



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro de Educação e Humanidades

Instituto de Psicologia

Verónica Raquel Puga

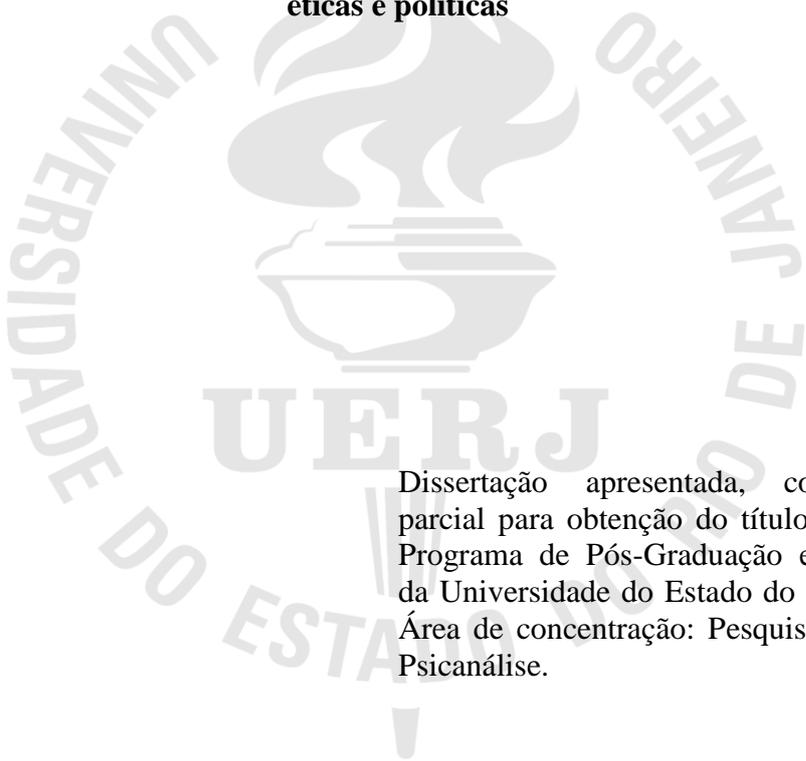
**O diagnóstico de autismo como construção de discurso: implicações
clínicas, éticas e políticas**

Rio de Janeiro

2017

Verónica Raquel Puga

**O diagnóstico de autismo como construção de discurso: implicações clínicas,
éticas e políticas**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Orientadora: Prof.^a Dra. Doris Luz Rinaldi

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CEH/A

P978 Puga, Verónica Raquel.
O diagnóstico de autismo como construção de discurso: implicações clínicas,
éticas e políticas/ Verónica Raquel Puga. – 2015.
131 f.

Orientadora: Doris Luz Rinaldi.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Instituto de Psicologia.

1. Psicanálise – Teses. 2. Autismo – Teses. 3. Discursos – Teses. I. Rinaldi,
Doris Luz. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.
III. Título.

es

CDU 159.964.2

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Verónica Raquel Puga

**O diagnóstico de autismo como construção de discurso: implicações clínicas,
éticas e políticas**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Psicanálise, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Pesquisa e Clínica em Psicanálise.

Aprovada em 10 de maio de 2017.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dra. Doris Luz Rinaldi (Orientadora)
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof^ª. Dra. Sonia Alberti
Instituto de Psicologia da UERJ

Prof^ª. Dra. Angélica Bastos
Instituto de Psicologia da UFRJ

Rio de Janeiro

2017

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Doris, pela acolhida do projeto e pela parceria ao longo deste percurso. Pela escuta atenta, a leitura cuidadosa e as indicações precisas.

A Sonia Alberti, por ter aceito ser parte da banca examinadora, pelos aportes preciosos no exame de qualificação, e por ser parte do meu percurso de formação desde os tempos da residência.

A Angêlica Bastos, pelas indicações precisas e instigantes no exame de qualificação e por ter aceito dar continuidade ao trabalho ao fazer parte da banca da defesa.

Aos professores do Programa de Pós graduação, pela transmissão da psicanálise.

Às queridas Heloene e Aline, amigas e companheiras de rota desde os tempos da residência e para a vida. Por chegar junto para rir e chorar, pela cumplicidade, o afeto, o encontro.

Aos colegas de orientação, Mayara, Fabiola, Viviane, Júlia, William, Diogo, Aline e Waldir. Pela escuta, os comentários, o apoio, os chopes e as risadas.

À equipe do CAPSi Heitor Villa Lobos, que com grande generosidade me acolheu como pesquisadora e até hoje me ensina sobre como a parceria de trabalho é bonita de se viver.

Às crianças, grandes mestres, que fazendo cambalear os saberes me ensinam muito mais do que entra em qualquer livro.

À minha família e às amigas que ainda que fisicamente longe estão do meu lado segurando meu ombro e são a força necessária para seguir adiante.

A Guilherme, por hacer del amor el lugar donde quiero habitar.

RESUMO

PUGA, Verónica Raquel. O diagnóstico de autismo como construção de discurso: implicações clínicas, éticas e políticas. 2017. 131 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta dissertação tem por objetivo discutir as variáveis implicadas na construção do diagnóstico de autismo. São analisadas as particularidades que caracterizam esta construção no discurso da Psiquiatria e no discurso da Psicanálise. Parte-se da premissa de que as divergências entre as abordagens vão além da formalização teórica, pois a forma de se construir o diagnóstico tem consequências para condução dos tratamentos, assim como nos percursos de vida dos sujeitos. São apresentados dois casos clínicos vindos da prática ambulatorial, os quais instigaram a pesquisa e interrogam os saberes sobre o autismo. Além disso, a discussão teórico-clínica se envereda por vinhetas próprias à prática desenvolvida em um CAPS infanto-juvenil, no qual, sob as diretrizes do discurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira, se entrecruzam diferentes saberes sobre o autismo. Analisa-se a particular incidência que este serviço público de saúde tem na construção do diagnóstico e na consequente condução dos tratamentos.

Palavras-chave: Psicanálise. Diagnóstico. Autismo. Discursos. CAPSis.

RESUMEN

PUGA, Verónica Raquel. El diagnóstico de autismo como construcción de discurso: implicaciones clínicas, éticas y políticas. 2017. 131 f. Dissertação (Mestrado em Pesquisa e Clínica em Psicanálise) - Instituto de Psicologia, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta disertación tiene por objetivo discutir las variables implicadas en la construcción del diagnóstico de autismo. Son analizadas las particularidades que caracterizan esta construcción en el discurso de la Psiquiatría y en el discurso del Psicoanálisis. Partimos de la premisa de que las divergencias entre los abordajes van más allá de la formalización teórica, ya que la forma en que se construye el diagnóstico tiene consecuencias en la conducción de los tratamientos, así como en los caminos de vida de los sujetos. Son presentados dos casos clínicos oriundos de la práctica ambulatorial que instigaron la pesquisa e interrogan los saberes sobre el autismo. La discusión teórico-clínica se extiende a viñetas propias de la práctica llevada a cabo en un CAPS infantojuvenil en el que, bajo las directrices del discurso de la Reforma Psiquiátrica Brasileira, se entrecruzan diferentes saberes sobre el autismo. Analizamos la particular incidencia que este servicio público de salud tiene en la construcción del diagnóstico y en la consecuente conducción de los tratamientos.

