acesso *on-line* em nenhuma dessas publicações, ao passo que, na década de 2000, há um total de 56 artigos, dos quais 46 (82,14%) permitem acesso virtual.

Nesse sentido, a partir da década de 2000, a maioria dos artigos que versam sobre a temática do autismo infantil, no contexto psicanalítico brasileiro, está disponível *on-line*, facilitando o compartilhamento de informações e difundindo as práticas psicanalíticas com crianças autistas no Brasil a todos aqueles que tiverem interesse sobre o tema. Ademais, a

facilidade de acessar tais publicações *on-line* possibilita uma maior agilidade na transmissão das informações, auxiliando tanto as pesquisas científicas, quanto o público em geral.

Tabela 2. Distribuição dos artigos por década e disponibilidade de acesso virtual

Década	Número de artigos	Artigos disponíveis <i>on-line</i>	Percentual (nº artigos/artigos <i>on-line</i>)
1990	6	0	0,00
2000	56	46	82,14
Total	62	46	74,19

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e periódicos especializados.

O Quadro 2 apresenta os 62 artigos, assim como o nome dos autores, título dos trabalhos e ano de publicação.

Quadro 2. Distribuição dos artigos por autor e ano de publicação

Ano de publicação	Nome do(s) autor(es)	Título do trabalho
1993	1- Teresa Rocha Leite Haudenschild	1- Aquisição gradual da capacidade de auto-continência emocional e da noção de identidade por uma criança autista e comunicação expressiva do analista
1998	1- Luiz Carlos Uchôa Junqueira Filho 2- Maria Emília Lino da Silva 3- Lazslo Antonio Ávila	1- Espaço mental: uma visão psicanalítica 2- Gente estranha: um olhar psicanalítico para o autista 3- Autistas em relação consigo e com o mundo
1999	1- Maria do Carmo Cintra de Almeida Prado 2- Maria Stela de Moreira	1- Entrando em contato com o mundo da família autista: em busca de meios de comunicação 2- O óbvio e o obtuso
2000	1- Cleonice Bosa; Maria Callias 2- Maria Cristina Machado Kupfer 3- Jussara Falek Brauer	1- Autismo: breve revisão de diferentes abordagens 2- Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância 3- Entre a inibição e o ato: fronteiras do trabalho analítico com crianças
2001	1- Marise Bartolozzi Bastos 2- Vera Farinha 3- Gislene Jardim 4- Christiano Mendes de Lima 5- Veridiana Fráguas; Manoel Tosta Berlinck	1- Impasses vividos pela professora na inclusão escolar 2- Autismo e <i>holding</i> : algumas reflexões a respeito do tema 3- Psicoses e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito 4- Clínica do autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação psicanálise-educação no tratamento das crianças-objeto 5- Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola
2002	1- Ana Beatriz Freire	1- A constituição do sujeito e a alteridade: considerações sobre a psicose e o autismo

(continua...)

(continuação)

Ano de publicação	Nome do(s) autor(es)	Título do trabalho
2003	1- Tácito Carderelli da Silveira 2- Angélica Bastos 3- Sandra Pavone, Rejane Rubino 4- Maria Cristina Machado Kupfer 5- Maria Izabel Tafuri 6- Conceição A. Serralha de Araújo 7- Conceição A. Serralha de Araújo 8- Ana Beatriz Freire	1- A psicanálise e os impasses da constituição subjetiva 2- Medicação e tratamento psicanalítico do autismo 3- Da estereotipia à constituição da escrita num caso de autismo: dois relatos... um percurso 4- Intervenções no autismo a partir da psicanálise 5- Realidades e controvérsias em relação ao conceito psicanalítico de autismo normal 6- Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe 7- O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott 8- O que o autismo pode nos ensinar sobre o outro
2004	1- Vera Regina J. R. Marcondes Fonseca; Vera Silvia Raad Bussab; Livia Mathias Simão 2- Camila Giglio Cardoso; Marilena Sielski 3- Conceição A. Serralha de Araújo 4- Evanisa Helena Maio de Brum 5- Ana Beatriz Freire; Angélica Bastos	1- Transtornos autísticos e espaço dialógico - breve conversa entre a psicanálise e o dialogismo 2- Sobre o autismo: o real, a repetição e a transferência 3- A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor 4- Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea 5- Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”
2005	1- Marly Terra Verdi 2- Angélica Bastos; Kátia Álvares de Carvalho Monteiro; Mariana Mollica da Costa Ribeiro	1- Reflexões psicanalíticas-construtivistas sobre uma experiência teórico-prática, clínico-escolar, com crianças-adolescentes, psicóticos-autistas 2- O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição
2006	1- Maria Helena Lara de Vasconcellos 2- Fabiana Lins Browne Rego; Glória Maria Monteiro de Carvalho 3- Kelly Cristina Brandão da Silva 4- Jeanne Marie Costa Ribeiro; Katia Alvares Monteiro; Angélica Bastos 5- Isabela Santoro Campanário; Jeferson Machado Pinto 6- Deborah Sereno	1- Re-nascença: tecido de renda no vazio da subjetividade 2- Aquisição de linguagem: uma contribuição para o debate sobre autismo e subjetividade 3- Pratique à plusieurs: relato de uma experiência na instituição belga Le Courtil 4- A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental 5- O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito 6- Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva
2007	1- Carla Fernandes Ferreira da Costa Marques; Sérgio Luiz Saboya	1- Autismo infantil e vínculo terapêutico

(continua...)

(continuação)

Ano de publicação	Nome do(s) autor(es)	Título do trabalho
2007	2- Roberto Calazans; Clara Rodrigues Martins 3- Rogério Lerner 4- Maria Cristina Ricotta Bruder; Jussara Falek Brauer 5- Maria Cristina Machado Kupfer; Carina Faria; Cristina Keiko 6- Ivan Guilherme Hamouche Abreu; Maria Izabel Tafuri 7- Camila Sabóia 8- Denise Carvalho Barbosa 9- Jeanne Marie De Leers Costa Ribeiro; Angélica Bastos 10- Katia Alvares de Carvalho Monteiro; Mariana Mollica da Costa Ribeiro; Angélica Bastos	2- Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo 3- Considerações acerca da constituição psicanalítica de uma instituição de atendimento, inserção social e educação 4- A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação 5- O tratamento institucional do outro na psicose infantil e no autismo 6- Além do possível: investigações acerca do originário na clínica da criança autista 7- Autismo e novas perspectivas clínicas 8- Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce 9- O lugar do analista na extensão da psicanálise à inclusão escolar 10- Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição
2008	1- Maria Fátima Gonçalves Pinheiro; Ana Beatriz Freire 2- Maria Teresa Melo Carvalho 3- Maria Izabel Tafuri; Gilberto Safra 4- Fabiana Soares Fernandes 5- Mariana Soares Melão	1- A devastação e sua incidência na clínica do autismo 2- Uma pele para as palavras: sobre a importância dos envelopes sensoriais na clínica psicanalítica com a criança autista 3- Extrair sentido, traduzir, interpretar: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista 4- O corpo no autismo 5- A escrita e a constituição do sujeito: um caso de autismo
2009	1- Vera Regina Jardim Ribeiro Marcondes Fonseca 2- Maria Elizabeth da Costa Araújo 3- Fúlvio Holanda Rocha 4- Lívia Milhomem Januário; Maria Izabel Tafuri 5- Pedro Moacyr Chagas Brandão Junior	1- A psicanálise na fronteira dos estados autísticos 2- A representação e o gozo na clínica do autismo 3- Questões sobre a alteridade no autismo infantil 4- O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças 5- Um bebê no CAPSi: uma clínica possível
2010	1- Lívia Milhomem Januário; Maria Izabel Tafuri 2- Fernanda Ferrari Arantes 3- Marise Bartolozzi Bastos; Maria Cristina Machado Kupfer	1- A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott 2- De quem - ou do quê - depende o sucesso da inclusão escolar? 3- A escuta de professores no trabalho de inclusão escolar de crianças psicóticas e autistas

(continua...)

(continuação)

Ano de publicação	Nome do(s) autor(es)	Título do trabalho
2010	4- Gabriela Xavier de Araújo 5- Ana Beatriz Freire; Elisa Carvalho de Oliveira 6-Michelle Hattori Fuziy; Rosa Maria Marini Mariotto	4- Quando não há mais espaço - um estudo sobre a fratria das crianças autistas 5- Sobre o tratamento analítico de um caso de autismo: linguagem, objeto e gozo 6- Considerações sobre a educação inclusiva e o tratamento do outro

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

Os dados arrolados acima sugerem que as práticas dedicadas ao atendimento de crianças autistas, cujo alicerce teórico está amplamente sustentado na psicanálise, ganham relevância, no Brasil, a partir da década de 1990, com um aumento crescente na década de 2000, corroborando a hipótese da presente pesquisa de que, antes de 1990, existiam em nosso país iniciativas isoladas, sem expressão mais abrangente.

Por meio dessas informações, podemos conjecturar que, com a consolidação da psicanálise no contexto nacional, um conjunto de práticas institucionais voltadas às crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves ganhou espaço no cenário psicanalítico brasileiro, repercutindo em produções científicas sobre o tema:

Podemos dizer que o trabalho desenvolvido no âmbito institucional ganhou significativa projeção entre o final do século XX e início do século XXI, de tal forma que a experiência acumulada pelos profissionais destas instituições representa um extrato significativo do pensamento psicanalítico brasileiro sobre o autismo. (MARFINATI; ABRÃO, 2011, p. 33).

Como exemplo, podemos mencionar a prática psicanalítica institucional desenvolvida na *Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica*, criada em 1991, ocasião em que era vinculada ao Instituto de Psicologia da USP, passando a denominar-se *Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida*, em 1995. Outrossim, merecem destaque as práticas psicanalíticas institucionais realizadas no Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL), fundado em 1981, e no Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), surgido dentro do espírito da Reforma Psiquiátrica, no final de 1980, e criado dentro de uma estrutura institucional em 1992.

As práticas psicanalíticas institucionais desenvolvidas nesses locais refletiram em inúmeras publicações distribuídas por meio dos periódicos nacionais (MARFINATI; ABRÃO, 2011). Dessa forma, observamos, através dessas práticas, a existência de novos

espaços para o tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, como acima mencionado.

Ainda com fins de ilustração, na década de 2000, o CPPL completou 25 anos de funcionamento, recebendo, ao longo desse período, cerca de 800 pacientes, incluindo crianças e adolescentes, em psicoterapia individual e em grupo, além de acompanhamento às famílias. Atualmente, o CPPL é uma instituição considerada como referência em todo o país: “Talvez esta instituição seja a que por mais tempo e de forma mais continuada se dedica à investigação do autismo no Brasil, tendo se tornado, por isso, um centro de referência no assunto” (CAVALCANTI; ROCHA, 2001, p. 17).

Além disso, os dados sugerem um aumento do interesse em discutir essa temática no âmbito acadêmico, de modo acentuado a partir do ano 2000, motivo pelo qual a grande maioria das publicações ocorre após essa data.

Quanto à localização geográfica das áreas de concentração de maior produção sobre o autismo, verificamos que, embora o CPPL, situado no Recife, seja a instituição que por maior período de tempo se dedica ao tema do autismo sob uma perspectiva psicanalítica, é no Sudeste (especialmente em São Paulo e no Rio de Janeiro) que encontramos a maior parte dos autores que versam sobre essa temática. Isso se deve ao fato de que nem toda a prática psicanalítica destinada a esse público resulta em publicações em periódicos científicos, ainda que se possa reconhecer a existência de publicações dessa prática psicanalítica-institucional em livros, como, por exemplo, *Autismo: construções e reconstruções* (CAVALCANTI; ROCHA, 2001) e *Cata-ventos: Invenções na clínica psicanalítica institucional* (ROCHA, 2006).

A distribuição por Estado dos autores que publicaram a respeito da temática em apreciação pode ser observada na Tabela 3.

Tabela 3. Distribuição dos autores por Estado

Região	Número de autores	Percentual
São Paulo	32	49,23
Rio de Janeiro	12	18,46
Minas Gerais	6	9,23
Paraná	5	7,69
Brasília	3	4,62
Pernambuco	2	3,08
Rio Grande do Sul	2	3,08
Amazonas	1	1,54
Bahia	1	1,54

Ceará	1	1,54
Total	65	100

Fonte: Plataforma Lattes e pesquisa nas Sociedades Brasileiras de Psicanálise.

O elevado número de autores em São Paulo e no Rio de Janeiro pode ser mais bem compreendido, quando traçamos um olhar histórico sobre o desenvolvimento da psicanálise nessas duas cidades. Historicamente, São Paulo e Rio de Janeiro foram os primeiros polos de difusão da psicanálise no Brasil, desde 1920, sendo também as primeiras cidades que promoveram a institucionalização do movimento psicanalítico com a criação das primeiras sociedades de psicanálise⁴.

Para Carmen Lucia M. V. de Oliveira (2002), em seu estudo sobre “A historiografia sobre o movimento psicanalítico no Brasil”, foi apenas por volta de 1960 que a psicanálise, controlada pela *International Psychoanalytical Association* (IPA), conseguiu implantar o conjunto dos seus dispositivos de formação e prática no país, a qual só foi possível, inicialmente, nos três dos principais centros urbanos, a saber: São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre.

Com o intuito de organizar como se deu a institucionalização do movimento psicanalítico nos moldes da IPA, a autora divide esse processo em basicamente três etapas: a primeira, datada de 1915 a 1937, marcada pela recepção e difusão das ideias psicanalíticas; o segundo momento, compreendido entre os anos de 1938 a 1950, em que se deu a formação das primeiras gerações de analistas e, por fim, a última etapa, iniciada em 1951 e finalizando no ano de 1969, quando aconteceu a institucionalização do movimento nos moldes da IPA, com a criação dos organismos de formação e prática em São Paulo, Rio de Janeiro e Porto Alegre.

No Rio de Janeiro, por exemplo, as primeiras tentativas de se criar um grupo seguido pelas normas da IPA ocorreram apenas em meados de 1940. Em 1959, a IPA reconheceu a Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro, possibilitando aos profissionais interessados o exercício da psicanálise:

Em 1959, no *XXI International Psychoanalytical Congress* de Copenhague, a IPA finalmente reconheceu a *Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro*, o Brasil já permitia psicanalistas não-médicos, ainda que tal prática fosse cercada de supervisão psiquiátrica. É desta maneira que apenas a partir da segunda metade da década de 1950 que surgem os centros de formação no Rio de Janeiro, com direito de autorizar e reconhecer profissionalmente aqueles que pretendessem exercer a psicanálise. A essa altura, a psicanálise passava a ser vista como uma técnica altamente sofisticada para o tratamento dos distúrbios mentais. (FACCHINETTI; PONTE, 2003, p. 61).

⁴ A primeira Sociedade de Psicanálise reconhecida pela IPA no Brasil foi a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo.

Importante considerar que o processo da institucionalização do movimento psicanalítico no país foi marcado por ruptura e modificações e a expansão para outras regiões do Brasil só vai ocorrer nos anos de 1970, “[...] agora contando com o nascimento de outras escolas e tendências e a emergência das diferentes psicoterapias que no seu conjunto constituem a chamada clínica ‘psi’” (OLIVEIRA, 2002, p. 146).

Outro aspecto a ser analisado sobre o elevado número de autores que se dedicam ao tema do autismo, sob uma perspectiva psicanalítica, na cidade de São Paulo e do Rio de Janeiro, diz respeito ao fato de que essas cidades desenvolveram, nas últimas décadas, instituições específicas para o tratamento de crianças autistas, de onde emanam, além de uma consistente prática clínica, sólida produção teórica sobre o tema, levando a psicanálise para contextos institucionais, conforme mencionamos anteriormente.

Em São Paulo, a *Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida* promove atendimento terapêutico e educacional para crianças com graves distúrbios, as quais recebem diferentes tipos de tratamento envolvendo atendimento em grupo, que se dão nas atividades de recreação, nos espaços dos ateliês de artes, nos grupos dos jogos, entre outros.

Hoje em dia, o *Lugar de Vida* ampliou suas atividades e também atinge cidades que não pertencem ao Estado de São Paulo, podendo, dessa forma, satisfazer uma demanda cada vez mais crescente. Com a existência de uma equipe especializada, construiu-se uma estrutura de serviços fora da Universidade, facilitando o atendimento à população e recebendo estudantes e profissionais interessados em adquirir formação em Educação Terapêutica, uma proposta de atendimento psicanalítico e educacional integrado, criado com o intuito de enfrentar os desafios da clínica da psicose infantil:

Nem psicanálise apenas, nem apenas educação. Tampouco uma pedagogia psicanalítica, já que não se vale de métodos e técnicas de ensino e nem se propõe a integrar ambas as práticas. Apenas uma reeducação com os mesmos objetivos da análise, como disse Freud. Mais, no fim das contas, do que uma “clareagem” da psicanálise sobre a educação. (KUPFER, 2001, p. 116).

No Rio de Janeiro, o NAICAP tinha como foco de trabalho a escuta da singularidade da criança, sendo essa escuta a referência para o trabalho institucional.

Os profissionais que trabalhavam nessa instituição tinham como base a chamada “prática entre vários”, a qual pode ser definida “[...] como um trabalho cuja direção é a construção do caso entre vários profissionais e a criança [...] e se orienta por uma ética esvaziada de saber” (FREIRE; BASTOS, 2004, p. 84).

A “prática entre vários” é guiada por quatro eixos: I - a manutenção e produção de um espaço vazio de saber sobre o autista, deslocando-o de lugar de objeto para o de sujeito; II - as reuniões de equipe, as quais “[...] impedem a compreensão e a instalação de um saber, prévio e fantasiado” (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 152), a respeito do paciente; III - a importância do responsável terapêutico, o qual desempenha um papel de ‘guardião do vazio central’; IV - a orientação lacaniana do campo freudiano, adaptado como se tratando da transferência com psicanálise.

A característica dessa prática resulta em um mesmo ponto:

[...] não se fazer de mestre para o autista, isto é, destacar-se da posição de saber, aquele que faz do autista objeto de gozo. Sustentar essa posição de não-saber abre espaço para que o autismo possa situar-se de outra maneira que não de objeto do Outro, mas como sujeito. (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 153).

No ano de 2004, o NAICAP foi substituído pelo Núcleo da Infância e Adolescência (NIJI), contudo, as atividades desenvolvidas ao longo de 15 anos de trabalho resultaram em uma fecunda produção sobre o tema do autismo, no contexto psicanalítico brasileiro, cujas publicações estão distribuídas em periódicos nacionais, especialmente no periódico *Estilos da Clínica*.

Conforme demonstra a Tabela 4, a *Estilos da Clínica – Revista sobre a Infância com problemas* é responsável por aproximadamente 39% das publicações sobre o tema do autismo, seguida pela *Revista Brasileira de Psicanálise* e pela *Psychê – Revista de Psicanálise*.

Tabela 4. Distribuição do total de artigos por periódicos

Periódico Científico	Total de publicação	Percentual
<i>Estilos da Clínica</i>	24	38,71
<i>Revista Brasileira de Psicanálise</i>	4	6,45
<i>Psychê</i>	4	6,45
<i>Psicologia, Ciência e Profissão</i>	3	4,84
<i>Psicologia USP</i>	2	3,23
<i>Estudos de Psicologia (Campinas)</i>	2	3,23
<i>Pulsional Revista de Psicanálise</i>	2	3,23
<i>Psicologia Argumento</i>	2	3,23
<i>Temas sobre Desenvolvimento</i>	2	3,23

Outros	17	27,41
Total	62	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Desse modo, podemos constatar que os três primeiros periódicos da tabela acima são responsáveis por mais da metade das publicações sobre o autismo no pensamento psicanalítico brasileiro (51,61%) e, para melhor esclarecimento sobre as razões desse elevado número, descreveremos, ainda que brevemente, o histórico dessas Revistas, haja vista a importância desses periódicos como ferramentas de difusão do saber psicanalítico.

A história da revista *Estilos da Clínica* está intrinsecamente ligada à história da *Associação Lugar de Vida – Centro de Educação Terapêutica*, uma vez que esse periódico surge com a finalidade de divulgar os trabalhos desenvolvidos nessa instituição, assim como as reflexões surgidas a partir dos debates ali realizados.

A revista *Estilos da Clínica* teve sua primeira publicação no segundo semestre de 1996, estendendo-se até os dias de hoje. Para a Comissão Editorial (ESTILOS DA CLÍNICA, 1996, p. 5), essa revista visa a reunir pensamentos de especialidades diversas, podendo conter, por exemplo, tanto um estilo lacaniano quanto winnicottiano, objetivando “[...] reunir todas as possibilidades que o termo *estilo* contém”.

Com o intuito de registrar as distintas formas clínicas de tratamento atual, *Estilos da Clínica* é de suma importância para se averiguar a produção psicanalítica que se tem desenvolvido na atualidade, em nosso país. De acordo com a mesma comissão editorial (ESTILOS DA CLÍNICA, 1996, p. 5), o periódico *Estilos da Clínica* “[...] quer finalmente, abrir espaço às abordagens teóricas com vocação para somar esforços e oferecer um lugar no qual guarda, como nos vasos antigos, uma produção do nosso tempo”.

Dessa maneira, a revista *Estilos da Clínica*, por se tratar de uma revista direcionada especificamente ao tema da infância e psicanálise, reúne um elevado número de publicações sobre o autismo, dentro do referencial psicanalítico, congregando desde sua primeira edição, em 1996, até o ano de 2010, 24 artigos, o que representa quase 39% do total de publicações.

Em vista disso, com o intuito de registrar as distintas formas clínicas de tratamento atual, a *Estilos da Clínica* é um periódico extremamente válido para aqueles que desejam averiguar a produção psicanalítica sobre o autismo que se tem desenvolvido em nosso país.

A *Revista Brasileira de Psicanálise* fez uma passageira aparição em 1928, sendo editada, posteriormente, em 1967, por psicanalistas de São Paulo. Em 1975, a Sociedade

Brasileira de Psicanálise de São Paulo concedeu os direitos desse periódico à Associação Brasileira de Psicanálise (GALVÃO, 1976).

A primeira edição de 1928 foi fruto da iniciativa de Durval Marcondes, que, durante os anos de 1920 a 1930, promoveu a divulgação da teoria psicanalítica em São Paulo e se dedicou à institucionalização da psicanálise em nosso meio.

Esse primeiro número tinha por finalidade publicar alguns trabalhos de autores nacionais que tomavam como referência a teoria psicanalítica, contando com os seguintes artigos: “A psychologia de Freud e os myths e lendas na loucura”, de Franco da Rocha; “Os nossos medos secretos”, de J. Ralph; “O character do escolar segundo a psychanalyse”, de Porto-Carrero; “Um ‘sonho de exame’: considerações sobre a ‘Casa da pensão’ de Aluizio de Azevedo”, de Durval Marcondes; e “Brutos: considerações psychanalyticas em torno de um facto histórico”, de Paulo José de Toledo.

Após o surgimento desse número de 1928, a Revista parou de ser editada, tendo em vista o esgotamento da finalidade para a qual fora criada, qual seja: promover a difusão da psicanálise no meio intelectual brasileiro.

A partir da estruturação da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo, reconhecida pela IPA, em 1951, como Sociedade, surge a necessidade de um veículo de divulgação da produção psicanalítica nacional.

Assim, a *Revista Brasileira de Psicanálise* surgiu da ideia de se ter uma Revista que expressasse o pensamento da psicanálise paulista. Entretanto, a Revista, que inicialmente pretendia ser paulista, tornou-se brasileira, já que acolheu também trabalhos de diferentes Sociedades do país.

Apesar das dificuldades, o primeiro número foi lançado em 1967, obtendo uma vendagem animadora. Contudo, posteriormente, começaram a surgir os empecilhos econômicos de manter uma revista independente. Tornou-se, então, financeiramente inviável e, com o interesse da Diretoria da Associação Brasileira de Psicanálise de tê-la como um meio de divulgação, foi feita a doação da Revista à Associação Brasileira de Psicanálise (ABP), sob a presidência de Laertes Ferrão. Em 1975, a Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo concedeu os direitos desse periódico à ABP.

A *Revista Brasileira de Psicanálise* continua, até os dias atuais, sendo a voz da psicanálise brasileira, constituindo-se na publicação psicanalítica mais antiga do Brasil. Sua publicação ocorre na razão de quatro números por ano, propiciando que diversos segmentos científicos existentes dentro das sociedades de psicanálise ganhem expressão, além de ser um valioso veículo de divulgação do pensamento psicanalítico brasileiro.

Por fim, a revista *Psychê – Revista de Psicanálise* pertencia ao *Centro de Estudos e Pesquisas de Psicanálise* da Universidade de São Marcos e inseriu-se dentro de um fenômeno bastante atual dos editoriais, marcado pela recente introdução da Psicanálise nas Universidades.

De acordo com o editor Daniel Delouya (2002), tanto o *Centro* quanto a Revista que o integrou foram concebidos e fundados pela psicanalista Sandra Melon de Paula. Porém, desde o início, o *Centro de Estudos e Pesquisas de Psicanálise* manteve uma independência em relação aos programas de ensino da Universidade de São Marcos, tanto da Graduação quanto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Ao assumir a função de Diretora do *Centro* e de Editora da Revista *Psychê*, a psicanalista Jacirema Cléia Ferreira investiu em uma intensa troca de conhecimentos, convidando psicanalistas de diferentes concepções teóricas para proferir cursos de curta duração, seminários clínicos, coordenar *workshop*, compor mesas a respeito de diversos temas, empenhando-se, igualmente, na criação de módulos para a Pós-Graduação *Lato-Sensu* em Teoria Psicanalítica:

Toda essa atividade converge em um clima vivo, de presença do aporte psicanalítico na Universidade São Marcos, na região do Ipiranga, graças ao dinamismo, competência e entusiasmo da Sra. Jacirema e sua equipe. Trata-se, portanto, de um espaço bem singular, já que desvinculado, em grande parte, da formação universitária e sem qualquer laço com um grupo ou uma escola psicanalítica. Espaço de passagem, de encontro entre aqueles que emitem a palavra e outros, ávidos em escutar, assistir, questionar e aprender. O que não deixa de evocar os berços de transmissão ocidentais, da Grécia antiga. (DELOUYA, 2002, p. 12).

No ano de 2002, a psicanalista Jacirema Ferreira deixa de ocupar o cargo de diretora do *Centro* e de editora do periódico *Psychê*, após cinco anos de trabalho efetivo, reservando espaço para que uma nova gestão pudesse dar prosseguimento às atividades desenvolvidas.

No aspecto financeiro, o *Centro de Estudos e Pesquisas de Psicanálise* e a Revista *Psychê* deviam grande parte de sua existência e funcionamento ao apoio das instâncias competentes da própria universidade à qual pertenciam.

Em março de 2012, o Ministério da Educação descredenciou a Universidade São Marcos, devido a inúmeras irregularidades que estavam comprometendo o funcionamento da Instituição. Por conseguinte, a Revista *Psychê* também encerrou suas atividades, após ter permanecido durante anos como um espaço de acolhimento e de manifestação de diversos saberes do campo psicanalítico.

Nesse sentido, os três periódicos mencionados destacam-se não somente pelo elevado número de publicações referentes ao tema do autismo, mas sobretudo por promoverem discussões teóricas e clínicas a respeito de diversos assuntos sob uma perspectiva psicanalítica, representando, portanto, valiosa ferramenta de transmissão do conhecimento psicanalítico brasileiro.

Finalmente, a Tabela 5 informa o número de publicações de cada profissional entrevistada em relação ao número total de trabalhos científicos publicados sobre o tema, no cenário psicanalítico brasileiro.

Tabela 5. Distribuição de publicações por profissionais entrevistadas

Autoras	Número de publicações	Percentual (nº de publicações por autora/ nº total de publicações)
Angélica Bastos	6	9,67
Ana Beatriz Freire	5	8,06
Maria Izabel Tafuri	5	8,06
Maria Cristina M. Kupfer	4	6,45
Conceição S. Araújo	3	4,83
Kátia Álvares Monteiro	3	4,83
Total	26	41,93

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde.

Assim, observamos que as seis profissionais entrevistadas são responsáveis por mais de 40% de todas as publicações encontradas no período estudado, significando, por conseguinte, um extrato significativo do que se tem discutido sobre o tema do autismo sob uma perspectiva psicanalítica, em nosso país. Tais reflexões serão analisadas no capítulo 5, as quais foram sistematizadas a partir de temas relevantes para a compreensão do autismo, segundo se verifica no tópico que se segue.

4.2. Tendências da produção psicanalítica brasileira sobre o autismo

Constatamos, por meio da análise das fontes documentais ora em discussão, que determinados assuntos eram mais recorrentes, permitindo-nos subdividir as principais temáticas abordadas, as quais serão debatidas nesta seção.

A tabela abaixo agrupa os artigos selecionados de acordo com categorias que expressam temas recorrentes relativos à produção psicanalítica sobre o autismo no Brasil, conforme podemos observar na Tabela 6.

Tabela 6. Distribuição dos artigos por eixos temáticos

Temática principal	Número de artigos	Percentual
Perspectivas de tratamento	13	20,97
Recortes teóricos	13	20,97
Educação e psicanálise/inclusão escolar de crianças autistas	10	16,13
Tratamento psicanalítico-institucional	12	19,35
Etiologia	4	6,45
Outros	10	16,13
Total	62	100

Fonte: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Nessa perspectiva, teceremos, ainda que brevemente, algumas considerações a respeito dos eixos temáticos ilustrados na Tabela 6. Embora não contemple as particularidades de cada artigo incluído, essa apresentação dedica-se a obter um panorama do pensamento psicanalítico brasileiro sobre o autismo nas últimas décadas e subsidiar a elaboração do roteiro de entrevistas empregado nas fontes orais.

Ao definirmos esses temas, faremos uma breve descrição de sua abrangência acompanhada de alguns esclarecimentos a partir do debate introduzido por alguns artigos simbolicamente representativos de cada temática. Outrossim, não temos a pretensão de esgotar a análise dos artigos, mas procuramos apenas ilustrar cada tema definido.

No que se refere às **perspectivas de tratamento com as crianças autistas**, percebemos que o analista empenhado no cuidado com as mesmas é impelido a buscar novas estratégias de comunicação daquelas usadas comumente no processo analítico, como, por exemplo, valer-se da expressividade e da capacidade de ouvir “falas” não-verbais de seus analisandos.

Tal preocupação é particularmente ressaltada no artigo de Teresa Rocha Leite Haudenschild, intitulado “Aquisição gradual da capacidade de auto-continência emocional e da noção de identidade por uma criança autista e comunicação expressiva do analista”, publicado no ano de 1993.

O trecho a seguir ilustra de modo bastante claro a urgência de o analista buscar estratégias que deem conta da dificuldade de comunicação das crianças autistas:

Foi aí que eu percebi que a expressividade era fundamental para a significação. Que não adiantava eu interpretar verbalmente os sentimentos dela, sem demonstrar vivamente essa compreensão através da expressividade de minha voz, do meu olhar e dos gestos. Somente após eu ter feito isto, é que Paula parece ter se sentido compreendida. Constatei então que “capacidade de rêverie” tem a ver com apreensão e resposta expressiva do analista, que a expressividade é que dá colorido à significação (Melson, 1991). (HAUDENSCHILD, 1993, p. 134).

No trabalho de Ana Beatriz Freire (2002), “A constituição do sujeito e a alteridade: considerações sobre a psicose e o autismo”, após discutir questões teóricas referentes ao autismo e à psicose, tendo como referência a teoria lacaniana, são abordadas algumas possibilidades e direção do tratamento com o autismo. Para a autora, o analista deve suportar a anulação radical, a “[...] anulação não apenas de um saber suposto, mas do próprio lugar vazio que causa o desejo” (FREIRE, 2002, p. 89). Dessa maneira, a aposta que se faz é a de que o autismo possa vir a barrar esse gozo ameaçador que vem de um outro estranho e familiar:

Acreditamos que é tratando o Outro, despojando-o de saber e, conseqüentemente, de gozo que o suporta, que podemos de alguma forma introduzir uma separação, mesmo que ínfima, entre o sujeito (que se quer objeto do gozo do outro) e o Outro. Eis, aí, uma aposta de direção de tratamento. (FREIRE, 2002, p. 89).

O artigo de Denise Barbosa (2007), “Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce”, e o trabalho de Isabela Campanário e Jéferson Pinto, intitulado “O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito”, publicado no ano de 2006, abordam a necessidade de intervenção precoce nos casos de crianças com risco de autismo.

A importância da intervenção precoce na interação mãe-bebê é discorrida por esses autores, levando-se em conta diversas teorias como a psicanálise, a neurobiologia, a psicologia do desenvolvimento, entre outras.

Ambos os artigos apontam para a necessidade de um tratamento precoce. Campanário e Pinto (2006) ressaltam a importância do tratamento, em detrimento do diagnóstico, o qual é considerado por eles como mais maléfico do que benéfico, uma vez que pode levar a um movimento de fuga da família em relação a essa criança; além disso, o diagnóstico psiquiátrico não tem em vista a possibilidade de uma mudança na estrutura.

Denise Barbosa (2007) enfatiza que se faz necessário intervir antes da instauração de um quadro patológico. Partindo dessa noção, há a possibilidade de intervir precocemente, modificando, por exemplo, o prognóstico de bebês que ainda não se tornaram autistas:

[...] a possibilidade de diagnosticar precocemente e de estabelecer um diálogo interdisciplinar para que se possa intervir o mais cedo possível, a partir dos sinais indicadores de risco, detectados na relação mãe-bebê ou nos sinais pulsionais do bebê, antes que as psicopatologias se instalem e essas estruturas se amarrem, ou para possibilitar uma melhor instauração da estrutura psíquica. Há intervenções imprescindíveis que devem preceder um diagnóstico definitivo. (BARBOSA, 2007, p. 71).

Ademais, Barbosa (2007) destaca a importância da escuta de gestantes que manifestem riscos à subjetividade do bebê. Na realidade, essa escuta também pode vir a ser uma prevenção, a qual tem por objetivo reduzir o primeiro impacto da mãe com seu filho, momento esse concebido pela autora como determinante na qualidade desse vínculo.

Finalmente, no trabalho de Izabel Tafuri e Gilberto Safra (2008), “Extrair sentido, traduzir, interpretar: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista”, a clínica psicanalítica com a criança autista é pensada para além da técnica clássica – as interpretações:

Nesse sentido, a transferência é compreendida muito mais como uma “situação transferencial” na qual o analista necessita manter sua habilidade de vivenciar a área de *nonsense* com a criança autista sem necessariamente ordenar o caos por meio das interpretações. Como foi visto, as ações interventivas do analista referentes ao tom de voz, gestos, o *setting* e o *holding* dizem respeito a uma comunicação que o analista faz ao analisando de sua compreensão de aspectos da transferência-contratransferência, por intermédio de uma atividade outra que não a decifração, decodificação e interpretação. (TAFURI; SAFRA, 2008, p. 7).

No eixo temático denominado **recortes teóricos**, os artigos examinados optam por discutir predominantemente algum aspecto teórico acerca do autismo, repercutindo em uma diversidade de contribuições técnicas e uma gama de olhares e saberes a respeito do tema em estudo.

Há, por exemplo, trabalhos que discutem a conceituação do autismo sob diferentes perspectivas como, por exemplo, o artigo de Cleonise Bosa e Callias, M. (2000), “Autismo: breve revisão de diferentes abordagens”, em que a autora retrata as diferentes abordagens no estudo do autismo, perpassando tanto pela psicanálise, quanto pelas teorias neuropsicológicas, pela teoria da mente, entre outras. Nesse sentido, temos ainda o artigo “Realidades e controvérsias em relação ao conceito psicanalítico de autismo normal”, de Maria Izabel Tafuri (2003), que realiza uma análise do pensamento psicanalítico sobre o autismo, valendo-se da

noção de “autismo normal” de Francis Tustin, assim como de sua posterior refutação, em 1991.

Ainda no que concerne à problemática da conceituação do autismo, Livia Januário e Izabel Tafuri (2009, p. 548) optam por tratar as crianças autistas e psicóticas pelo termo “sofrimento psíquico grave”:

Neste trabalho, optamos por utilizar o termo “sofrimento psíquico grave”, cunhado por Costa (2003) para nos referirmos às crianças ditas autistas e/ou psicóticas. Fizemos uma crítica ao sistema classificatório das doenças mentais e apontamos para o grande risco de o nominalismo ser pervertido, em função da dedicação obsessiva pelas próprias palavras.

Outrossim, após algumas considerações teóricas sobre a eficácia do método psicanalítico destinado a crianças em sofrimento psíquico grave, com base na obra de Melanie Klein, são mencionadas algumas contribuições da psicanálise no estudo dessas crianças, na quais se adota “[...] a postura clínica de escutar o sujeito para além da patologia e do sintoma, pensando a criança como um ser com singularidades na qual sua forma de ser não se vincula somente à psicopatologia, mas sobretudo à constituição psíquica” (JANUÁRIO; TAFURI, 2009, p. 527).

Excetuando-se esses artigos mencionados, a maioria dos trabalhos incluídos dentro de recortes teóricos parte de reflexões teóricas baseadas na psicanálise lacaniana, como, por exemplo, o artigo “A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação” (BRUDER; BRAUER, 2007), que expõe uma pesquisa teórica sobre a constituição do sujeito, cuja vertente clínica propulsora é o atendimento de crianças com problemas graves, que inclui as autistas e psicóticas.

O gozo na clínica do autismo e o prejuízo do laço com a alteridade existente nesse “transtorno” são abordados, respectivamente, nos artigos “A representação e o gozo na clínica do autismo” e “Questões sobre a alteridade no autismo infantil”, ambos publicados no ano de 2009.

O primeiro, escrito por Maria Elizabeth da Costa Araújo (2009), parte inicialmente das particularidades implicadas no gozo, para depois se pensar o gozo no autismo, ao passo que o segundo artigo, de Fúlvio Holanda Rocha (2009), discute a problemática da alteridade no autismo, apontando a relação entre o autista e o gozo do Outro:

Considerando que o dito autista dispõe de limitados recursos simbólicos, em virtude da fragmentação significativa, no tratamento é necessário sair da posição de todo saber, de dar sentido a tudo o que faz a criança, de um Outro que goza plenamente

deste sujeito. Para tanto, é preciso suportar o movimento inicial da criança de anular radicalmente o outro. Tratar o Outro não é refazê-lo ou enxertá-lo onde ausente, mas criar outra Alteridade, uma que seja alternativa a existente, permitindo pacificar, abrandar esta invasão de gozo. (ROCHA, 2009, p. 168).

Os trabalhos incluídos no eixo temático **educação e psicanálise/inclusão escolar de crianças autistas** versam a respeito da articulação entre educação e psicanálise e, de maneira predominante, sobre a problemática da inclusão escolar das crianças ditas autistas.

Desse modo, encontramos o artigo de Christiano Mendes de Lima (2001), “Clínica do autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação psicanálise-educação no tratamento das ‘crianças-objeto’”, no qual o autor faz uma reflexão sobre a (im)possibilidade de se articular psicanálise e educação, com base no pensamento de Millot (1992) e de Kupfer (1999). Para ele, a psicanálise pode ser articulada à educação se a entendermos como processo de transmissão de marcas simbólicas geradoras de efeitos de subjetivação.

Entre os artigos que tratam da escolarização de crianças autistas, localizamos o trabalho de Deborah Sereno (2006), “Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva”, em que se propõe o Acompanhamento Terapêutico (AT) de crianças autistas e psicóticas, no ambiente escolar, como um dispositivo clínico com o objetivo de garantir-lhes uma educação inclusiva.

Jeanne Ribeiro e Angélica Bastos (2007), em seu artigo “O lugar do analista na extensão da psicanálise à inclusão escolar”, remetem a uma pesquisa realizada com crianças em tratamento no Serviço de Atenção Intensiva Infância Juvenil (SAIJ) do Instituto Philippe Pinel. Essa investigação tinha por objetivo acompanhar casos de crianças autistas incluídas na rede regular de ensino municipal e estadual na cidade do Rio de Janeiro. Com base nela, é abordada a extensão da psicanálise às equipes de saúde mental e de ensino, no contexto de inclusão escolar de autistas e psicóticos.

É válido mencionar que, no ano de 2010, há um aumento de publicações que focalizam a inclusão escolar de crianças autistas, quais sejam: “De quem – ou de quê – depende o sucesso da inclusão escolar?”, escrito por Fernanda Ferrari Arantes; “A escuta de professores no trabalho de inclusão escolar de crianças psicóticas e autistas”, de Marize Bastos e Maria Cristina M. Kupfer; e o artigo “Considerações sobre a educação inclusiva e o tratamento do outro”, de autoria de Michelle Fuziy e Rosa Maria M. Mariotto.

De forma geral, esses trabalhos concordam que ambientes inclusivos são uma maneira eficaz para se obter uma educação de qualidade para todos, promovendo a capacidade de

suportar e fazer uso das diferenças, podendo obter efeitos não só pedagógicos, mas também terapêuticos.

Por outro lado, é oportuno questionar a prática educacional cotidiana com essas crianças, pois há que se incluir a escola como um todo, como, por exemplo, o desejo do educador, o qual pode não estar preparado para lidar com esse público:

Toda instituição de ensino deve se interrogar sobre o objetivo do trabalho ofertado a essas crianças, e isto inclui o desejo do educador em acolher este aluno. Se elas não aprenderão como as outras, para que ir a uma escola regular? [...]. A inclusão só acontece realmente quando o aluno dá certo com a escola como um todo, não somente com o educador. Que a escola, ao acolher alunos autistas e psicóticos, inclua a subjetividade de todos envolvidos nesse processo. Desafio permanente neste trabalho. (FUZUY; MARIOTTO, 2010, p. 197).

Sob a denominação **tratamento psicanalítico-institucional**, reunimos trabalhos que resultaram de práticas psicanalíticas institucionais, preponderantemente do Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP) e da Associação Lugar de Vida.

Como exemplo de artigos cuja publicação resultou da prática psicanalítica institucional realizada no NAICAP, encontramos os seguintes trabalhos: “Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a ‘prática entre vários’” (2004), de Ana Beatriz Freire e Angélica Bastos; “O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição” (2005) e “Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição (2007)”, ambos escritos por Angélica Bastos, Katia Monteiro e Mariana Ribeiro; “A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental” (2006), de Jeanne Ribeiro, Kátia Álvares e Angélica Bastos; e “Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo” (2007), escrito por Roberto Calazans e Clara Martins.

Esses autores trabalham tendo como base a chamada “prática entre vários”, em que os profissionais envolvidos não se completam reciprocamente, cada qual apontando sua opinião de especialista sobre a criança, mas o caso é construído entre esses profissionais e a criança.

De maneira geral, os trabalhos situados dentro dessa prática concordam que a noção de transtorno coloca o autista em uma posição deficitária, visto que deve ser submetido a técnicas de ajustamento e aprendizagem. Assim, uma das características encontradas nesses textos é a utilização de uma concepção mais ampla de sintoma, o qual é tomado como uma invenção realizada pela criança. Além disso, o sintoma é compreendido não por uma via

deficitária no sentido de sublinhar o que o sujeito não faz, mas deveria fazer. Ao contrário, o critério do sintoma valoriza o que ele faz e tenta criar condições para que venha a fazer algo.

Segundo esses autores, essa noção ampliada de sintoma permite afirmar no autismo a dimensão de sujeito, tal como proposto pela “prática entre vários”:

Levar em conta a articulação entre o tipo clínico dos sintomas e o singular do sujeito, ao invés do tratamento; não fechar a questão em torno de um Outro maciço, como o que está implícito na noção de transtorno; não é isso que está em jogo na prática entre vários, que permite que a psicanálise ainda seja um meio de impedir a redução da clínica a um mero recenseamento de sintomas e controle do sujeito? (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 155).

Nessa perspectiva, a criança e o adolescente autista são, antes de tudo, sujeitos e suas produções adquirem um caráter de invenção: “Tomar a criança e o adolescente autista e psicótico como sujeito, conferindo às suas produções um estatuto de invenção, é a direção de tratamento que o NAICAP vem imprimindo a sua experiência clínica” (BASTOS, MONTEIRO; RIBEIRO, 2005, p. 192).

Outra instituição cuja prática psicanalítica com crianças autistas repercute em um amplo número de publicações é à Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida. Os artigos que partem da experiência ocorrida dentro desse espaço abordam, predominantemente, a temática da escolarização e inclusão escolar de crianças autistas.

Por uma questão didática, grande parte desses artigos foi incluída no eixo temático **educação e psicanálise/inclusão escolar de crianças autistas**, uma vez que o foco desses trabalhos era a problemática da inclusão escolar dessas crianças e não o trabalho institucional, embora as publicações partam da experiência institucional do Lugar de Vida e, por isso merecem ser mencionadas, a esta altura, ainda que de modo qualitativo.

Por outro lado, apesar de representar um menor número, a prática psicanalítica do Lugar de Vida também resulta em publicações as quais tecem considerações teóricas importantes para a compreensão do autismo, como, por exemplo, o artigo intitulado “Psicoses e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito” (2001), escrito por Gislene Jardim.

Nesse trabalho, a autora versa sobre o autismo e as psicoses infantis, tidos como quadros clínicos em que figuram impasses na relação de comunicação com o outro. Para tanto, essas questões são abordadas com base em sua leitura teórico-clínica da psicanálise lacaniana. Após retomar alguns conceitos relevantes para se compreender o pensamento lacaniano a propósito do autismo e das psicoses infantis, a autora se fundamenta em seu trabalho

institucional realizado na Pré-Escola Terapêutica Lugar de Vida, para ilustrar suas hipóteses teóricas.

Outro artigo que retrata a prática psicanalítica experienciada no Lugar de Vida alude é “O tratamento institucional do outro na psicose infantil e no autismo” (2007), de autoria de Maria Cristina M. Kupfer, Carina Faria e Cristina Keiko. Inicialmente, as autoras discutem o estatuto do Outro da psicose e no autismo, baseado na noção do Outro da psicanálise lacaniana. Na sequência, inspiradas na fundamentação teórica realizada em uma instituição belga, apresentam um tratamento institucional denominado “Tratamento do Outro”:

Assim, é preciso inventar. O tratamento do Outro na instituição delimita um campo por meio da intervenção da equipe, que circula nas diferentes instâncias de profissionais, entre estagiários e funcionários, não havendo hierarquia entre saber e poder, mas, sobretudo, parceria na construção clínica. (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 161).

Ao final, remetem a alguns dispositivos institucionais criados especificamente para tratar do Outro do sujeito psicótico efetuados no Lugar de Vida, tais como a proposta de trabalho concebida pela equipe para os ateliês:

As coordenadoras propuseram a montagem de três atividades de ateliês simultâneas, em três salas diferentes. São as agora chamadas “Oficinas de Portas Abertas”. Enquanto ocorrem as atividades, as portas das salas permanecem abertas, de modo que as crianças podem circular entre elas. São as crianças, portanto, que fazem a regulação de suas aproximações e distanciamentos em direção aos adultos. O abrandamento do sentimento de invasão, propiciado pela relativa escolha das crianças, permite uma aproximação gradual, determinada pela criança e dentro de suas possibilidades, em direção aos adultos, às atividades e às outras crianças. (KUPFER; FARIA; KEIKO, 2007, p. 162-163).

Para finalizar a discussão dos textos que se baseiam na experiência psicanalítica institucional, é válido frisar que, de modo esparso e pouco representativo em termos quantitativos, observamos algumas publicações originadas do trabalho efetuado em instituições públicas municipais, as quais desenvolvem atividades clínicas e pedagógicas com crianças e adolescentes autistas e psicóticos, como, por exemplo, o artigo de Pedro Moacyr C. Brandão Júnior, “Um bebê no CAPSI: uma clínica possível” (2009), em que o autor, após apresentar a proposta de trabalho de um CAPSI, discute o caso de um bebê que chega com hipótese diagnóstica de autismo infantil.

Com efeito, embora a maior parte dos artigos incluídos no eixo temático tratamento psicanalítico-institucional partam do NAICAP e do Lugar de Vida, podemos inferir que a tendência é o surgimento de práticas psicanalíticas institucionais destinadas ao tratamento de

crianças e adolescentes autistas e psicóticos em outros espaços, como os Serviços da Saúde Pública, como é o caso dos CAPSI.

Por fim, entre os que tratam da polêmica da **etiologia do autismo**, três dos quatro artigos incluídos nesse eixo temático são escritos por Conceição Serralha de Araújo: “Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe” (2003b), “O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott” (2003a) e “A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor” (2004).

Como se pode notar, em todos esses trabalhos, a autora parte da concepção teórica de Winnicott para se pensar a etiologia do autismo. Com fins didáticos, gostaríamos de nos referir ao primeiro artigo de Conceição Araújo (2003b), uma vez que esse trabalho se debruça mais especificamente sobre essa problemática.

Neste artigo, é discutida “[...] a relação do estado emocional da mãe com as falhas do ambiente associadas ao surgimento dessa patologia na criança” (ARAÚJO, 2003b, p. 146). Partindo de sua prática clínica com crianças autistas, a autora sustenta que o desamparo da mãe pode interferir na capacidade do ambiente de fornecer cuidados. No caso das psicoses, há uma falha no fornecimento do suprimento básico ao bebê, “[...] o que faz surgir uma agonia imensa, uma angústia impensável, contra a qual o bebê organiza-se defensivamente. *No autismo, essa defesa é a invulnerabilidade, que o protege de reviver a agonia*” (ARAÚJO, 2003b, p. 148, grifos nossos).

Como uma tentativa de entender a etiologia do autismo de acordo com essa vertente, a autora destaca a ênfase dada por Winnicott ao sentimento de ódio inconsciente da mãe pelo bebê e a consequente defesa materna contra esse sentimento. Assim, as alterações emocionais na mãe estariam relacionadas ao adoecimento autístico.

Ademais, segundo Araújo (2003b, p. 157), o problema estaria ligado mais à negação do ódio por parte da mãe associado a uma formação reativa, do que ao sentimento de ódio em si:

Se a mãe não consegue admitir o ódio pelo bebê, ela reage com sentimentalismo e não deixa espaço para usufruir todas as possibilidades de relações com seu bebê, nem de identificar-se com ele. Devido às formações reativas que podem, até mesmo, recobrir sua insegurança, desamparo e insuficiência, à primeira vista, essas mães parecem adequadas, talvez adequadas demais. Quando se percebem as conseqüências de tal funcionamento, muitas vezes, o autismo já se instalou na criança.

Importante ressaltar que o ódio inconsciente não gera o autismo, mas dificulta as condições que permitiriam o amadurecimento da criança. Por fim, Araújo destaca que esse sentimento de ódio pode advir do desamparo, na maternidade.

Logo, é essencial que o ambiente próximo a essa mãe decifre o seu pedido de socorro e a sustente emocionalmente. Por outro lado, o pai também necessita de apoio e sustentação, para que possa ter condições de exercer sua função satisfatoriamente.

Dessa forma, buscamos apresentar as principais contribuições dos autores brasileiros para o autismo em uma perspectiva psicanalítica. Para tanto, agrupamos os artigos em eixos temáticos, de sorte que pudéssemos traçar linhas de regularidades entre esses trabalhos. Além disso, a divisão em eixos temáticos teve como propósito oferecer um panorama das práticas psicanalíticas com crianças autistas no Brasil, nas últimas décadas, sendo que em algumas ocasiões um determinado trabalho poderia ser incluído tanto em um eixo temático quanto em outro, sem prejuízos significativos. Por essa razão, podemos afirmar que a Tabela 6 privilegia os trabalhos muito mais em um sentido qualitativo, embora também possa ser utilizada como um instrumento quantitativo, caso ressaltados tais aspectos.

5 DESVENDANDO AS PRÁTICAS PSICANALÍTICAS COM CRIANÇAS AUTISTAS NO CONTEXTO BRASILEIRO – QUE LUGAR É ESSE?

O cuidado em ouvir é o caminho mais curto para o saber.
Juan Luis Vives

Com o objetivo de aprofundar a discussão sobre as práticas psicanalíticas destinadas às crianças autistas em nosso país, recorreremos às entrevistas efetuadas com profissionais que se destacam pelo elevado número de publicações na área nas últimas décadas.

Eventualmente, além das transcrições das entrevistas, os dados dos artigos foram igualmente usados quando referidos pelas entrevistadas ou quando se mostraram importantes para complementar o pensamento e as reflexões trazidas por elas.

Por isso, com o intuito de apresentar a análise das entrevistas de modo didático, empregaremos como eixo norteador o roteiro das mesmas explicitadas no capítulo referente ao método de pesquisa. Assim, as reflexões trazidas pelas profissionais foram discutidas tendo-se em vista as principais temáticas abordadas, subdivididas do seguinte modo:

Eixo 1- Particularidade das profissionais entrevistadas

- Trajetória profissional;
- Onde/como se dá a prática com as crianças autistas;
- Quais entrevistados trabalham especificamente em instituições destinadas ao tratamento e escolarização de crianças autistas;
- Qual a técnica e o referencial teórico utilizado;

Eixo 2- Temas relevantes para compreensão do autismo no cenário psicanalítico brasileiro:

- Mudanças em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos;
- Contribuição(ões) da psicanálise para o entendimento/tratamento do autismo;
- Diagnóstico diferencial entre autismo e psicose;
- Pluralidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo;
- Práticas psicanalíticas institucionais voltadas ao tratamento e escolarização de crianças com autismo;
- Inovações trazidas pelos autores brasileiros;

- Dificuldades advindas da prática clínica e institucional com as crianças autistas.

É válido ainda esclarecer que os temas relevantes para tecermos considerações sobre o autismo, na psicanálise brasileira (Eixo 2), foram expostos primeiramente sob o ponto de vista da consensualidade, ou seja, os aspectos em comum existentes no discurso das entrevistadas a respeito de suas práticas com as crianças autistas. Em seguida, a análise foi desenvolvida a partir de pontos divergentes e não consensuais presentes nos relatos, como, por exemplo, a problemática do diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil.

5.1. Apresentação das entrevistadas: trajetória profissional e singularidades

Deter-nos-emos neste momento em apresentar as particularidades das entrevistadas e suas práticas com as crianças autistas, seguindo os parâmetros estipulados no Eixo 1. Assim, para melhor visualização, tal exposição é efetuada por tópico e segue uma ordem alfabética pelos nomes das profissionais. Para além de um mero roteiro biográfico, esta descrição das trajetórias profissionais cumpre a função de demonstrar o modo como o saber psicanalítico acerca do autismo foi transmitido e as formas de apropriação dessas ideias pelas profissionais em questão.

1. Ana Beatriz Freire: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC – Rio de Janeiro.

Por volta de 1987, foi convidada a fazer parte do programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da UFRJ. Durante esse período, teve uma experiência na França junto à Universidade Paris VIII, onde se aperfeiçoou no estudo da teoria psicanalítica. Contudo, Ana Beatriz Freire acreditava que ainda necessitava de experiências na área clínica, motivo pelo qual o convite para realizar intercâmbio junto ao Hospital Phillippe Pinel, no Rio de Janeiro, no final da década de 1990, foi muito bem vindo.

Desde 1994, a autora passa a interessar-se pelo estudo da psicose nos adultos, aproximando-se de Angélica Bastos e Katia Monteiro e, por conseguinte, da prática psicanalítica institucional com crianças autistas e psicóticas no NAICAP:

Nesse Núcleo Intensivo à Criança, a direção era quase que psicanalítica, sobretudo com a Kátia como diretora clínica (era administrativo, mas era uma direção clínica). Então teve mais afinidade e além do que as crianças me ensinaram muito,

porque a psicose infantil é quase que um leque sobre a constituição do sujeito, dos seus impasses...

Segundo salienta a autora, o trabalho desenvolvido no NAICAP era muito gratificante, embora desafiador:

E eu aprendi muito, fiquei lá muito tempo e era muito desejante o ambiente de trabalho, era muito legal... E a gente sempre acha que é triste [o trabalho], mas, paradoxalmente, era muito alegre por ser muito desejante, havia um desejo ali: tinha as reuniões clínicas que eram muito importantes e toda uma construção teórica igualmente importante...

Com o fechamento do NAICAP, Ana Beatriz Freire, em parceria com Kátia Monteiro e Jeanne Marie de Leers Costa, começou a propor projetos próprios, por considerar, sobretudo, que essas crianças estavam crescendo, ou seja, tornando-se adolescentes e jovens adultos, demandando um tratamento específico:

Deste modo, tivemos essa ideia - primeiro pela vertente da reforma psiquiátrica mesmo de desinstitucionalizar, quer dizer, não ficar no circuito apenas da Saúde Mental-, de propiciar uma autonomia maior, uma vez que eles já eram jovens e adultos e precisávamos trabalhar com os pais essa autonomia, porque era arriscado sair com eles no campus para ver como eles interagiam fora do universo recluso de hospital. Enfim, nós propusemos esse primeiro projeto, que seria a criança autista e psicótica em direção aos laços sociáveis...

Atualmente, sua prática psicanalítica com as crianças autistas ocorre em dois níveis: no público e no privado. Na Universidade Federal do Rio de Janeiro, há uma parceria junto ao Hospital Phillipe Pinel, onde pretende dar continuidade aos pacientes remanescentes do NAICAP que não foram inteiramente encaminhados e, no âmbito privado, Ana Beatriz Freire desenvolve sua prática psicanalítica no Ateliê Espaço Terapêutico, um trabalho realizado conjuntamente com Kátia Monteiro e Jeanne Marie de Leers Costa, o qual possui uma dimensão de atendimento terapêutico.

No que concerne ao seu referencial teórico, a autora vale-se do pensamento psicanalítico lacaniano. Em seu trabalho executado no Pinel e na sua prática desenvolvida no Ateliê Espaço Terapêutico, a autora segue os princípios da “prática entre vários”, uma orientação de trabalho com que teve contato por ocasião de seu Pós-Doutorado realizado no Centre Clos Bérnard, em Aubervilliers, subúrbio de Paris.

2. Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Mestrado na área de Psicologia Cognitiva pela Fundação Getúlio Vargas - RJ e Doutorado em Psicologia Clínica na PUC - São Paulo.

Uma parte de seu Doutorado foi feita na França, onde trabalhou durante um ano e meio em um hospital psiquiátrico, com psicóticos. Seu interesse pela psicose levou-a ao trabalho com as crianças autistas.

Desde 1997, Angélica Bastos trabalha na divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, oferecendo estágios e supervisionando-os. Sua prática clínica inclui o tratamento de crianças autistas, mas não é voltada exclusivamente a elas.

Durante alguns anos, trabalhou com profissionais do NAICAP, onde adquiriu mais experiência sobre o tratamento com esse público:

Eu pude desenvolver, compreender em termos de limitação, em termos também de valor, de eficácia do tratamento do autismo em instituição, isso eu devo ao NAICAP, aos profissionais de lá com quem trabalhei, acho que eles que trouxeram experiência.

Atualmente, Angélica não atende a crianças autistas na Universidade, por considerar que não há condições de se realizar um tratamento adequado nesse local. De acordo com o seu relato, o tratamento clínico-institucional efetuado no NAICAP e no PINEL, localizados na cidade do Rio de Janeiro, é a linha mais propícia para o trabalho com essas crianças.

Quanto à existência de técnicas específicas ao tratamento das crianças autistas e a respeito de sua abordagem, Angélica nos informa que, embora tenha conhecimento no campo da psicologia cognitiva, da epistemologia genética e da psicolinguística, em nenhum momento trabalhou com outro referencial teórico diverso da psicanálise, especificamente a psicanálise lacaniana.

3. Conceição Aparecida Serralha de Araújo: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia, Mestrado e Doutorado em Psicologia Clínica pela PUC – São Paulo.

Seu interesse pelas crianças autistas ocorreu enquanto ainda estava na graduação, ocasião em que participou de um projeto destinado ao trabalho junto dessa população, por meio de atendimentos individuais e de oficinas terapêuticas. Posteriormente, esse projeto foi encampado pela Prefeitura Municipal de Uberlândia, passando a fazer parte do NAPS_i e, em

seguida, do CAPSi. Conceição Araújo permaneceu nesse projeto, oferecendo atendimento para as crianças autistas e seus familiares, durante aproximados cinco anos.

Após a conclusão do Doutorado, passou a ministrar aulas na Universidade e supervisionar o trabalho efetuado no CAPSi, com outros psicólogos que igualmente se dedicam ao tratamento de crianças autistas.

Atualmente, a autora permanece na Universidade Federal do Triângulo Mineiro (com sede na cidade de Uberaba) como Professora Adjunta, além de ser membro da Sociedade Brasileira de Psicanálise Winnicottiana.

Em relação à técnica empregada no tratamento de crianças autistas, Conceição Araújo aduz que sempre trabalhou com um enfoque dinâmico, por não desconsiderar o trabalho com os familiares:

Meu trabalho não se dá só com a criança em específico: sempre procuro trabalhar com um grupo de mães onde podemos ouvir as questões que elas apresentam, até pela minha compreensão de todo o processo; que principalmente entende o autismo não só com um enfoque psicológico, só de relações.

Pode-se dizer, portanto, que sua técnica perpassa pelo entendimento de que o ambiente necessita adequar-se aos cuidados da criança, motivo pelo qual o trabalho com os familiares se torna crucial. Por conseguinte, Conceição Araújo emprega o referencial psicanalítico winnicottiano, em seu trabalho com as crianças autistas e seus familiares.

4. Katia Álvares de Carvalho Monteiro: Graduação em Psicologia pela Universidade Gama Filho e Mestrado em Teoria Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Um ano após ter concluído o curso de Psicologia, em 1984, Katia Monteiro começou a trabalhar no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro. Sua área de interesse sempre percorreu o estudo da psicose sob a perspectiva da psicanálise. No ano de 1986, foi transferida para o Instituto Phillipe Pinel, onde havia a necessidade de uma profissional da área de psicologia, no serviço infantojuvenil.

Desse modo, ao iniciar o trabalho nesse serviço infantojuvenil, observou a falta de um trabalho mais estruturado com a criança autista na área ambulatorial, motivo pelo qual passou a elaborar e organizar um projeto voltado a essa clientela.

Contudo, por volta de 1988, possivelmente devido ao cenário sociopolítico da época, o campo da Saúde Mental sofreu grandes prejuízos e Kátia Monteiro foi impedida de prosseguir

seu trabalho, sob a alegação de que apenas psiquiatras poderiam acompanhar o trabalho com as crianças autistas:

Intervém um discurso médico muito forte na instituição. Não me foi permitido despedir das crianças que atendia e conversar com as mães, os pais e/ou responsáveis sobre a abrupta interrupção no tratamento de seus filhos. Isso não foi sem consequências para cada um dos envolvidos, particularmente para as crianças e adolescentes por mim atendidos.

Após a mudança na direção do Serviço, a autora consegue trabalhar novamente com o público infantil, de sorte que o projeto para criação de um serviço de cuidados intensivos às crianças autistas e psicóticas ganha força com a ajuda da direção do Hospital Phillippe Pinel e do Ministério da Saúde:

Foi criado um grupo de estudos em Brasília e o trabalho começou a se organizar passando a ter uma abrangência nacional. Muitos contatos foram realizados com diversos profissionais de Brasília, Goiânia, São José do Rio Preto, Uberlândia, Uberaba, Manaus, Belém. A partir daí o serviço foi se organizando com profissionais interessados e desejosos para trabalhar em uma proposta inovadora na área da saúde mental infantil.

Assim, o NAICAP surge oficialmente em 1992 e permanece com a participação de Kátia Monteiro até o ano de 2004, data em que essa instituição fecha suas portas, devido à falta de reposição de recursos humanos na área da pesquisa, do ensino, na clínica e na formação de profissionais.

Portanto, o trabalho desenvolvido pela autora com as crianças autistas está estritamente relacionado com o seu percurso dentro do NAICAP. Atualmente, Kátia Monteiro atua como Supervisora clínica do Instituto Philippe Pinel/RJ e realiza atendimentos clínicos com o público em estudo, no Ateliê Espaço Terapêutico, o qual é [...] *formado por uma equipe que se constituiu a partir de um percurso na área da saúde e na interface saúde/educação com crianças, adolescentes e adultos.*” Nesse espaço, é feito um trabalho de acompanhamento terapêutico, de mediação nas escolas, além de atendimentos clínicos efetuados também nos ateliês terapêuticos.

Finalmente, no que tange ao emprego de técnicas específicas para o tratamento de crianças autistas, a entrevistada afirma que todo o seu trabalho é orientado pela psicanálise, especificamente a psicanálise lacaniana.

5. Maria Cristina Machado Kupfer: Graduação em Psicologia, Mestrado e Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo.

Ainda na graduação, o seu interesse inicial dentro da Psicologia dizia respeito aos aspectos cognitivos envolvidos na aprendizagem de uma criança. Sem encontrar uma resposta que a satisfizesse, buscou a psicanálise, na ilusão de que o conhecimento psicanalítico lhe daria as respostas pelas quais procurava:

Ela [a psicanálise] realmente não dá as respostas, mas eu ainda assim me encantei, porém nunca deixei de me preocupar com esse aspecto, com essa dimensão que tinha a ver com a impossibilidade de uma criança aprender, o que impedia o aprendizado de qualquer criança.

Pode-se dizer, portanto, que seu interesse inicial era com as crianças que se deparavam com a impossibilidade de aprender, e percebeu que, para poder pensar sobre isso, precisava ir além dessa questão, decidindo então tornar-se Psicanalista de Crianças, aproximando-se das crianças autistas.

Sua prática junto a esse público acontece por meio da instituição Lugar de Vida, criada no interior da Universidade de São Paulo, com o objetivo de desenvolver pesquisas e realizar os atendimentos dessas crianças. O surgimento dessa instituição está estritamente associado à pesquisa que Maria Cristina Kupfer estava realizando fora da Universidade, a qual versava sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças autistas e psicóticas:

Assim, eu constituí um grupo de estudos que se transformou em uma Associação e que, então, eu levei para o interior da Universidade de São Paulo, com as pessoas que tinham fundado o Lugar de Vida comigo: das cinco, três ficaram comigo durante 15 anos como voluntários dentro da Universidade e depois fora dela, como sócias na Associação Lugar de Vida. Então, não foi uma demanda vinda de fora, eu fiz um grupo de trabalho ligado à minha pesquisa de docência e aos poucos fui demandando espaço e apoio. Assim, nós fomos crescendo, o Departamento ia aprovando as demandas de forma que o Lugar de Vida foi se desenvolvendo lá dentro [da Universidade] e se tornou um espaço de trabalho acadêmico, bem acadêmico: atendimento, pesquisa e formação.

No ano de 2007, o projeto se desvincula da Universidade de São Paulo e passa a se chamar Associação Lugar de Vida, desenvolvida dentro dos mesmos moldes, só que no âmbito privado.

Quanto à técnica utilizada em sua prática clínica e institucional com as crianças autistas, Maria C. Kupfer parte da chamada Educação Terapêutica, compreendida não como uma técnica, mas como uma referência de trabalho. Além disso, sua orientação é a psicanálise e seus matizes: “[...] a escuta, o trabalho na transferência, a leitura psicanalítica do inconsciente, a leitura psicanalítica do sujeito do inconsciente e o acompanhamento da instalação desse sujeito do inconsciente, essa é a nossa grande orientação”.

Por fim, quanto ao referencial teórico, a autora fundamenta-se na psicanálise lacaniana, embora no Lugar de Vida haja espaço para outras abordagens, como, por exemplo, a psicanálise de orientação winnicottiana.

6 – Maria Izabel Tafuri: Graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais, Mestrado em Psicologia pela Universidade de Brasília e Doutorado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo.

Sua prática inicial com as crianças autistas ocorreu por meio de um estágio desenvolvido na Escola de Vida chamada de Bonneuil-sur-Marne, localizada na França. Nesse estágio, trabalhava como mãe substituta de crianças autistas, equivalente ao que chamamos atualmente de Acompanhamento Terapêutico, porém, conforme relata Izabel Tafuri, “[...] *era mais do que isso, porque nós realmente éramos mães substitutas das crianças durante a semana em que elas moravam lá*”.

Posteriormente, a autora retorna ao Brasil e começa sua formação em psicanálise no círculo psicanalítico de Minas Gerais e atualmente exerce a atividade de docência junto ao Curso de Psicologia da Universidade de Brasília.