Palabras clave: Psicoanálisis. Diagnóstico. Autismo. Discursos. CAPSi

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	8
1	O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA PSIQUIATRIA	18
1.1	<i>Tijolo com tijolo num desenho lógico (Breve história da loucura)</i>	20
1.2	<i>A psiquiatria se desalieniza</i>	24
1.3	As duas primeiras versões do DSM	29
1.4	A resposta dos movimentos antimanicomiais	30
1.5	As novidades do DSM III	32
1.6	DSM IV	36
1.7	DSM e farmacologia	38
1.8	DSM V	43
1.9	A oferta, a demanda e a ditadura do mercado	45
1.10	De volta para o futuro	47
2	O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA PSICANÁLISE	50
2.1	A etiologia por fora das células	56
2.2	O fenômeno não é o sintoma	59
2.3	As categorias da psicanálise	61
2.4	Posição e linguagem: há escolha no autismo?	66
2.4.1	<u>Pablo</u>	70
2.4.2	<u>João</u>	72
2.5	A fala na clínica do autismo	74
2.5.1	<u>A chegada de Pablo</u>	77
2.5.2	<u>A chegada de João</u>	78
2.5.3	<u>O segundo tempo de Pablo</u>	80
2.5.4	<u>O segundo tempo de João</u>	81
2.5.5	<u>Pablo, depois do tambor</u>	82
2.5.6	<u>João e as letras que viraram histórias</u>	84
2.6	Não sem transferência	86
3	O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA REFORMA	89
3.1	A instituição e o psicossocial	90
3.2	O CAPSi Heitor Villa Lobos	94
3.3	Os dispositivos clínicos coletivos	95

3.4	As reuniões de equipe: a <i>construção do caso</i> a partir da desconstrução.....	101
3.5	A polêmica da Lei e dos benefícios	104
3.6	Culpa x responsabilidade: construção e desconstrução no trabalho com os responsáveis.....	109
3.7	O trabalho em rede	112
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	117
	REFERÊNCIAS.....	122

INTRODUÇÃO

As questões que serão discutidas nesta dissertação surgiram das inquietações suscitadas pela prática clínica com *crianças*, desenvolvida desde meus anos de graduação na Universidade de Buenos Aires (UBA), cujo *locus* tem sido principalmente Serviços Públicos de Saúde. Ao longo desse percurso, o diagnóstico clínico revelou-se um ponto instigante, tanto dentro da própria teoria psicanalítica, quanto no que tange à articulação do discurso psicanalítico com outros discursos.

O objeto desta pesquisa é a construção do diagnóstico de autismo e as implicações desta construção na condução dos tratamentos. Abordarei as divergências entre diferentes discursos que tratam do autismo, considerando que estas vão além da formalização teórica. A construção de um diagnóstico vai de mãos dadas com a oferta de tratamento e ambas respondem à ética e à política próprias dos discursos que as atravessam. Discutirei o modo em que os discursos da psicanálise e da psiquiatria constroem seus diagnósticos e os desdobramentos que isso tem na clínica do autismo. Tratarei também do discurso da Reforma Psiquiátrica e sua particular incidência na construção do diagnóstico.

A questão pesquisada no curso do mestrado começou a gestar-se em fevereiro de 2014, quando do início do acompanhamento de João no ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). À época, fazia parte deste serviço como Residente em Psicologia Clínico-Institucional HUPE/IP-UERJ. João acabava de fazer quatro anos e foi encaminhado para *psicologia* pelo fonoaudiólogo que o acompanhava havia mais de um ano no mesmo serviço. Tanto o fono quanto a neurologista, que também acompanhava João, achavam que se tratava de um caso de autismo. Após alguns encontros com ele, deparei-me com a nítida lembrança de Pablo, um paciente que acompanhara anos antes enquanto fazia uma Residência em Psicologia no Hospital Manuel Belgrano (San Martín, Buenos Aires, Argentina) e integrava a Equipe de Crianças do Serviço de Saúde Mental do Hospital.

Cabe esclarecer que tanto “João” quanto “Pablo”, assim como todos os nomes citados nesta dissertação são fictícios, em prol de manter o sigilo.

Pablo e João contavam cinco e quatro anos quando os conheci. Ambos foram diagnosticadas (por diferentes profissionais da saúde e da educação) como *autistas* segundo os critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - DSM (quarta versão em um caso e quinta em outro). Entretanto, ao longo do tratamento psicanalítico ocorreram mudanças na posição destas crianças - seja no uso dos pronomes pessoais, no modo de

endereçamento ao outro ou nos modos de brincar - que me fizeram estranhar este diagnóstico. Desse estranhamento surgiu a série de questões em torno do diagnóstico de autismo em relação aos diferentes discursos que atravessam o tratamento de uma criança. Procuro refletir mais detidamente sobre a delicadeza e o cuidado necessários na hora de esboçar um diagnóstico clínico e sobre a dificuldade e a relevância de tal esboço.

Pablo e João me inquietaram não somente pelo que intitulo *semelhança clínica*, mas também pela resposta que os outros (neuro, fono, professores, psicólogos) davam ao particular modo destas crianças circularem pelo mundo. “Colégio especial”, “medicação”, “não tenho nada mais a fazer”, “desadaptação”, foram algumas das palavras que circularam em torno deles. Tais significantes me levaram a questionar os significados que a hipótese do autismo trazia atrelados. Como o diagnóstico se ancora no corpo de uma criança?

Proponho pensar o diagnóstico como uma série de construções discursivas que, ao tempo que buscam circunscrever aquilo que irrompe, traçam vias de *tratamento* do irruptivo que têm implicações éticas, clínicas e políticas particulares. Parafraseando a Lacan (1953-1954, p.235), “Só com a palavra elefante e a maneira pela qual os homens a usam, acontecem, aos elefantes, coisas [...]”. Como é lido aquilo que irrompe? Como se constrói o diagnóstico nos diferentes discursos? Quais as especificidades desta construção no diagnóstico de autismo?

As divergências entre as abordagens tornam o diálogo um grande desafio para os profissionais envolvidos, gerando, por vezes, a sensação de estarmos falando de diferentes *pacientes* quando se discute *um caso*. Na experiência clínica atravessada nos *vericuetos*¹ de instituições públicas de saúde, deparei-me com questões como: que significa o diagnóstico para a medicina? E para a psicanálise? Qual a sua relevância? De que falamos quando falamos de autismo? O que o diagnóstico me diz sobre o sujeito em questão? De que forma os diferentes profissionais que acompanham a criança podem trabalhar juntos?

Discutirei as posições desde as quais são lidos os *fenômenos* clínicos a partir da teoria lacaniana dos discursos. Não se trata de uma identificação rigorosa entre prática e discurso, nem de propor algum dos discursos como ideal, mas de pensar as particularidades de uma prática que se pretende interdisciplinar. O conceito de *corte* entre os discursos, segundo a leitura de J.C. Milner (1983), foi fundamental para acompanhar o percurso da pesquisa. Em seguida, situo algumas das coordenadas e dos conceitos que orientaram meu trabalho.

O diagnóstico como processo de construção

¹ Em espanhol, *vericuetos* faz referência a um lugar de difícil trânsito.

Quisiera decir que una vez que el término fue inventado y aplicado, se preparó la escena para algo que es ligeramente falso, a saber el descubrimiento de una enfermedad.

Winnicott, 1996, p.240.

A etimologia grega da palavra *diagnóstico* nos remete a outras palavras como *discernimento* e *distinção*. *Gn* significa *gnosis* (conhecimento) e *dia* significa, entre outras coisas, *através*. *Discernir* e *distinguir* dependem de uma lógica que estabelece diferenças e semelhanças entre as coisas, e através da qual acedemos a algum tipo de conhecimento. Uma vez estabelecido o conhecimento, pode seguir-se com algum tipo de classificação.

Diagnosticar implica classificar; portanto, o diagnóstico pode ser entendido como um ato de nomeação. Cabe esclarecer que não me refiro ao conceito de nomeação no sentido estruturante que tem para a psicanálise. Porém, a escolha de usar tal significante se deve à pergunta acerca das marcas que um diagnóstico traz consigo. São marcas no sentido de outorgar uma identidade, uma inscrição; marcas que passam a definir um sujeito como portador de certos atributos, assim como carente de outros; marcas que tocam o gozo ao pretender nomeá-lo; marcas que muitas vezes, como será trabalhado ao longo deste texto, equivocam caminhos para os sujeitos, traçam rotas de vida e desenham destinos. São marcas da linguagem que de alguma maneira encarnam no sujeito e funcionam fazendo a mediação entre este e o olhar que os outros (e ele mesmo) têm para com ele.

Para alguns, dar nome à *doença* pode funcionar acalmando a angústia, quando aquilo que fazia sofrer se ancora em um sentido. Nanci² recebeu o diagnóstico de autismo aos 34 anos. Isto a marcou com o que ela chamou de *alívio*: “Sabia que tinha algo estranho, mas não sabia o quê. Agora que sei, posso me aceitar mais; aprendi a gostar de mim. Quando a família entende, isso faz toda a diferença. Continuo sentindo o mesmo (por exemplo, dificuldade para permanecer em lugares barulhentos), mas desde que sei por que, consigo me controlar, sinto menos”.