O desenvolvimento de seu trabalho com as crianças autistas se dá dentro da Escola Clínica da Universidade e caracteriza-se essencialmente como uma prática clínica: “*É um atendimento clínico de consultório, ou seja, são salas de consultório dentro do Instituto de Psicologia, como se fosse um consultório particular*”.

Dessa maneira, ao contrário das demais entrevistadas, a prática de Maria Izabel Tafuri traz a peculiaridade de se destinar ao trabalho eminentemente psicoterapêutico com as crianças autistas. Para tal, parte da técnica denominada Imitação, definida como “[...] *ações não-verbais que o analista faz para poder começar a se relacionar com a criança para que então, ela possa apresentar os primeiros sinais simbólicos e, a partir disso, a interpretação pode ser feita*”. Assim, é apenas quando a criança autista começa a revelar os primeiros sinais representativos da realidade que a interpretação é realizada.

Ainda a respeito da técnica da Imitação, a autora sublinha que está desenvolvendo uma pesquisa que versa sobre a imitação na relação como “[...] *possibilidade de uma técnica terapêutica para estabelecer uma relação transferencial com as crianças autistas* [...]”.

No que tange ao referencial teórico, Izabel Tafuri transita entre o referencial psicanalítico winnicottiano e o da Fenomenologia.

Em face dessas informações, algumas considerações podem ser tecidas a propósito dos elementos em comum da trajetória profissional de cada entrevistado, a qual está estritamente correlacionada ao interesse das autoras em debruçar-se no estudo teórico e no trabalho clínico e/ou institucional com as crianças autistas.

Um dos aspectos significativos observado diz respeito à peculiaridade de suas práticas serem desenvolvidas no interior de instituições específicas ocupadas com o tratamento de crianças autistas.

No caso de Ana Beatriz Freire, Angélica Bastos e Katia Monteiro, grande parte da experiência com esse público ocorreu no Núcleo de Atenção Intensiva a Criança Autista e Psicótica, onde permaneceram cerca de doze anos, dedicando-se ao tratamento dessa clientela e realizando pesquisas por meio de uma parceria com o Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Com o fechamento do NAICAP, Ana Beatriz Freire e Katia Monteiro continuam desenvolvendo suas práticas psicanalíticas com as crianças autistas, no Ateliê Espaço Terapêutico, no qual realizam atendimentos clínicos, mediação nas escolas e acompanhamento terapêutico.

Por sua vez, a trajetória profissional de Maria Cristina Kupfer e seu interesse pelas crianças autistas estão atrelados ao interesse inicial da autora em compreender a impossibilidade de algumas crianças na aprendizagem, resultando em um primeiro momento na sua investigação sobre o desenvolvimento cognitivo das crianças autistas e psicóticas, transformada posteriormente na Associação Lugar de Vida, onde continua atuando e se empenhando no tratamento e na escolarização do público em estudo.

Por fim, a prática psicanalítica e o trabalho com crianças autistas de Conceição Aparecida S. Araújo aconteceu dentro dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, no Estado de Minas Gerais, em que atuou como supervisora clínica, enquanto Maria Izabel Tafuri desenvolve um trabalho eminentemente clínico com as crianças autistas, na Escola Clínica da Universidade de Brasília.

Quanto ao emprego de técnicas específicas e sobre as abordagens teóricas adotadas, notamos a preponderância do referencial psicanalítico lacaniano, seguido do winnicottiano. Nos relatos de Angélica Bastos, Conceição Araújo e de Katia Monteiro, verificamos que essas profissionais não mencionam técnicas específicas aplicadas em suas práticas psicanalíticas com as crianças autistas, provavelmente por considerar o referencial psicanalítico não apenas enquanto abordagem teórica, mas também empregado enquanto técnica. Por outro lado, Ana Beatriz Freire, Maria Cristina Kupfer e Maria Izabel Tafuri discorrem sobre técnicas específicas, compreendidas como uma orientação de trabalho e não como fórmulas de

tratamento para as crianças autistas. Assim, Ana Beatriz faz menção à “prática entre vários”, Cristina Kupfer ao trabalho pautado na chamada “Educação Terapêutica” e Tafuri apresenta-nos a técnica da Imitação.

É válido ressaltar a influência do contexto sociopolítico brasileiro na trajetória profissional de cada entrevistado, focalizado de maneira mais específica por Katia Monteiro. A supressão do regime democrático, no final dos anos de 1960 até meados de 1980, não ficou sem consequências na área da Saúde Mental Infantil, especificamente no âmbito público, onde a conjuntura política repercutia em mudanças repentinas de gestores de saúde. Somado a isso, esse momento histórico foi marcado por um forte discurso médico, repercutindo no trabalho desenvolvido com as crianças autistas, conforme observado no trabalho da referida autora, efetivado no Hospital Phillipe Pinel.

5.2. Análise dos Temas Relevantes para Compreensão do Autismo no contexto psicanalítico brasileiro atual

A prática psicanalítica sobre o autismo desenvolvida no Brasil suscita inúmeras reflexões e questionamentos, os quais procuramos abordar nas entrevistas com as profissionais da área.

Por meio de seus relatos, notamos linhas de regularidades nos discursos, ou seja, pontos em comum e consensuais, destacados pelas entrevistas e que serão abordados inicialmente. Contudo, algumas temáticas são passíveis de entendimentos diversos, as quais serão discutidas na sequência. Além disso, com o objetivo de propiciar uma melhor apresentação, as contribuições das profissionais foram distribuídas por tópicos, segundo as temáticas contempladas no Eixo 2.

1- Mudanças em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos:

De modo geral, um dos aspectos abordados pelas psicanalistas se associa ao surgimento de uma maior ênfase no aspecto biológico do autismo, nas últimas décadas, com o aparecimento de explicações genéticas e organicistas, culminando em um aumento do recurso aos psicofármacos, como aponta a entrevistada Angélica Bastos, em seu trabalho “Medicação e Tratamento psicanalítico do Autismo”:

Assiste-se com frequência ao endereçamento de um pedido de alívio imediato e avesso à mediação da palavra por parte de mães e pais de crianças autistas, e também por parte de profissionais encarregados da educação e da reabilitação desses pacientes. Em proveito da eliminação de distúrbios (do sono, da motricidade, da alimentação), esse pedido ignora a escuta, fazendo calar a todos antes mesmo que a fala produza os efeitos que identificamos, a partir da invenção freudiana, como o inconsciente. (BASTOS, 2003, p. 26).

Conforme assevera Conceição Araújo, ao mesmo tempo em que o aperfeiçoamento dos recursos da medicina esclareceu sobre a constituição neurológica e as bases biológicas do autismo, houve uma perda do olhar sobre as questões do relacionamento. A psicanalista entende que a existência e a comprovação de uma questão biológica e neurológica envolvida na etiologia do autismo não pode tamponar ou sobrepor-se à questão relacional, podendo agravar os quadros da criança.

De acordo com o relato de Ana Beatriz Freire, atualmente existem determinadas psicopatologias da infância que são diagnosticadas erroneamente como autistas, porque os pacientes que são encaminhados para o tratamento são superficialmente diagnosticados: *“Recebemos pacientes que são rapidamente diagnosticados, porque virou o significativo quase do discurso da medicina e do Mestre, como Lacan diria, então às vezes tem rápidos diagnósticos.”* Por isso, pode-se pensar que o aumento do número de crianças diagnosticadas dentro do “Transtorno Autista” está correlacionado à forma como tem sido feito o diagnóstico dessas crianças, o qual é muitas vezes elaborado sem o cuidado necessário. Por sua vez, os pais têm cada vez mais procurado formas de tratamento com resultados imediatos, como uma tentativa de aliviar o sofrimento decorrente das angústias mobilizadas no convívio com os modos de expressão da subjetividade autista.

Como consequência, assistimos ao surgimento de uma profusão de métodos e de abordagens, nos últimos vinte anos, advindos das terapias cognitivo-comportamentais, conforme menciona Maria Cristina Kupfer: *“O número de abordagens e métodos aumentou significativamente, assim foram criados métodos específicos como o Son-Rise, o TEACCH e o ABA, os quais surgiram nesses últimos 20 anos”*.

Para melhor situar historicamente o advento de tais métodos, gostaríamos de remeter ao artigo “Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo” (2007), incluído nas fontes documentais desta pesquisa, onde os autores (CALAZANS; MARTINS) versam especificamente sobre a “práticas entre vários” e o método TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children*), sobre o qual nos deteremos neste momento.

Segundo os autores, o método TEACCH foi criado na década de 1960, em uma clínica de tratamento originalmente com enfoque psicanalítico:

[...] os terapeutas dessa clínica rejeitam o ponto de vista da psicanálise americana (em especial o ponto de vista de Bruno Bettelheim, para quem o autista é uma fortaleza vazia) sobre a etiologia e o tratamento do autismo. Questionam o que eles chamam de culpabilização dos pais como causa e a orientação de Bettelheim de tratamento diferenciado para os pais e para as crianças autistas. (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 148).

Dessa forma, observa-se o entendimento do autismo como um “Transtorno”, onde o tema passa a ser concebido como uma disfunção biológica, de causa desconhecida, tendo como resultado uma série de sintomas, definidos como “déficits”.

Por esse programa, os pais passam a ser “desculpabilizados”, participando do tratamento ativamente. Com a participação dos mesmos, pretende-se atingir determinadas metas, sempre visando à adaptação dos indivíduos (no caso, as crianças autistas) através da modificação e adequação do ambiente às suas dificuldades e do desenvolvimento de atividades previamente estruturadas, repercutindo no estabelecimento de uma rotina rígida.

Assim, os pais são transformados em agentes especializados e as crianças autistas passam a ser submetidas à observação e manipulação constante, objetivando o desaparecimento dos comportamentos considerados indesejados:

Essa transformação dos pais em agentes especializados é a característica mais patente e estimulada no programa TEACCH [...] Mais uma vez, controle total para evitar advir o que possa transtornar. Desse modo, o sujeito é submetido a um olhar constante, seja dos terapeutas, seja dos pais. Todos os seus movimentos são registrados, cifrados, mas em momento algum se pergunta sobre o porquê da resposta subjetiva dos autistas. (CALAZANS; MARTINS, 2007, p. 149).

Por outro lado, a entrevistada Maria Izabel Tafuri aborda a mudança sobre a compreensão do autismo, ao longo dos anos, dentro do saber psicanalítico. Ressalta a autora: *“Até a década de 1980, entendíamos os autistas como uma modalidade de psicose – quase todos os psicanalistas pensavam dessa forma. Depois passamos a ver o autismo como uma clientela à parte disso, diferente dos pacientes psicóticos”*. Atualmente, existem autores que consideram o autismo como uma quarta estrutura, pensamento este não compartilhado por ela.

No que tange ao tratamento das crianças autistas, Tafuri aponta como uma mudança significativa a maior flexibilidade dos psicanalistas, os quais estão mais abertos aos outros campos do saber, como, por exemplo, as neurociências e a psiquiatria: *“[...] penso que os psicanalistas estão mais flexíveis, principalmente no que se refere aos outros profissionais, de*

criar equipes interdisciplinares, de conversar mais com as neurociências e ter uma conversa mais estreita com os psiquiatras, isso tem mudado bastante”.

Por fim, Katia Monteiro observa que, nas últimas décadas, houve um aumento de publicações sobre o autismo em diversos campos do conhecimento: *“É no ano 1990, exatamente dos anos 1990 a 1995, que passamos a encontrar uma produção muitíssimo maior nessa área de autismo, onde você se depara com diversos profissionais e não só na área da saúde, mas também na área da educação trabalhando com esta clientela”.* Como consequência do aumento do interesse sobre a Saúde Mental da infância e da juventude, os municípios foram se organizando e, no final da década de 1990, surge o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil – CAPSi Pequeno Hans, inaugurado no Rio de Janeiro, em setembro de 1998.

Para a entrevistada, a preocupação com as psicopatologias da infância nas últimas décadas repercutiu também dentro do campo psicanalítico, onde se pôde notar o incremento de profissionais empenhados no estudo e na prática clínica e institucional com as crianças autistas:

[...] dentro da própria psicanálise, você vê o incremento maior de profissionais em formação que começam a se interessar pelo trabalho da psicanálise com crianças e com crianças autistas e psicóticas. Surgem iniciativas que darão origem a diversos eventos científicos, a diversas associações de pais.

Em decorrência, de acordo com os profissionais entrevistados, o avanço das pesquisas genéticas e a consequente “biologização” da vida, ao mesmo tempo em que esclarecem as bases neurológicas e genéticas envolvidas no autismo, criam dificuldades em perceber essa criança em sua idiossincrasia. Outrossim, a ênfase nos déficits oriundos desse “transtorno” pode acarretar uma desmotivação por parte dos pais e cuidadores em se permitirem conhecer as potencialidades dessas crianças. Os rápidos diagnósticos, assim como a busca por um tratamento igualmente breve e eficiente, criaram uma profusão de métodos pautados nas Terapias Cognitivo-Comportamentais, que reafirmam, muitas vezes, a visão de déficit e de sintoma.

No campo psicanalítico, assiste-se, nas últimas décadas, a uma abertura dos psicanalistas ao diálogo com outras áreas do conhecimento, possibilitando um maior estreitamento entre as áreas. Além disso, a partir de 1990, houve um aumento do interesse no estudo das crianças autistas, em decorrência de alguns fatores quais sejam: atenção crescente aos estados primitivos da mente, por parte da psicanálise; maior incidência de crianças em que

prevalecem quadros clínicos regressivos, cujo autismo se tornou um paradigma, dado o seu reconhecimento social e o surgimento de políticas públicas direcionadas a essa população.

2- Contribuição(ões) da psicanálise para o entendimento e tratamento do autismo:

De todas as temáticas abordadas, o tópico ora em apreciação foi um dos mais consensuais, haja vista que as profissionais entrevistadas são unânimes em destacar as contribuições da psicanálise, no tratamento e no entendimento do autismo.

Conforme relata Angélica Bastos, trabalhar dentro de uma concepção psicanalítica é considerar que antes de qualquer sintomatologia há um sujeito ali implicado, ou seja, é “[...] *tratar o autista como sujeito, apostar que há uma subjetividade*”. Por conseguinte, a psicanálise vai retirar do lugar de déficit a criança autista, positivando a sua forma de existência e vislumbrando um olhar diferenciado sobre o modo como se colocam frente ao Outro, tal como aponta Kátia Monteiro:

A psicanálise vai retirar do lugar de déficit a criança autista e psicótica. A riquíssima sintomatologia descrita por Kanner como as estereotipias, a ecolalia são tomados pela psicanálise como trabalho da criança em uma tentativa de fazer frente a seu Outro invasor, da demanda que é sentida pelo autista como invasora. Desta forma, os sintomas observados no autismo não são entendidos como algo deficitário. Encontramos o TCC que entenderá como déficit cognitivo e para isso é preciso recuperar o que foi perdido.

Na mesma linha de pensamento, Ana Beatriz Freire e Maria Izabel Tafuri ressaltam que a psicanálise, ao contrário de outros campos “psi”, não pretende eliminar os sintomas ou proceder a um tratamento baseado em técnicas psicopedagógicas e médicas, para que a criança autista se torne apta a exercer suas atividades em sociedade. Segundo Tafuri, a psicanálise

[...] não é um tratamento que vai ensinar a criança a comer, andar e a falar, ou seja, não é um tratamento educativo, é um tratamento que vai lidar com a sua constituição, com o ego, com o desenvolvimento da personalidade, com todas as questões humanas dessa criança.

Conforme aponta Ana Beatriz Freire, tal compreensão se deve ainda ao fato de a psicanálise enfrentar a questão do autismo, quer dizer, ela não recua diante da impossibilidade e “[...] *enfrenta a questão, propondo inventar outras formas de diálogo com o Outro, com aquilo que a princípio é invasivo, avassalador, como o autismo, e vimos muitos resultados, muitos bons resultados.*” Outra contribuição do conhecimento psicanalítico abordada pela profissional consiste em que, para essa abordagem, o autismo não é uma relação biunívoca de

causa e efeito no nível da culpa, ou seja, no sentido de que a criança se constitui desse modo em razão dos pais, os quais, muitas vezes, são implicados e estão em sofrimento.

A importância da psicanálise para o tratamento do autismo e seus familiares também é salientada por Conceição Araújo, cujas reflexões foram trazidas à luz do referencial teórico de Winnicott. A entrevistada examina que, ao tratar da criança autista e de sua família nos Serviços Públicos, como, por exemplo, nos CAPSi, é preciso ampliar a clínica e superar a visão da psicanálise tradicional, pois a família tem que dar continuidade ao trabalho, o que só é possível quando os familiares passam a compreender a importância do ambiente e de sua relevância terapêutica:

Porque, se a família começa a entender isso, ela vai saber trabalhar essas questões também, o que eu acho fundamental. É por isso que eu acredito que a psicanálise, especificamente a linha winnicotiana, permite uma abertura muito grande, porque sai daquela questão tradicional da criança ir ao atendimento cinco vezes por semana só com o terapeuta, o qual não fala nada para o pai e a mãe... Acho que permitiu que a gente pudesse modificar essa forma de atendimento e ampliar a clínica.

Além disso, Conceição enfatiza que, independentemente da linha teórica, a psicanálise desenvolve um trabalho diferenciado no tratamento das crianças autistas, caracterizando-se por ampliar o *setting* analítico realizado em consultórios para se dedicar a uma prática psicanalítica efetuada no interior de instituições: *“Todos têm a sua importância e estão se desenvolvendo no sentido de sair propriamente do trabalho realizado estritamente em consultório para um trabalho que possa ser feito em instituições e na Atenção Primária, por exemplo”*.

Por fim, Maria Cristina Kupfer refere que, embora a psicanálise não seja precisa no que tange à explicação etiológica do autismo, sua contribuição é fundamental por levar em conta a relação e a constituição de um laço social, o qual, segundo a autora, não existe no autismo:

Ela tem uma contribuição fundamental, uma vez que ela coloca o olhar na relação, no laço, onde reside a especificidade do autismo, ou seja, é realmente um laço que não se faz. A psicanálise realiza uma leitura da dimensão pulsional, libidinal, sexual, tendo uma grande produção a respeito da construção da sexualidade infantil e como a gente sabe que é esse o ponto preciso de construção que a gente não vê no autismo, faz toda a diferença.

Em síntese, podemos agrupar as contribuições da psicanálise para o atendimento da criança autista em duas grandes áreas: na forma de compreensão do diagnóstico e no desenvolvimento de estratégias de tratamento.

Portanto, de acordo com o relato das entrevistas, pudemos constatar que a contribuição da psicanálise para o entendimento e tratamento das crianças autistas é indiscutível. A descrição sintomatológica pertencente ao quadro de autismo infantil adquire uma concepção ampliada, promovendo um olhar mais potente e menos deficitário. Desse modo, a psicanálise diferencia-se de outras formas de tratamento, por não tamponar os sintomas por meio, por exemplo, de técnicas de ajustamento e aprendizagem.

Por outro lado, o tratamento com as crianças autistas e seus familiares em instituições exige que a psicanálise modifique seus pressupostos tradicionais de *setting* analítico, tendo em vista a peculiaridade desse trabalho. A necessidade da atuação conjunta com os familiares, o trabalho em equipe multidisciplinar, a articulação com as políticas públicas de saúde e a descontinuidade muitas vezes ocorrida nos atendimentos com as crianças autistas são um dos desafios da interface psicanálise-instituição e, mais especificamente, da prática psicanalítica institucional com essas crianças.

3- Práticas psicanalíticas institucionais voltadas ao tratamento e escolarização de crianças com autismo:

Segundo Abrão (2001), em um breve olhar histórico acerca da articulação entre psicanálise com crianças e práticas institucionais, no Brasil, a introdução dessa especialidade no país se deu entre as décadas de 1930 e 1940, por meio de Clínicas de Orientação Infantil que inicialmente ofereciam psicodiagnóstico às crianças com dificuldades escolares e orientação a pais e professores. Entre as décadas de 1940 e 1950, dedicaram-se, de forma precursora, à psicoterapia psicanalítica com crianças.

Apesar do caráter inovador representado pelas práticas introduzidas por essas instituições, ao associarem a atenção à criança à teoria psicanalítica, tais iniciativas foram descontinuadas na década de 1960, seja pela conjuntura política do país, seja em decorrência do redirecionamento das ações psicanalíticas para dentro das recém-criadas Sociedades de Psicanálise.

Como explicitado no decurso desta dissertação, desde a década de 1990 houve um crescimento das práticas psicanalíticas institucionais dedicadas ao tratamento e escolarização de crianças autistas. Quando questionadas quanto a essas práticas, todas as profissionais

entrevistadas consideram fundamental o trabalho com essas crianças em instituições norteadas pelo referencial psicanalítico.

Para Conceição Araújo, a importância desse trabalho reside na peculiaridade de essas instituições possibilitarem que as crianças autistas encontrem um modo de ser, sem objetivar enquadrá-las em padrões pré-concebidos do que seria uma criança normal:

Eu penso que são experiências importantes, especialmente porque eu sinto que há uma preocupação com o ser dessa criança, e eu acho que isso é fundamental: poder se aproximar disso, não achar que a criança tem que ser enquadrada, não achar que o importante é que ela se ajuste a tudo que a gente acha que ela deve se ajustar. Penso que o mais importante é possibilitar essa compreensão, ajudar as famílias com as suas angústias as quais, muitas vezes, faz com que busquem esses trabalhos que vão de algum modo formatar suas crianças, ou medicá-las de uma forma que elas fiquem boazinhas e ajustadas.

Na mesma direção, Angélica Bastos sustenta que a clínica do autismo tem que ser inventada a partir da trajetória profissional do clínico e da equipe, e nesse aspecto o trabalho psicanalítico desenvolvido em instituições com crianças autistas torna-se essencial: *“Eu acho muito interessante a experiência, pois mostra que o tratamento do autismo tem que ser inventado dentro do estilo e da formação das pessoas, que não é possível trabalhar com protocolos fixos, uma vez que depende muito da criança, do clínico e da equipe”*.

Por sua vez, Maria Cristina Kupfer destaca a importância do trabalho em equipe realizado no interior dessas instituições: *“É muito importante que a gente trabalhe institucionalmente, porque o trabalho com a criança grave é muito difícil, o trabalho individual é quase insustentável”*. Conforme seu relato, a autora refere que muitos psicanalistas, cujo trabalho era efetuado individualmente em clínicas particulares, estavam adoecendo por não compartilhar e discutir aquilo que era transmitido pela criança autista, a qual também se beneficia ao permanecer na instituição com outras crianças:

Então, a instituição é um lugar de “partilhamento”, não que você vá deixar de se responsabilizar pela criança que você atende, pelo contrário, você continua se responsabilizando, sustentando a transferência. Mas a possibilidade de discussão e de poder aliviar os momentos de angústia é extremamente importante. Além disso, fui percebendo a importância da própria criança estar na instituição, com outras crianças.

Katia Monteiro aponta, com base em sua prática clínica-institucional vivida no Ateliê Espaço Terapêutico, que o trabalho com as crianças autistas efetuado nas instituições não deve perder de vista o percurso particular dessa criança e para tal é preciso promover um

trabalho preliminar para que a criança autista consiga suportar a demanda advinda do Outro e construir a sua própria:

Nesta direção é imperativo a construção de uma clínica que sustente o percurso singular dessa criança na elaboração de sua solução particular, ou seja, na construção de suas marcas subjetivas. Um trabalho preliminar é necessário para que a criança possa suportar a demanda do Outro ou mesmo vir a construir uma demanda própria. Esse é o trabalho que realizamos no Ateliê Espaço Terapêutico, aqui no Rio de Janeiro.

Ana Beatriz Freire acredita que o trabalho psicanalítico com crianças autistas no contexto nacional é imprescindível e necessita maior ampliação, haja vista que, embora reconheça que os CAPSi estejam criando uma rede importante no tratamento das crianças autistas sob uma perspectiva psicanalítica, a autora refere seu desejo de que existissem mais iniciativas como essas: “*Eu gostaria que existissem mais, que a rede se ampliasse*”.

Por fim, seguindo a mesma linha de pensamento, Maria Izabel Tafuri analisa que, a despeito de haver um aumento do trabalho psicanalítico-institucional dedicado a essa população, há uma dificuldade financeira no que tange aos incentivos públicos destinados à criação de serviços interdisciplinares:

Acho que tem aumentado as iniciativas na área da psicanálise de criar as equipes interdisciplinares e criarem os serviços. A grande dificuldade é mais econômica do que de base, porque nós não temos muitas condições junto ao governo [...]. Então, é muito complicado você manter economicamente uma estrutura de uma clínica interdisciplinar, mantida só na área “psi”.

Nesse sentido, pode-se inferir que as práticas psicanalíticas institucionais destinadas às crianças autistas no Brasil, seja no âmbito público, seja no privado, têm se tornado importantes por permitir que o trabalho com essas crianças seja reinventado de acordo com o transcorrer do tratamento e, para tal, dependerá do clínico, da equipe, da criança e seus familiares.

Ademais, essas experiências possibilitam que os profissionais compartilhem os sentimentos advindos da contratransferência que geralmente o trabalho com as crianças autistas acarreta, os quais muitas vezes podem ter um efeito avassalador. A atuação de profissionais norteados pelo referencial psicanalítico em equipe interdisciplinar leva a psicanálise para outros espaços, favorecendo a troca de informações e contribuindo para transformar o *setting* analítico psicanalítico.

4- Inovações trazidas pelos autores brasileiros:

Este tema buscou abordar as opiniões das profissionais quanto à prática psicanalítica brasileira destinada às crianças autistas, mais especificamente, sobre a existência (ou não) de inovações nessa área. Assim, malgrado todas as entrevistadas referirem que existem inovações em nosso país, algumas não especificaram quais seriam elas, enquanto outras optaram por mencionar alguns exemplos.

Angélica Bastos acredita que haja práticas psicanalíticas inovadoras com as crianças autistas, no Brasil, todavia, não as conhece profundamente: *“Acho que deve haver, mas eu não me aventuraria a responder, porque eu acho que seria preciso conhecer melhor as outras”*. De todo modo, entende que a invenção do trabalho psicanalítico com as crianças autistas em nosso país acontece no nível particular de cada caso: *“[...] eu não acho que a invenção seja tanto no nível da prática, eu acho que a invenção está no nível do caso, é singular.”*

Segundo Conceição Araújo, a inovação existe quando os profissionais abrangem, no tratamento psicanalítico com as crianças autistas, o atendimento à família: *“Eu acho que tem uma inovação quando eles começam a abrir mais para o atendimento da família... Nesse sentido, existe uma abertura maior...”*.

O aumento de profissionais dedicados ao estudo do autismo no contexto nacional tem produzido diferentes teorizações sobre esse quadro clínico, enriquecendo a discussão sobre a prática clínica psicanalítica destinada a esse público, conforme menciona Kátia Monteiro: *“A cada ano constatamos que muitos profissionais, entre eles psicanalistas, vêm se dedicando ao estudo do tema. Conduzidos a partir da clínica, diversos psicanalistas abordam a questão do autismo sob diferentes óticas [...]”*.

Para Ana Beatriz Freire e Maria Izabel Tafuri, a criatividade dos autores brasileiros é uma das inovações da clínica psicanalítica do autismo. Tafuri destaca a importância de alguns autores brasileiros no estudo do autismo, como, por exemplo, Laznik-Penot e Alfredo Jerusalinsky, enfatizando que, embora as condições financeiras do Brasil para o atendimento de crianças autistas sejam desfavoráveis, os profissionais são criativos:

Há muitos autores importantes na nossa área. A própria Laznik que, apesar de estar na França, é brasileira. Ela tem trazido coisas inovadoras. Algumas eu concordo, outras não, mas tem trazido. O Jerusalinsky também. O pessoal da área winnicottiana tem trabalhos inovadores também. A gente produz. Temos sido mais criativos do que os psicanalistas franceses, por exemplo, em termos de atendimento de crianças com autismo [...]. Lá eles têm mais condições, aqui nós temos mais criatividade.

Por outro lado, Ana Beatriz Freire acha que a inventividade existente na prática psicanalítica brasileira voltada para as crianças autistas não deve servir de modelo a ser seguido e, portanto, repetido de forma acrítica:

Então, eu acho que são muito criativos, só não acho que tem que virar padrão, só porque uma coisa deu certo precisa repetir automaticamente, eu acho que vale como experiência, sobretudo as experiências clínicas para refletir. Acredito que os autores brasileiros têm contribuído sim, eu tenho lido coisas muito interessantes.

Por fim, Maria Cristina Kupfer acredita que a busca dos autores brasileiros por novas estratégias de atendimento às crianças autistas propicia a inovação das práticas psicanalíticas. Como exemplo, menciona a “prática entre vários” adotada pelo NAICAP, localizado no Rio de Janeiro, a noção de transferência subjetal⁵ empregada pelo CPPL, situado no Recife, e a Educação Terapêutica desenvolvida no Lugar de Vida:

Tem a “prática entre vários” adotada pelo grupo da UFRJ do NAICAP e a noção de transferência subjetal que o CPPL trabalha. São noções que vieram de fora, mas que foram incorporadas e fazem trabalhos originais. No nosso caso, tem a noção de Educação Terapêutica, que é um organizador. Estamos sempre na busca de novas estratégias, não posso dizer que uma seja melhor que a outra, porque uma funciona para alguns autistas e não funciona para outros, e só dá para saber fazendo.

Assim, pode-se afirmar que o surgimento de profissionais interessados na temática em estudo tem enriquecido as discussões e promovido avanços na área. As práticas institucionais transformam a técnica psicanalítica, mas essas variações não são plenamente reconhecidas, problematizadas e sistematizadas de forma a serem comunicadas por intermédio de publicações científicas, motivo pelo qual algumas entrevistadas não mencionam de modo específico as inovações dos autores brasileiros na área do autismo, apesar de reconhecerem a existência das mesmas.

Em acréscimo, embora não haja no contexto psicanalítico brasileiro incentivos financeiros representativos voltados ao tratamento de crianças autistas, os analistas e autores nacionais valem-se de sua inventividade para buscar novas estratégias de atendimento a essas crianças.

⁵ Esse conceito se aplica especialmente “[...] à situação de atendimento institucional de crianças psicóticas e autistas. Essa modalidade de transferência, típica do atendimento de psicóticos, firma-se em oposição à transferência objetal, pois os objetos internos do paciente não são transferidos sobre o analista [...]. O analista não é objeto da transferência, mas sujeito dela” (PIRES, 2007, p. 50).

No âmbito teórico, Marie-Christine Laznik-Penot e Alfredo Jerusalinsky foram mencionados como autores nacionais cuja publicação sobre o autismo, no meio psicanalítico, tem trazido importantes contribuições.

A inclusão da família no tratamento das crianças autistas, as noções de Educação Terapêutica, transferência subjetal e a orientação de trabalho denominada “práticas entre vários” são algumas inovações advindas da clínica psicanalítica institucional brasileira, no trabalho com as crianças autistas.

Enfim, conforme destacado pelas entrevistadas, deve-se evitar que tais inovações adquiram um *status* de padrão a ser seguido, uma vez que determinada orientação de trabalho funciona para aquela criança em particular e não para todas as crianças autistas, impulsionando os profissionais na busca da melhor estratégia de tratamento, a ser construída a partir da singularidade de cada caso.

5- Dificuldades advindas da prática clínica e institucional com as crianças autistas:

A respeito das dificuldades advindas do trabalho com as crianças autistas, no Brasil, as entrevistadas apontam obstáculos diversos, tanto no que concerne à prática clínica, quanto à institucional.

Um dos impasses institucionais enfocados alude à problemática da inclusão dessas crianças. Nesse aspecto, Maria Izabel Tafuri afirma que a sociedade não oferece as mínimas condições de inclusão das crianças autistas no convívio social:

As famílias precisam de orientação e a sociedade, como um todo, não oferece as condições mínimas de inclusão. É um trabalho constante que estamos fazendo, principalmente em Brasília, de criar grupos de estudo, cursos, e sempre convidarmos os psiquiatras, os pediatras, os neurologistas e as escolas que estão atrasadas em relação à inclusão para conversar conosco sobre o autismo.

A inclusão das crianças autistas torna-se ainda mais desafiante, quando nos referimos à problemática da inclusão escolar, pois, muitas vezes, conforme especifica a autora, os pais das crianças “comuns” excluem as crianças autistas das escolas, por achar que seus filhos não podem conviver com eles:

Eles se reúnem e fazem a cabeça do diretor da escola para expulsar aquela criança. É uma questão social muito séria. Pode ser porque a criança mordeu outra, enfim, são ações que qualquer criança faz, mas quando é a criança autista que morde, vira uma bola de neve, quando é outra criança autista que chuta, é outra bola de neve, e os pais dizem que seus filhos não podem conviver com autista, com um marginal, com um maluco, dentro da sala de aula. E o que eles fazem? Eles combinam entre eles, fazem pressão para o diretor da escola e a criança acaba sendo convidada a

sair da escola. É muito grave. Então, acho que tinha que ser um trabalho cotidiano de sensibilização social.

Ana Beatriz Freire também frisa a questão da inclusão escolar como uma grande dificuldade para a criança e seus familiares, os quais, muitas vezes, não têm com quem deixar seus filhos:

As mães têm muita dificuldade, até o Jardim ainda aceitam, agora depois... Eu tenho paciente no consultório que não tem para onde ir, as escolas não aceitam. Essa é uma grande dificuldade, imagino para os pais, paciente e também para nós que trabalhamos e não podemos ficar o dia inteiro com uma criança, por isso o Lugar de Vida é importante, o CPPL no Recife. Mas aqui no Rio de Janeiro eu acho que ainda não existe um lugar assim: existem escolas, mas funciona quase como um depósito.

Assim, verificamos a escassez de serviços que incluam essas crianças, seja na esfera da educação, seja no âmbito da saúde, como observa Kátia Álvares Monteiro:

Na esfera pública encontramos poucos recursos para implementação de um número necessário e razoável de serviços que possam dar conta da demanda. Aqui no Rio de Janeiro existem serviços e ambulatorios públicos que atendem crianças e adolescentes autistas, mas não em número suficiente. É fato notório que há escassez de profissionais de saúde mental capacitados no tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico [...]. Na esfera privada encontramos diversos profissionais trabalhando com o autista, mas na grande maioria das vezes de forma fragmentada. Os pais se deslocam de um profissional para outro o que sobrecarrega tanto a criança quanto à família. Da mesma forma, registro a escassez de serviços que atendem autistas. Encontramos algumas escolas-clínicas na maioria orientadas pelo TCC.

Somado à insuficiência de serviços públicos e privados destinados às crianças autistas, a autora menciona o despreparo dos profissionais de saúde frente à grande demanda de atendimentos nos serviços de saúde mental infantil e a falta de psiquiatras nas equipes: “A cada ano verificamos grande dificuldade de contarmos com esse profissional em uma equipe de saúde mental infantil, principalmente fora dos grandes centros.”

Angélica Bastos também aduz que a falta de um lugar na rede social para a criança autista é uma das grandes dificuldades encontradas, sobretudo quando essa criança cresce, tornando-se um adolescente:

Uma dificuldade que eu vivi e as pessoas do NAICAP também viveram é que, uma vez que o autista deixa de ser uma criança autista, já que é uma síndrome diagnosticada na infância, uma vez que ela deixa de ser uma criança autista é muito difícil encontrar um lugar para ela na rede social de um modo geral, não só na rede de saúde. Durante a adolescência, pelo menos aqui no NAICAP, eles ainda iam ficando um pouco, mas depois é muito difícil encontrar no Outro social um lugar

para essas pessoas, que, no entanto, têm lá a juventude delas, a maneira delas de se relacionar ou não. Enfim, elas estão aí e é muito difícil encontrar um lugar para elas, um lugar de tratamento, um lugar de referência.

Para Conceição Araújo, um dos impasses institucionais no trabalho com as crianças autistas concerne às exigências burocráticas as quais, muitas vezes, não se coadunam com a necessidade da criança e de seus familiares:

[...] uma criança com uma dificuldade e sua mãe, não pode ser tratada como uma neurose onde eu vou estabelecer: ‘Venha nas quintas-feiras às 14h’. Mas é no tempo dela, não é no meu tempo, nem naquele que a prefeitura exige... Assim, tem toda uma questão que merece ser observada a partir da necessidade da criança e da sua mãe, porque eu não posso (mãe, pai,...). Eles podem precisar e eu vou ter que atender essa necessidade [...].

Outra dificuldade no trabalho efetuado com as crianças autistas, no interior de instituições públicas, assinalado pela autora, tange à política de contratação, visto que o ingresso na instituição ocorre por meio de concursos públicos, em que muitos profissionais são transferidos para o setor infantojuvenil, ignorando, na maior parte das vezes, seu desejo em atuar nessa área e repercutindo no tratamento dessa população:

O que a gente vê muito nas práticas que são instituídas dentro de algumas instituições é que esbarra principalmente com políticas de instituições públicas onde as pessoas entram via concurso, sem ter um preparo e uma compreensão, pessoas que são transferidas para aquele lugar, sem que, muitas vezes, elas queiram, que são obrigadas a atuar com um público que não têm uma disponibilidade para atuar, até por questões próprias, internas, então fica muito difícil.

Por sua vez, Maria Cristina Kupfer considera a cultura atual um dos empecilhos encontrados no tratamento das crianças autistas:

A primeira dificuldade é cultural, tem a ver com a cultura dentro da qual a gente opera: que resiste... “time is money”, uma cultura que espera rapidez, que não pode suportar incertezas, que não suporta que haja Resto, Real, Inapreensível, ou seja, que não tem tempo para esperar, paciência para esperar o tempo que precisa qualquer trabalho psicanalítico – essa é a primeira.

De acordo com a autora, a biologização das doenças mentais é mais uma dificuldade encontrada, culminando na procura por remédios em detrimento do tratamento: “Então, tudo isso impede que a gente instale um tratamento e ele dure o tempo que é necessário durar”.

O terceiro percalço no trabalho psicanalítico com as crianças autistas, ressaltado por Maria Cristina Kupfer, e também mencionado por Conceição Araújo e Ana Beatriz Freire,

refere-se à fragmentação da psicanálise e à consequente diversidade de compreensões sobre o autismo. Segundo Kupfer, essa pluralidade tem um efeito também nas práticas institucionais: “[...] *tem horas que isso é muito bom porque você tem várias possibilidades de pensamento, mas em outros momentos paralisa*”.

Na mesma perspectiva, Ana Beatriz Freire ressalta: “[...] *institucionalmente, eu acho que o fato de nem todos terem a mesma referência de trabalho; não é que dificulta, mas nos exige trabalho para parceria, uma fonoaudióloga que é de outra linha, enfim, nos exige trabalho [...]*”. Conceição Araújo focaliza ainda a fragmentação da psicanálise como uma grande dificuldade do trabalho institucional com essa clientela, especificamente nos CAPSi:

[...] em termos de CAPSi, eu acho uma dificuldade quando são admitidas pessoas de várias linhas psicanalíticas, penso que gera um problema [...] Eu penso que um CAPSi para funcionar, todo mundo deveria ter uma compreensão e agir conforme ela, porque se você vem com mais de uma forma de entender fica difícil: fica difícil da família compreender, da criança, da equipe... [...] Eu acho que existem contribuições importantes de todas as linhas, não estou dizendo que só uma linha saiba trabalhar, mas acho que é como em uma família – as pessoas têm que estar minimamente compreendendo as coisas de uma determinada maneira para não gerar confusão e poder obter algum tipo de resultado. Quando começa essa briga entre equipe, cada qual querendo fazer valer sua teoria e se esquecem de que o principal é aquela criança que está precisando ser compreendida, de uma família que está precisando ser ajudada, o resultado é esse tipo de dificuldade.

No âmbito da clínica, o trabalho com os pais das crianças autistas é um dos obstáculos indicados por Maria Cristina Kupfer e Ana Beatriz Freire.

Conforme Ana Beatriz, os pais possuem extrema dificuldade em abrir mão do lugar de objeto do filho, motivo pelo qual se deve trabalhar com os familiares o vínculo de confiança. Seguindo a mesma linha de raciocínio, Maria Cristina Kupfer adiciona que o trabalho de detecção de sinais precoces de autismo se torna desafiador, pois os pais não conseguem entrar em contato com o terror de ter uma criança autista, dificultando o trabalho de prevenção:

Os pais são aqueles que mais queremos ajudar, com quem mais me preocupo e com quem o trabalho é mais difícil, principalmente quando se trata de crianças muito pequenas. Não sei ainda como fazer para que esses pais venham, quando conseguimos detectar sinais precoces, que eles venham sem esse terror, que é absolutamente explicável e compreensível. É muito difícil que eles sejam capazes de vir para o atendimento antes que se instale o autismo. Já tive ocasião de ver casos de crianças em creche com sinais de autismo e que os pais não quiseram saber de buscar atendimento e só foram buscar 3, 4 anos depois. Quer dizer, tiveram a chance de uma intervenção precoce e não puderam entrar em contato.

Para Maria Izabel Tafuri, o tratamento clínico feito com as crianças autistas é muito pesado, razão pela qual há que se reduzir o número de pacientes, havendo um ganho financeiro menor:

É uma clínica bastante pesada e são pacientes que, geralmente, não vão poder custear o tratamento, como é a grande maioria da clientela, exigindo muito de você. O ganho financeiro é menor e não dá, por exemplo, para atender três crianças autistas por dia. Você atende um, no máximo dois, porque você não aguenta. É necessária uma redução.

Finalmente, ainda no tocante às dificuldades do trabalho clínico com essas crianças, Ana Beatriz Freire destaca o desafio da contratransferência, exigindo do analista um trabalho constante de formação e análise pessoal:

A parte clínica é como você trabalhar em um diálogo sem cair no seu delírio do sentido, isso requer o seu processo de análise, para poder suportar o Real e ser de alguma maneira, quase um “não-sujeito”, para conseguir ser orientado pelo próprio trabalho do autista, mas também ser sujeito: também ter que estar lá, como clínico, estar presente, isso exige muita formação. Você tem que suportar, você é uma presença quase ausente com o autista, são eles que nos guiam, não damos a direção, o autista é quem dá a direção. Não podemos nos precipitar, temos que deixar todos os a priori de lado com o autista, “o saber”, pois um caso que se resolveu com um, não adianta transpor para o outro, como em toda análise. Na verdade, com eles é mais radical e nos ensinam a ser radical, não é a priori alguma coisa [...] temos que saber escutá-los e acompanhá-los, é uma formação.

Assim, podemos notar que a temática ora em apreciação foi uma das mais percorridas pelas profissionais entrevistadas, abrangendo diversos desafios das práticas clínicas e institucionais com as crianças autistas no contexto nacional, quais sejam:

- Inclusão social e escolar;
- Escassez de serviços voltados ao tratamento das crianças autistas;
- Falta de formação adequada dos profissionais, no âmbito público e privado;
- Políticas públicas que não se adequam às necessidades das crianças e de seus pais;
- Fragmentação da psicanálise;
- Biologização das doenças mentais;
- Ênfase na medicalização em detrimento do tratamento;
- Dificuldade de mobilização dos pais para detecção de sinais precoces de autismo;

- Sentimentos contratransferenciais oriundos do trabalho clínico com as crianças autistas.

6- Pluralidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo:

Ao tratar desse tema, objetivamos compreender a opinião das entrevistadas a propósito da pluralidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo. Nesse sentido, embora as profissionais reconheçam que a discussão etiológica do autismo é necessária, em suas práticas clínicas e institucionais, norteadas pelo referencial psicanalítico, as autoras não têm a pretensão de buscar uma causa para o autismo, ainda que algumas psicanalistas possuam suas próprias hipóteses sobre o assunto.

Para Ana Beatriz Freire, a diversidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo deve-se ao fato de ser uma questão humana e, ao limitar o autismo a uma relação de causa e efeito, corre-se o risco de a etiologia incidir sobre a culpa (caso haja uma falha na relação) ou implicar uma desresponsabilização (na hipótese de uma procedência genética):

[...] a questão é humana, demasiadamente humana, é querer ter uma explicação causal que não é tão simples assim. O motivo é o enigma, uma criança que se recusa a comer é um enigma... Então, acredito que é humano, demasiadamente humano... Não podemos ser prepotentes, temos que aprender com os autistas e não apenas tachar uma causa e efeito na relação, porque senão cai na culpa ou então você atribui a uma genética e não se vê implicado, o que é muito fácil.

Desse modo, a autora prefere pensar na saída do autismo e não na sua causa, apontando que os discursos científicos, ao fixarem uma procedência única desse quadro clínico, impedem o surgimento de invenções possíveis de tratamento do autismo. Além disso, Ana Beatriz destaca sua desconfiança naqueles que acreditam ter encontrado a resposta etiológica: “*Eu não interrogo, não tenho a prepotência de dar a causa do autismo, mas eu desconfio daqueles que falam com tanta certeza*”.

Esse ponto de vista é compartilhado por Kátia Monteiro, a qual observa que identificar o mecanismo neurobiológico responsável pela etiologia do autismo não auxiliará no sentido de mostrar as respostas que o sujeito poderá construir:

Realmente encontramos diferentes práticas e saberes na clínica do autismo como tentativas de explicação etiológica do autismo. Mas, acredito que se trata, antes, de situar o sujeito a respeito do qual falamos. Nosso interesse está, efetivamente, no campo da causação do sujeito cujas coordenadas estruturais estão na base da orientação de nossa clínica. Identificar somente o mecanismo neurobiológico específico que responda à etiologia do autismo não nos ajudará muito, na medida em que não nos mostra as possíveis respostas (e são elas infindáveis) que o sujeito

irá construir frente aos problemas colocados por sua história, seu corpo, seu organismo.

Ademais, a autora destaca que a classificação diagnóstica tem sido um recurso usado como solução diante da impossibilidade de uma escuta, em que a medicalização e intervenções aparecem como única alternativa, sem que se pesem os efeitos simbólicos de tais intrusões.

Conceição Araújo aduz que a pluralidade de entendimentos voltados à busca etiológica do autismo deve-se à complexidade desse quadro. Dessa forma, muitas teorias surgem com a ilusão de uma resposta única, preocupação essa advinda do desconforto que o “não saber” acarreta no meio científico:

As pessoas ficam tentando encontrar alguma coisa que vai dar essa resposta tão exata como elas querem. Então, eu penso que se dê por essa dificuldade de lidar com o não saber, com o quê não vem pronto, e que, portanto, não se assina embaixo... É o que faz com que surja tanta teoria. É, e muitas vezes, tem teorias que trazem a ilusão de um saber, se você coloca: “Pronto, eu sei: é isso!”, ou “Pronto, a coisa está fechada e o que eu tenho que fazer é te falar como você deve agir”, te dou uma receita você vai lá, faz o que está determinado, a criança se enquadra e fica tudo resolvido. Então eu acho que, principalmente, vem muito da angústia que o ser humano tem diante daquilo que é complexo e que não vai trazer uma resposta pronta e exata para todos os casos.

A precocidade na qual o autismo aparece também faz com que surjam hipóteses tão diversas sobre a origem dessa patologia, conforme salienta Maria Izabel Tafuri: “É uma patologia muito enigmática e muito precoce e a gente não consegue detectar uma causa única, resultando nessa confusão toda”.

Maria Cristina Kupfer também parte da concepção de que a multiplicidade de teorias voltadas à explicação etiológica do autismo é oriunda ao enigma que esse quadro clínico suscita, cuja aparição se dá em um momento muito precoce da constituição do sujeito:

Ao fato de ser profundamente enigmático e mexer profundamente com as pessoas, com os teóricos. Eu vejo psicanalistas que não trabalham com o autismo que quando começa a discussão eles sempre têm uma teoria, uma concepção, ou seja, cada um tem a sua na tentativa de entender o que acontece. E também porque acontece muito no início da vida e que pode abalar com múltiplas teorias.

A autora prossegue com seu relato, afirmando que, dentro do referencial teórico psicanalítico lacaniano, o autismo abala a divisão proposta por Lacan de psicose, neurose e perversão, surgindo o imperativo de situar o autismo ao lado dessas estruturas clínicas, opinião da qual compartilha, mas que sabe não ser um consenso: “Eu acho que tem uma

quarta estrutura diferente da psicose tal como Lacan a compreendeu, pensou e instituiu. Por abalar toda essa estrutura teórica que tem essa falação a esse respeito, em que os profissionais não conseguem chegar a um consenso [...]”.

Finalmente, Angélica Bastos aponta a atualidade dessa problemática no discurso da ciência e da psicanálise: *“Acho que faz parte do campo “psi”, faz parte do discurso da ciência na nossa época e faz parte da psicanálise”.*

Assim, a busca por explicações etiológicas do autismo está presente em diversas áreas do campo “psi” e no conhecimento científico que se tem produzido nas últimas décadas. A precocidade do aparecimento do autismo na constituição do sujeito e o consequente enigma suscitado são fatores pelos quais há ideias e teorias tão divergentes, muitas delas movidas pela angústia do “não saber” e pela urgência tecnicista de nossa época em resolver logo essa questão, lançando-se mão de recursos intrusivos destinados ao enquadramento das crianças autistas ao ideal de criança normal.

Todavia, a preocupação etiológica não é o foco do trabalho das profissionais, cujas práticas desenvolvidas com as crianças autistas são norteadas pelo referencial psicanalítico, conforme pudemos observar.

Uma das razões deve-se às consequências advindas, caso se fixe uma relação de causa e efeito: se o autismo é uma falha na relação, logo é culpa dos envolvidos; por outro lado, se esse quadro clínico se deve a uma questão de ordem genética, o autismo está circunscrito aos fatores orgânicos, eximindo os profissionais e familiares de qualquer implicação com essas crianças.

Além disso, de modo geral, as entrevistadas aduzem não possuir a pretensão de oferecer uma resposta única e certa sobre a causa do autismo, preferindo deixar em suspenso tal problemática, possibilitando a reinvenção dessa clínica.

7- Diagnóstico diferencial entre autismo e psicose:

Conforme exposto no segundo capítulo desta dissertação, o surgimento do conceito de autismo infantil precoce enquanto um quadro nosológico diverso da deficiência mental é recente, na história da psiquiatria. Por conseguinte, o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil é um fenômeno igualmente recente, uma vez que até o início do século XXI, para a medicina e a sociedade, essas crianças eram enquadradas como deficientes mentais, fadadas, portanto, ao recolhimento em asilos quando adultas.

Desse modo, nota-se uma dificuldade entre as diversas áreas do conhecimento, inclusive a psicanalítica, em estabelecer de forma clara e objetiva o que seria o autismo e qual

sua diferenciação (se existe) com a psicose infantil. De acordo com o que observa Maria Cristina Kupfer, em seu trabalho incluído nas fontes documentais, intitulado “Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância”:

Um dos principais entraves ao avanço dos estudos sobre a psicose infantil e o autismo está na disputa diagnóstica. A falta de concordância entre profissionais impede, logo de saída, qualquer estudo epidemiológico, e dificulta enormemente as trocas científicas, já que os pesquisadores não estão falando do mesmo objeto de pesquisa - o autista do neurologista não é o autista do psicanalista. (KUPFER, 2000, p.85).

Embora as descrições encontradas nos Manuais Psiquiátricos objetivem favorecer a troca entre os profissionais da área, não fornecem uma real compreensão desses quadros, motivo pelo qual os psicanalistas aludem ao autismo ora de modo equivalente à psicose, ora empregando essas terminologias de maneira diferenciada.

Assim, ao analisarmos a problemática do diagnóstico diferencial entre autismo e psicose, pelos relatos das entrevistas, notamos que para algumas profissionais essa diferenciação é necessária para a direção de tratamento a ser seguida, enquanto outras psicanalistas partem do pressuposto de que o mais importante é ter o cuidado qualitativo, não havendo a necessidade de discriminar entre um ou outro quadro clínico.

Essa última posição é compartilhada por Ana Beatriz Freire, cujo entendimento do autismo é compreendido como um campo da psicose, contudo, desvencilha-se da concepção psiquiátrica de diagnóstico por acreditar que, muitas vezes, este causa um efeito avassalador sobre a criança e seus familiares:

O mais importante é ter o cuidado qualitativo, não usar só esses Manuais Psiquiátricos, como o CID, que são muito fenomenológicos e descritivos... Eu acho que o diagnóstico tem que ser bem feito, qualitativamente trabalhado... Penso que o autismo não tem cura, no sentido que ele vai sair daquela estrutura, daquele campo que é um campo da psicose, é uma síndrome, mas é um campo da psicose, enfim, não vai ter cura, mas tem tratamento [...]. Então, o diagnóstico é importante, desde que não seja avassalador, não caia na impotência.

Conceição Araújo também acredita que mais importante do que traçar um diagnóstico diferencial entre autismo e psicose é identificar as necessidades da criança, independentemente do quadro psicopatológico que se configure: “[...] o mais importante é a identificação das necessidades daquela criança em particular e saber agir de acordo. Penso que, enquanto você fica preocupado em diagnosticar e em diferenciar, você perde um pouco isso que é essencial...” Além disso, a autora indica que, mesmo dentro do autismo, existem

variações sintomáticas, motivo pelo qual o profissional precisa estar aberto para conseguir identificar a necessidade da criança e o modo como a família está funcionando, de sorte a realizar a melhor intervenção clínica.

Esse mesmo raciocínio é partilhado por Angélica Bastos, haja vista que, para a autora, há uma grande controvérsia entre autismo e psicose e que o decurso do tratamento irá indicar qual quadro está se configurando:

Eu acho que depende, entre autismo e psicose eu não acho tão importante decidir, às vezes, há certa dificuldade em decidir, há controvérsias. Mesmo na literatura há controvérsias, por isso não acho o mais importante, acredito que o curso do tratamento indica para o clínico se é uma psicose que está se configurando ou se trata mesmo de um autismo, mesmo em casos mais difíceis de classificar e de discernir, mas de todo o modo a relação entre a psicose e o autismo não é simples, não é de inclusão total e também não é de uma diferença muita grande, de uma distância muito grande.

Finalmente, Kátia Monteiro adiciona que, apesar de ser necessário o estabelecimento precoce de um diagnóstico, a fim de decidir qual conduta tomar, a pertinência desse diagnóstico só receberá confirmação ao longo do tratamento:

Melhor dizendo: o ato diagnóstico deverá necessariamente ser colocado em suspenso e confirmado a posteriori no decorrer do trabalho analítico. O analista em seu trabalho nas entrevistas preliminares deverá ter condições de concluir algo acerca da estrutura clínica do sujeito, localizando sua posição subjetiva. Na clínica do autismo nos orientamos da mesma forma. Muitas vezes é necessário trabalhar com a suspensão do diagnóstico para que não se feche um destino manicomial e psiquiátrico para uma criança.

Partindo de uma concepção diferente das profissionais até agora discutidas, Maria Izabel Tafuri considera importante a distinção entre autismo e psicose, embora também aponte que o diagnóstico em psicanálise é evolutivo e que, ao longo do primeiro ano de tratamento, poderá ser avaliado qual o nível de dificuldade da criança em sair daquele quadro sintomático.

No que concerne às particularidades do autismo em relação à psicose, a autora nota que a capacidade de fantasiar nas crianças psicóticas se encontra preservada, diferentemente do que ocorre com o autismo:

As crianças psicóticas têm uma capacidade muito grande de fantasiar a realidade, é um quadro completamente diferente, que não tem nada a ver com o quadro de autismo. No autismo tem uma ausência dos pensamentos fantasiosos, ausência total, não existem fantasias. E nas crianças psicóticas tem a presença do mundo fantasioso.

Por outro lado, com base em sua prática clínica desenvolvida com essas crianças, Maria Izabel Tafuri observa que algumas crianças tornaram autistas devido a falhas ambientais e que, em alguns casos, as mesmas falhas também podem causar a psicose, recolocando a complexidade da diferenciação entre autismo e psicose: *“Temos, então, falhas ambientais causando autismo e falhas ambientais causando psicose”*.

A psicanalista Maria Cristina Machado Kupfer ressalta que a diferenciação entre esses dois quadros clínicos é imprescindível para decidir-se qual a direção de tratamento a ser tomada. Dessa forma, é preciso identificar qual o momento da constituição do sujeito que não se efetivou:

[...] o momento de constituição do autista é diferente do momento de constituição da psicose. A criança psicótica tem algumas construções que dizem respeito, justamente, à imagem corporal, que o autista não tem, e isso faz muita diferença na direção do tratamento. A partir disso, você tem decidir a direção do tratamento: se é construir um laço que não existe ou se você tem que incidir sobre um laço constituído em uma direção defensiva, muito maciça, como é o caso da psicose. Então, tem que se fazer essa diferença.

Assim como as demais profissionais, a autora enfatiza que há uma variedade combinatória de possibilidades sintomatológicas de uma posição subjetiva de uma criança autista dentro do autismo dela, contudo, há que se tentar fazer distinções para poder dirigir o tratamento.

Com base nos dados coletados por meio das fontes orais, podemos constatar que o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose, assim como a necessidade ou não desse procedimento não é um pensamento consensual. Em verdade, as entrevistas refletem a complexidade dessa questão que embora abranja o conhecimento psicanalítico, não é circunscrito a ele.

Por conseguinte, nos relatos apresentados, encontramos aqueles cujo diagnóstico diferencial não é primordial no tratamento, devendo ser sobreposto à identificação das necessidades da criança. De modo geral, para essas profissionais, o decurso do tratamento indicará qual quadro clínico será configurado, ressaltando a importância de um diagnóstico evolutivo que não caia na impotência e não produza efeitos avassaladores sobre a criança e seus familiares.

Entre aquelas que conferem importância à distinção entre autismo e psicose como necessária à direção de tratamento a ser seguido, o autismo difere dos quadros de psicose pelos seguintes aspectos: no autismo, tem-se a inexistência de um laço e a incapacidade de

fantasiar, enquanto, na psicose, o laço foi constituído em uma direção defensiva e a capacidade de fantasiar encontra-se preservada.

Ademais, conforme explicitado no terceiro capítulo desta dissertação, notamos uma tendência dentro da perspectiva psicanalítica lacaniana em considerar o autismo como uma quarta estrutura clínica, ao lado da psicose, neurose e perversão, propostas por Lacan. Dentro desse referencial teórico, há ainda os que compreendem que, no autismo, ocorre uma falha na função materna, ao passo que, na psicose, a falha incide na função paterna, segundo discute o artigo de Maria Cristina Kupfer (2000) “Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância”, mencionado no início da discussão dessa temática.

Finalmente, em face dessas reflexões, podemos salientar que a problemática do diagnóstico diferencial entre autismo e psicose é uma questão complexa: além de serem terminologias diferenciadas recentemente, na história da psiquiatria, na prática clínica, os traços autistas surgem associados a outras patologias e igualmente à psicose infantil, dificultando ainda mais essa distinção.

Por meio dessa apresentação, objetivamos refletir sobre temáticas importantes para compreensão do autismo à luz do conhecimento e das contribuições trazidas pelas entrevistadas.

Assim, procuramos contemplar questões importantes, como, por exemplo, as contribuições da psicanálise para o tratamento e entendimento do autismo, as mudanças em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos, o surgimento de práticas psicanalítico-institucionais no contexto brasileiro e as inovações dos autores nacionais. Temáticas menos consensuais e, muitas vezes, polêmicas, também foram alvo de discussão, tais como o diagnóstico diferencial entre autismo e psicose, a pluralidade de entendimentos sobre a etiologia do autismo e as dificuldades advindas da prática clínica e institucional com as crianças autistas.

Tais reflexões tornam-se importantes por abrir um campo de discussão entre diversas áreas do conhecimento, inclusive o psicanalítico, podendo servir de parâmetro para o surgimento de novas pesquisas científicas voltadas à temática do autismo, no contexto nacional.

CONCLUSÃO

*Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.
(Carl Gustav Jung)*

O presente estudo dedicou-se a refletir acerca do surgimento e do desenvolvimento das práticas psicanalíticas de caráter institucionais destinadas ao atendimento de crianças autistas no Brasil, no período de 1990 a 2010.

Para tal, percorremos um longo caminho, em que explicitamos os pressupostos metodológicos que legitimam a presente pesquisa, assim como traçamos um olhar histórico concernente à instauração do conceito de autismo enquanto um quadro diferenciado das deficiências mentais e a consequente repercussão no referencial teórico psicanalítico.

Com o objetivo de respaldarmos a elaboração do roteiro de entrevistas e identificarmos os profissionais participantes deste trabalho, recorremos às fontes documentais, ocasião em que tecemos considerações importantes sobre o autismo, a partir de periódicos nacionais.

Dessa forma, uma particularidade desta dissertação diz respeito ao fato de que todas as entrevistadas possuem importância no âmbito acadêmico, cuja prática com as crianças autistas repercutiram na elaboração de pesquisas científicas e no elevado número de publicações sobre o tema. Tal fato indica que esta pesquisa está circunscrita às práticas psicanalíticas com essas crianças no campo acadêmico, contudo, as reflexões trazidas por elas adquirem um extrato representativo do trabalho que vem sendo desenvolvido em práticas institucionais junto a esse público, em nosso país.

Na sequência, valemo-nos da riqueza inerente aos trabalhos desenvolvidos por meio das fontes orais e passamos a examinar e discutir temas importantes para a compreensão do autismo no contexto nacional, através da análise das entrevistas.

Tal discussão trouxe à tona algumas questões pertinentes a todos aqueles que se dedicam ao estudo do autismo, como, por exemplo, a consequência dos avanços das pesquisas genéticas e da “biologização” dos Transtornos Mentais no tratamento e entendimento das crianças autistas. Conforme pudemos discutir, ao mesmo tempo em que esses avanços esclareceram sobre a constituição neurológica e as bases biológicas do autismo, houve uma perda do olhar sobre as questões do relacionamento.

Além disso, constatamos, por meio do material advindo das fontes orais, que a partir de 1990 houve no campo psicanalítico um aumento do interesse no estudo das crianças

autistas, possivelmente em decorrência da atenção crescente aos estados primitivos da mente por parte da psicanálise, da maior incidência de crianças em que prevalecem quadros clínicos regressivos, cujo autismo se tornou um paradigma, e do surgimento de instituições norteadas pela psicanálise direcionada a essa população. Tal aspecto foi destacado como extremamente relevante para o entendimento e tratamento do autismo, uma vez que a descrição sintomatológica pertencente ao quadro de autismo infantil adquire, pelo referencial psicanalítico, uma concepção ampliada, promovendo um olhar mais potente e menos deficitário.

Por outro lado, conforme pudemos refletir, a psicanálise enfrenta grandes desafios quando desenvolvida em instituições, exigindo dessa área do conhecimento uma modificação de seus pressupostos tradicionais de *setting* analítico. A necessidade da atuação conjunta com os familiares, o trabalho em equipe multidisciplinar, a articulação com as políticas públicas de saúde e a descontinuidade muitas vezes ocorrida nos atendimentos com as crianças autistas são alguns dos desafios da interface psicanálise-instituição e, mais especificamente, da prática psicanalítica institucional com as crianças autistas.

Essa adequação da psicanálise e o consequente aumento das práticas psicanalíticas institucionais destinadas às crianças autistas, no Brasil, seja no âmbito público, seja no privado, têm se tornado importantes, por permitir que o trabalho com essas crianças seja reinventado de acordo com o transcorrer do tratamento. Além disso, essas experiências possibilitam que os profissionais compartilhem os sentimentos advindos da contratransferência que geralmente o trabalho com as crianças autistas acarreta, os quais muitas vezes podem ter um efeito avassalador. A atuação de profissionais fundamentados pelo referencial psicanalítico em equipe interdisciplinar leva a psicanálise para outros espaços, favorecendo a troca e o compartilhamento de informações, essenciais no trabalho destinado ao público em estudo.

Finalmente, pudemos discorrer a respeito de temáticas polêmicas e pouco consensuais no pensamento psicanalítico sobre o autismo, como, por exemplo, a questão etiológica e do diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil.

Quanto ao primeiro tema, as entrevistadas apontaram que a precocidade do aparecimento do autismo na constituição do sujeito e o consequente enigma suscitado são fatores pelos quais há ideias e teorias tão divergentes; muitas delas, movidas pela angústia do “não saber” e pela urgência tecnicista de nossa época, lançam mão de recursos intrusivos destinados ao enquadramento das crianças autistas ao ideal de criança normal.

No que tange ao diagnóstico diferencial entre autismo e psicose infantil, observamos, por meio da análise das entrevistas, que para determinadas autoras o diagnóstico diferencial não é primordial no tratamento, devendo ser sobreposto à identificação das necessidades da criança. Por outro lado, para outras profissionais, faz-se necessária essa diferenciação, a fim de que desse modo se possa efetuar a melhor direção de tratamento.

Assim, o trabalho de dissertação de Mestrado ora em finalização objetivou apresentar e discutir as principais contribuições dos autores brasileiros consagrados por seu trabalho e estudo com as crianças autistas, sob um viés psicanalítico, cuja dedicação resultou em publicações sobre o tema em periódicos científicos.

Por meio desta pesquisa, é possível obter um panorama das práticas psicanalíticas clínico-institucionais desenvolvidas em território nacional com as crianças autistas. A partir do conhecimento do que se tem produzido sobre o autismo dentro de uma perspectiva psicanalítica no Brasil, na atualidade, e das reflexões trazidas pelas entrevistadas, pode-se abrir um espaço de discussão entre diversas áreas do conhecimento, auxiliando no desenvolvimento de novas pesquisas.

Por fim, o estudo das práticas psicanalíticas com as crianças autistas em nosso país não se esgota com esta dissertação; pelo contrário, suscita novas leituras e interpretações, dependendo do leitor. Após todo o caminho trilhado, com fins de conclusão, tenho a dizer que, ao debruçar-me no estudo do autismo, deparei-me com a constatação de que, para compreender a diversidade de pensamentos sobre o tema, era preciso colocar-me no lugar de aprendiz – não de mestre – permitindo situar-me como uma pesquisadora que promove indagações em detrimento àquela que oferece as respostas. Isso eu devo a todos os autores, os quais se importaram em dividir por meio de suas publicações seus conhecimentos e experiências sobre a clínica do autismo, em que a psicanálise figura como protagonista, resgatando o olhar para o que há de subjetivo e humano. Este é o desafio do presente estudo.

REFERÊNCIAS

- ABRÃO, J. L. F. *A história da psicanálise de crianças no Brasil*. Escuta: São Paulo, 2001.
- _____. *A tradição kleiniana no Brasil: uma investigação histórica sobre a difusão do pensamento kleiniano*. 2004. 323 p. Tese (Doutorado em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.
- _____. Por um modelo metodológico de historiografia da psicanálise: uma discussão a partir da produção brasileira. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 20, n. 189, p. 5-16, 1º sem. 2007.
- ABREU, G. H.; TAFURI, M. I. Além do possível: investigações acerca do originário na clínica da criança autista. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 166-181, 2º sem. 2007.
- ALEXANDER, F. G.; SELESNICK, S. T. (1966). Desenvolvimentos na Psiquiatria Infantil. In: *História da Psiquiatria*. Tradução de Aydano Arruda. São Paulo: Ibrasa, 1968. p. 478-495.
- ALVAREZ, A. *Companhia Viva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM IV*. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- ANDERY, M. A. P. A; MICHELETTO, N.; SÉRIO, T. M. A. P. História da psicologia: diversidade também de objetos? In: GUEDES, M. C. (Org.). *História e historiografia da psicologia: revisões e novas pesquisas*. São Paulo: EDUC, 1998. p. 9-21.
- ARANTES, F. F. De quem – ou do quê – depende o sucesso da inclusão escolar? *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 96-115, 2010.
- ARAÚJO, C. A. S. O autismo na teoria do amadurecimento de Winnicott. *Natureza Humana*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 39-58, 2003a.
- _____. Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 146-163, 2003b.
- _____. A perspectiva winnicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Psyche*, São Paulo, v. 8, n. 13, p. 43-60, 2004.
- ARAÚJO, G. X. Quando não há mais espaço - um estudo sobre a fratria das crianças autistas. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 126-143, 2010.
- ARAÚJO, M. E. C. A representação e o gozo na clínica do autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 14, n. 26, p. 106-127, 2009.

ÁVILA, L. A. Autistas em relação consigo e com o mundo. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, v. 7, n. 38, p. 39-44, 1998.

BARBOSA, D. C. Da concepção ao nascimento, a razão da intervenção precoce. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 68-77, 2º sem. 2007.