A fala de Nanci mostra que o diagnóstico pode habilitar um outro modo do sujeito conviver com aquilo que o invade. Mas isso é algo que depende da relação que cada sujeito

² Vinheta extraída do debate sobre autismo que teve lugar na sétima edição de “Assim vivemos”, Festival Internacional de Filmes sobre Deficiência. <www.assimvivemos.com.br>.

estabeleça com seu diagnóstico, de como se aproprie daquele nome. É bem diferente quando, a partir do diagnóstico, os outros pressupõem as marcas que encontrarão no sujeito, fechando-se a se deparar com as singularidades de tal apropriação. O sujeito se apaga entre as diferentes significações que lhe são supostas.

Neste ponto reside uma grande diferença entre as marcas que o diagnóstico acarreta: como o sujeito se aloca nesse nome e se responsabiliza por essa nomeação e como os outros olham para ele a partir da mesma. Esses outros são colegas, amigos, familiares, etc., e também são os profissionais da saúde que tratarão desse sujeito caso seja necessário. Em relação a estes últimos surge uma das questões que serão abordadas ao longo do texto e que diz respeito ao estatuto que a *classificação* implicada no diagnóstico tem para a Psiquiatria e para a Psicanálise. Todo e qualquer diagnóstico carrega uma marca de nomeação? Se assim for, o que significam estas marcas no interior de cada disciplina? Como estas diferentes significações impactam na vida do sujeito?

O Diagnóstico e os princípios de seu poder

As teorias clínicas não são simplesmente teorias causais ou explicativas: elas começam no plano da designação (SOLER, 2003-2004). Para identificar um sintoma, uma doença, um fenômeno, é preciso saber a que se chama sintoma, doença ou fenômeno.

Para fazer um diagnóstico, cada *psi*³ conta com critérios que também devem ser nomeados, classificados e incluídos no corpo de conhecimento próprio da sua disciplina. Seja qual for a construção teórica que sustente estes critérios, é necessário que aquele passível de ser diagnosticado apresente traços comuns a outros sujeitos, a partir dos quais poderá ser incluído em determinada classe.

Milner (1983) chama de *propriedades* os traços comuns que permitem este tipo de agrupamentos; para o autor, um *juízo de atribuição* começa com a identificação de um “x” que posteriormente é ligado a uma propriedade, a partir da qual se determinará tanto as classes quanto os limites das mesmas. Quando fazemos um diagnóstico supomos ao sujeito certas *propriedades* e ao mesmo tempo o excluimos de outras; apreendemos os “x” de tal ou

³ Com esta designação faço referência, de um modo geral, a diferentes atores que podem tratar de uma criança com alguma questão “psíquica”, incluindo principalmente psicólogos, psicanalistas, psiquiatras e neurologistas. Mas também trazendo à tona fonoaudiólogos, manuais diagnósticos (que neste contexto estão presentes como verdadeiros atores) e professores nas escolas.

qual maneira e os “tratamos” segundo esta maneira de apreendê-los. Como em uma ilusão de ótica, fazemos equivaler classes imaginárias (as propriedades) e classes simbólicas (os nomes) na pretensão de significar aquilo que nos interroga. Contudo, os critérios diagnósticos não captam nenhuma *essência*.

Por serem construções da linguagem, as classes estão constantemente afetadas pelo que se diz delas; os “x” não têm *a priori* propriedade alguma, e o ato de adjetivá-los traz consigo sua *essenciação*. Ao definir uma coisa, longe de captar sua essência, estamos impondo-lhe uma identidade. Heidegger (*apud* ZIZEK, 2014) formula o conceito de *essenciar* para apresentar-nos uma ideia de essência que depende do contexto histórico e que acontece na e através da linguagem. Não haveria uma essência das coisas, mas sim uma linguagem que as atinge dotando-as de essências, “essenciando-as”. Nesse sentido, considero que desde o momento em que aparece uma classificação diagnóstica agrupando determinados fenômenos, estes ganham consistência, estatuto de doença e, por que não, de realidade. Os movimentos de dizer fundam representações, e as representações constroem a realidade: “Pouco a pouco se constrói um mundo” (MILNER, 1983, p.82).

Os processos de *essenciação*, embora medulares para sermos humanos, portam uma faceta de violência. A linguagem nos coloca no mundo, cria nossa realidade, dá sentido a nossa experiência e também exerce, no ato de simbolização que lhe é próprio, uma violência que opera em múltiplos níveis. Para Zizek (2014), é violenta a ação de designar uma coisa, pois nessa designação a reduzimos “a um simples traço” que não é a coisa em si, outorgando-lhe uma significação que lhe é externa.

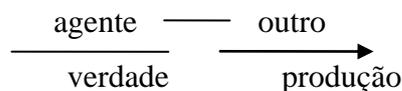
Estes processos de *essenciação* são equívocos, não somente por não captarem a essência que não há, mas porque se constituem no interior de *discursos* cuja organização intrínseca é diferente entre um e outros. Ao falar neste ponto de discurso estou me referindo ao ensino de Lacan em seu 17º seminário.

Os Discursos

Lacan (1969-1970) dedicou um ano de seu seminário ao que ele chamou de aparelhos da linguagem, os quatro discursos que incidem nas relações entre o sujeito e o outro. Os discursos estão inscritos no mundo e fazem parte de seus pilares; são sem palavras, mas toda palavra se produz, se aloja e é condicionada por eles. Os discursos instituem fatos e geram sentidos.

Se os discursos fundam e regulam os laços sociais, toda relação *médico-paciente* entra em alguma das modalidades possíveis desse laço (QUINET, 2006). Do mesmo modo, todo critério diagnóstico forma parte de algum corpo de conhecimento, que por sua vez se inscreve em algum tipo de discurso.

Lacan (1969-1970) deu nome a cada um destes dispositivos: Discurso do Mestre⁴, da Histórica, do Analista e do Universitário. Os mesmos organizam em relações estáveis os elementos fundamentais da linguagem: S_1 , S_2 , a , $\$$. Há quatro lugares onde estes elementos se alocam: o lugar do agente, o lugar da verdade, o lugar do outro e o lugar da produção.



Cada elemento se restringe a um lugar diferente em cada discurso; para Lacan, os quatro elementos podem servir a um grande número de relações, e são elas que importam: aquilo que acontece e aquilo que não acontece a partir delas.

Os discursos são aparelhos de tratamento do gozo nos laços sociais, um “tratamento civilizatório que regula as relações dos homens entre si” (QUINET, 2006). Para regular e distribuir o gozo se aplicam recursos simbólicos e imaginários e nesse sentido um discurso é sempre semblante, havendo algo do gozo que os discursos não conseguem aparelhar. Deparamo-nos aqui com o real, “um tope lógico daquilo que do simbólico se enuncia como impossível (LACAN, 1970, p.58). [...] Incluso no mundo do discurso não há nada que seja tudo. Mas o diálogo só é possível situando-se no discurso” (LACAN, 1970, p.131).

Ao conceituar a impossibilidade presente em cada discurso, Lacan avança sobre aquilo que Freud designou como as três profissões impossíveis: governar, educar e psicanalisar, acrescentando o fazer desejar como quarto impossível. Em toda palavra que toca um sujeito há um impossível, e é a partir desse impossível que os laços sociais se organizam. Por fora da ordem da linguagem encontramos o objeto, batizado por Lacan como a , que é da ordem de um real pulsional, para sempre perdido, impossível. No lugar da falta “se desenvolvem as relações sociais, desde o início atravessadas por essa impossibilidade fundadora e apreendida pelos sujeitos como uma imposição externa” (RINALDI, 2005, p.99). Ao redor do furo há o mal-estar próprio das relações sociais que dele decorrem.

⁴ Neste discurso, uma “pequena inversão” (LACAN, 1972) de lugares entre os elementos S_1 e $\$$ *essencia* o que Lacan chamou de Discurso Capitalista, cujas particularidades serão discutidas no Capítulo I.

A não completude atravessa a relação ímpar que os discursos mantêm entre si e que Milner (1995) nomeou como *corte*. As regras intrínsecas a cada discurso são diferentes, e isso os torna ímpares. Ao mesmo tempo, o real, sendo impossível de representar, faz o contraponto necessário para que os “x” sejam *essenciados* e nomeados.

Discurso e Diagnóstico

O discurso é equivalente a um método, pois organiza um modo de fazer.

Não se pode falar de diagnóstico por fora do marco de uma teoria na que este se inscreve. Diria mais: falar de diagnóstico é fazer teoria, é construir um saber. Não se trata de uma questão meramente especulativa já que esta teoria tem consequências no nível da nossa prática, ao mesmo tempo que surge dela [...] Os conceitos orientam a prática e uma adequada conjectura diagnóstica é importante para dirigir um tratamento (RUBISTEIN, 1999, p.3).