BARROS, I. G. Dentro dos seus olhos. In: LIMA, A. A. de et al. (Cols.). *Psicanálise da criança*. São Paulo: Vértice, 1987. p. 29-60.

BASTOS, A. Medicação e tratamento psicanalítico do autismo. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 16, n. 173, p. 25-34, 2003.

BASTOS, A; MONTEIRO, K. A. C; RIBEIRO, M. M. C. O manejo clínico com adolescentes autistas e psicóticos em instituição. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 183-193, 2005.

BASTOS, M. B. Impasses vividos pela professora na inclusão escolar. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 47-55, 2001.

BASTOS, M. B.; KUPFER, M. C. M. A escuta de professores no trabalho de inclusão escolar de crianças psicóticas e autistas. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 116-125, 2010.

BATISTA, C.; BOSA, C. *Autismo e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

BATTAGLIA, L. A estrutura do psiquismo. *Viver Mente & Cérebro*, São Paulo, n. 4, p. 14-21, 2005. (Edição Especial).

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança. Tradução de Oscar Cirino. In: CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças*. Desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 129-144.

BETTELHEIM, B. *A fortaleza vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

BION, W. R. *O aprender com a experiência*. Rio de Janeiro: Imago, 1962.

BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. *Biblioteca Virtual Em Saúde – BVS*. Disponível em: <<http://regional.bvsalud.org/php/index.php>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

BOSA, C. Autismo: atuais interpretações para antigas observações. In: BAPTISTA, C. R.; BOSA, C. (Orgs.). *Autismo e educação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. p. 19-39.

BOSA, C.; CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 167-177, 2000.

BRANDÃO JUNIOR, P. M. C. Um bebê no CAPSi: uma clínica possível. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 345-355, 2009.

BRAUER, J. F. Entre a inibição e o ato: fronteiras do trabalho analítico com crianças. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 243-252, 2000.

BRUDER, M. C. R.; BRAUER, J. F. A constituição do sujeito na psicanálise lacaniana: impasses na separação. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521, 2007.

BRUM, E. H. M. Patologias do vazio: um desafio à prática clínica contemporânea. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 24, n. 2, p. 48-53, 2004.

CALAZANS, R.; MARTINS, C. R. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 142-157, 1º sem. 2007.

CALIL, V. L. L. *Terapia familiar e de casal*. São Paulo: Summus Editorial, 1987.

CAMPANÁRIO, I. S.; PINTO, J. M. O atendimento psicanalítico do bebê com risco de autismo e de outras graves psicopatologias. Uma clínica da antecipação do sujeito. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 150-169, 2006.

CAMPOS, R. Introdução à historiografia da psicologia. In: BROZEK, J.; MASSIMI, M. A *historiografia da psicologia moderna: versão brasileira*. São Paulo: Loyola, 1998, p. 15-19.

CAPER, R. Interpretação: Revelação ou Criação? In: FRANÇA, M. O. A. F. (Org). *Bion em São Paulo: ressonâncias*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 145-160.

CARDOSO, C. G.; SIELSKI, M. Sobre o autismo: o real, a repetição e a transferência. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 22, n. 37, p. 39-44, 2004.

CARVALHO, M. T. M. Uma pele para as palavras: sobre a importância dos envelopes sensoriais na clínica psicanalítica com a criança autista. *Latin American Journal of Fundamental Psychopathology On Line*, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 44-55, 2008.

CAVALCANTI, A. E.; ROCHA, P. S. *Autismo: construções e desconstruções*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CENTRO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO. *Plataforma Lattes*. Disponível em: <<http://lattes.cnpq.br>>. Acesso em: 08 nov. 2011.

CESAROTTO, O. A. O discurso lacaniano. *Viver Mente & Cérebro*, São Paulo, n. 4, p. 22-29, 2005. (Edição Especial).

CIRINO, O. *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

COSTA, P. M. E. Kraepelin e a criação do conceito de “Demência precoce”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 4, p. 126-129, 2001.
Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=233017674011>>.
Acesso em: 02 jun. 2011.

DELOUYA, D. Marca, origem, destino. *Psychê*, São Paulo, v. 6, n. 9, p. 11-14, 2002.

DIAS, E. O. *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago, 2003.

ESTILOS DA CLÍNICA: revista sobre a infância com problemas. São Paulo: Instituto de Psicologia Universidade de São Paulo, 1996.

FACCHINETTI, C. PONTE, C. De barulhos e silêncios: Contribuições para a história da psicanálise no Brasil. *Psychê*, São Paulo, v. 7, n. 11, p. 59-83, 2003.

FARINHA, V. Autismo e holding: algumas reflexões a respeito do tema. *Infanto: revista de neuropsiquiatria da infância e adolescência*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 14-19, 2001.

FERNANDES, F. S. O corpo no autismo. *Psic: revista de psicologia da vetor editora*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 109-114, 2008.

FERREIRA, M. M. *Entre-vistas: abordagens e usos da história oral*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1994.

FERREIRA, N. S. A. As pesquisas denominadas “Estados da Arte”. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 13, n. 79, p. 257-272, 2002.

FONSECA, V. R. J. R. M. A psicanálise na fronteira dos estados autísticos. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 129-138, 2009.

FONSECA, V. R. J. R. M.; BUSSAB, V. S. R.; SIMÃO, L. M. Transtornos autísticos e espaço dialógico – breve conversa entre a psicanálise e o dialogismo. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 679-692, 2004.

FRÁGUAS, V.; BERLINCK, M. T. Entre o pedagógico e o terapêutico: algumas questões sobre o acompanhamento terapêutico dentro da escola. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 7-16, 2001.

FREIRE, A. B. A constituição do sujeito e a alteridade: considerações sobre a psicose e o autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 7, n. 13, p. 78-91, 2002.

_____. O que o autismo pode nos ensinar sobre o outro. *Pulsional Revista de Psicanálise*, São Paulo, v. 16, n. 173, p. 35-42, 2003.

FREIRE, A. B.; BASTOS, A. Paradoxos em torno da clínica com crianças autistas e psicóticas: uma experiência com a “prática entre vários”. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 84-93, 2004.

FREIRE, A. B.; OLIVEIRA, E. C. Sobre o tratamento analítico de um caso de autismo: linguagem, objeto e gozo. *Fractal: Revista de Psicologia*, Niterói, v. 22, n. 2, p. 257-268, 2010.

FREUD, S. (1914). A história do movimento psicanalítico. In: _____. *Edição Standard Brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1987 p. 191-238, v. XIV.

_____. (1925). Um estudo autobiográfico. In: _____. *Edição Standard Brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1987. p. 17-88, v. XX.

FUZIY, M. H.; MARIOTTO, R. M. M. Considerações sobre a educação inclusiva e o tratamento do outro. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 28, n. 62, p. 189-198, 2010.

GALVÃO, L. Pré-história e história da Revista Brasileira de Psicanálise. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 10, n. 1, p.7-11, 1976.

GARDOU, C.; DEVELAY, M. O que as Situações de Deficiência e a Educação Inclusiva “Dizem” às Ciências da Educação. *Revista Lusófona de Educação*, Lisboa, v. 6, p. 31-45, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n6/n6a03.pdf>>. Acesso em: 09 ago.2011.

GAY, P. *Freud: uma vida para o nosso tempo*. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

GRUNSPUN, H. *Distúrbios psiquiátricos da criança*. São Paulo: Atheneu, 1992.

GUPTA, A. R.; STATE, M. W. Autismo: genética. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. New Haven, Connecticut, v. 28, Supl. I, p. 29-38, 2006.

HAUDENSCHILD, T. R. L. Aquisição gradual da capacidade de auto-continência emocional e da noção de identidade por uma criança autista e comunicação expressiva do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 115-138, 1993.

HINSHELWOOD, R. *Dicionário do Pensamento Kleiniano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ITARD, J. (1801). Da educação de um homem selvagem ou dos primeiros desenvolvimentos físicos e morais do jovem selvagem do Aveyron. In: BANKS-LEITE, L.; GALVÃO, I. (Orgs.). *A educação de um selvagem: As experiências pedagógicas de Jean Itard*. Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Cortez, 2000. p. 117-177.

JANUÁRIO, L. M.; TAFURI, M. I. O sofrimento psíquico grave e a clínica com crianças. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 527-550, 2009.

_____. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 57-70, 2010.

JARDIM, G. Psicoses e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 52-68, 2001.

JERUSALINSKY, A. Psicose e Autismo na Infância: uma questão de linguagem. *Boletim, APPOA*, n. 9, p. 62-73, nov. 1993.

JUNQUEIRA FILHO, L. C. U. Espaço mental: uma visão psicanalítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 559-584, 1998.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, v. 2, p. 217-250, 1943.

_____. Psiquiatria de los adultos y psiquiatria infantil. In: _____. *Psiquiatria Infantil*. 3. ed. Buenos Aires: Editorial Psique, [196-]a. p. 41-44.

_____. Psiquiatria infantil y pediatria. In: _____. *Psiquiatria Infantil*. 3. ed. Buenos Aires: Editorial Psique, [196-]b. p. 45-52.

KLEIN, M. (1930). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: KLEIN, M. *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos* (1921-1945). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 249-264.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, supl. 1, s3-s11, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/en_a02v28s1.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2012.

KORBIVCHER, C. F. A teoria das transformações e os estados autísticos. Transformações autísticas: uma proposta *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 935-958, 2001.

_____. Bion e Tustin: Os fenômenos autísticos e o referencial de Bion: uma proposta de aproximação. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 54-62, 2007.

KUPFER, M. C. M. Freud e a Educação, dez anos depois. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 16, p. 14-26, 1999. (a)

_____. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 4, n. 7, p. 96-107, 2º sem. 1999. (b)

_____. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 85-105, 2000.

_____. *Educação para o futuro: psicanálise e educação*. São Paulo: Escrita, 2001.

_____. Intervenções no autismo a partir da psicanálise. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, v. 12, p. 25-27, 2003.

KUPFER, M. C. M.; FARIA, C.; KEIKO, C. O tratamento institucional do outro na psicose infantil e no autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 156-166, 2007.

LACAN, J. (1969). Nota sobre a criança. In: _____. *Outros escritos*. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003. p. 369-370.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, P. (1967). *Vocabulário da psicanálise*. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LAZNIK-PENOT, M. C.. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997.

LEITE, L. B.; GALVÃO, I. Uma introdução à história de Victor do Aveyron e suas repercussões. In: BANKS-LEITE, L; GALVÃO, I. (Orgs.). *A educação de um selvagem: As experiências pedagógicas de Jean Itard*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 11-24.

LERNER, R. Considerações acerca da constituição psicanalítica de uma instituição de atendimento, inserção social e educação. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 22, p. 68-79, 2007.

LIMA, C. M. Clínica do autismo e das psicoses infantis ou como pensar a articulação psicanálise-educação no tratamento das crianças-objeto. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 28-39, 2001.

LOPES, B. O Sujeito “Inconstituído” em Lacan. *Letra Freudiana: O Autismo*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 103-115, 1995.

LÓPEZ, A. L. L. Reflexões sobre a contribuição da psicanálise no entendimento do autismo infantil. *Círculo Brasileiro de Psicanálise*, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.cbp-rj.org.br/monografia01.htm>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

MAHLER, M. *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1983.

MARFINATI, A. C.; ABRÃO, J. L. F. A clínica psicanalítica institucional brasileira: o que pode oferecer às crianças autistas? In: ABRÃO, J. L. F; RIBEIRO, D. P. de S. A. (Orgs.). *Psicanálise de crianças na universidade: construindo práticas e delimitando fronteiras*. São Paulo: Arte e Ciência, 2011. p. 19-35.

MARQUES, C. F. F. C.; SABOYA, S. L. Autismo infantil e vínculo terapêutico. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 24, n. 1, p. 115-124, 2007.

MELÃO, M. S. A escrita e a constituição do sujeito: um caso de autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 25, p. 94-117, 2008.

MÉLEGA, M. P. Um jovem psicanalista trabalhando. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 357-372, 1984.

MERCADANTE, M. T.; GAAG R, J. V.; SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 28, p. 12-20, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28s1/a03v28s1.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2011.

MEZAN, R. Problemas de uma história da psicanálise. In: BIRMAN, J. (Org.). *Percursos na história da psicanálise*. Rio de Janeiro: Taurus, 1988. p. 15-41.

MILLOT, C. *Freud antipedagogo*. Tradução de A. Roitman. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Descredenciamento: MEC cobrará medidas para que alunos não sofram prejuízos*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17622:mec-cobrar-medidas-para-que-alunos-nao-sofram-prejuizos-&catid=212>. Acesso em: 13 ago. 2012.

MONTEIRO, K. A. C.; RIBEIRO, M. M. C.; BASTOS, A. Porta de entrada para adolescentes autistas e psicóticos numa instituição. *Psicologia, Ciência e Profissão*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 290-303, 2007.

MOREIRA, M. S. O óbvio e o obtuso. *Revista de Psicanálise*, Porto Alegre, v. 6, n. 3, p. 405-419, 1999.

NASIO, D. N. Introdução à obra de Winnicott. In: _____. (Org.). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995a.

_____. *Lições sobre os 7 conceitos cruciais da psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995b.

NOMINÉ, B. A Questão do Sintoma e a Problemática do Corpo no Autismo. In: ALBERTI, S. (Org.). *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*. Rio de Janeiro: Marca d'Água, 1999. p. 233-243.

OLIVEIRA, C. L. M. V. A historiografia sobre o movimento psicanalítico no Brasil. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, ano V, n. 3, p. 144-153, 2002.

OLIVEIRA, E. C. Sobre o tratamento possível do autismo. In: COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 5., 2006, São Paulo. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032006000100023&lng-es&nrm-abn>. Acesso em: 19 abr. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: CID-10*. São Paulo: Edusp, 2004.

PALMIER, J. M. *A etapa do espelho e a formação do eu. Lacan*. São Paulo: Melhoramentos, 1977.

PAVONE, S.; RUBINO, R. Da estereotipia à constituição da escrita num caso de autismo: dois relatos... um percurso. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 68-89, 2003.

PEREIRA, M. E. C. Kraepelin e a criação do conceito de “demência precoce”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 4, n. 4, p. 126-129, 2001.

PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1984.

PETOT, J. M. *Melanie Klein I: Primeiras descobertas e Primeiro Sistema (1919-1932)*. São Paulo: Perspectiva, 1991.

PINHEIRO, M. F. G.; FREIRE, A. B. A devastação e sua incidência na clínica do autismo. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 146-165, 2008.

PIRES, L. *Do Silêncio ao Eco: Autismo e Clínica Psicanalítica*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

PÓSTEL, J.; QUÉTEL, C. Historia de la psiquiatria. In: _____. *Nacimiento de la psiquiatria infantil* (destinos de la idiocia, origen de las psicosis). Cidade do México: Fondo de cultura economica, 1987. p. 507-525.

PRADO, M. C. C. A. Entrando em contato com o mundo da família autista: em busca de meios de comunicação. *Informação Psiquiátrica*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 3-13, 1999.

QUEIROZ, M. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: SINSON, O.M. (Org.). *Experimentos com Histórias de Vida*. São Paulo: Vértice. 1988. p. 14-43.

REGO, F. L. B.; CARVALHO, G. M. M. Aquisição de linguagem: uma contribuição para o debate sobre autismo e subjetividade. *Psicologia, ciência e profissão*, Brasília, v. 26, n. 1, p. 201-232, 2006.

RIBEIRO, J. M C.; ÁLVARES, K.; BASTOS, A. A psicanálise e o tratamento de crianças e adolescentes autistas e psicóticos em uma instituição de saúde mental. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 11, n. 21, p. 196-203, 2006.

RIBEIRO, M. L. C.; BASTOS, A. O lugar do analista na extensão da psicanálise à inclusão escolar. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 26-35, 2º sem. 2007.

ROCHA, F. H. Autismo: controvérsias na psicanálise. In: COLÓQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 4., 2002, São Paulo. *Anais eletrônicos...* Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000032002000400007&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 19 abr. 2011.

_____. Questões sobre a alteridade no autismo infantil. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 14, n. 27, p. 150-171, 2009.

ROCHA, P. S. (Org.). *Cata-ventos. Invenções na clínica psicanalítica institucional*. São Paulo: Escuta. 2006.

SABOIA, C. Autismo e novas perspectivas teóricas. *Estilos da Clínica*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 78-89, 2º sem. 2007.

SERENO, D. Acompanhamento terapêutico e educação inclusiva. *Psyche*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 167-179, 2006.

SIGRES, R. F. Tentativa de abordagem psicanalítica de um caso de autismo infantil. *Revista Brasileira de Psicanálise*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 227-250, 1986.

SILVA, K. C. B. Pratique à plusieurs: relato de uma experiência na instituição belga Le Courtil. *Imaginário*, São Paulo, v. 12, n. 13, p. 419-425, 2006.

SILVA, M. E. L. Gente estranha: um olhar psicanalítico para o autista. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 15, n. 2, p. 59-67, 1998.

SILVEIRA, T. C. A psicanálise e os impasses da constituição subjetiva. *Psyche*, São Paulo, v. 7, n. 11, p. 117-132, 2003.

SOLER, C. Autismo e Paranóia. In: ALBERTI, S. (Org.) *Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquize*. Rio de Janeiro, Marca d'Água, 1999, p. 219-232.

STEFAN, D. R. Autismo e Psicose. In: LAZNIK-PENOT, M. C. (Org.). *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma, 1998. p. 15-28.

TAFURI, M. I. Realidades e controvérsias em relação ao conceito psicanalítico de autismo normal. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 10, n. 14, p. 108-123, 2003.

TAFURI, M. I.; SAFRA, G. Extrair sentido, traduzir, interpretar: um paradigma na clínica psicanalítica com a criança autista. *Psyche*, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 1-8, 2008.

TAMANAH, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 296-299, 2008.

TUSTIN, F. *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

VASCONCELLOS, M. H. L. Re-nascença: tecido de renda no vazio da subjetividade. *Cadernos de Psicanálise*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 25, p. 201-232, 2006.

VERDI, M. T. Reflexões psicanalíticas-construtivistas sobre uma experiência teórico-prática, clínico-escolar, com crianças-adolescentes, psicóticos-autistas. *Revista da SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 57-64, 2005.

VINHEIRO, V. Autismo e Psicose. *Letra Freudiana: O Autismo*, Rio de Janeiro, n.14, p. 157-161, 1995.

WERTHEIMER, M. Pesquisa histórica - por quê? In: BROZEK, J.; MASSIMI, M. *Historiografia da psicologia moderna: versão brasileira*. São Paulo: Loyola. 1998. p. 21-41.

WINNICOTT, D. W. (1952). Psicose e cuidados maternos. In: _____. (Org.). *Textos selecionados: Da pediatria à Psicanálise*. Tradução de Jane Russo. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1998. p. 375-387.

_____. (1963). O medo do colapso (*breakdown*). In: WINNICOTT, C. (Org.). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994a. p. 70-76.

_____. (1963). Treinamento para psiquiatria de crianças. In: _____. (Org.). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed, 1983. p. 175-195.

_____. (1967). O conceito de regressão clínica comparado com o de organização defensiva. In: WINNICOTT, C. (Org.). *Explorações psicanalíticas D. W. Winnicott*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994b. p. 151-156.

_____. Autismo. In: _____. *Pensando sobre crianças*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 179-192.

YANKELEVICH, F. A Criança do Computador. *Letra Freudiana: O Autismo*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 175-196, 1995.

ZIMERMAN, D. E. *Bion: da teoria à prática – Uma leitura didática*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ZORNIQ, S. A. Psicanálise com crianças: entre a origem e o originário? In: _____. *A criança e o infantil em psicanálise*. São Paulo: Escuta: 2000. p. 79-100.

APÊNDICE

APÊNDICE A – TRANSCRIÇÕES DAS ENTREVISTAS

No anexo que se segue, procedemos às transcrições das entrevistas realizadas pelos profissionais que se dedicam ao tema do autismo infantil. Tais transcrições serão expostas por ordem alfabética dos nomes das profissionais, adquirindo a seguinte apresentação: Ana Beatriz Freire, Angélica Bastos de Freitas Rachid Grimberg, Conceição Aparecida Serralha de Araújo, Katia Alvares de Carvalho Monteiro, Maria Cristina Machado Kupfer e Maria Izabel Tafuri.

Conforme apontado no capítulo referente ao método de pesquisa, as entrevistas foram norteadas por um roteiro previamente elaborado, porém, eventuais perguntas foram arroladas para permitir um melhor esclarecimento.

1- Entrevista realizada com Ana Beatriz Freire

Primeiramente gostaria que você comentasse sobre a sua trajetória profissional.

Eu sou professora, fiz graduação em psicologia na Universidade Federal do Rio de Janeiro, depois eu fiz Psicologia Clínica na PUC Rio de Janeiro, (PUC – Rio) e posteriormente eu fui para Paris fazer Doutorado. Fiquei por lá durante uns três anos e, na verdade, defendi aqui [*no Brasil*] por questões pessoais, mas aprendi muito em Paris. Por volta de 1987/1988 o programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica do Instituto de Psicologia da UFRJ estava sendo fundado pelo professor Luis Alfredo Garcia Rosa⁶, que me convidou para fazer parte da Pós-graduação, apesar de já ser concursada... Ele também convidou muita gente de fora, mas como tinha que compor com professores do Instituto, ele me convidou mesmo sem título, pois podia ter uma percentagem ainda sem ter o título de doutor (nessa época tinha muitos poucos doutorandos). Além disso, convidou alguns professores que estavam recém-chegados da Europa: a Anna Carolina Lo Bianco⁷ estava na PUC, mas tinha acabado de chegar com a sua tese de Doutorado da Inglaterra, em Psicologia Social, depois tinha a Teresa Pinheiro⁸ que estudou também na França, psicanálise propriamente dita. O Joel Birman⁹ que já tinha o doutorado, era consagrado, foi também convidado. Para mim foi uma oportunidade, pois eu tinha acabado de entrar em 1985 e o Programa foi fundado em 1987 - logo depois por exigência desse programa eu fui fazer o doutorado (porque para entrar na Pós-Graduação eu teria que ter doutorado) e eu fui com bolsa da CAPES. Só que por questões pessoais eu voltei, inclusive para a UFRJ também, porque você fica muito tempo desvinculado e é sempre bom retornar o que você estudou fora, reinserir-se como docente. Nessa época, defendi minha tese de doutorado sobre o Real aqui na

⁶ Professor Emérito da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

⁷ Anna Carolina Lo Bianco Clementino atualmente é professora associada na Universidade do Rio de Janeiro, no Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica.

⁸ Maria Teresa da Silveira Pinheiro atualmente é aposentada da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mantém atividades de pesquisa no Programa de Pós-Graduação em teoria Psicanalítica da UFRJ.

⁹ Atualmente é Professor Titular / pesquisador da Universidade Federal do Rio de Janeiro (desde 1991) onde leciona e é pesquisador no programa de Mestrado e Doutorado em Teoria Psicanalítica, dentre outras atribuições.

PUC. Então o título é daqui, apesar de eu ter um DEA que é um diploma na época equivalente ao mestrado e que eu defendi e quem me orientou lá de início foi o François Regnault, depois Sérgio Cottet, ambos professores da Universidade Paris VIII, Departamento de Psicanálise fundado pelo próprio Lacan, associado ao Campo Freudiano. Posteriormente eu retornei em 2005 para fazer o pós doutorado com o próprio Sérgio Cottet.

Nesse ínterim, eu estudava mais psicanálise no sentido teórico, mas a clínica é sempre uma urgência, porque afinal de contas a teoria de Freud e Lacan, que é o que nos guia, está associada à clínica: na verdade o Freud é o guia e o Lacan a sua releitura. Como precisava de experiência em clínica, por volta de 1999 eu fui convidada a fazer um intercâmbio no PINEL¹⁰ que foi bem-vindo para mim, eu já tinha terminado a minha tese de doutorado em 1994, quando então passei a estudar psicose no adulto. Foi, inclusive, a Verbena Dias¹¹ que me convidou para fazer o intercâmbio (logo em seguida, foi minha orientanda de mestrado) e assim começou uma parceria com o PINEL, parceria essa que abrange também a formação acadêmica: muitos fizeram Mestrado e Doutorado lá, inclusive a Kátia¹² acabou de fazer com a Angélica Bastos, a qual atua como docente do Programa e trabalhou muito tempo comigo, foi minha colega de graduação... Em parceria com a Jeanne Marie Costa Ribeiro, elas fundaram o NAICAP - que a Kátia já deve ter falado - que é o Núcleo de Atenção Intensiva a Crianças Psicóticas e Autistas -.

Dessa forma, ao estudar psicose dos adultos eu as conheci por meio da Verbena e achei que era um lugar mais direcionado para psicanálise. O PINEL tem muita diversidade de linhas teóricas, inclusive TCC¹³, psiquiatras de várias tendências, muitas vertentes clínicas e influências, podemos dizer em termo geral, do movimento de Reforma Psiquiátrica e tem também opositores, vertentes, que não são totalmente receptivos à psicanálise. Nesse Núcleo Intensivo à Criança, a direção era quase que psicanalítica, sobretudo com a Kátia como diretora clínica (era administrativo, mas era uma direção clínica). Então teve mais afinidade e além do que as crianças me ensinaram muito, porque a psicose infantil é quase que um leque sobre a constituição do sujeito, dos seus impasses... Ademais, trabalhávamos muito na época, muitos textos, a Carta de Lacan à J. Aubry¹⁴, que é Notas sobre a Criança que está no livro *Outros Escritos, textos da Feuille Du Courtil, Antenne 110, Pratique à Plusieurs, Freud*, casos clássicos, etc... Na verdade desde essa época (2000, 1999) que a gente vem trabalhando, já faz uns 12 anos.

Hoje em dia como que se dá a sua pratica com as crianças autistas?

Eu comecei no NAICAP participando e fazendo parte da supervisão, das reuniões clínicas... Foi muito da afinidade clínica com o Campo Freudiano, parceria com a EBP, com o Pinel, de um lado e com o Núcleo de Criança do ICP (coordenado na época por Maria do Rosário de Rêgo Barros¹⁵), e assim, o intercâmbio, a rede se constituiu. Começou também com a gente selecionando muitos alunos de graduação para estagiar lá, então tinha um grupo muito coeso tanto de direção, quanto clínica (nessa época a Jeanne não era ainda aposentada e a Kátia ainda era a diretora). E eu aprendi muito, fiquei lá muito tempo e era muito desejante o ambiente de trabalho, era muito legal... E a gente sempre acha que é triste *[o trabalho]*, mas,

¹⁰ Instituto Philippe Pinel localizado no Rio de Janeiro é responsável pela realização integrada de assistência, ensino especializado e pesquisa na área de saúde mental.

¹¹ Verbena Silva Dias.

¹² Kátia Álvares de Carvalho Monteiro.

¹³ Terapia Cognitivo-Comportamental.

¹⁴ Referência à carta enviada por Lacan (1969) a Jenny Aubry publicado sob o título “Duas notas sobre a criança”.

¹⁵ Maria do Rosario Collier do Rêgo Barros é psicanalista e supervisora do Espaço Psi Infantil, no Rio de Janeiro

paradoxalmente, era muito alegre por ser muito desejante, havia um desejo ali: tinha as reuniões clínicas que eram muito importantes e toda uma construção teórica igualmente importante que até resultou no livro¹⁶ que a Kátia e a Jeanne organizaram e onde eu também tenho um artigo nesse livro. E a dissertação da Jeanne foi tão importante, que hoje em dia é citada em inúmeros concursos por ser muito clínico e ter diversos fragmentos de casos clínicos. Primeiramente essa parceria se deu comigo muito mais aprendendo do que outra coisa e também contribuindo com a articulação teórica e com o pessoal de estagiários. Depois a Jeanne se aposentou, a Kátia deixou de ser a diretora clínica, ficou mais com as oficinas. A partir disso, começamos propor projetos próprios, sobretudo porque estávamos vendo dificuldades das crianças, haja vista que elas estavam crescendo (não eram mais crianças, eram jovens e adultos: estavam na puberdade sem reconhecer o corpo como adolescente, como uma infância recalcada, assim como acontece com um adolescente neurótico), e portanto, precisavam de um tratamento que abordasse essa passagem da dimensão corporal/real, e não tinham muitos lugares, pois não se adaptavam muito bem aos serviços que eram oferecidos. Deste modo, tivemos essa ideia - primeiro pela vertente da reforma psiquiátrica mesmo de desinstitucionalizar, quer dizer, não ficar no circuito apenas da Saúde Mental-, de propiciar uma autonomia maior, uma vez que eles já eram jovens e adultos e precisávamos trabalhar com os pais essa autonomia, porque era arriscado sair com eles no campus para ver como eles interagiam fora do universo recluso de hospital. Enfim, nós propusemos esse primeiro projeto, que seria a criança autista e psicótica em direção aos laços sociáveis... Estudamos muito o que seria o laço social possível na psicose para então oferecer um espaço que ultrapassasse as barreiras do Hospital, de circulação pela cidade, fora do lugar infantil. Dependendo do que para cada um era circular, da indicação da particularidade de cada um, ofereceríamos os circuitos de alguns ateliês, de algumas atividades; seja no Campus da UFRJ, sejam pelos bairros culturais da cidade, museus, cinemas, praias, etc. Bom, tem uma publicação vasta sobre isso, quase todas as nossas publicações versam sobre alguns pacientes, de como que eles criaram os sintomas, como se constituíram com suas próprias invenções.

Por volta de 2006 eu fui para o Centre Clos Bérnard em Aubervilliers, subúrbio de Paris, fazer meu Pós Doutorado (resultado de uma parceria institucional, com Serge Cottet ainda), e fiquei muito ligada a uma prática que estava se instituindo como “prática entre vários”, porque eu sou vinculada a Escola Brasileira de Psicanálise e estava participando do núcleo de crianças, do Curumim que era coordenado pela Maria do Rosário Collier do Rêgo Barros e ela tinha esse contato com esse psiquiatra/ psicanalista também da École de La Cause¹⁷, que tem um serviço só com a “prática entre vários” que é uma prática instituída justamente para crianças psicóticas e autistas que eram excluídas, digamos assim, dos serviços hospitalares da Bélgica... Começou na Bélgica, Antenne 110 (em Bruxelles)¹⁸ junto com CTR de Nonnette, que é em Clermont Ferrand, interior da França, associada também ao centro em Israel (Mischolim em Tel Aviv). Hoje em dia, associaram-se outras instituições para criança na Itália, perto de Veneza, a Antenne 112, enfim o Campo Freudiano se estendeu das três primeiras instituições RI3 (Réseau International d’Institutions Infantiles) a uma Rede Internacional do Campo Freudiano maior. Atualmente, essa rede maior tem outras instituições (como a do Hospital dia de Aubervilliers, Podensac, Ilha Verte, Denis Lune, etc.), todas instituições associadas ao Campo Freudiano sob a direção justamente de Jacques Alain Miller,

¹⁶ MONTEIRO, K. A. C. (Org.) ; RIBEIRO, Jeanne Marie de Leers Costa (Org.) . Autismo e Psicose na Criança - Trajetórias Clínicas. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2004. 210 p.

¹⁷ École de la Cause Freudienne.

¹⁸ A expressão “prática entre vários” foi proposto na abertura da III Jornada da Rede Internacional de Instituições Infantis (RI3) no ano de 1997 na Antenne 110 situado em Bruxelas, Bélgica, cujo título completo foi “Da fundação de UM à prática entre vários”.

o qual nomeou essa prática, cunhando o termo de “Pratique à Plusieurs”, ou seja, de prática entre vários.

No meu pós-doutorado fui ver mais de perto como funcionava essa prática institucional para adolescentes e crianças psicóticas e autistas. Então, temos como orientação a “prática entre vários”, é claro que não é totalmente, porque em um hospital público como o PINEL tem várias vertentes, não é só a lacaniana e nem só a formação lacaniana. Contudo, como eu estava ligada a École de La Cause, pude fazer de alguma maneira um pequeno núcleo orientado para essa prática e desde que eu conheci a Jeanne e a Kátia nós já estávamos lendo vários textos do Virginio Baio¹⁹, do Alexandre Stevens²⁰, do Rouillons²¹, do Lacadée²², do que seria “prática entre vários”, e depois eu convidei o próprio Jean Claude Stavy que era o chefe de serviço Infantil de Aubervilliers, para vir aqui [*no Rio de Janeiro*] onde tivemos a oportunidade de discutirmos um caso clínico da nossa própria pesquisa, qual seja: o dispositivo clínico com adolescentes em direção ao laço social...

Assim, na universidade eu tenho uma parceria com o PINEL de anos e uma autonomia também, porque começamos deslocar a divisão do que chamamos de DPA [*Departamento de Psicologia Aplicada*] da própria Universidade, com o objetivo de descentrar um pouco do circuito da Saúde Mental. Nós queremos dar continuidade, não só pela formação, mas também pelos pacientes que ainda não foram inteiramente encaminhados.

No nível privado temos [*Jeanne, Kátia e Ana Beatriz*] o ateliê aqui, que é onde tem essa casa. Sentimos muito a necessidade de trabalhar em equipe, porque essas crianças se sentem menos invadidas quando trabalhamos com a “prática entre vários”, ou seja, quando você dilui o lugar de saber, de especialista. A partir dessa experiência enorme na Saúde Pública [*referência à experiência do NAICAP*], propusemos, para facilitar os nossos atendimentos privados, também este ateliê, o qual tomou uma dimensão de atendimento terapêutico: não fazemos neste local somente oficina, mas também nós damos supervisões clínicas para ex-alunos. É uma equipe que já está há muito tempo conosco. Além disso, também recebemos aqueles pacientes (tanto crianças quanto adultos) que são mais refratários no laço social, que apresentam maior dificuldade, não só autistas, mas àquelas que possuem dificuldades em geral.

Você notou alguma diferença pelo o qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos?

É complexa essa pergunta, acredito que talvez existissem autistas sem ser notados, mas também tem uma produção de hoje em dia, de muita coisa que se chama autista que não é autista, eu acho que nesse sentido é complexo. Recebemos pacientes que são rapidamente diagnosticados, porque virou o significante quase do discurso da medicina e do Mestre, como Lacan diria, então às vezes tem rápidos diagnósticos. Eu acho que tem os dois lados, pois estamos cada vez mais precocemente detectando os indicadores, mas também tem erros, porque a mídia está falando por isso tem que tratar esse assunto com muito cuidado, pois o diagnóstico fixa... Temos que ter muito cuidado com a família, com a escola, (tem muita demanda de escola).