Discursos diferentes, com uma organização *sui generis* de seus elementos constituintes, olharão para os “x” cada um à sua maneira. A partir daí, pode ser que o “x” ganhe nomes diferentes. No caso do diagnóstico, cada teoria recortará e agrupará os fenômenos clínicos segundo seu modo particular. É nesse sentido que os mesmos fenômenos clínicos podem ser lidos por um psiquiatra como uma *Histeria* e por um psicanalista como uma *Esquizofrenia*, como efetivamente aconteceu no Serviço de Psiquiatria de um Hospital Geral. Um sujeito que atravessava aos 27 anos seu primeiro surto psicótico ganhou o diagnóstico de *histérico* por parte da psiquiatria por apresentar atributos que “não batiam” com a esquizofrenia. A saber: uma vida organizada até o momento do surto, uma carreira em Universidade pública sendo concluída, namorada de anos e família “bem constituída”. O comportamento deste sujeito no serviço (sucessivas fugas, tentativas de beijar a psiquiatra, tremedeiras, entre outras) foi considerado uma apresentação teatral própria da histeria.

Pode ser também que os discursos confluem, outorgando o mesmo nome a determinado “x”, mas aquilo que este nome venha significar pode resultar bem heterogêneo. O diagnóstico de *Autismo*, por exemplo, não *significa* o mesmo para a psicanálise, para as neurociências, para a educação, para a justiça.

Como dissemos anteriormente, há um *corte* entre os discursos que sustentam as práticas. Com esta noção, Milner (1995) faz referência a que, entre os discursos, nenhuma das

proposições de um é sinônima de nenhuma das proposições do outro, e as semelhanças que acreditamos encontrar entre elas não passam de homonímias. Voltando ao exemplo do *Autismo*: para a justiça (Lei 12.764) este “transtorno” é considerado uma “deficiência”; a medicina, por sua vez, não cansa de procurar o *gen* da questão; e a psicanálise indaga sobre as questões do sujeito, da responsabilidade, da escolha.

Para Zarifian (1986), é impossível evocar um diagnóstico de maneira unívoca; o contexto e a finalidade diagnóstica devem ser definidos. O diagnóstico no meio hospitalar, por exemplo, é uma aproximação descritiva que serve para comunicar acerca de um paciente. Trata-se de uma convenção aceita pelo grupo. Assim, acontece muitas vezes que o diagnóstico muda quando o sujeito é transferido para outra instituição. Acontece também com frequência que as instituições se caracterizam pela proliferação de determinados diagnósticos. Desta maneira, o autor citado se refere à responsabilidade que a estruturação do grupo tem pelo diagnóstico.

Os discursos “criam o mundo” e também práticas e tratamentos, assim como criam os *loucos* que destes tratamentos serão destinatários. Sob quais condições um sujeito surge como “louco” na ordem dos discursos?

Que lugar ele pode ocupar em cada tipo de discurso, que funções exercer, e obedecendo a que regras? Trata-se, em suma, de retirar do sujeito [...] seu papel de fundamento originário, e de analisá-lo como uma função variável e complexa do discurso. Seria preciso, ainda, especificar em que campo o sujeito é sujeito, e de quê [...] (FOUCAULT, 1969, p.28).

O sujeito em sua condição de dividido surgiu no século XVII, quando a produção discursiva da ciência aprofundou a crise das certezas metafísicas. Porém, o sujeito dividido foi situado à margem do saber da ciência, em lugar *éxtimo*⁵ à mesma, sendo por ela rechaçado. A subversão de Freud foi operar sobre esse sujeito e “fundar” o sujeito do Inconsciente. A psicanálise herda o sujeito que a ciência moderna forjou, tomando-o em sua divisão constituinte (LACAN, 1966) e não suturável; nesse ato, a psicanálise bifurca seu caminho em relação à ciência. Esta última se ocupa não do sujeito do inconsciente e sim de um *eu* dotado de qualidades, suposto dono de uma história e de atributos que o definem, uma espécie de *sujeito da razão*.

A *criança* também é constituída através da produção discursiva: não existe como dado da realidade enquanto objeto natural (PRATES, 2012). A diferenciação entre criança,

⁵ *Éxtimo* é um neologismo cunhado por Lacan (1959-1960) para indicar que aquilo que é o mais íntimo encontra-se, paradoxalmente e ao mesmo tempo, do lado de fora.

adolescente e adulto responde a categorias socialmente construídas e não poucas vezes confusas e curiosas. Segundo Philippe Ariès (1973), foi no século XII que a *criança* “saiu do anonimato” quando a família começou a organizar-se em torno dela. Ao dizer “curiosas” me refiro, por exemplo, às definições de *criança* que podemos ler em dicionários como o Aurélio, ou no *Diccionario de la Real Academia Española*; nestes, utiliza-se muito a palavra *pouco* associada ao termo *criança*: poucos anos, pouca experiência, pouca reflexão, pouca seriedade, pouco juízo, pouco pensa nas consequências. Nesse sentido, não parece tão bizarro que a *loucura* tenha sido associada à infância: o *louco* representava no século XVIII uma idade menor, um sujeito sem direito à autonomia, comparado a uma criança com excesso de força. Assim sendo, as analogias entre tratamento dos *loucos* e educação dos infantes eram moeda corrente (FOUCAULT, 1961).

Para Freud (1905), a criança é um ser sexuado e para o dicionário Aurélio é o ser que se encontra no período da infância, definida como a etapa da vida até a puberdade. Pode ser também, segundo a Lei 8.069 (BRASIL, 1990), toda pessoa até doze anos incompletos. Uma criança, como afirma Cazenave (1999), é um significante que não tem realidade senão articulado a outros significantes no discurso.

Ao longo da dissertação, discutirei a produção discursiva do diagnóstico de autismo, com ênfase nas consequências que essa construção tem para a condução dos tratamentos. Inicialmente, abordarei a questão da construção do diagnóstico no Discurso da Psiquiatria. A base da discussão será o DSM, manual que auxilia os psiquiatras tanto no diagnóstico quanto nas medidas terapêuticas adotadas. Orienta também psicólogos, sobretudo aqueles com uma abordagem cognitivo-comportamental. Uma breve historização da loucura e seu tratamento foi necessária para pensar o estatuto deste manual e sua relação com a psiquiatria.

Cabe esclarecer que outro manual comumente usado, especialmente fora dos Estados Unidos, é o CID (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), publicado pela OMS (Organização Mundial de Saúde). Este manual inclui as doenças mentais desde sua publicação de 1948. Ambos manuais procuram, hoje em dia, atualizar suas versões de forma coordenada.

Em seguida, será discutida a construção e a relevância do diagnóstico em psicanálise. Serão trabalhados alguns conceitos-chave para pensar o diagnóstico, assim como as digressões internas à teoria psicanalítica em torno do diagnóstico de autismo. A abordagem teórica parte dos textos freudianos e é acompanhada pela releitura que Lacan faz desta obra. A articulação com a prática clínica será feita aprofundando no percurso de tratamento de Pablo e João.

Finalmente, abordarei a construção do diagnóstico de autismo no Discurso da Reforma Psiquiátrica, focando na clínica dos Centros de Atenção Psicossocial infanto-juvenis (CAPSis). Para tal, estou realizando desde novembro de 2015 uma pesquisa clínica no CAPSi Heitor Villa Lobos, situado em Madureira. Sendo um dispositivo clínico orientado por uma lógica que subverte os clássicos e polêmicos modos de tratar da saúde mental, discutir-se-ão as peculiaridades do diagnóstico em uma clínica orientada de tal maneira. De que modo as intervenções propostas pelo CAPSi participam na construção do diagnóstico de autismo?

1 O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA PSIQUIATRIA

Para abordar esta questão, começarei tratando das coordenadas que atravessam a construção do diagnóstico no discurso psiquiátrico. Farei um percurso pela própria noção de *loucura* ao longo do tempo, os tratamentos aos *loucos* ofertados e o lugar do diagnóstico nesse contexto. Numa psiquiatria que começa sendo de adultos, veremos em que momento o interesse pelo diagnóstico e tratamento de crianças tem suas sementes, assim como os desdobramentos e conjunturas que marcaram a pedopsiquiatria e levaram à *essenciação* atual do diagnóstico de autismo.

Hoje em dia, a psiquiatria baseia suas avaliações no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) que, seguindo os critérios da Associação Americana de Psiquiatria (APA), reúne a lista dos transtornos mentais oferecendo critérios para diagnosticá-los. O uso deste Manual, além de ser da predileção da psiquiatria, das neurociências e da psicologia cognitivo-comportamental, é preeminente nos programas de saúde mental. Os pretextos para tal são, por exemplo, a procura de uma “língua comum” para discutir diagnósticos e tratamentos e a procura da eficácia e da eficiência nos investimentos em saúde pública.

São tão objetivos os comportamentos descritos por esta “língua comum” que, ao longo dos anos, a mesma ultrapassou as fronteiras do campo médico. Todo cidadão pode iniciar-se em psiquiatria graças ao DSM. Esta língua se integra ao cotidiano (LANDMAN, 2013), nos grupos de trabalho e de amigos; termos simples brindam a cada um a possibilidade de se converter em experto diagnosticador. Esta prática selvagem do diagnóstico é comum no dia-a-dia de nossas relações e se espalha até mesmo nos âmbitos que tratam da saúde mental, nos quais não é incomum a abundância de “diagnósticos de corredor”, feitos às pressas e servindo-se de clichês.

Nas escolas, por exemplo, é bem frequente encontrarmos alunos sendo diagnosticados pelos professores, como aconteceu com Pablo. Em diálogo com a creche que o menino frequentava, falaram-me dele usando termos que pouco diziam sobre Pablo e muito repetiam os critérios que, à época, o DSM-IV considerava como descritivos do “indivíduo autista”. As últimas palavras da professora foram contundentes: “eu não poderia afirmá-lo, mas há até quem o viu fazendo aqueles movimentos chamados *rocking*”. Era uma lista esquisita que de

tão cheia ressonava vazia de sujeito, pois nessa cumprida listagem de critérios Pablo e as particularidades de sua história *brilhavam por sua ausência*⁶.

Poderíamos apelidar de utópico e inocente um manual que “procura constituir-se em um sistema classificatório fidedigno dos padecimentos psíquicos [e cuja] racionalidade está organizada em torno da busca de categorias confiáveis e operacionais que permitam a superação de mal-entendidos terminológicos no terreno da psicopatologia” (DUNKER e NETO, 2011, p.623). Contudo, contextualizar seu percurso e suas mutações desde sua primeira aparição em 1952 até os dias de hoje, propicia um olhar aprofundado para discutir e pensar o lugar do DSM na atualidade.

O DSM é um instrumento de *avaliação* que codifica emoções e comportamentos e legisla sobre quais são normais e quais não. A ideologia da avaliação (MILNER, 2011), preta de significantes-mestre, tem como causa o domínio e o adestramento dos sujeitos. Seja para prevenir ou reprimir o crime, seja para tratar a doença mental, seja para medir alunos e professores na escola, a avaliação ganhou título de experto. Entre estatísticas, percentagens e questionários, apresenta-se como o perito supremo que, paradoxalmente, gera seus próprios critérios, ao tempo que se torna, ela mesma, inavaliável. Quem avalia o DSM? Os mesmos psiquiatras que trabalham elaborando-o. Um grupo de profissionais expertos regulamenta a normalidade e todo cidadão que se preze, tem o direito e a obrigação de submeter-se a esta regulamentação.

Vende-se a avaliação como propiciadora do progresso. Para Milner (2011), a avaliação responde à demanda de solução dos problemas prometendo ajustar os homens de maneira tal que seus crimes e suas loucuras não incomodem o bom andamento do progresso. A pergunta que insiste é: de que progresso estamos falando? Progresso em direção a quê? A avaliação entra no mais íntimo dos indivíduos e responde a interesses diversos que convergem em um mesmo ponto: o controle social.

As categorias diagnósticas da psiquiatria são construções sociais historicamente datadas e desde sempre aparentadas com o poder e com a disciplina, funcionando como ferramentas de autoridade. Os primeiros passos da psiquiatria foram de mãos dadas com a instituição judiciária que pretendia dar justificação científica às práticas de controle social. Por isso, pensar o modo operacional do DSM é uma questão clínica, mas, além de tudo, é uma questão ética e política.

⁶ *Brilhar por sua ausência*: expressão que pertence a Tácito (155 – 117 AC) e se usa para dizer que algo ou alguém se destaca por não estar presente naquele lugar onde era esperado.

A consciência científica ou médica da loucura, ainda que reconheça a impossibilidade de operar uma cura, está sempre virtualmente comprometida num sistema de operações que deveria permitir eliminar seus sintomas ou dominar suas causas. Por outro lado, a consciência prática que separa, condena e faz desaparecer o louco está necessariamente misturada com uma certa concepção política, jurídica e econômica do indivíduo na sociedade (FOUCAULT, 1961, p.193).

Em seguida, faremos um breve percurso pela história da psiquiatria, suas relações com o poder e a Justiça e o lugar da *loucura* ao longo do tempo, no intuito de contextualizar as condições de surgimento dos DSMs.

1.1 *Tijolo com tijolo num desenho lógico*⁷ (Breve história da loucura)

Quando no final da Idade Média os leprosários começaram a se esvaziar, o estigma do *leproso* permaneceu pairando no ar à espreita de novos corpos onde encarnar. Permaneceram as estruturas da exclusão social que iam enchendo-se pouco a pouco de *pobres, vagabundos, presidiários e "cabeças alienadas"* (FOUCAULT, 1961). Os *alienados*, até então, tinham tido uma existência errante.

Uma nova “sensibilidade social” começou a ser criada, alcançando um ponto chave no século XVII ao “isolar a categoria destinada a povoar os lugares de internamento”. Os hospitais proliferaram, e “antes de ter o sentido médico que lhe atribuímos, ou que pelo menos gostamos de supor que tem, o internamento foi exigido por razões bem diversas da preocupação com a cura: o que o tornou necessário foi um imperativo de trabalho” (FOUCAULT, 1961, p.87). As medidas de prisão arbitrárias e repressivas ligaram loucura e hospital quando designaram o segundo como local natural da primeira.

O internamento era assunto de polícia e o hospital uma instituição judiciária, ambos encarregados de castigar e corrigir uma certa "falha" moral que contradizia à razão.

Como medida econômica e precaução social, [a internação] tem valor de invenção. Mas na história do desatino, ela designa um evento decisivo: o momento em que a loucura é percebida no horizonte social da pobreza, da incapacidade para o trabalho, da impossibilidade de integrar-se no grupo; o momento em que começa a inserir-se no texto dos problemas da cidade. As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. O sentido do internamento se

⁷ Da música *Construção*, de Chico Buarque.

esgota numa obscura finalidade social que permite ao grupo eliminar os elementos que lhe são heterogêneos ou nocivos [...] E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade [...] (FOUCAULT, 1961, p.89).

Ao longo do século XVIII, Foucault (1975) localiza três figuras que vão misturar-se até convergir na figura da *anormalidade* do século XIX, a qual trará a biologia (junto da medicina) e a pedagogia para o terreno da loucura. Uma destas figuras é o “monstro humano”, que aparece em um campo que é ao mesmo tempo biológico e jurídico. O monstro é aquele que viola tanto as leis da sociedade quanto as leis da natureza. Este fato suscitou a intervenção de meios de supressão como a violência, a piedade e os cuidados médicos. Outra figura é o “indivíduo a ser corrigido”, que surge no contexto familiar e, a diferença do monstro que é uma exceção, é um fenômeno corrente. É tão familiar e próximo da regra, que assim como se reconhece facilmente, não se tem provas a dar sobre sua incorrigibilidade, mas igualmente requer intervenções de reeducação. A terceira figura é o “masturbador”; a criança masturbadora surge como questão no campo da família no final do século XVIII. Os pais e a medicina foram convocados a tomar conta da criança e seu corpo, pois algo tão universal como a masturbação foi considerado uma “prática desconhecida” e alocada como princípio de explicação da singularidade patológica. As crianças foram culpabilizadas por um discurso moralista; a masturbação se patologizou e ganhou ficção de doença, associando-se a quadros como meningite, encefalite, cardiopatias, etc. E, claro, era regularmente citada como origem da loucura.

A superposição destas três figuras fez surgir um personagem que não podia integrar-se no mundo, gostava de desordem, odiava a moral, renegava das leis e podia chegar a cometer crime (FOUCAULT, 1975). Loucura e periculosidade se aproximaram tanto que o juiz já não condenava o crime, mas julgava as condutas irregulares propostas como causa. Diferentes sistemas de saber e poder se reagruparam para dar conta dessa nova figura, a do *a-normal*.