¹⁹ Referência a Virginio Baio é Belga, atua como analista do *Le Courtil* e do Campo Freudiano.

²⁰ Alexandre Stevens é psiquiatra, Diretor Terapêutico de *Le Courtil*, Tournai (Bélgica), docente em *Formation continue de l'Université Libre de Bruxelles*.

²¹ Referência a Jean-Pierre Rouillon.

²² Referência a Philippe Lacadée, Psicanalista, Membro da Escola da Causa Freudiana de Paris.

Em relação a diagnóstico, você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial entre o autismo e os outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, como, por exemplo, com a psicose?

Talvez. O mais importante é ter o cuidado qualitativo, não usar só esses Manuais Psiquiátricos, como o CID²³, que são muito fenomenológicos e descritivos... Eu acho que o diagnóstico tem que ser bem feito, qualitativamente trabalhado...

Penso que o autismo não tem cura, no sentido que ele vai sair daquela estrutura, daquele campo que é um campo da psicose, é uma síndrome, mas é um campo da psicose, enfim, não vai ter cura, mas tem tratamento. Então, eu acho importante, que *[o tratamento]* seja o quanto antes; hoje em dia tem vindo ao tratamento crianças com dois anos... A mídia está mais avisada agora, porque o próprio TCC está falando disso - a Terapia Cognitiva Comportamental por ser muito objetiva, fornece prontamente os dados, mas o fato é que, eles ajudaram nesse sentido de nos procurar mais rápido, porque eles também não dão conta e muitos pais querem que a gente dê: chegou uma mãe dizendo que não queria *[continuar o tratamento com TCC]*, por ser muito robotizante e etc., mas deram o diagnóstico, então já veio procurando *[o tratamento]* sabendo... Falamos do mesmo diagnóstico, mas com outro tratamento. Então, o diagnóstico é importante desde que não seja avassalador, não caia na impotência. Que seja uma impossibilidade que possa se levar a tratamento, que não tenha cura tudo bem, mas tratamento tem.

Em sua opinião, qual a contribuição da psicanálise, tanto para o entendimento como para o tratamento dessas crianças?

Eu acho que a psicanálise, diferente dos outros do campo “psi”, não recua diante da impossibilidade, pelo contrário, ela trata a impossibilidade, não tampona e isso faz com que, (diferente de algumas que querem eliminar os sintomas o qual acaba retornando sob outra forma) a psicanálise enfrente a questão, propondo inventar outras formas de diálogo com o Outro, com aquilo que a princípio é invasivo, avassalador, como o autismo, e vimos muitos resultados, muitos bons resultados. Pudemos constatar que o sujeito pode isolar-se menos, ter mais autonomia, a família conviver de uma maneira não tão emperrada no cotidiano e das coisas bem objetivas que o isolamento propicia... Além disso, podemos encarar o autismo não no nível da culpa, porque os pais são implicados, mas não é uma relação biunívoca de causa e efeito, e isso a psicanálise trata também escutando os pais. Finalmente, eu acredito que ela *[a psicanálise]* não é contra a medicação, mas precisamos fazer valer essa medicação, o tratamento do sujeito, pois muitas vezes, o medicamento só tampona. Então acredito nisso, que *[a psicanálise]* é bem diferente de uma terapia que quer tratar do possível que é o sintoma (que acha que é possível), mas que muitas vezes cai na impotência. A psicanálise sabe que é questão de estrutura, é de impossibilidade e não de impotência. É outra vertente, muito mais rica, embora tenha defeitos... Mas tem psiquiatra que fala que para o autismo o melhor tratamento é a psicanálise, muitos deles sabem. Claro que essas terapias ajudam no cotidiano *[a TCC, por exemplo]*, para amarrar o sapato, tomar banho, propiciar certa autonomia, mas eu aposto no sujeito, é algo mais a ser trabalhado, do que robotizar, apenas um sujeito no lugar de um objeto. Não sei se eu te respondi...

²³ Classificação Internacional de Doenças.

Hoje em dia, existem muitas teorias, tanto psicanalíticas quanto desenvolvimentistas e neurológicas sobre a etiologia do autismo. Como você encara essa questão? A que você atribui essa pluralidade de entendimentos?

Eu acho que a questão é humana, demasiadamente humana, é querer ter uma explicação causal que não é tão simples assim. O autismo nos coloca em questão o próprio surgimento do sujeito, que o corpo não é dado, que os orifícios não são dados, com aquilo que supostamente é mais natural, pelo menos no animal é pré-determinado pelo código genético, instintivo (alimentar, dormir, reabastecer sua energia, procriar), e com o humano não é tão simples assim. O motivo é o enigma, uma criança que se recusa a comer é um enigma... Então, acredito que é humano, demasiadamente humano... Não podemos ser prepotentes, temos que aprender com os autistas e não apenas taxar uma causa e efeito na relação, porque senão cai na culpa ou então você atribui a uma genética e não se vê implicado, o que é muito fácil. Acredito que tem que se implicar e tentar oferecer invenções possíveis de saída, eu penso muito mais na saída do que na causa, não que ela não ajude, mas eu acho que às vezes em busca da causa não conseguimos muita coisa. Então eu acho normal que se discuta, mas eu não gosto daquela linha que diz: “é isso!”, “tenho certeza como causa”, que é a neurociência, por exemplo, são os neurônios espelhos... Tal pensamento fixa e não propicia as invenções que são possíveis serem feitas para encontrar saídas ou pelo menos diálogos com eles. Nesse sentido, eu penso mais no futuro do que no passado, não que eu não estude o passado, mas eu acho que tem que viver o que é possível, do que é possível dentro do impossível. Como diria Lacan não temos que fixar o discurso do mestre; “é isso, é aquilo”. Eu não interrogo, não tenho a prepotência de dar a causa do autismo, mas eu desconfio daqueles que falam com tanta certeza.

A partir da década de 1990, verificamos um grande número de trabalhos institucionais, os quais têm como referencial a psicanálise para o tratamento das crianças autistas, tinha o NAICAP, que agora já mudou, o Lugar de Vida, o CPPL... Queria saber sua opinião sobre essas práticas.

Eu gosto muito da Maria Cristina Kupfer e do seu trabalho, considero-a uma psicanalista decidida, que sempre apostou nisso, além de ser envolvida com a questão da inclusão escolar, da terapia através da escola, é muito interessante, aprendi muito com ela, faz parte do meu grupo de trabalho na ANPEPP²⁴, gosto de todo o pessoal do Lugar de Vida, o qual funciona muito bem como uma referência em São Paulo. O pessoal de Recife, a Paulina²⁵ também, eu acho que são instituições muito bem sucedidas. Eu gostaria que existissem mais, que a rede se ampliasse. Atualmente tem os CAPSis²⁶, que estão criando uma rede. Eu acho isso muito importante que seja oferecido

Você acha que os CAPSi estão se orientando pela psicanálise também?

Sim, eu acho que sim...

²⁴ Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia.

²⁵ Paulina Schmidtbauer Rocha é uma das fundadoras do CPPL.

²⁶ Centro de Atenção Psicossocial Infância-Juvenil.

Tem a Cristina Ventura²⁷, Luciano Elia²⁸, Sonia Alberti²⁹, Paula Borsoi³⁰... Pelo menos aqui no Rio de Janeiro e em Minas Gerais, em Betim com certeza. Agora, como tudo que é público, sabemos que tem muitos problemas; às vezes começam, mudam, tem problemas de verba, gestão, mas isso é uma engrenagem circular, é uma questão de administração.

Você acha que tem inovações trazidas pelos autores brasileiros, no que refere às praticas psicanalíticas com crianças autistas?

Sim, eu aprendi muito com esse pessoal do RI3... com todos esses autores: Virgínio Baio, Di Ciacia³¹, Yves-Claude Stavy³², Maleval³³, eu aprendi muito, mas adaptamos muita coisa também. Então, eu acho que são muito criativos, só não acho que tem que virar padrão, só porque uma coisa deu certo precisa repetir automaticamente, eu acho que vale como experiência, sobretudo as experiências clínicas para refletir. Acredito que os autores brasileiros têm contribuído sim, eu tenho lido coisas muito interessantes.

Queria que você comentasse um pouco sobre as principais dificuldades advindas das práticas tanto clínicas, quanto institucionais com essas crianças.

Na dimensão pública penso que com os pais, porque são muito refratários, de abrir mão desse lugar de objeto do filho: temos que trabalhar muito os pais para terem confiança, transferência. E institucionalmente, eu acho que o fato de nem todos terem a mesma referência de trabalho; não é que dificulta, mas nos exige trabalho para parceria, uma fonoaudióloga que é de outra linha, enfim, nos exige trabalho. O que a Maria do Rosário Collier do Rêgo Barros faz muito bem lá no PINEL, - ela era a supervisora e conseguia ver os impasses na equipe -, exige uma profissional também muito desejante, em um lugar de *ex-timidade*, fora e dentro, porque isso é um papel também de estar fora para ver. Não é uma análise institucional para fazer uma unidade para todos, mas para ver as impossibilidades e criar a partir disso. É ver o “caso a caso” e pegar realmente o trabalho do caso, e isso é um trabalho que tem que ser feito... A supervisão é fundamental e a *ex-timidade*, alguém de fora vendo a instituição é muito importante. Isso eu sugeriria para todos da rede pública: põe alguém de fora que possa fazer supervisão, que possa ver a equipe, suas demandas e impasses. A grande dificuldade, eu acho que é essa, no caso da rede pública trabalhar com o desejo, porque tem muitas dificuldades adversas... Dentro da Universidade todo mundo sabe que tem muita política, tem os que não querem trabalhar, muitas pessoas que não querem se autorizar (ou não conseguem se autorizar) ao fazer análise, e tem muitas dificuldades. No nível privado, o mais difícil é você ter um lugar onde possa deixar a sua criança o dia inteiro, como por exemplo, no Lugar de Vida. Aqui no Rio de Janeiro tem escolas que não aceitam; a questão da inclusão escolar é uma grande dificuldade. Acredito que um dia teremos uma escola que

²⁷ Maria Cristina Ventura Couto é integrante do Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental, Instituto de Psiquiatria da UFRJ.

²⁸ Luciano da Fonseca Elia atualmente é professor titular da UERJ.

²⁹ Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da UERJ e atual Coordenadora Geral de seu Programa de Pós-graduação em Psicanálise.

³⁰ Membro da Escola Brasileira de Psicanálise (EBP) e da Associação Mundial de Psicanálise (AMP).

³¹ Referência a Antonio Di Ciacia.

³² Chefe do Serviço de Psiquiatria Infanto-Juvenil do Hospital Ville-Evrard e membro da Escola da Causa Freudiana.

³³ Referência a Jean-Claude Maleval, Professor de Psicologia Clínica da Universidade de Rennes 2

tenha diversos, vários, não especialistas, como no Courtil³⁴, onde a criança possa permanecer o dia inteiro. As mães têm muita dificuldade, até o Jardim ainda aceitam, agora depois... Eu tenho paciente no consultório que não tem para onde ir, as escolas não aceitam. Essa é uma grande dificuldade, imagino para os pais, paciente e também para nós que trabalhamos e não podemos ficar o dia inteiro com uma criança, por isso o Lugar de Vida é importante, o CPPL no Recife. Mas aqui no Rio de Janeiro eu acho que ainda não existe um lugar assim: existem escolas, mas funciona quase como um depósito. Esses seriam os impasses institucionais...

A parte clínica é como você trabalhar em um diálogo sem cair no seu delírio do sentido, isso requer o seu processo de análise, para poder suportar o Real e ser de alguma maneira, quase um “não-sujeito”, para conseguir ser orientado pelo próprio trabalho do autista, mas também ser sujeito: também ter que estar lá, como clínico, estar presente, isso exige muita formação. Eu diria que eu fiz um percurso e sou ainda analisante, ainda estou na posição não de analista, quer dizer, porque eu me autorizo. Você tem que suportar, você é uma presença quase ausente com o autista, são eles que nos guiam, não damos a direção, o autista é quem dá a direção. Não podemos nos precipitar, temos que deixar todos os *a priori* de lado com o autista, “o saber”, pois um caso que se resolveu com um, não adianta transpor para o outro, como em toda análise. Na verdade, com eles é mais radical e nos ensinam a ser radical, não é *a priori* alguma coisa [...] e você, às vezes com as suas fantasias delirantes neuróticas, enfia coisas que não é para enfiar ali e atrapalha [...] temos que saber escutá-los e acompanhá-los, é uma formação.

A última, era se tem algum assunto que você deseja falar, que eu não abordei...

Eu queria entender um pouco melhor sobre sua pesquisa... Se você tem alguma hipótese...

A hipótese é de que as práticas psicanalíticas com crianças autistas no Brasil vêm aumentando e a pesquisa se propõe a averiguar onde elas se situam, quais suas características e suas evoluções (ou não) ao longo dos anos...

Eu acho que deve ter... A psicanálise infantil veio da Reforma e a psiquiatria infantil já é atravessada pela psicanálise e a psicanálise está cada vez mais afiada com o Real, aí o autismo ser a Clínica do Real... Tem o pessoal do CARIM³⁵ no IPUB da UFRJ também que trabalha com crianças autistas e psicóticas, que eu não sei se você conhece e também tem o de Minas Gerais, eu poderia procurar a Andrea Guerra³⁶, que trabalha com criança e agora com adolescente infrator e com psicose. Se você quiser mais indicações, tem bastante bibliografia, o Brasil está crescendo em termos clínicos.

2- Entrevista realizada com Angélica Bastos

Primeiramente gostaria que descrevesse sua trajetória profissional.

³⁴ Instituição que acolhe crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves na Bélgica.

³⁵ Centro de Atenção e Reabilitação da Infância e Mocidade.

³⁶ Psicóloga e professora da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Tenho graduação e mestrado em Psicologia, na área de Psicologia Cognitiva – epistemologia genética – então meu interesse pela infância não vem, ou pelo menos não vem exclusivamente do trabalho analítico, é muito mais ativo antigo do ponto de vista da pesquisa. Depois eu fiz um Doutorado em Psicologia Clínica na PUC - São Paulo, sendo que uma parte desse doutorado eu fiz na França, durante um ano e meio trabalhando em um hospital psiquiátrico, com psicóticos. Então, foi o interesse na psicose e o trabalho com psicóticos que me levaram aos autistas. Eu não considero que eu seja uma especialista em autismo: minha clínica, as minhas atividades de estágio, de supervisora e de pesquisa são aqui na divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ. Eu trabalho nessa divisão, dando estágios e supervisionando desde 1997, embora seja uma clínica que inclui o tratamento com crianças, não é uma clínica voltada exclusivamente para os casos de psicose e de autismo. Então, não me considero especialista e nunca pretendi ser. No entanto, acho que o autismo ensina muito ao psicanalista, assim como a psicose, mas de uma forma mais radical, sobre o peso da palavra, a capacidade que a palavra tem de cortar, de marcar [...] acho que aprendi muitas coisas com os autistas. Durante muitos anos trabalhei intensamente com pessoas do NAICAP³⁷, orientei alguns profissionais de lá, psicólogos que vieram fazer o mestrado aqui, pois nós tínhamos um acordo de pesquisa que ainda existe, mas hoje em dia as minhas atividades de pesquisas já não são tão canalizadas para esse convênio no qual, durante alguns anos, trabalhei muito intensamente. Até mesmo aqui na DPA [*Divisão de Psicologia Aplicada*] chegamos a atender crianças que o NAICAP não podia absorver, o que me levou a dar supervisão aqui, porém chegamos à conclusão que o tratamento neste local não era propício porque a instituição não era adequada. Dessa forma, trabalhei com alguns mestrandos o tratamento do autismo na instituição, pois acredito nessa forma de tratamento, valorizo essa forma de tratamento, que não quer dizer que o mesmo sendo realizado por um psicanalista em um consultório não possa ser uma abertura e não possa ser muito produtivo, claro que pode, mas eu, hoje em dia, não me proponho a atender aqui, pelo menos na Universidade, uma vez que a Divisão de Psicologia Aplicada não tem condições para o tratamento das crianças autistas. Acho o que foi feito no NAICAP e o que vem sendo feito (porque o NAICAP não existe mais) pelos profissionais remanescentes lá no PINEL³⁸, é a linha mais propícia de tratamento.

Faz tempo que o NAICAP não existe mais?

Faz, faz alguns anos, e você vai ouvir falar bastante sobre isso, a Kátia³⁹ pode te falar, porque ela é a fundadora. Eu nunca trabalhei no PINEL, não sou psicóloga de lá, quer dizer, sou psicóloga de formação, mas a minha inserção institucional sempre foi na Universidade, eu estou aqui há muitos anos, então ela vai poder falar mais sobre isso.

A segunda pergunta era mais ou menos sobre o que você já falou, se trabalha em alguma instituição destinada ao tratamento de crianças autistas...

Não, era só um convênio de pesquisa, eu ainda trabalho com pessoas de lá, acho que foi muito frutífero. Eu pude desenvolver, compreender em termos de limitação, em termos também de valor, de eficácia do tratamento do autismo em instituição, isso eu devo ao

³⁷ O Núcleo de Atenção Intensiva a Criança Autista e Psicótica, localizado no Rio de Janeiro, tinha uma orientação psicanalítica.

³⁸ O Instituto Philippe Pinel, localizado no Rio de Janeiro, é responsável pela realização integrada de assistência, ensino especializado e pesquisa na área de saúde mental.

³⁹ Kátia Álvares de Carvalho Monteiro.

NAICAP, aos profissionais de lá com quem trabalhei, acho que eles que trouxeram experiência.

Hoje em dia você tem alguma prática com crianças autistas, especificamente...?

Tenho, mas assim, terminando, já encaminhando para... Hoje em dia estou mais preocupada com a formação do psicanalista, acredito muito no tratamento institucional, é uma pena que a gente não disponha de serviços que possam levar adiante o que o NAICAP fez aqui no Rio de Janeiro.

No que se refere ao tratamento dessas crianças, (autistas, psicóticas), você utiliza alguma técnica em específico?

Sempre trabalhei como psicanalista, não conheço outra orientação, embora eu tenha estudado psicologia, a psicologia cognitiva, epistemologia genética, a psicologia do desenvolvimento, a psicolinguística, na clínica eu nunca, nunca trabalhei, nunca operei senão a partir da psicanálise.

Seu o referencial teórico, pelo que eu li, é Lacaniano, isso mesmo?

Sim, é.

Eu queria saber se você notou alguma mudança em relação à forma como o autismo tem sido compreendido ao longo desses anos...

As explicações biologizantes são muitas, elas repercutem muito e tendem a se expandir de uma maneira impressionante. Então a gente ouve e lê muito sobre isso, sobretudo a mídia, na televisão. Eu nunca aprofundi o debate sobre a etiologia, porque para o psicanalista, não acredito que vá levar muito longe, acho que muito mais importante é como dirigir o tratamento, como pode ser o ato do psicanalista com o autista. A discussão etiológica gera muitos mal entendidos e muitos preconceitos. Então, trabalho com muitas pessoas que atendem autistas, com pessoas em supervisão ao longo desses anos que trabalhei, as quais se queixam muito dos médicos em geral, às vezes de tentativas de medicação, de certa preferência, assim, para os tratamentos Cognitivo-Comportamentais. A minha experiência não foi essa, muito pelo contrário, estive, inclusive, com pais de crianças autistas que escolheram a psicanálise ou de crianças psicóticas que escolheram a psicanálise, que acham que o tratamento tem que ser assim, por já terem tentado algo na linha da Reabilitação Cognitiva Comportamental e que acharam que não era o melhor. De modo geral, eu sempre digo que se a pessoa acha que a criança pode se beneficiar do tratamento, que ela o faça, eu não coloco: – “se quiser ser tratado comigo só virá aqui”. Já me aconteceu de, às vezes, o psiquiatra indicar e a pessoa vai um tempo fazer alguma coisa, mas, enfim, eu vejo que existe sim uma repercussão muito grande dessas explicações científicas e biologizantes; – há uma certa intolerância a outras, e a gente não saber muito bem de onde vem. *[a etiologia do autismo]*.

Em sua opinião, qual a contribuição da psicanálise no tratamento e entendimento de crianças autistas?

A ideia de tratar o autista como sujeito, apostar que há uma subjetividade e também a ideia de que ele está imerso em uma linguagem: ele pode não falar, mas isso não significa que ele não compreenda e que não seja atingido pelas nossas palavras.

Você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial do autismo com os outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, como por exemplo, com a psicose?

Eu acho que depende, entre autismo e psicose eu não acho tão importante decidir, às vezes, há certa dificuldade em decidir, há controvérsias. Mesmo na literatura há controvérsias, por isso não acho o mais importante, acredito que o curso do tratamento indica para o clínico se é uma psicose que está se configurando ou se trata mesmo de um autismo, mesmo em casos mais difíceis de classificar e de discernir, mas de todo o modo a relação entre a psicose e o autismo não é simples, não é de inclusão total e também não é de uma diferença muita grande, de uma distância muito grande.

Hoje em dia existem muitas teorias, tanto da psicanálise, do desenvolvimento cognitivo, tentando explicar a etiologia do autismo. Queria saber como que você encara essa questão, a que se deve essa pluralidade de entendimento em relação a isto?

Eu acho que faz parte da nossa época, do discurso da ciência, do lugar da psicanálise em relação ao discurso da ciência. Em relação às definições nós encontramos mais ou menos a mesma coisa, em relação ao dito de “Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade” [TDAH] a gente também encontra, com linhas de tratamento e compreensão assim muito diferentes. Acho que faz parte do campo “psi”, faz parte do discurso da ciência na nossa época e faz parte da psicanálise.

Em relação aos trabalhos institucionais que têm como orientação a psicanálise, verificamos, a partir da década de 1990, um aumento de práticas, como por exemplo, o NAICAP, o CPPL do Recife e o Lugar de Vida de São Paulo. Gostaria de saber a sua opinião sobre essas práticas.

Eu acho muito interessante a experiência, pois mostra que o tratamento do autismo tem que ser inventado dentro do estilo e da formação das pessoas, que não é possível trabalhar com protocolos fixos, uma vez que depende muito da criança, do clínico e da equipe. Eu conheço o *Lugar de Vida*, já o visitei e conheço as publicações e as pessoas que clinicam e clinicaram lá, sendo, portanto, muito importante para minha linha de pesquisa esse contato com a produção do referido grupo. Com o grupo de Recife eu não tive um contato estreito, não por falta de interesse, mas porque a vida na Universidade exige que a gente se interesse por coisas assim, muito... Eu não tenho orientandos que trabalham só com psicose e autismo, eu já trabalhei muito com anorexia e uma série de outros assuntos, também orientei outras linhas de pesquisa, não só na teoria da clínica do autismo, como na clínica da própria neurose, o que me permitiu conhecer profundamente outras instituições, mas tem gente aqui que conhece que vai poder falar melhor sobre isso com você.

No que se refere à prática psicanalítica das crianças autistas no Brasil, você acha que existem inovações trazidas pelos autores brasileiros, especificamente?

Acho que deve haver, mas eu não me aventuraria a responder, porque eu acho que seria preciso conhecer melhor as outras. Acredito que a gente pode se tomar por muito criativo em pontos que talvez não tenhamos sido tão criativos assim e acabar por não saber reconhecer também muitas invenções que eu acho que pelo menos no NAICAP existiram. Mas eu não acho que a invenção seja tanto no nível da prática, eu acho que a invenção está no nível do caso, é singular.

Queria saber das principais dificuldades envolvidas com as práticas psicanalíticas com as crianças autistas.

Na instituição?

No seu entendimento, tanto na parte clínica, quanto no trabalho institucional, adquiridos pela sua experiência com as crianças autistas.

Uma dificuldade que eu vivi e as pessoas do NAICAP também viveram é que, uma vez que o autista deixa de ser uma *criança* autista, já que é uma síndrome diagnosticada na infância, uma vez que ela deixa de ser uma criança autista é muito difícil encontrar um lugar para ela na rede social de um modo geral, não só na rede de saúde. Durante a adolescência, pelo menos aqui no NAICAP, eles ainda iam ficando um pouco, mas depois é muito difícil encontrar no Outro social um lugar para essas pessoas, que, no entanto, têm lá a juventude delas, a maneira delas de se relacionar ou não. Enfim, elas estão aí e é muito difícil encontrar um lugar para elas, um lugar de tratamento, um lugar de referência.

A última, é se tem algum assunto que eu não falei e que você acha importante para pesquisa, que você queira falar e que eu não abordei aqui.

O que eu tenho a dizer é sobre a “prática entre vários”, que ela não foi inventada aqui, então ela vem de uma instituição...

Foi inventada onde?

Na Europa, tem várias instituições que usam, então a *Antenne 110*, a *Antenne 112* em Veneza (você vai encontrar pessoas que te podem falar sobre isso). Mas o interessante é que você pode inventar a prática em outro lugar, mas você tem sempre que reinventar na instituição, e eu acho que isso foi feito no NAICAP e depois no NIJI, pois o NAICAP ele simplesmente não se extinguiu, ele virou um outro Núcleo de Serviço, Infância-Juvenil, e eu acho que agora já tem até um outro nome, mas o que eu acho interessante é isso, como ela precisa ser reinventada em cada instituição, cada uma tem a sua realidade, a sua equipe e a sua maneira de funcionar que não pode ser simplesmente dado por nenhuma técnica ou modelo institucional. Isso sempre precisa ser criado, regulado e revisto em cada lugar. Do ponto de vista institucional, esse é o aspecto mais importante, ou seja, que mesmo que não tenham sido os brasileiros a inventar uma certa maneira de funcionar, aqui foi preciso inventar para instituir, para implantar o que quer que seja. Então, isso relativiza muito a ideia de invenção. Do ponto de vista da clínica, a invenção não é de quem teve a ideia, a invenção é de quem a coloca em prática, de quem exerce, de quem assume o ônus, o risco e o ato de instaurar.

Você quer dizer mais alguma coisa?

Não, muito obrigada.

3- Entrevista com Conceição Aparecida Serralha de Araújo

Primeiramente eu gostaria que você falasse da sua trajetória profissional...

Bom, quando eu estava na Universidade fazendo a graduação, eu participei de um projeto que fazia atendimento a crianças autistas e psicóticas e nesse trabalho que eu iniciei na graduação, atendi duas crianças: uma autista e outra psicótica. Os atendimentos com elas aconteciam tanto individualmente como em um grupo de musicoterapia, (que eu chamava de musicoterapia), e a partir disso o nosso supervisor do projeto passou o atendimento dessas crianças para a Prefeitura. Então, quem ficou encarregado por esse projeto foi a Secretária Municipal de Saúde, especificamente dentro do NAPS_i, que era o Núcleo de Atendimento Psicossocial Infantil, que depois foi renomeado de CAPS_i.⁴⁰

Esse projeto era em Minas Gerais mesmo?

Sim, em Uberlândia – Minas Gerais. O projeto começou na Universidade Federal de Uberlândia e depois passou para Prefeitura Municipal que encampou o projeto. Dentro do então NAPS_i, participaram desse projeto mais dois colegas que foram para esse grupo para atender essas crianças junto com alguns psicólogos que já estavam dentro da Prefeitura Municipal e dentro da Secretaria. E foi quando nós começamos a receber os encaminhamentos dessas crianças mais graves (crianças autistas, psicóticas e neuróticas graves) que vinham para receber atendimento. Nesse momento, nós tínhamos um projeto terapêutico para essas crianças, onde trabalhávamos individualmente, com a família e realizávamos algumas oficinas. Eu fiquei nesse projeto durante uns quatro anos e depois eu saí, fiquei um ano e meio afastada e depois voltei e fiquei mais um ano e meio dentro desse projeto. Posteriormente, precisei sair novamente, porque eu entrei no doutorado e estava me consumindo muito o tempo, e não tinha como ficar. Bom, então, a minha experiência foi essa, depois eu fiz o doutorado, passei a dar aulas na Universidade e comecei a supervisionar, tanto no CAPS_i, como também os psicólogos que desenvolviam trabalho com crianças mais graves.

Você realiza atividade de docência junto à Universidade?

Agora sim, na Universidade Federal do Triângulo Mineiro, que tem sede em Uberaba.

A outra pergunta é se você trabalha em alguma instituição específica para crianças autistas... Se não, como que se dá a sua prática profissional.

Agora não, só estou dentro da Universidade. Minha experiência foi essa que eu te falei, tanto no NAPS_i que depois que passou a ser o CAPS_i. E também no ano de 2009 onde

⁴⁰ O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil é um serviço do Sistema Único de Saúde, criado em 20 de dezembro de 2005. A população atendida é de crianças e adolescentes com idades de zero a 18 anos incompletos com transtornos mentais severos e persistentes, como por exemplo: autismo, psicoses e neuroses graves.

supervisionei o CAPSi de Uberlândia. Eu também já trabalhei na AACD⁴¹ de Uberlândia, onde tinha algumas crianças mais comprometidas, as quais acabávamos atendendo: embora tivessem uma questão física, também existiam as questões emocionais envolvidas.

Em relação ao tratamento dessas crianças com graves distúrbios, como por exemplo, as autistas e psicóticas, você utiliza alguma técnica em específico?

Bom, não são técnicas cognitivo-comportamentais. Sempre trabalhei com o enfoque dinâmico, tendo em vista os familiares dessas crianças. Meu trabalho não se dá só com a criança em específico: sempre procuro trabalhar com um grupo de mães onde podemos ouvir as questões que elas apresentam, até pela minha compreensão de todo o processo; que principalmente entende o autismo não só com um enfoque psicológico, só de relações. Eu entendo que tem um componente neurológico e orgânico envolvido, genético às vezes, contudo, entendo que isso é muito dificultado pela forma como se estabelece a relação dessa criança com essa mãe, ou seja, como essa mãe está no momento em que essa criança chega, a dificuldade que tem a mãe ou o cuidador principal de se identificar com as necessidades daquela criança que vem com uma dificuldade. Quando você recebe uma criança com Síndrome de Down, você vai precisar receber essa criança entendendo as dificuldades dela e procurando ajudá-la nessas dificuldades, pois se o ambiente não consegue adequar os cuidados, essa criança vai apresentar mais defesas, vai se defender dessa falta de identificação com as necessidades dela e é quando eu penso que o quadro se agrava... Então eu sempre tinha um trabalho importante com as famílias...

Você utiliza algum referencial teórico?

Psicanalítico e Winnicottiano.

Quer comentar um pouco sobre ele?

O que eu quero falar é que eu entendo que, muitas vezes, existe essa dificuldade inicial da mãe... O que quero dizer é que eu percebia uma dificuldade muito grande nas mães dessas crianças e muitas vezes eu me perguntava se essas mães são assim por causa da condição da criança ou a condição da criança se agravou por causa dessa condição da mãe, então era toda uma investigação que eu fazia a respeito da vida dessa mãe também. A partir da história da mãe, eu observava que muitas dificuldades da mesma já estavam presentes antes do nascimento da criança, ou seja, não era porque a criança era daquela forma que a mãe estava desse jeito, uma vez que toda aquela dificuldade da mãe já era anterior ao nascimento do filho. Por considerar esse aspecto, eu percebo que o quadro da criança se agrava quando ela encontra um ambiente que já tem uma série de dificuldades no atendimento, na compreensão de mundo, na própria forma de agir, (uma rigidez, inflexibilidade e uma necessidade de controle muito grande) e com a forma de lidar com alguns problemas que acontecem.

Você notou alguma mudança em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos?

⁴¹ A Associação de Assistência à Criança Deficiente é uma entidade privada, que trabalha há 60 anos com pessoas com deficiência física.

Sim... Ao mesmo tempo em que se esclareceu muita coisa: das dificuldades que já são da criança, da sua constituição neurológica, biológica, também está se perdendo o olhar para as questões do relacionamento e isso é um prejuízo muito grande. Dessa forma, você ganha esse entendimento *[das causas biológicas]*, mas por outro lado você perde esse olhar, porque a partir do momento que a etiologia começa a ser constatada como tendo aquela origem biológica, perde-se tudo aquilo *[o olhar para as relações]* que de repente começa a agravar a situação da criança... Porque o fato de ter uma questão biológica e neurológica envolvida não pode tamponar ou se sobrepor à questão relacional que é muito importante e que muitas vezes intensifica e agrava os quadros das crianças.

Em sua opinião, qual a contribuição que a psicanálise pode trazer no entendimento e tratamento dessas crianças?

Eu comecei na psicanálise, mas não na psicanálise winnicottiana, pois eu estudei Freud, Melaine Klein, Bion e estudei um pouquinho de Lacan. Quando eu trabalhava com essas crianças, eu via que se eu não pudesse compreender o seu ambiente e tudo que estava relacionado e mesmo trabalhar nesse ambiente; porque não é compreender a influência que o ambiente tem sobre aquela questão, é trabalhar com ele. Muitas vezes se eu ficava em um referencial kleiniano eu tinha que trabalhar só a criança, eu não podia ter muito contato com os pais, e não tem jeito, se você não for lá trabalhar com a criança e seus familiares *[pai e mãe, por exemplo]* se não trabalhar essa relação você não vai conseguir muita coisa, ainda mais hoje em dia... Nós temos que lidar com as questões reais, a dificuldade de vir, de se fazer um tratamento várias vezes por semana... Se você for colocar isso na forma como a psicanálise tradicional pede o trabalho com a criança fica muito complicado, mesmo que a criança frequente um CAPSi todos os dias da semana, a própria forma como está estabelecido o trabalho nesta instituição, onde você tem que atender várias crianças, você não tem condições de dar essa atenção particularizada para essa criança, você próprio, você como um psicólogo, porque ela vai passar por toda uma equipe.

A criança precisa de um trabalho de equipe, mas você também precisa estar ajudando a família a compreender a ansiedade da criança: o que a faz entrar em um processo, às vezes, de agressividade, ou em uma dificuldade de atendimento de algumas coisas, ou em um isolamento... Você precisa ajudar a família a compreender isso, para o momento em que ela estiver em casa, saberem lidar com isso, e muitas vezes o trabalho psicanalítico tradicional não permitia isso. O Winnicott já mostra essa possibilidade para nós... Ele mostra como o ambiente pode ser terapêutico, como se pode fazer um trabalho nesse ambiente também (tanto o profissional, quanto a família) e isso ajuda muito o profissional que está trabalhando com uma criança com um adoecimento mais grave, porque a família pode dar continuidade àquilo que estamos fazendo com o caso. Mas para isso, a família precisa compreender a situação e entender como aquela criança sofre e como fica ansiosa, porque o coraçãozinho dela dispara quando ela chega a um lugar estranho, porque ela começa a se bater, a ter certos comportamentos estereotipados, e porque fica agressiva em um determinado momento. Porque se a família começa a entender isso, ela vai saber trabalhar essas questões também, o que eu acho fundamental. É por isso que eu acredito que a psicanálise, especificamente a linha winnicottiana, permite uma abertura muito grande, porque sai daquela questão tradicional da criança ir ao atendimento cinco vezes por semana só com o terapeuta, o qual não fala nada para o pai e a mãe... Acho que permitiu que a gente pudesse modificar essa forma de atendimento e ampliar a clínica.

Gostaria de saber se você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial entre os Transtornos Globais do Desenvolvimento, haja vista, ser uma questão muito confusa, principalmente na diferenciação entre autismo e psicose... Gostaria de saber se para você é importante essa diferenciação...

Olha, para mim, o mais importante é a identificação das necessidades daquela criança em particular e saber agir de acordo. Penso que enquanto você fica preocupado em diagnosticar e em diferenciar, você perde um pouco isso que é essencial... Mesmo dentro de um quadro de autismo nós temos diferenças de uma criança para outra, então eu tenho que estar aberta para identificar a necessidade daquela criança, a forma como aquela família está funcionando e é isso que vai interessar, é a isso que nós temos que nos dedicar para tentar ajudar.

Existem muitas teorias, tanto psicanalíticas quanto desenvolvimentistas e neurológicas sobre a etiologia do autismo. Queria saber como você encara essa questão... A que se deve essa pluralidade de entendimentos...

Primeiramente, pela dificuldade, vamos dizer assim, pela complexidade dos quadros e pelas dificuldades de se chegar a um entendimento assim pronto: “é isso, é exato”. As pessoas ficam tentando encontrar alguma coisa que vai dar essa resposta tão exata como elas querem. Então, eu penso que se dê por essa dificuldade de lidar com o não saber, com o quê não vem pronto, e que, portanto, não se assina embaixo... É o que faz com que surja tanta teoria. É, e muitas vezes, tem teorias que trazem a ilusão de um saber, se você coloca: “Pronto, eu sei: é isso!”, ou “Pronto, a coisa está fechada e o que eu tenho que fazer é te falar como você deve agir”, te dou uma receita você vai lá, faz o que está determinado, a criança se enquadra e fica tudo resolvido. Quando eu venho com uma questão pedagógica: “eu treino, treino, treino a criança, ela vai aprender aquilo ali e vai ficar mais boazinha”, ela enquadra-se socialmente e não tenho que fazer mais nada. Então eu acho que, principalmente, vem muito da angústia que o ser humano tem diante daquilo que é complexo e que não vai trazer uma resposta pronta e exata para todos os casos.

A partir da década de 1990 verificamos um aumento de trabalhos institucionais, como por exemplo, o NAICAP, o CPPL o Lugar De Vida de orientação psicanalítica voltados ao tratamento e/ou escolarização de crianças autistas no Brasil. Qual sua opinião sobre tais práticas?

Bom, eu acho que são trabalhos importantes, o que eu tenho mais proximidade é com o Lugar de Vida... Eu penso que são experiências importantes, especialmente porque eu sinto que há uma preocupação com o ser dessa criança, e eu acho que isso é fundamental: poder se aproximar disso, não achar que a criança tem que ser enquadrada, não achar que o importante é que ela se ajuste a tudo que a gente acha que ela deve se ajustar. Penso que o mais importante é possibilitar essa compreensão, ajudar as famílias com as suas angústias as quais, muitas vezes, fazem com que busquem esses trabalhos que vão de algum modo formatar suas crianças, ou medicá-las de uma forma que elas fiquem boazinhas e ajustadas. Dessa forma, eu acho importante esses locais que tentam trazer essa possibilidade da criança ser ela de alguma forma,... Locais que permitam diminuir um pouco a necessidade da criança se defender e de ajudar essas famílias a compreenderem que ali tem um ser que sofre, assusta e se incomoda, mas que pode encontrar um modo de ser, desde que eles possam estar um pouco mais

tranquilos em relação a isso. Eu acho fundamental ter esses lugares onde possam procurar uma ajuda nesse sentido.

No que se refere à prática psicanalítica com as crianças autistas no Brasil, você acha que tem inovações trazidas pelos autores brasileiros?

Eu acho que tem uma inovação quando eles começam a abrir mais para o atendimento da família,... Nesse sentido, existe uma abertura maior... Mas, em termos de CAPSi, eu acho uma dificuldade quando são admitidas pessoas de várias linhas psicanalíticas, penso que gera um problema... Porque se você tem profissionais lacanianos é muito difícil que eles consigam comungar de um pensamento que não seja laciano – e são visões completamente diferentes. É um prejuízo... Porque existe uma forma, uma compreensão diferente de uma compreensão kleniana, de uma compreensão winnicottiana, por exemplo, o que muitas vezes repercute em dificuldades na forma de lidar com a criança e com a família que pode se chocar. Eu vou te dar um exemplo: às vezes eu encontro grupos, que eu não sei se a formação não está adequada, pois alguns profissionais desejam separar essa criança dos pais, porque acham que tem que fazer um corte, que precisa haver essa separação e forçam para que isso ocorra... Eu já vi situações onde, como não conseguem essa separação forçada, o resultado são os prejuízos para a criança no sentido físico mesmo, porque a mãe quase mata a criança, pois como ela não consegue fazer essa separação que deveria vir de dentro, e a fazem, quando ela se aproxima da criança é quase como se ela falasse: “eu mato meu filho, mas vocês não me tiram”, então eu já vi situações assim. Eu não sei se por inadequação, por falta de compreensão da teoria laciana ou por uma própria tentativa de fazer valer o modo de ver perante o outro modo de ver, não sei se é uma questão de brigas entre equipes...

Eu penso que um CAPSi para funcionar, todo mundo deveria ter uma compreensão e agir conforme ela, porque se você vem com mais de uma forma de entender fica difícil: fica difícil da família compreender, da criança, da equipe... Porque quando nós estávamos no CAPSi tínhamos vários profissionais trabalhando; auxiliares, uma equipe que trabalha, por exemplo, com pessoas dos serviços gerais, do administrativo... Penso que no CAPSi, para ele funcionar todo mundo tem que ter uma compreensão, não é só o psicólogo: é o fisioterapeuta, o psiquiatra, o auxiliar administrativo, o auxiliar de enfermagem, todos eles precisam ter uma compreensão desse processo patológico e se essa compreensão vem de paradigmas diferentes fica difícil, pois as pessoas se perdem, não sabem o que fazer e como atuar. Às vezes, a gente vê uma desorganização na equipe que não ajuda em nada o trabalho junto a essas crianças. Eu acho que existem contribuições importantes de todas as linhas, não estou dizendo que só uma linha saiba trabalhar, mas acho que é como em uma família – as pessoas têm que estar minimamente compreendendo as coisas de uma determinada maneira para não gerar confusão e poder obter algum tipo de resultado. Quando começa essa briga entre equipe, cada qual querendo fazer valer sua teoria e se esquecem de que o principal é aquela criança que está precisando ser compreendida, de uma família que está precisando ser ajudada, o resultado é esse tipo de dificuldade.

A outra pergunta é mais ou menos sobre o que você está falando... Sobre as principais dificuldades envolvidas com a prática psicanalítica com as crianças autistas...

Principalmente tem uma questão assim: fica difícil, muitas vezes, pensar qual o limite que se pode ter no sentido de ajudar aquela criança a poder se expressar, expressar o seu ser e aquilo que, de alguma forma, nós precisamos ajudar em termos de socialização. Eu acho que

muitas vezes a gente precisa contar com uma equipe para que seja possível abranger tudo isso que seja necessário... Em termos, vamos dizer assim, winnicottianos, quando eu entendo que uma criança precisa ser atendida na sua necessidade, que precisa confiar, (acho que esse aspecto é o mais importante quando se trata de uma criança autista – confiar no outro, poder ser tranquila para não ter tanto que se defender), é fundamental eu estar presente, não faltar e ela poder ser recebida quando ela precisar... Outra coisa que eu vejo é que na minha compreensão psicanalítica, uma criança com uma dificuldade e sua mãe, não pode ser tratada como uma neurose onde eu vou estabelecer: “Venha nas quintas-feiras às 14h”. Já observei uma mãe que apresentava quadros com núcleos psicóticos importantes, onde tinha um atendimento marcado para a terça-feira às 14h e ela chega na segunda-feira e o profissional diz: “Não, volta no dia do atendimento, não é hoje”. Quando eu parto deste tipo de compreensão, penso que não está atendendo àquela necessidade... Eu entendo que se ela precisou de mim naquela segunda-feira, é neste dia que eu vou atender e ver o que está acontecendo, dar essa sustentação que ela precisa e a partir disso – dessa confiabilidade e sustentabilidade –, que ela vai poder confiar e ter uma base para poder experimentar outras coisas e conseguir se organizar mais tarde. Eu vou poder conseguir isso *[essa organização]* com ela, mas eu preciso estar em um momento onde ela possa depender de mim para se organizar, para encontrar-se, para que depois possa vir sem depender de mim, mas pode levar um tempo... Mas é no tempo dela, não é no meu tempo, nem naquele que a prefeitura exige... Assim, tem toda uma questão que merece ser observada a partir da necessidade da criança e da sua mãe, porque eu não posso achar que estou tratando uma criança independente de todo um outro funcionamento (mãe, pai, ...). Eles podem precisar e eu vou ter que atender essa necessidade – se essa mãe está me manipulando ou não eu vou ter que observar esse aspecto com o tempo e ver como eu posso trabalhar com isso. Mas dificilmente nesses funcionamentos mais psicóticos eu posso atuar deste modo, com eu atuaria em um funcionamento de uma pessoa neurótica, por exemplo.

Imagino que dentro da instituição CAPSi deva ser difícil colocar essas questões...

Sim, mas como estou te falando, todo o grupo teria que ter esse tipo de compreensão... Essa é uma dificuldade dentro da instituição, pois você fica preso em um esquema que tem que ser seguido e a necessidade da criança e da sua família fica em segundo plano, sem ser atendido... Dessa forma, eu acabo por estabelecer um padrão de repetição de formas de atuação onde não há uma retomada ou uma possibilidade de uma reformulação de uma forma de funcionar... Assim, eu vou fazer com que essa pessoa continue acionando as mesmas defesas, continue tendo a mesma forma de funcionar – porque ela acha que será recebida sempre da mesma maneira também. Então, não conseguiremos uma modificação de fato, podemos muito mais fazer com que se mantenha um modo de funcionar, pois, muitas vezes, só irá continuar dependente de um tipo de assistência, a qual não será modificada, será *ad eternum*. É mais ou menos isso.

A última questão é se teria algum assunto que você julgue importante para se entender as práticas psicanalíticas com crianças autistas que eu não abordei e que queria comentar...

Bom, é difícil eu falar isso porque eu tenho uma visão que eu gostaria que todos pudessem compreender, em relação a esse adoecimento... Não que todos precisassem agir da mesma forma – eu acho isso difícil – mas eu gostaria muito de poder atuar em um lugar onde

todos pudessem ter a compreensão, por exemplo, da formação do psiquismo, de uma dinâmica psíquica (Winnicott não gosta de falar nesses termos, mas sim de um ambiente que possa facilitar um amadurecimento. Quando uma criança nasce com uma determinada problemática é preciso pensar: como eu posso facilitar? Que ambiente precisamos oferecer a essa criança para que ela possa, mesmo dentro de todos os prejuízos com os quais ela veio e que não terá muito como alterar, desenvolver-se? Essa criança tem potencial e muitos aspectos podem ser melhorados).

Então, se eu tenho essa compreensão eu gostaria que as pessoas pudessem participar de um grupo onde todos pudessem ter o mesmo pensamento, desde o auxiliar administrativo, do guarda que atende a porta, talvez assim pudéssemos conseguir muita coisa. O que a gente vê muito nas práticas que são instituídas dentro de algumas instituições é que esbarra principalmente com políticas de instituições públicas onde as pessoas entram via concurso, sem ter um preparo e uma compreensão, pessoas que são transferidas para aquele lugar, sem que, muitas vezes, elas queiram, que são obrigadas a atuar com um público que não têm uma disponibilidade para atuar, até por questões próprias, internas, então fica muito difícil.

Penso que a psicanálise tem lugar para tudo isso, que ela é importante, pois humaniza... Quando falamos em processo de humanização de hospitais, a psicanálise faz um trabalho importantíssimo, porque busca algo que vem de uma disponibilidade interna e não algo feito somente para se tornar o “Hospital Amigo da Criança” – isso não é humanização. Acredito que ela [a psicanálise] tem a sua importância, tem o seu lugar e precisamos continuar brigando por isso, para ter esse espaço que está cada vez mais difícil. Mas o principal é acreditarmos nisso, continuar lutando, pois ela tem o seu lugar e a sua importância. A psicanálise faz um trabalho que os outros não fazem, independente da linha, se lacaniana, kleiniana, bioniana... Todos têm a sua importância e estão se desenvolvendo no sentido de sair propriamente do trabalho realizado estritamente em consultório para um trabalho que possa ser feito em instituições e na Atenção Primária⁴², por exemplo. O principal é a compreensão que temos, pois o trabalho que você vai desenvolver tem uma outra característica... Penso que o principal é a compreensão, o saber psicanalítico; as técnicas vão sendo modificadas, adaptadas, mas se você compreende, ou seja, tem a compreensão do ser, do modo de ser, de como se constitui esse modo de ser, é diferente dos outros, eu acho que isso que é fundamental. Não sei se te ajudei...

4- Entrevista com Katia Alvares de Carvalho Monteiro

Primeiramente, gostaria que você comentasse um pouco sobre sua prática profissional...

Eu me formei em psicologia em dezembro de 1983 e em agosto de 1984 fui trabalhar no Centro Psiquiátrico Pedro II aqui no Rio de Janeiro no Engenho de Dentro⁴³. Já trabalhava como estagiária de psicologia nesta instituição desde 1981. Assim, logo depois de me graduar em psicologia, fui contratada. Desde meu ingresso na universidade meus estudos foram orientados pela leitura da psicanálise com interesse pelo campo da psicose.

Trabalhei até final de 1986 nessa instituição, quando em dezembro deste ano fui transferida para o Hospital Pinel⁴⁴. Até 1986 trabalhei com adultos psicóticos, embora já

⁴² A Atenção Primária, também chamada de Atenção Básica à Saúde compreende um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, englobando: promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Constitui o primeiro nível da atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

⁴³ O Centro Psiquiátrico Pedro II é atualmente denominado Instituto Municipal Nise da Silveira.

⁴⁴ Instituto Municipal Phillipe Pinel.

tivesse trabalhado com crianças e adolescentes no consultório e em outras instituições. Também realizei como estagiária em 1983, um trabalho de acompanhamento terapêutico na Colônia Juliano Moreira⁴⁵. Quando cheguei em 1986 no Pinel existia uma vaga e uma necessidade que fosse uma psicóloga para o serviço infanto-juvenil. Meu interesse era ser lotada no serviço para adultos psicóticos, pois minha experiência vinha desta clínica. Mas aceitei a ideia e comecei a trabalhar. Já neste serviço observei que no trabalho ambulatorial existente faltava um trabalho mais intensivo, mais estruturado com a criança autista e com a criança psicótica. Eu e uma colega, que também tinha interesse no trabalho com esta clientela, passamos a organizar e elaborar um projeto de atenção intensiva para crianças autistas e psicóticas. Realizamos contatos com diversos profissionais e instituições, um extenso estudo e um levantamento bibliográfico e, com o apoio da direção da instituição e da direção de saúde mental do Ministério da Saúde, elaboramos ações para a organização de um serviço para esta clientela.

Por volta do ano de 1988 o Brasil vivia um cenário político bastante conturbado. A saúde mental sofria as consequências desse cenário. Os hospitais sofrem uma interferência e os diretores são retirados dos hospitais. Sou impedida de continuar atendendo pela nova coordenação do serviço, por esta entender que autistas e psicóticos deviam ser acompanhados por psiquiatras. Intervém um discurso médico muito forte na instituição. Não me foi permitido despedir das crianças que atendia e conversar com as mães, os pais e/ou responsáveis sobre a abrupta interrupção no tratamento de seus filhos. Isso não foi sem consequências para cada um dos envolvidos, particularmente para as crianças e adolescentes por mim atendidos. Minha dissertação de mestrado apresenta um caso clínico que atendi desde esta época, perfazendo um total de 16 anos de tratamento⁴⁶.

Posteriormente, sou lotada na enfermaria masculina do Pinel, permanecendo por um ano. O cenário se modificou, a direção que estava saiu. Meu interesse de retornar ao serviço infanto-juvenil permanecia e, com a mudança na direção consigo voltar a trabalhar no infantil. Mas o projeto para a criação de um serviço de cuidados intensivos para crianças autistas e psicóticas permanece por certo tempo na gaveta. Mas oportunidades apareceram com a nova direção do hospital, Dr. Ricardo Peret e com uma nova coordenação, em Brasília, no Ministério da Saúde na área da saúde mental, Dr. Domingos Sávio que passaram a dar grande apoio ao projeto. Foi criado um grupo de estudos em Brasília e o trabalho começou a se organizar passando a ter uma abrangência nacional. Muitos contatos foram realizados com diversos profissionais de Brasília, Goiânia, São José do Rio Preto, Uberlândia, Uberaba, Manaus, Belém. A partir daí o serviço foi se organizando com profissionais interessados e desejosos para trabalhar em uma proposta inovadora na área da saúde mental infantil. O NAICAP surgiu dentro do espírito da reforma psiquiátrica sendo a primeira iniciativa do setor público para o atendimento dessas crianças, que assumiu a responsabilidade de elaborar um projeto de hospital-dia para o acolhimento de crianças e adolescentes com graves transtornos mentais.

⁴⁵ Por muito tempo, a Colônia Juliano Moreira foi referência nacional em atenção à Saúde Mental. Dos anos 20 aos 80, funcionava como destino final para pacientes considerados irrecuperáveis. Na década de 60 chegou a abrigar cerca de 5.000 pessoas. A instituição hoje abriga cerca de seiscentos pacientes, com idade média de 66 anos. A maior parte deles é portadora de transtornos mentais graves e persistentes, tendo vivido boa parte de suas vidas em hospitais psiquiátricos. (Informações disponíveis em: <<http://www.sms.rio.rj.gov.br/servidor/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editionsectionid=165>>).

⁴⁶ Dissertação intitulada “O tratamento do gozo no autismo: clínica psicanalítica e objetos autísticos”, obtida no ano de 2011 pela UFRJ e sob orientação de Angélica Bastos Grimberg.

Hoje em dia o NAICAP se fechou, é isso?

Sim, em fevereiro de 2004, porque não houve reposição de recursos humanos, de profissionais que pudessem atuar em um serviço como o NAICAP, que na época, desenvolvia e realizava ações em várias áreas: na área da pesquisa, do ensino, na clínica e na formação de profissionais.

O NAICAP era vinculado ao governo Estadual?

Não... O NAICAP surge com a proposta de ser um hospital-dia dentro de uma estrutura institucional em 1992, ou seja, a partir dessa data o serviço passou a fazer parte do organograma institucional. Ele tornou-se um serviço oficialmente em 1992, mas a história do NAICAP começou por volta do ano de 1986 quando foi organizado um programa de trabalho, um projeto de trabalho, ainda no serviço Infante-Juvenil (o COIJ) já existente no Hospital Pinel. Nessa época o Hospital Pinel fazia parte do Ministério da Saúde. No cenário da reforma psiquiátrica, o NAICAP surgiu da mesma forma que surgem diversos outros serviços e iniciativas dentro do próprio Pinel. O NAICAP passa a ser uma iniciativa pioneira dentro do Ministério da Saúde.

No Rio de Janeiro conversei com profissionais que fundaram o Casarão, instituição muito antiga que permaneceu em funcionamento por uns vinte e poucos anos. Quando o Casarão fechou as portas, o NAICAP recebeu algumas crianças desta instituição. Também entrei em contato com iniciativas na França, com pessoas que trabalharam e estudaram em Bonneuil, da Maud Mannoni. Posteriormente, entrei em contato com o funcionamento de três instituições municipais (hospital-dia infante-juvenil) em São Paulo.

Ao longo dos anos o serviço passou por diversas modificações em seu formato até que se alcançasse a forma do dispositivo encontrado pelo NAICAP, na medida em que as psicoses na infância e o autismo colocaram impasses e indicaram a necessidade de reformulações.

No início do ano de 2004 o NAICAP finalizou suas atividades e sua clientela e os poucos profissionais existentes foram absorvidos pelo COIJ, ou seja, ocorre uma junção entre os dois serviços do Instituto Municipal Philippe Pinel, NAICAP e COIJ dando início a um novo serviço, o SAIJ. O Pinel já se encontrava na esfera municipal desde o ano de 2000.

Mas ainda existe algum serviço, ou seja, o trabalho com essas crianças continua?

Sim a partir do novo serviço criado que reconstrói um novo funcionamento junto à clientela, mas não mais orientado pela “prática entre vários” e não mais desenvolvendo ações antes realizadas pelo NAICAP.

A nomenclatura também foi substituída?

Sim, foi substituída. Esse serviço já foi nomeado como SAIJ (Serviço de Atenção Intensiva à Infância e a Adolescência) e, atualmente como NIJ (Núcleo da Infância e Adolescência). Esse ano [2011] o serviço vai se transformar em um CAPSi.

E hoje em dia, como que se dá a sua prática com crianças autistas?

Depois de 2004 eu me ausentei rapidamente da instituição e depois retornei para o SAIJ. Continuo trabalhando no Pinel, sou funcionária do Ministério da Saúde cedida ao município.

Ainda tem aquele trabalho baseado na “prática entre vários”?

Nada disso, isso não tem mais. O trabalho clínico orientado pela “prática entre vários” não existe mais.

Em relação à técnica com essas crianças, você utiliza alguma técnica específica na sua prática?

Sou psicanalista trabalhando em uma instituição pública, portanto todo meu trabalho é orientado pela psicanálise.

Em 1999, o NAICAP estabeleceu uma parceria com o Programa de Pós-Graduação em Teoria Psicanalítica da UFRJ, aproximando-nos de Angélica Bastos e Ana Beatriz Freire. No ano de 1999 se estabeleceu uma cooperação técnica entre o Instituto Philippe Pinel e o Programa.

Você também é professora da UFRJ?

Não, não sou professora da UFRJ. A minha vinculação com a Universidade é a partir dessa parceria bastante fecunda que, ao longo de todos esses anos, deu muitos frutos e originou muitas pesquisas. Continuo nessa pesquisa com Ana Beatriz. Obviamente a cada dois ou três anos dependendo da agência financiadora (CNPq ou FAPERJ), nos organizamos de maneira a mantê-la. Essa pesquisa é também um dispositivo de atendimento na Universidade destinado aos adolescentes e jovens adultos do NIJ tratados desde criança e que vão requerer outra abordagem, a construção de outro dispositivo diferenciado. Este dispositivo recebe também adolescentes e jovens adultos de outras instituições.

Sua linha teórica pelo que conheço é a psicanálise de orientação lacaniana, certo?

Sim, isso mesmo...

E você tem notado, ao longo dos anos, alguma mudança em relação como o autismo tem sido tratado e compreendido?

Certamente... Primeiro em termos de referências bibliográficas... É no ano 1990, exatamente dos anos 1990 a 1995 que passamos a encontrar uma produção muitíssimo maior nessa área de autismo, onde você se depara com diversos profissionais e não só na área da saúde, mas também na área da educação trabalhando com esta clientela. Uma das ações desenvolvidas pelo NAICAP era oferecer assessoria e consultoria a novos serviços. Isso foi feito com muitos serviços, tanto serviços do município do Rio de Janeiro, como iniciativas de outras regiões, tais como Manaus, São José do Rio Preto, Belém etc.

Nos anos seguintes se estabelece uma política pública dedicada à criança e ao adolescente na área da saúde mental. Os municípios foram se organizando para efetivar a construção e implantação de CAPSis. O primeiro CAPSi surgiu por volta do ano 2000, ou seja, final da década de 1990.

Em termos gerais, teremos maior acesso às informações pelos pais por meio da internet. Pais e mães chegam às instituições com informações básicas sobre o autismo. Muitas vezes chegam já conhecendo o diagnóstico de seus filhos.

Bom, dentro da própria psicanálise, você vê o incremento maior de profissionais em formação que começam a se interessar pelo trabalho da psicanálise com crianças e com crianças autistas e psicóticas. Surgem iniciativas que darão origem a diversos eventos científicos, a diversas associações de pais. Surge a Associação Brasileira de Autismo, a ABRA. Em 1986 ocorre o primeiro Congresso Internacional sobre o autismo aqui no Brasil, impulsionando o surgimento de muitos eventos científicos e publicações. Podemos dizer que na psicanálise de abordagem lacaniana, devido ao fato de Lacan nunca ter deixado de atender psicóticos, a experiência dele em instituição psiquiátrica sempre foi muito marcante, encontramos um número significativo de profissionais trabalhando com a psicose e com o autismo.

Qual que você acha que é uma das maiores contribuições que a psicanálise pode oferecer as crianças autistas?

Particularmente acho que na abordagem lacaniana, devido ao fato de Lacan ter sempre se dedicado ao trabalho e à elaboração de conceitos na área da psicose, existem muitos profissionais dessa abordagem. Agora, é interessante esse movimento, porque não foram esses profissionais os primeiros a abordar o autismo. Foi Tustin⁴⁷, Margareth Mahler, as primeiras psicanalistas que atendiam crianças a trabalhar com crianças autistas. Há também Melanie Klein, Meltzer⁴⁸, Bettelheim⁴⁹ (um pouco depois), mas esses foram os primeiros psicanalistas de crianças que abordaram o autismo. Posteriormente teremos o casal Lefort, mas já a partir de uma leitura lacaniana. Acredito que, para quem se interessa pelo autismo, não se pode deixar de ler os trabalhos desses psicanalistas. Teremos a riquíssima contribuição de Mannoni, que organizou um evento convidando Lacan a falar em seu encerramento. Enfim, constato aqui no Brasil a existência de poucos psicanalistas de abordagem inglesa trabalhando com o autismo.

A psicanálise vai retirar do lugar de déficit a criança autista e psicótica. A riquíssima sintomatologia descrita por Kanner como as estereotípias, a ecolalia são tomados pela psicanálise como trabalho da criança em uma tentativa de fazer frente a seu Outro invasor, da demanda que é sentida pelo autista como invasora. Desta forma, os sintomas observados no autismo não são entendidos como algo deficitário. Encontramos o TCC que entenderá como déficit cognitivo e para isso é preciso recuperar o que foi perdido.

Queria saber se para você, na sua prática com essas crianças, acha importante realizar um diagnóstico diferencial entre autismo e os outros Transtornos Globais do Desenvolvimento, como a psicose,...

⁴⁷ Francis Tustin.

⁴⁸ Donald Meltzer.

⁴⁹ Bruno Bettelheim.

Freud em seu texto “Sobre o Início do Tratamento”⁵⁰ anunciou a importância do estabelecimento de um diagnóstico diferencial no que ele chamou de tratamento de ensaio. Tomou como hábito, quando ainda pouco conhecia o paciente, só aceitá-lo a princípio provisoriamente, por um período de uma ou duas semanas. Em Lacan esse tratamento é conhecido como entrevistas preliminares, trabalho prévio que consiste numa porta de entrada à análise propriamente dita cuja tarefa do analista, nesse momento, é de apenas relançar o discurso daquele que o procura como candidato à análise.

Freud especifica muito bem quando aborda tal questão assinalando que nenhum outro tipo de exame preliminar, exceto este procedimento, encontra-se à nossa disposição. Trata-se de um trabalho preliminar, em uma articulação entre o diagnóstico e o tratamento. Mas nos alerta que este experimento preliminar é, ele próprio, o início de uma análise devendo submeter-se às suas regras. Podemos verificar que o que está em jogo é a regra fundamental estabelecida por Freud para a psicanálise: a associação livre marcando o início do tratamento. Contudo é marcada uma ambiguidade em torno do qual se situa a questão do diagnóstico na clínica psicanalítica. Estabelecer precocemente um diagnóstico para se decidir qual conduta a tomar é pertinente ao trabalho clínico em psicanálise, mas a pertinência desse diagnóstico somente receberá confirmação após certo tempo de tratamento. Melhor dizendo: o ato diagnóstico deverá necessariamente ser colocado em suspenso e confirmado *a posteriori* no decorrer do trabalho analítico. O analista em seu trabalho nas entrevistas preliminares deverá ter condições de concluir algo acerca da estrutura clínica do sujeito, localizando sua posição subjetiva.

Na clínica do autismo nos orientamos da mesma forma. Muitas vezes é necessário trabalhar com a suspensão do diagnóstico para que não se feche um destino manicomial e psiquiátrico para uma criança.

Em relação à questão etiológica a gente assiste hoje em dia muitos entendimentos, tanto da psicanálise, da teoria cognitivo-comportamental, desenvolvimentistas, a respeito da etiologia do autismo. Queria saber como você encara essa questão... A que você atribui essa pluralidade de entendimentos?

Eu acho que o autismo é um enigma. Realmente encontramos diferentes práticas e saberes na clínica do autismo como tentativas de explicação etiológica do autismo. Mas, acredito que se trata, antes, de situar o sujeito a respeito do qual falamos. Nosso interesse está, efetivamente, no campo da causação do sujeito cujas coordenadas estruturais estão na base da orientação de nossa clínica. Identificar somente o mecanismo neurobiológico específico que responda à etiologia do autismo não nos ajudará muito, na medida em que não nos mostra as possíveis respostas (e são elas infundáveis) que o sujeito irá construir frente aos problemas colocados por sua história, seu corpo, seu organismo.

Frente aos enigmas da clínica do autismo, a classificação diagnóstica tem sido muito frequentemente utilizada e a única solução encontrada diante da impossibilidade de uma escuta. Em nome de uma ciência, lança-se mão de drogas sofisticadas, de intervenções cirúrgicas, como instrumentos de um trabalho em um mundo regido pelo tecnicismo, sem que se pense nos efeitos simbólicos de tal intrusão.

⁵⁰ FREUD, S. (1913). *Sobre o início do tratamento* (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I). In: Obras Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1976, pp. 161-187. (Edição Standard Brasileira, Vol. XII.).

Queria saber qual a sua opinião sobre as praticas psicanalíticas institucionais, que tem surgido destinado a tratamento e escolarização de crianças autistas e psicóticas, como por exemplo, o Lugar de Vida, o CPPL, ...

Duas das parcerias que o NAICAP constituiu foram com o CPPL (Recife) e com o Lugar de Vida (São Paulo). Ambos realizam um excelente trabalho.

Na esfera pública, a partir da definição de uma política pública para crianças e adolescentes na área da saúde mental, foram criados dispositivos clínicos de atenção psicossocial, o CAPSI.

Historicamente a disciplina da psiquiatria infantil surge completamente impregnada e influenciada pela leitura da psicanálise. A prática na área da psiquiatria com crianças é essencialmente psicanalítica, diferente da pratica da psiquiatria com adultos. No Brasil, especificamente no Rio de Janeiro e Belo Horizonte, por exemplo, tanto na sua esfera pública como na esfera particular a pratica na área da saúde mental com criança e adolescente é psicanalítica e de abordagem lacaniana.

Trata-se, em um trabalho institucional orientado pela psicanálise, de uma direção de trabalho que se sustenta em duas premissas básicas, a saber: que estamos no campo da causação do sujeito, e, portanto, no campo da palavra e na aposta de um sujeito advir, direção de trabalho na clínica do autismo.

Esta é a posição da Psicanálise que, a partir de uma escuta analítica, mesmo com esses sujeitos que não falam, vai tomar o autista na perspectiva de sujeito, melhor dizendo, de que aquela posição que tão radicalmente defendem tem uma lógica.

Nesta direção é imperativo a construção de uma clínica que sustente o percurso singular dessa criança na elaboração de sua solução particular, ou seja, na construção de suas marcas subjetivas. Um trabalho preliminar é necessário para que a criança possa suportar a demanda do Outro ou mesmo vir a construir uma demanda própria. Esse é o trabalho que realizamos no Ateliê Espaço Terapêutico, aqui no Rio de Janeiro.

Você acha que existem inovações dos autores brasileiros, no que se refere à prática psicanalítica com crianças autistas?

Ah sim certamente. A cada ano constatamos que muitos profissionais, entre eles psicanalistas, vêm se dedicando ao estudo do tema. Conduzidos a partir da clínica, diversos psicanalistas abordam a questão do autismo sob diferentes óticas, apresentando hipóteses muitas vezes distintas no que se refere a sua diferenciação ou aproximação do campo das psicoses.

E quais que você acha que são as dificuldades envolvidas com a prática com as crianças autistas?

Na esfera pública encontramos poucos recursos para implementação de um número necessário e razoável de serviços que possam dar conta da demanda. Aqui no Rio de Janeiro existem serviços e ambulatorios públicos que atendem crianças e adolescentes autistas, mas não em número suficiente. É fato notório que há escassez de profissionais de saúde mental capacitados no tratamento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Tal panorama revela uma realidade: profissionais despreparados para atender à grande demanda de atendimentos nos serviços de saúde mental infantil e número reduzido de centros de formação e treinamento profissional.

Acrescente-se a isso, o fato de que na formação do médico pediatra não se encontra reservado um espaço para as questões pertinentes à saúde mental. Situação que não pode ser negligenciada, na medida em que, na maioria das vezes, é o pediatra o primeiro profissional de saúde procurado pelas famílias diante do aparecimento de algum problema com a criança e o único profissional disponível em localidades distantes dos grandes centros.

Outro aspecto a ser considerado é quanto à escassez de médicos psiquiatras na rede pública. A cada ano verificamos grande dificuldade de contarmos com esse profissional em uma equipe de saúde mental infantil, principalmente fora dos grandes centros.