Nessa empreitada, a avaliação psiquiátrica ganhou forma de conhecimento científico e se constituiu como essencial legitimador e extensor do poder de punir. Demandou-se à psiquiatria que fornecesse um discriminante entre normal e anormal e assim esta disciplina se instalou menos como ramo da medicina geral e mais como ramo especializado da higiene pública⁸. A psiquiatria se institucionalizou atuando na proteção social contra os perigos que a doença podia acarretar à sociedade. Para existir como instituição de saber fundado e

⁸ A primeira revista especializada em psiquiatria na França, aparecida em 1829, chamava-se *Anais de higiene pública*.

justificável, a psiquiatria teve de codificar a loucura como doença, torná-la patológica. Foi preciso também codificar a loucura como perigo para que a psiquiatria pudesse funcionar como ferramenta da higiene pública e da proteção social na detecção e “prevenção” dos crimes sem razão.

Ingressamos assim na era dos alienistas, que baseavam suas concepções no delírio como núcleo central do saber sobre a loucura. Philippe Pinel (1745-1826) é considerado o primeiro alienista e fundador da tradição clínica (BERCHERIE, 1986). Sua base de conhecimento era a observação empírica dos fenômenos da realidade, aos quais agrupava e classificava em função de suas analogias e diferenças. Inaugurou a exploração sistemática de um campo e a ordenação dos fenômenos que o constituíam.

O discurso dos alienistas, “tributário da razão iluminista, caracterizado pela crença no racionalismo científico” (RINALDI, 1998, p.104), pode ser pensado seguindo as conceituações lacanianas do Discurso do Mestre⁹ (LACAN, 1969-1970):

$$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$$

O médico-mestre, “com seu olhar e sua palavra, pode restabelecer o poder da razão, perdida no turbilhão das paixões” (RINALDI, 2002, p.59). O médico se coloca como aquele que sabe e apoiando sua essência na função do significante se proclama detentor do S_1 . Desde esse lugar, comanda e age sobre o alienado, S_2 . O alienado é quem sabe: Pinel lhe supõe um resquício de razão. Mas sabe, sobretudo, o que o mestre quer, e por isso as coisas funcionam. O produto da operação é a doença mental, objeto a , o pagamento que o médico exige ao alienado, a quem supõe a ostentação dos meios de gozo. No lugar da verdade encontra-se o sujeito, cuja divisão se mascara sob a ilusão do significante mestre.

Pinel criou uma nosografia na qual destacou grandes classes sintomáticas, onde a anatomia patológica desempenhava um papel secundário. Considerava a alienação mental como um distúrbio das funções superiores do sistema nervoso, uma afecção *moral* sem lesão estrutural. Aderia à hipótese de uma alienação mental única que se manifestaria em “quadros sincrônicos de síndromes definidos fundamentalmente ao redor da manifestação central da doença” (MAZZUCA, 2001, p.38).

⁹ Assim como a ciência moderna, o discurso dos alienistas é instigado também pelo Discurso da Histérica, que com o objeto a no lugar da verdade questiona o saber constituído, desafiando o mestre e colocando-o em posição de trabalho. A interrogação histórica foi fundamental para o surgimento da psicanálise; este discurso será abordado mais detidamente no Capítulo II da presente dissertação.

Quanto ao tratamento, Pinel acreditava que o espírito perturbado podia ser reconduzido à razão com o auxílio da instituição. O ambiente do alienado desempenhava um papel fundamental no tratamento moral sustentado. O sujeito era retirado do entorno habitual que se supunha gerador da doença e submetido a uma educação modelar, conselhos profiláticos e uma disciplina severa e paternal regida pela lei médica.

Pinel deu à loucura o nome de *doença mental*, e assim a legitimou como assunto da medicina. A associação entre loucura e criminalidade continuava vingando: as pessoas somente trocaram o medo da loucura pelo medo da doença mental (LANDMAN, 2013).

No início do século XIX nos deparamos com a primeira descrição de um quadro psiquiátrico na infância¹⁰. Esquirol (1772-1840), discípulo de Pinel, redefiniu o quadro de *idiotismo* (forma mais grave de alienação mental, segundo Pinel) e o nomeou de *idiotia*. O conceito se construiu derivando-o da observação do adulto, mas o importante é que, pela primeira vez, se estabeleceu uma diferença entre a loucura do adulto e uma doença congênita da criança. A *idiotia* tinha começo antes do desenvolvimento integral das faculdades intelectuais e afetivas; em consequência, a criança não podia adquirir os conhecimentos relativos à educação que recebiam as crianças de sua idade. De origem cerebral, a *idiotia* era considerada um déficit global incurável (BERCHERIE, 1986).

Décadas mais tarde, e em decorrência da observação direta de crianças, o educador Séguin (1812-1880) estabeleceu a diferença entre as categorias de *idiotia*, *imbecilidade e debilidade*. Tratava-se de quadros diferentes, com etiologia também diferente, que romperam com a visão unitarista da idiotia. Além das causas orgânicas, foram consideradas as causas ambientais e psicológicas. Séguin sustentou a hipótese de um déficit parcial e reversível quando acompanhado com métodos especiais de educação, trazendo valiosos aportes para o que seria posteriormente a educação especial. Além disso, ajudou a elaborar uma diferença, na infância, entre doença mental (não necessariamente associada ao déficit intelectual) e retardo mental, que até então continuavam confundidas.

No final do século XIX, a anomalia sexual ficou estabelecida como princípio etiológico da doença mental. Assistiu-se a uma interpenetração entre a descoberta do autoerotismo e a responsabilização patológica, que Foucault (1975) chamou de *autopatologização*. A criança ocupou aqui um lugar destacado: se seu corpo tinha sido atingido pela doença, era porque a criança tinha-o tocado. O que se buscava para demonstrar que se tratava de alguém psiquiatrizável, não era o processo, mas os estigmas permanentes

¹⁰ Não obstante, uma clínica específica da criança, com conceitos próprios, só se estabeleceu realmente a partir da década de 1930 (BERCHERIE, 1986).

que marcavam estruturalmente o indivíduo. A infância apareceu nesse contexto como instrumento maior da psiquiatrização: foi o princípio de generalização da psiquiatria, a armadilha para pegar adultos. Para que uma conduta entrasse no domínio da psiquiatria, bastava com que fosse portadora de algum vestígio de infantilidade.

1.2 A psiquiatria se *desalieniza*¹¹

Ao longo do século XIX a nova figura do *anormal* ficou fortemente associada à noção de instinto. Os instintos se tornaram o grande tema da psiquiatria, cuja tarefa era corrigi-los e normalizá-los. Esta transformação trouxe uma importante modificação: o poder psiquiátrico intramanicomial, centrado na doença, tornou-se também poder extramanicomial, atingindo toda conduta considerada anormal. Foucault (1975) chama isso de “segundo nascimento da psiquiatria” ou “verdadeiro nascimento da psiquiatria”. Os psiquiatras tomaram o lugar dos alienistas: Jules Baillarger (1809-1890) foi o primeiro psiquiatra na França, e Wilhelm Griesinger (1817-1868) na Alemanha.

Griesinger ocupou um lugar intermediário no modo de conceber a loucura. Considerava-a, como Pinel, um gênero unitário, mas não sincronicamente. A doença mental seguia um ciclo evolutivo (de degradação progressiva) cujas fases sucessivas davam lugar às diferentes formas clínicas. Em consequência, os psiquiatras da época não acreditavam na existência da loucura propriamente dita na criança. Griesinger (*apud* BERCHERIE, 1986), escreveu no seu Tratado de 1845 que o *eu* do infante não está formado ainda de maneira estável para apresentar uma degeneração radical. As doenças nas crianças não gerariam loucura, mas seria ao longo do desenvolvimento que atingiriam a inteligência em todas suas faculdades, dando lugar a um retardo mental irreversível.

Na nova psiquiatria, o diagnóstico não recaía nos sintomas centrais do quadro, mas nos signos secundários que eram fundamentais para o diagnóstico diferencial. Este fato abriu o campo sintomatológico, e vários fenômenos que até então não tinham estatuto na ordem da doença mental passaram a ser sintomatologizados. Na medicina dos alienistas, o que fazia com que uma conduta funcionasse como sintoma era seu núcleo delirante¹². Na nova

¹¹ Termo extraído do livro de Foucault, *História da Loucura na Idade Clássica* (1961).