Na esfera privada encontramos diversos profissionais trabalhando com o autista, mas na grande maioria das vezes de forma fragmentada. Os pais se deslocam de um profissional para outro o que sobrecarrega tanto a criança quanto à família. Da mesma forma, registro a escassez de serviços que atendem autistas. Encontramos algumas escolas-clínicas na maioria orientadas pelo TCC. O Ateliê Espaço Terapêutico é uma proposta inovadora que pretende trazer para a cena a importância e a necessidade de uma abordagem pautada na singularidade de cada sujeito. É formado por uma equipe que se constituiu a partir de um percurso na área da saúde e na interface saúde/educação com crianças, adolescentes e adultos. O Ateliê Espaço Terapêutico oferece dispositivos clínicos como o trabalho de acompanhamento terapêutico, o trabalho de mediação nas escolas e os ateliês terapêuticos. Este trabalho é pautado nos interesses e possibilidades de cada um visando à construção de novos e inéditos laços sociais.

Há uma mentalidade que as oficinas terapêuticas só acontecem em CAPS...

Posso dizer que sim. As oficinas nos serviços públicos de saúde mental são bastante conhecidas, mas a esfera privada desconhece esse dispositivo clínico de trabalho. Mas em nome desta atividade no formato de oficinas, encontramos diversas práticas que dirigem seu trabalho muitas vezes em uma esfera ocupacional, recreativa e profissionalizante, pautando-se na aquisição de um produto final em detrimento da dimensão psíquica do sujeito. Em minha dissertação de mestrado defendida no início deste ano abordo brevemente o tema das oficinas.

Gostaria de saber se tem algum assunto que você acha importante dizer e que eu não abordei...

Certamente poderíamos percorrer outras questões, mas acredito que aponte algumas questões importantes na clínica com o sujeito autista. Gostaria de agradecer a oportunidade de falar um pouco sobre um trabalho que realizo há muitos anos.

5- Entrevista realizada com Maria Cristina Machado Kupfer

Primeiramente, gostaria que você comentasse um pouco sobre sua trajetória profissional.

O meu interesse inicial estava ligado a aspectos cognitivos. Eu fui para a psicologia querendo entender como uma criança aprende, por que aprende, enfim, seu funcionamento cognitivo. No decorrer da minha formação eu fui percebendo que as teorias dentro da psicologia, em seu aspecto cognitivo propriamente dito, não me satisfaziam, não davam as respostas que eu achava que precisava procurar, que eu precisava ter e então eu fui em busca da psicanálise, ainda na perspectiva de que o conhecimento psicanalítico me daria as respostas

da dimensão afetiva que eu supunha que poderia interferir nas aquisições cognitivas e intelectuais. Eu logo me desencantei um pouco com isso, porque a psicanálise não dá essas respostas. Ela *[a psicanálise]* realmente não dá as respostas, mas eu ainda assim me encantei, porém nunca deixei de me preocupar com esse aspecto, com essa dimensão que tinha a ver com a impossibilidade de uma criança aprender, o que impedia o aprendizado de qualquer criança. Comecei a me interessar mais especialmente pelas crianças com problemas graves, ainda pensando nessa direção, a partir dessa pergunta: “Por que essas crianças não aprendem?” Percebi que o campo era muito maior, ou seja, essa era apenas uma questão e que para saber sua resposta eu precisava saber muito mais e foi assim que me tornei Psicanalista de Crianças.

Depois você obteve formação em Psicanálise?

Eu me formei em psicologia em 1974, mas foi a partir de 1978/79 que comecei a estudar psicanálise. Eu fiz um tipo de formação que na época muitas pessoas fizeram, que consiste em uma formação que você não está diretamente ligado nem a Sociedade de Psicanálise, nem a Instituições Psicanalíticas precisas. Frequentei várias instituições psicanalíticas de orientação lacaniana e assim fazíamos uma construção a partir da própria formação, por meio de grupos de estudos, cartéis, frequência ao seminário nas instituições (Centro de Estudos Freudianos, Biblioteca Freudiana de Psicanálise, Associação Livre que foi aquela que mais me formou, por meio de pessoas como Marcio Peter de Souza Leite, Oscar Cesarotto e Geraldino Neto⁵¹). Então, minha formação foi muito típica dos lacanianos. Atualmente, é um pouco diferente, as pessoas passam necessariamente pelas instituições. Como eu entrei na Universidade, percebi que o melhor mesmo era não me filiar a instituições, nunca fui membro atuante de instituição psicanalítica.

Gostaria que você comentasse um pouco sobre sua prática institucional com crianças autistas.

O Lugar de Vida foi criado no interior da Universidade, para que pudéssemos desenvolver as pesquisas, realizar os atendimentos das crianças psicóticas e autistas.

Surgiu a partir de alguma demanda em específico?

Não, fomos nós que tivemos essa iniciativa. Justamente por causa da minha pesquisa, que eu estava fazendo fora da Universidade, que era sobre o que acontece com o desenvolvimento cognitivo das crianças psicóticas e autistas. Assim, eu constituí um grupo de estudos que se transformou em uma Associação e que, então, eu levei para o interior da Universidade de São Paulo, com as pessoas que tinham fundado o Lugar de Vida comigo: das cinco, três ficaram comigo durante 15 anos como voluntários dentro da Universidade e depois fora dela, como sócias na Associação Lugar de Vida. Então, não foi uma demanda vinda de fora, eu fiz um grupo de trabalho ligado à minha pesquisa de docência e aos poucos fui demandando espaço e apoio. Assim, nós fomos crescendo, o Departamento ia aprovando as

⁵¹ Marcio Peter de Souza Leite é médico-psiquiatra e psicanalista em São Paulo, Oscar Angel Cesarotto é psicanalista doutor em Comunicação e Semiótica e Geraldino Alves Ferreira Netto é psicanalista e professor convidado da PUC-SP.

demandas de forma que o Lugar de Vida foi se desenvolvendo lá dentro *[da Universidade]* e se tornou um espaço de trabalho acadêmico, bem acadêmico: atendimento, pesquisa e formação.

Então, hoje em dia, ele não é mais vinculado à USP?

Isso, em 2007 nós saímos e fundamos a Associação Lugar de Vida, que tem uma estrutura jurídica do tipo Associação.

E financeiramente, como sobrevive a Associação?

Quando estávamos na USP, tivemos um apoio: – moral –, no sentido de aprovação, de que continuássemos a desenvolver aquelas atividades. O apoio financeiro sempre ficou muito restrito ao espaço; enfim, à luz, à água e aos materiais que trabalhávamos com as crianças. O financiamento dos profissionais nós não tínhamos. Então eu comecei a fazer cursos de extensão oferecidos pelo Lugar de Vida via Universidade de São Paulo e o que nós arrecadávamos com esses cursos era utilizado para pagar os profissionais. E depois que nós saímos da Universidade, a Associação se tornou privada, então hoje quem paga pelo trabalho desenvolvido são os pacientes. E também temos um convênio feito basicamente com a prefeitura, para desenvolver um tipo de trabalho, que é o acompanhamento escolar.

Há um público específico que procura pelos serviços do Lugar de Vida?

Não, na Universidade nós atendíamos crianças com poucos recursos e hoje esse número de crianças diminuiu. Então nós temos 30% de crianças sem recursos e 70% de crianças que pagam pelo atendimento.

Na sua prática clínica e institucional com as crianças autistas e psicóticas você possui alguma técnica específica que norteie o seu trabalho?

Nós temos uma orientação psicanalítica de escuta e de trabalho, mas nós acabamos constituindo um campo que nós chamamos de Educação Terapêutica, a qual orienta, mas não é uma técnica específica, é apenas uma referência de trabalho, não há, portanto, uma metodologia específica. A nossa grande orientação é a psicanálise, a escuta, o trabalho na transferência, a leitura psicanalítica do inconsciente, a leitura psicanalítica do sujeito do inconsciente e o acompanhamento da instalação desse sujeito do inconsciente, essa é a nossa grande orientação. A partir disso, temos eixos de leitura, acompanhamos como se dá o brincar e a fantasia da criança, na AP3⁵² você vê esses eixos: o brincar, a constituição da imagem do corpo, a construção da fala, o lugar da criança na linguagem e sua relação com a língua. Assim, a gente acompanha e a intervenção é analítica, mas não apenas, porque a partir disso,

⁵² A AP3 é uma avaliação psicanalítica construída para permitir a validação do IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil), e atualmente tem se destacado como um instrumento de avaliação diagnóstica. Segundo Kupfer e Bernardino (2009) ela “foi construída a partir daqueles eixos que se encontravam na base do IRDI (suposição do sujeito, alternância presença/ausência, estabelecimento da demanda, função paterna) e instituiu quatro novos, como categorias dentro das quais estão descritos os sintomas clínicos (O brincar e a fantasia; O corpo e sua imagem; Manifestação diante das normas e posição frente à lei; A fala e a posição na Linguagem). Esses eixos foram construídos tomando-se como base as leituras da clínica psicanalítica propostas por Lacan, Dolto e por Winnicott, predominantemente”.

nós temos diferentes dispositivos de trabalho. Então, quando a gente está trabalhando com a escrita de uma criança a metodologia não é analítica *stricto sensu* porque estamos oferecendo material escolar e propiciando para que essa criança possa ler e escrever, mas a escuta analítica está sempre presente, ativada de modo que a criança possa ser ouvida e que tenha condições de que ela possa chegar à escrita.

E essa leitura analítica está fundamentada em algum referencial teórico específico?

Mais especialmente a lacaniana, mas não apenas. Nós temos profissionais trabalhando em uma perspectiva winnicottiana, no que é possível enlaçar com o que o Lacan trabalha, tem muito também de Françoise Dolto, Maud Mannoni (já teve mais de Mannoni do que tem hoje). Dolto orienta muito nossa leitura sobre imagem corporal e tem também Freud.

Você notou alguma mudança em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos?

Sim, eu diria que houve uma mudança bem grande no modo de entender a dimensão psicológica, o aspecto psicogênico do autismo ficou muito relativizado, embora a gente saiba que ele tenha uma importância muito grande, mas foi sendo dada maior importância ao aspecto genético ou biológico do autismo.

E em relação ao tratamento?

O número de abordagens e métodos aumentou significativamente, assim, foram criados métodos específicos como o método Son-Rise, TEACCH, ABA⁵³, os quais surgiram nesses últimos 20 anos. Enquanto estava trabalhando fui assistindo a uma profusão de métodos.

Em sua opinião, qual a contribuição que a psicanálise pode trazer no entendimento e tratamento dessas crianças?

Ela tem uma contribuição fundamental, uma vez que ela coloca o olhar na relação, no laço, onde reside a especificidade do autismo, ou seja, é realmente um laço que não se faz. A psicanálise realiza uma leitura da dimensão pulsional, libidinal, sexual, tendo uma grande produção a respeito da construção da sexualidade infantil e como a gente sabe que é esse o ponto preciso de construção que a gente não vê no autismo, faz toda a diferença. Na verdade, ela não é boa no que se refere à discussão etiológica, mas é importante para se entender o que ocorre no laço, o motivo pelo qual o laço não se efetua. Como os estudos genéticos não levam isso em conta, eles não conseguem entender a diferença entre o autismo e o retardo mental, como nós vimos hoje, o material de pesquisa⁵⁴ que não olha para esse aspecto, perdendo

⁵³ Os métodos Teacch e o ABA (Análise Aplicada do Comportamento) são técnicas de intervenções educacionais utilizadas com pessoas com autismo. O método Son-Rise foi criado no início dos anos de 1970 nos EUA, e procura estabelecer uma ligação entre o mundo do autista e o mundo “convencional”. (Para maiores detalhes acessar: <http://www.inspiradospeloautismo.com.br/pdfs/Programa.pdf>).

⁵⁴ Entrevista cedida no Congresso Internacional sobre Autismo: prevenção, intervenção e pesquisa, realizada na cidade de Curitiba/PR.

assim essa diferenciação. Dessa forma, a psicanálise pode contribuir muito no estudo desse aspecto muito específico que faz a diferença que é a questão da sexualidade infantil e do laço libidinal com o outro, o que não se vê no autista.

Você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial do autismo com os outros TGD (como a psicose infantil) em sua prática profissional?

Sim, é importante porque tudo é uma questão do momento da constituição que se “desmonta”, que não se faz e não se realiza. Assim, o momento de constituição do autista é diferente do momento de constituição da psicose. A criança psicótica tem algumas construções que dizem respeito, justamente, à imagem corporal, que o autista não tem, e isso faz muita diferença na direção do tratamento. A partir disso, você tem decidir a direção do tratamento: se é construir um laço que não existe ou se você tem que incidir sobre um laço constituído em uma direção defensiva, muito maciça, como é o caso da psicose. Então, tem que se fazer essa diferença. Além disso, há uma variedade combinatória de possibilidades de sintomatologias de uma posição subjetiva de uma criança autista dentro do autismo dela, de uma criança psicótica dentro da psicose dela, havendo uma variação muito grande. Temos mesmo que tentar fazer distinções para poder dirigir o tratamento.

Existem muitas teorias, tanto psicanalíticas quanto desenvolvimentistas e neurológicas sobre a etiologia do autismo. Como você encara essa questão? A que você atribui essa pluralidade de entendimentos?

Ao fato de ser profundamente enigmático e mexer profundamente com as pessoas, com os teóricos. Eu vejo psicanalistas que não trabalham com o autismo que quando começa a discussão eles sempre têm uma teoria, uma concepção, ou seja, cada um tem a sua na tentativa de entender o que acontece. E também porque acontece muito no início da vida e que pode abalar com múltiplas teorias. Abala com a teoria psicanalítica lacaniana, principalmente a essa divisão psicose, neurose, perversão. Enfim, você tem que falar de uma quarta estrutura e, por isso, abala o edifício teórico da psicanálise.

Para você, trata-se de uma quarta estrutura?

Sim, eu acho que tem uma quarta estrutura diferente da psicose tal como Lacan a compreendeu, pensou e instituiu. A clínica do infans, anterior à criança que fala é um mundo que não cabia dentro da clínica psicanalítica, a qual é realizada a partir da criança que fala, uma clínica que se baseia na fala. Então você ouve um psicanalista francês dizendo “não existe clínica psicanalítica de análise de bebês, porque eles não falam”, então é psicanálise aplicada, para mim não é psicanálise. Por abalar toda essa estrutura teórica que tem essa falação a esse respeito, em que os profissionais não conseguem chegar a um consenso, como você viu nas apresentações aqui, é de uma complexidade...

Poderíamos dizer, então, que o autismo traz mais perguntas do que respostas?

Sim, exatamente.

A partir da década de 1990 verificamos um aumento de trabalhos institucionais, como por exemplo, o NAICAP⁵⁵, o CPPL⁵⁶ e o Lugar De Vida, de orientação psicanalítica voltados ao tratamento e/ou escolarização de crianças autistas no Brasil. Qual a sua opinião sobre tais práticas?

É muito importante que a gente trabalhe institucionalmente, porque o trabalho com a criança grave é muito difícil, o trabalho individual é quase insustentável. Quando eu comecei com o trabalho no Lugar de Vida, estava muito inspirada nos trabalhos do CPPL, que diziam que o analista solitariamente recebe uma transferência maciça (no caso da psicose) e, muitas vezes, ocorre o que a gente pode chamar talvez da transferência Real. Por conseguinte, havia relatos de psicanalistas adoecendo diante do peso, daquilo que era transmitido pela criança sem que ela pudesse partilhar, sem que pudesse discutir. Então, a instituição é um lugar de “partilhamento”, não que você vá deixar de se responsabilizar pela criança que você atende, pelo contrário, você continua se responsabilizando, sustentando a transferência. Mas a possibilidade de discussão e de poder aliviar os momentos de angústia é extremamente importante. Além disso, fui percebendo a importância da própria criança estar na instituição, com outras crianças. Todas as instituições mencionadas têm pontos comuns, a diferença refere-se a algumas concepções teóricas, mas elas caminham na mesma direção. É muito interessante observar como elas acabam teorizando, tendo achados semelhantes.

No que se refere à prática psicanalítica com crianças autistas no Brasil, quais inovações trazidas por esses autores?

Tem a “prática entre vários” adotada pelo grupo da UFRJ do NAICAP e a noção de transferência subjetal que o CPPL trabalha. São noções que vieram de fora, mas que foram incorporadas e fazem trabalhos originais. No nosso caso, tem a noção de Educação Terapêutica, que é um organizador. Estamos sempre na busca de novas estratégias, não posso dizer que uma seja melhor que a outra, porque uma funciona para alguns autistas e não funciona para outros, e só dá para saber fazendo. É uma prática muito empírica, que busca teorizar, busca recursos e referenciais teóricos, mas não posso dizer que eu esteja satisfeita com uma em especial, ainda temos muito que caminhar.

Para terminar, gostaria que você comentasse um pouco sobre as principais dificuldades envolvidas com a prática psicanalítica com crianças autistas.

A primeira dificuldade é cultural, tem a ver com a cultura dentro da qual a gente opera: que resiste... *time is money*, uma cultura que espera rapidez, que não pode suportar incertezas, que não suporta que haja Resto, Real, Inapreensível, ou seja, que não tem tempo para esperar, paciência para esperar o tempo que precisa qualquer trabalho psicanalítico – essa é a primeira. A segunda é a biologização das doenças mentais, que também faz com que as pessoas queiram buscar remédios e não tratamento. Então, tudo isso impede que a gente instale um tratamento e ele dure o tempo que é necessário durar. Uma outra dificuldade é a fragmentação da psicanálise em várias psicanálises, que tem um efeito também nas práticas institucionais:

⁵⁵ O Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Psicótica (NAICAP) está localizado no Rio de Janeiro. É um serviço especializado para assistência, ensino e pesquisa na área do autismo e da psicose infantil, que tinha, inicialmente, uma orientação psicanalítica.

⁵⁶ O Centro de Pesquisa em Psicanálise e Linguagem (CPPL) foi fundado em 1981 e situa-se no Recife. Possui atividades na área de Clínica, Ensino e Consultoria em gestão.

tem horas que isso é muito bom porque você tem várias possibilidades de pensamento, mas em outros momentos paralisa.

Tem algum tema, algum assunto que você acha importante que eu não abordei?

A gente não falou muito dos pais, estou impactada com eles. Que pode ser colocado, talvez, junto com esses obstáculos [questão anterior]. Os pais são aqueles que mais queremos ajudar, com quem mais me preocupo e com quem o trabalho é mais difícil, principalmente quando se trata de crianças muito pequenas. Não sei ainda como fazer para que esses pais venham quando conseguimos detectar sinais precoces, que eles venham sem esse terror, que é absolutamente explicável e compreensível. É muito difícil que eles sejam capazes de vir para o atendimento antes que se instale o autismo. Já tive ocasião de ver casos de crianças em creche com sinais de autismo e que os pais não quiseram saber de buscar atendimento e só foram buscar 3, 4 anos depois. Quer dizer, tiveram a chance de uma intervenção precoce e não puderam entrar em contato.

Essa dificuldade dos pais estaria ligada à noção de que no imaginário a psicanálise culpa os pais?

Tenho a impressão que, não porque eles não chegam a entrar em contato com a possibilidade de a criança vir a ser autista. Esse discurso de que a psicanálise culpa os pais está instalado entre os pais das crianças autistas. Esses pais nem chegam a entrar em contato com a possibilidade de suas crianças serem autistas, de tal o terror. Esse é um grande obstáculo ao trabalho de intervenção precoce, (que eu não falei anteriormente quando você me perguntou sobre o que aconteceu de diferente nos últimos anos, que é um crescimento muito grande dos trabalhos escritos e da clínica da intervenção precoce). Porque a gente sabe que esse trabalho tem que começar mais cedo e os pais não deixam, quer dizer, não querem, não podem.

Há uma dificuldade também em termos de políticas públicas voltadas a essa questão especificamente?

Há sim, sem dúvida! Mas isso está começando. As pessoas não têm ideia da importância da dimensão psíquica e, então, não permitem que ela entre nos protocolos. Mas isso pode mudar. Temos um movimento tão grande nessa direção que tenho a impressão de que esse cenário vai mudar. Eu espero. Mas você tem razão. É um ponto super frágil.

6- Entrevista realizada com Maria Izabel Tafuri

Primeiramente, gostaria que você comentasse um pouco sobre sua prática profissional.

Eu comecei na França, fazendo um estágio na Escola de Vida chamada de Bonneuil-sur-Marne⁵⁷. Nesse local eu trabalhei como mãe substituta de crianças autistas. Eu morava com quatro crianças mais uma estagiária da Bélgica e trabalhava na escola durante o dia. Na

⁵⁷ École Expérimentale de Bonneuil- Sur- Marne, na época era dirigida por Maud Mannoni, que dizia que a função do estagiário era de “acompanhar” as crianças a partir do seu conhecimento, cultura e história de vida.

escola tem os ateliês, a parte da psicopedagogia e outras atividades que realizamos com as crianças tanto dentro da instituição quanto fora. Então era um trabalho que chamamos hoje de Acompanhamento Terapêutico, mas era mais do que isso, porque nós realmente éramos mães substitutas das crianças durante a semana em que elas moravam lá. Assim, comecei por lá e depois voltei para o Brasil, fiz minha formação em psicologia pela UFMG e comecei a formação em psicanálise no círculo psicanalítico de Minas Gerais. Hoje em dia trabalho na Universidade de Brasília, sou professora de Psicologia.

Trabalha em alguma instituição destinada a crianças autistas?

Não

Onde se dá sua prática profissional com esse público?

Dentro da escola clínica da Universidade, lugar onde atendemos as crianças autistas. Nós desenvolvemos um trabalho clínico dentro da instituição. É um atendimento clínico de consultório, ou seja, são salas de consultório dentro do Instituto de Psicologia, como se fosse um consultório particular.

Vocês têm algum projeto específico para crianças autistas?

Não, seria só o atendimento psicoterápico mesmo.

No que se refere ao tratamento das crianças autistas, você possui alguma técnica específica?

Esse modelo que estou apresentando agora, chamado de Imitação, é uma técnica inovadora na qual no nosso meio psicanalítico alguns aceitam e outros não. Depois que a criança começa a apresentar os primeiros sinais representativos da realidade nós começamos a interpretar. Antes disso, utilizamos a técnica da Imitação, que são ações não-verbais que o analista faz para poder começar a se relacionar com a criança para que, então, ela possa apresentar os primeiros sinais simbólicos e, a partir disso, a interpretação pode ser feita.

Nessa técnica, você buscou algum referencial para construí-la?

Não, porque está surgindo agora. Têm alguns referenciais, como por exemplo, o livro do Paulo de Carvalho, “Imitações na clínica psicanalítica”⁵⁸. Esse autor fez uma pesquisa na França, se não me engano, que é sobre imitação e identificação nas crianças autistas, mas é um trabalho mais de demonstrar como as crianças autistas não passaram ao longo do desenvolvimento delas pela fase da imitação, que é própria dos bebês – dos bebês com suas mães. Assim, elas teriam tido falhas no desenvolvimento no que se refere a esse aspecto.

⁵⁸ Referência ao livro de Paulo de Carvalho Ribeiro, intitulado “Imitação: seu lugar na psicanálise” (coleção clínica psicanalítica), publicado no ano de 2010.

Então, eles estudam a imitação na constituição do sujeito. Estou agora desenvolvendo essa pesquisa da imitação na relação como possibilidade de uma técnica terapêutica para estabelecer uma relação transferencial com as crianças autistas, não só autista, mas toda a criança que não fala e não representa a realidade. A gente poderia intervir dessa forma.

O seu referencial teórico, pelos artigos que li, seria mais winnicottiano. É isso mesmo?

Sim, tenho buscado em Winnicott e nos fenomenologistas, também, para sair um pouco do linguajar lacaniano que não comporta esse tipo de atividade, mas estou encontrando maneiras de fazer algumas aproximações possíveis. Deste modo, lancei minha tese de doutorado em 2002, “Dos sons à palavra – explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista” e, a partir disso, comecei a trabalhar o termo e venho trabalhando ao longo desses anos.

Você notou alguma mudança em relação à forma pela qual o autismo tem sido compreendido ao longo dos anos?

Sim, mudou muito. Até a década de 1980, entendíamos os autistas como uma modalidade de psicose – quase todos os psicanalistas pensavam dessa forma. Depois passamos a ver o autismo como uma clientela à parte disso, diferente dos pacientes psicóticos. Mas são formas ainda muito difíceis da gente pontuar como sendo uma unanimidade entre os psicanalistas. Não sei se você assistiu aqui no evento⁵⁹ o Jerusalinsky⁶⁰ e a Laznik⁶¹ com a proposta de que o autismo seja uma quarta estrutura, que eu particularmente não concordo, mas é um assunto ainda a ser muito debatido entre nós.

Em relação ao tratamento você notou alguma diferença ao longo dos anos?

Sim, eu penso que os psicanalistas estão mais flexíveis, principalmente no que se refere aos outros profissionais, de criar equipes interdisciplinares, de conversar mais com as neurociências, de ter uma conversa mais estreita com os psiquiatras, isso tem mudado bastante.

Em sua opinião, qual a contribuição que a psicanálise pode trazer no entendimento e tratamento dessas crianças?

Total, porque eu acho que é em termos da constituição do sujeito, não é um tratamento que vai ensinar a criança a comer, andar e a falar, ou seja, não é um tratamento educativo, é um tratamento que vai lidar com a sua constituição, com o ego, com o desenvolvimento da personalidade, com todas as questões humanas dessa criança. Assim, não é só a questão de

⁵⁹ Entrevista cedida no Congresso Internacional sobre Autismo: prevenção, intervenção e pesquisa, realizada na cidade de Curitiba/PR.

⁶⁰ Alfredo Nestor Jerusalinsky atualmente é Psicanalista Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA), da Association Lacanienne Internationale (ALI) e do Grupo de Estudos Sigmund Freud (SIG), dentre outras atribuições.

⁶¹ Marie-Christine Laznik-Penot é psicanalista e possui inúmeras publicações sobre o tema, tais como: “O que a clínica do autismo pode ensinar aos Psicanalistas” (1989), “Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise”, publicado em 1997.

“aprontá-lo” para exercer atividades na sociedade para que assim seja incluído, como propõem inúmeras técnicas psicopedagógicas e médicas. Então, nós vamos tratar desse sujeito que está se constituindo: se ele vai permanecer com muitas condutas autísticas, ele vai ter que lidar com isso; se não, se ele tiver a possibilidade de não ter essas condutas autísticas, se vai constituir-se como um sujeito quase que “normal”, vai depender de cada sujeito.

Em sua prática profissional, você acha importante que se faça um diagnóstico diferencial do autismo com os outros Transtornos Globais do Desenvolvimento?

É importante, mas para nós esse diagnóstico é evolutivo. Por exemplo, quando chega uma criança a ser avaliada por nós e percebemos que ela tem características autísticas, o que iremos dizer para os pais é que, de imediato, seu filho tem as características autísticas, mas nós não podemos dizer ainda que se trate da Síndrome. Então, ao longo do primeiro ano de tratamento é que percebemos melhor se a criança está com grandes ou com poucas dificuldades para sair daquela sintomatologia. Diante disso, tem os casos mais paradoxais possíveis, – há casos de crianças que com dois meses de tratamento, ninguém diz que já teve sintomas autísticos. Por exemplo, ano passado [2010] atendi uma criança de novembro a janeiro: no início de fevereiro, quando foi início das aulas, ela começou a ir para a escola, nós não poderíamos supor que aquela criança tinha sofrido isolamento autístico. Na escola eles nunca falaram nada, nunca fizeram nenhuma hipótese de que essa criança poderia ter sido autista, ou seja, entrou no desenvolvimento normal, sendo que veio com diagnóstico fechado de Autismo Infantil precoce feito por uma psicanalista colega nossa. Outra criança que eu comecei a trabalhar em uma mesma época, com a mesma sintomatologia inicial e com os diagnósticos médicos todos sem comprovação, permanece até hoje no isolamento e eu não sei por que. Vai depender de cada criança. Isso é um diagnóstico evolutivo e nós vamos acompanhando. Essa criança que não evoluiu e que estou tentando fazer tudo o que eu fiz com o primeiro já passou oito meses de tratamento e ele está fechado do mesmo modo de como ele entrou, e não sei por que.

Você faz alguma diferenciação entre autismo e psicose infantil?

Sim, é diferente. As crianças psicóticas têm uma capacidade muito grande de fantasiar a realidade, é um quadro completamente diferente, que não tem nada a ver com o quadro de autismo. No autismo tem uma ausência dos pensamentos fantasiosos, ausência total, não existem fantasias. E nas crianças psicóticas tem a presença do mundo fantasioso. Na clínica temos crianças que se tornaram autistas por falhas ambientais, como por exemplo, o menino que contei que trabalhei durante três meses: era uma falha ambiental clara e notória. Eu não posso afirmar, também, que se outra criança cuja falha ambiental fosse a mesma, se essa criança teria apresentado os mesmos sintomas autísticos que essa apresentou, não posso generalizar. Temos, então, falhas ambientais causando autismo e falhas ambientais causando psicose.

Existem muitas teorias, tanto psicanalíticas quanto desenvolvimentistas e neurológicas sobre a etiologia do autismo, em sua opinião a que se deve essa pluralidade de entendimentos?

É uma patologia muito enigmática e muito precoce e a gente não consegue detectar uma causa única, resultando nessa confusão toda. Além de tudo, são crianças que se colocam em uma posição muito desconfortável, isso faz com que a gente queira entender.

A partir da década de 1990 verificamos um aumento de trabalhos institucionais, como por exemplo, o NAICAP, o CPPL o Lugar De Vida, de orientação psicanalítica. Qual a sua opinião sobre tais práticas?

Têm uns trabalhos no Sul, também, que você não citou, os quais não conheço todos. Acho que tem aumentado as iniciativas na área da psicanálise de criar as equipes interdisciplinares e criarem os serviços. A grande dificuldade é mais econômica do que de base, porque nós não temos muitas condições junto ao governo [...]. Então, é muito complicado você manter economicamente uma estrutura de uma clínica interdisciplinar, mantida só na área “psi”. Não tem convênio. É a maior complicação e isso dificulta bastante a instalação desses programas. Esses todos aqui são filiados. O CPPL não, ele é de iniciativa privada mesmo, mas o NAICAP é [era] governamental, o Lugar de Vida estava dentro da Universidade, então, a maioria deles têm um pé numa instituição.

Você acha que existem inovações dos autores brasileiros, no que se refere à prática psicanalítica com crianças autistas?

Sim. Há muitos autores importantes na nossa área. A própria Laznik que, apesar de estar na França, é brasileira. Ela tem trazido coisas inovadoras. Algumas eu concordo, outras não, mas tem trazido. O Jerusalinsky também. O pessoal da área winnicottiana tem trabalhos inovadores também. A gente produz. Temos sido mais criativos do que os psicanalistas franceses, por exemplo, em termos de atendimento de crianças com autismo.

Buscar novas estratégias de atendimento?

Eu acho. Lá eles têm mais condições, aqui nós temos mais criatividade.

Para terminar, eu gostaria que você falasse um pouco das dificuldades envolvidas na prática psicanalista com as crianças com autismo.

A dificuldade maior é que eles precisam de um atendimento transdisciplinar. As famílias precisam de orientação e a sociedade, como um todo, não oferece as condições mínimas de inclusão. Então, por exemplo, você coloca uma criança numa escola e a escola tem que ser orientada por você [o psicólogo]. A gente tem que ter um Acompanhamento Terapêutico para apresentar para a escola. Depois, vai para o neurologista. É uma questão complicada, pois alguns neurologistas não sabem o que é autismo ainda. Vai para um pediatra e muitas vezes eles telefonam para gente para conversar e dizem que não entendem o que a criança tem. Ou seja, é uma síndrome ainda pouco conhecida, principalmente na pediatria, e os neurologistas e os psiquiatras têm uma visão organicista muito estreita. Com isso, a meu ver, dificulta bastante o tratamento. É um trabalho constante que estamos fazendo, principalmente em Brasília, de criar grupos de estudo, cursos, e sempre convidarmos os

psiquiatras, os pediatras, os neurologistas e as escolas que estão atrasadas em relação à inclusão para conversar conosco sobre o autismo.

Você acha que a dificuldade seria em relação a essa estrutura?

Sim, a de vida mesmo. Tanto social como escolar ou familiar. Por exemplo, se as mães pretendem levar as crianças a uma praça perto de casa, não tem atendimento e existem poucas chances para a criança.

Há também dificuldade de ordem clínica?

Isso também. É uma clínica bastante pesada e são pacientes que, geralmente, não vão poder custear o tratamento, como é a grande maioria da clientela, exigindo muito de você. O ganho financeiro é menor e não dá, por exemplo, para atender três crianças autistas por dia. Você atende um, no máximo dois, porque você não aguenta. É necessária uma redução. Então, eu faço assim, 15% da minha clientela é de autistas, se bem que hoje seria ideal que sua clientela seja de 15% a 20% de autistas, não pode ser mais do que isso.

Há algum assunto que não foi abordado que acharia interessante mencionar?

Eu acho que se deve pensar qual é o papel do psicanalista para sensibilizar a sociedade para a inclusão das crianças autistas, das com Síndrome de Down e que, portanto, são necessitadas em especial... Os pais das crianças comuns são aqueles que vão excluir as crianças autistas das escolas. Eles se reúnem e fazem a cabeça do diretor da escola para expulsar aquela criança. É uma questão social muito séria. Pode ser porque a criança mordeu outra, enfim, são ações que qualquer criança faz, mas quando é a criança autista que morde, vira uma bola de neve, quando é outra criança autista que chuta, é outra bola de neve, e os pais dizem que seus filhos não podem conviver com autista, com um marginal, com um maluco, dentro da sala de aula. E o que eles fazem? Eles combinam entre eles, fazem pressão para o diretor da escola e a criança acaba sendo convidada a sair da escola. É muito grave. Então, acho que tinha que ser um trabalho cotidiano de sensibilização social.

Há algum momento em que ela não deve ser incluída no ambiente escolar?

Acho que muito raramente. Só quando há deficiências sensoriais muito grandiosas, mas se for só deficiências mentais, acho que nunca. Ela deve ser sempre incluída.