¹² Delírio deriva do latim, *lira*, sulco do arado; delírio significa afastar-se do sulco, do caminho reto da razão.
Fonte: <origemdapalavra.com.br>.

configuração da psiquiatria, a conduta sintomática vai ser associada à discrepância em relação às regras de ordem e de conformidade: regularidades administrativas, obrigações familiares, normatividade política e social.

As configurações da loucura características do século XVIII descritas por Foucault (o monstro, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora), sofrem rearranjos a partir dos quais a psiquiatria não necessita mais da loucura para mostrar-se necessária: podia tornar psiquiátrica toda e qualquer conduta, sem se referir à alienação. A psiquiatria viu finalmente abrir-se diante de si, como domínio da sua inerência possível, como domínio das suas valorizações sintomatológicas, o domínio inteiro de todas as condutas.

A psiquiatria positiva do século XIX, e também a nossa, se renunciaram às práticas, se deixaram de lado os conhecimentos do século XVIII, herdaram em segredo todas essas relações que a cultura clássica em seu conjunto havia instaurado com o desatino; modificaram essas relações, deslocaram-nas; acreditaram falar apenas da loucura em sua objetividade patológica mas, contra a vontade, estavam lidando com uma loucura ainda habitada pela ética do desatino e pelo escândalo da animalidade (FOUCAULT, 1961, p.181).

Apesar das diferenças evidentes entre sintomatologia psíquica e sintomatologia orgânica, os psiquiatras do século XIX procuravam aplicar o mesmo procedimento diagnóstico usado pelos médicos. Constituiu-se, assim, uma psiquiatria orgânica que definia uma série de doenças mentais dependentes de patologia cerebral. A doença mental ficou associada aos distúrbios neurológicos. A psiquiatria pôde então conversar com a medicina, tendo a neurologia como mediador. Contudo, quanto mais estudadas eram as doenças, mais clara ficava a falta de uma correlação direta entre processo orgânico e sintomatologia psiquiátrica.

Um furor classificatório caracterizou a época, tanto assim que entre o fim do século XIX e começos do século XX atingiu-se uma marcada riqueza na elaboração clínica e nosográfica. O objetivo era alcançar uma “nosografia tridimensional” (KAMMERER, 1986). Esta consistia, primeiramente, em uma descrição exaustiva do quadro (índices e sinais das doenças) a partir da observação clínica; um segundo estágio no qual era reconhecido o substrato anatômico e os fenômenos eram organizados em classes de sintomas; e o terceiro estágio no qual se determinava o agente etiológico do quadro, que podia ser tanto externo quanto interno. Sistematizou-se a psicopatologia descritiva com uma semiologia de sinais precisos e exclusivos. Tendo sido rejeitada a hipótese de uma alienação mental única e específica, procurou-se demarcar tipos mórbidos particulares, considerar sua fisionomia e seu

desenvolvimento e depois agrupá-los em *síndromes* (combinações de sinais, com mais de uma etiologia), ou *doenças* propriamente ditas (síndrome reatada a sua presumida etiologia).

Nesse contexto ressoam os nomes de Kraepelin (1856-1926) e Clérambault (1872-1934). O primeiro sustentava a tese de que os transtornos psiquiátricos eram mera expressão de uma lesão orgânica do cérebro, contrariando a tese freudiana da causa *psicológica*. Clérambault é considerado um dos últimos mestres da psiquiatria clássica; foi a maior referência na formação de Lacan como psiquiatra. Suas conceituações da *síndrome de automatismo mental* e dos *fenômenos elementares* marcaram a elaboração lacaniana da psicose.

O conceito de *demência precoce* de Kraepelin teve uma influência notável sobre a pedopsiquiatria da época. Sante de Sanctis (1862-1935) descreveu, em 1908, uma forma peculiar de loucura na infância. Tratando-se do mesmo processo que o da Demência Precoce, a *demência precocíssima*¹³ tinha seu aparecimento a partir dos 3-4 anos. Até então, as crianças apresentavam um desenvolvimento normal. Caracterizava-se por um estado de morosidade e indiferença, com negativismo, transtornos afetivos (cólera e ansiedade), desagregação da linguagem e diversos transtornos motores (agitação, estereotípias, maneirismo, catatonia e impulsões). Por dar-se antes da puberdade, evoluía em forma rápida e massiva até a demência (BECHERIE, 1986; BELAGA, 2007).

Eugen Bleuler (1857-1939) influenciou decisivamente na tendência a uma interpretação dinâmica da *esquizofrenia*, conceito que propôs como substituição ao de *demência precoce* de Kraepelin. Pondo em relevo mecanismos evidenciados por Freud e Jung, Bleuler trouxe à tona a não correspondência entre a doença mental e o modelo anátomoclínico. Desenvolveu as noções de processo psíquico e de *Spaltung* (cisão das funções psíquicas), a partir das quais se distinguiam sintomas primários e sintomas secundários da esquizofrenia. Para fazer o diagnóstico diferencial, o clínico devia mergulhar na procura dessa dissociação. Apesar de sua proximidade com a teoria psicanalítica, Bleuler negou as teorias da causalidade da libido e da sexualidade infantil. Ao retirar *eros* do autoerotismo freudiano, cunhou o termo *autismo*.

Bleuler não utilizou o conceito de autismo como entidade nosológica, mas como sintoma da esquizofrenia, a qual atribui quatro sinais fenomenológicos básicos. O distúrbio das associações, que se caracterizava pela falta de coesão entre as palavras, o fluxo de

¹³ Em 1933, Lacan, Claude e Heuyer, apresentaram na Sociedade Médico-Psicológica, um caso de *demência precocíssima*. Descreveram os sintomas de um menino de 10 anos de idade que sofria de demência precoce, com delírios de perseguição, mutismo e rompantes de violência. Segundo relata Clark (1988), os autores acreditavam que a causa da doença tinha a ver com a exposição do paciente à infecção encefálica sofrida por uma prima. Não obstante, observaram que o próprio paciente tinha sugerido esta etiologia após se auto examinar frente ao espelho.

pensamento interrompido e o desvio de ideias; a rigidez afetiva ou incapacidade para a modulação afetiva; a ambivalência, na qual o não e o sim são a mesma coisa; e o autismo. Este último significava a perda de contato com a realidade e a vivência de contato com outra realidade: os esquizofrênicos graves viveriam em um mundo próprio afastado do mundo externo.

Karl Jaspers (1883-1969) se destacou pelo valor que deu à fala do paciente e sua preocupação com o modo de se fazer um diagnóstico. Introduziu a fenomenologia na psicopatologia geral. Jaspers buscava traduzir a experiência efetivamente vivida pelo paciente em seu estado de padecimento psíquico, afirmando que o objeto da psicopatologia era o fenômeno consciente.

Por fim, uma breve nota sobre Henry Ey (1900-1977), cujas teorizações suscitaram grande interesse nos anos 30. Para Ey, a *norma* ficava definida em função da arquitetura própria de cada psiquismo, e não de maneira exterior a este. Apesar de não definir o que era *normal*, estabeleceu o que era a barreira entre o normal e o patológico. Órgano-dinamista, Ey considerava que havia variações psíquicas (nas emoções, pensamentos e sentimentos) que eram assunto da psicologia; mas quando estas passavam certo umbral, indicavam modificações cerebrais próprias das patologias com causa orgânica.

As influências teóricas da época incluíam, além das já mencionadas, o *onirismo* de Régis, Janet e seus trabalhos sobre *histeria*, e as *fobias* de Freud, entre outras.

Trata-se, portanto, da referência de uma teoria do conhecimento bastante poligênica, em que decerto contam muito a observação e a experiência, mas que tende, por um lado, a assimilar a introspecção à fisiologia das funções corticais superiores, e, por outro lado, a considerar o cientismo como a última palavra da epistemologia. Denominar empirismo uma tal amálgama parece muito sério, ora, é em referência a ele que se elaborou a semiologia psiquiátrica que ainda nos serve (LANTÉRI-LAURA, 1986, p.93).

Em 1935, Leo Kanner escreveu o primeiro grande tratado de psiquiatria infantil. Havia, até então, outros livros sobre o tema, mas a pedopsiquiatria era abordada como um campo complementar da clínica e da teoria psiquiátricas do adulto e não como um verdadeiro campo autônomo de investigação.

Kanner foi um psiquiatra austríaco, formado na clínica de adultos, que ao migrar para os Estados Unidos nos anos de 1920, orientou-se pelos estudos da psiquiatria infantil. Foi convidado para estabelecer, pela primeira vez, um serviço de psiquiatria dentro de uma clínica pediátrica, no *Johns Hopkins Hospital*.

Desde 1938 nossa atenção foi atraída por um certo número de crianças cujo estado difere tão marcada e distintamente de tudo o que foi descrito anteriormente, que cada caso merece – e espero que acabe por receber – uma consideração detalhada de suas fascinantes particularidades (KANNER, 1943, p.1).

No artigo *Os distúrbios Autísticos de Contato Afetivo* (1943), Kanner dá ao Autismo o estatuto de entidade nosológica. Descreve o caso de onze crianças com as seguintes características: impossibilidade de estabelecer conexões “ordinárias” com as pessoas e as situações (atuando como se as pessoas do entorno não estivessem lá); aquelas crianças que falam adquirem uma linguagem que não lhes serve como meio de comunicação; têm uma excelente memória mecânica; ecolalia; o “sim” é um conceito que demoram muito para aprender; as palavras tomam um significado inflexível e não podem usá-las mais do que na acepção aprendida originalmente; repetem os pronomes pessoais tal qual os ouvem sem conseguir ajustá-los à mudança de situação (por isso é comum que falem em terceira pessoa); desejo obsessivo de conservar a igualdade nas ações, na rotina, na disposição dos móveis, de tal modo que qualquer mudança os desespera; são crianças que se relacionam bem com os objetos, mas os seres humanos têm para eles o mesmo valor que os móveis ou objetos; não olham no rosto.

Kanner identifica, no autismo, fenômenos tipicamente esquizofrênicos, como os traços obsessivos, a ecolalia, e o autismo extremo. Contudo, afirma que se trata de um estado que difere de todas as formas conhecidas de esquizofrenia na criança. Incluso na demência precocíssima de De Sanctis, as primeiras manifestações são precedidas por um período de “normalidade”; pelo contrário, as manifestações em crianças autistas se apresentam desde o início da vida. Este fato atestaria, para Kanner, uma incapacidade inata de estabelecer contato afetivo. Outra diferença radica em que o esquizofrênico tenta resolver seu problema deixando o mundo, enquanto que os autistas estabelecem gradualmente contato com um mundo do qual nunca formaram parte. A nomeação do autismo como entidade nosológica trouxe a possibilidade de pensar tratamentos específicos para um quadro que se diferenciava da esquizofrenia.

Kanner foi, inicialmente, influenciado por Meyer¹⁴, Bleuler e a vertente psicanalítica de Margaret Mahler (relação mãe - filho); não obstante, orientou-se ao longo do tempo por teses que se baseavam na causalidade orgânica do autismo, fechando-se, a partir daí, a toda investigação psicanalítica. “Foi assim que o organicismo imprimiu o seu carimbo na

¹⁴ Adolf Meyer (1866 - 1950): psiquiatra funcionalista suíço, precursor da psiquiatria dinâmica, que presidiu a APA. Suas conceptualizações psicodinâmicas tiveram grande influência nos primeiros DSM, como veremos em seguida.

sintomatologia do ‘autismo infantil precoce’, marca que se pode verificar até hoje, através dos insondáveis debates que ainda interrogam se o autismo é inato ou adquirido” (CARNEIRO RIBEIRO; MARTINHO; ROCHA MIRANDA, 2012, p.79).

A segunda metade do século XX trouxe incursões na neurofisiologia cerebral, na bioquímica e na epidemiologia que alteraram a configuração da psiquiatria. Os flamantes recursos eram ferramentas de observação às quais se atribuiu o dom da precisão. A prática psiquiátrica seguiu uma rota cada vez mais afastada da experiência subjetiva e mais próxima do cálculo empirista.

1.3 As duas primeiras versões do DSM

A publicação do DSM-I (1952) foi impulsionada nos Estados Unidos pela necessidade de recolher informação estatística sobre os transtornos mentais e de aprimorar antigas tentativas de categorização que datam de inícios do século XX e eram usadas pelo exército norte-americano na seleção e acompanhamento de recrutas¹⁵. Implantado como um guia nas instituições de insanos, o manual teve grande influência do sistema diagnóstico de Meyer, que advogava pelas teorias psicodinâmicas.

Nesta primeira versão, há particular destaque para a oposição entre neurose e psicose. “Opondo-se à noção de processo e às divisões propostas por Kraepelin, Meyer centrou sua racionalidade diagnóstica em tipos de reação e no pressuposto sintético da história de vida e das moções determinantes das doenças mentais” (DUNKER, 2011, p.1). Destacou a importância da história de vida das pessoas para compreender sua experiência única com a doença, concebendo as desordens psiquiátricas como reações de má adaptação, dependentes do orgânico, do psicológico e do cultural.

O termo autismo não é apresentado como entidade nosográfica e sim como sintoma da *Reação esquizofrênica, tipo infantil* (quadro no qual são classificadas as reações esquizofrênicas acontecidas antes da puberdade) e da *Reação esquizofrênica, tipo paranoide* (A.P.A., 1952).

Em 1968 publicou-se a versão II do DSM, reformulado a partir das novas estatísticas fornecidas por hospitais psiquiátricos. Das 106 categorias de desordens mentais contadas na

¹⁵ Dados históricos extraídos de: <<http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history>>.

primeira versão, passamos a contar agora 182 desordens. A psicodinâmica e a oposição psicose–neurose continuaram sendo um guia classificatório. Porém, a noção de reação foi tirada da nomenclatura: por exemplo, aquilo que no manual I era chamado de *reação esquizofrênica*, ganhou o nome de *esquizofrenia* no manual II. O autismo continuou como sintoma da agora chamada *Esquizofrenia tipo infantil*, mas foi retirado como sintoma da *Esquizofrenia tipo paranoide* (A.P.A., 1968).

Os DSM I e II não refletiam clara separação entre normal e patológico, pois faziam uma abordagem *biopsicossocial* das afecções que matizava o limite entre um e outro. Não aboliam o subjetivo. Este fato era mal recebido por parte da comunidade psiquiátrica que, além de validar seu próprio trabalho na separação entre normal e patológico, refletia a dificuldade que as sociedades têm, até hoje, de aceitar e tolerar a indiferenciação entre os loucos e os outros. Prova disto são as profundas modificações que o manual sofreu em sua terceira edição.

1.4 A resposta dos movimentos antimanicômiais

Paralelamente a estes movimentos da psiquiatria, nos anos 1960 e 1970 houve uma importante e diferente aproximação entre a política e a loucura. A loucura começou a ser associada às injustiças sociais e à opressão resultante do sistema capitalista. A alienação mental passou a ser pensada em estreita relação à alienação social. Estes fundamentais movimentos sociais permitiram questionar as condições de vida nos asilos psiquiátricos dando origem ao movimento conhecido como antipsiquiatria.

A antipsiquiatria condena a iniciativa diagnóstica, pois esta redobraría a alienação do sujeito. Promove o encontro com o sujeito fora de toda orientação prévia. Não se trata da alienação da loucura, mas da alienação na sociedade das pessoas que se consideram normais. A segregação institucional própria dos manicômios, segundo os antipsiquiatras, prova que o médico utiliza seu saber servindo mais aos preconceitos da sociedade e menos em benefício do paciente.

A sociedade, com toda a paz de sua consciência, confia no médico para que este designe os indivíduos a serem excluídos por meio de um diagnóstico, quando não é mais possível integrá-los, custe o que custar, à "normalidade" - sem se perguntar absolutamente sobre os significados dessas loucuras ou desses retardamentos (MANNONI, 1971, p.15).

No campo da psicanálise, Freud (1913b) constatou o lugar que as constelações sociais têm na causação das neuroses: não há sujeito sem outro. Contudo, a doença mental “existe como positividade fenomênica e estrutural, e não é mero resultado de processos político-sociais de exclusão” (ELIA, 2005, p.58). Como afirma Freud no texto citado, dizer que as afecções nervosas são produto da cultura recobre somente uma parte do estado das coisas. Nesse sentido, não se trata apenas de propiciar políticas de inclusão e resgate da cidadania dos *loucos*, mas do respeito à singularidade da sua posição discursiva.

No campo das políticas públicas de saúde, os anos 70 são um momento chave no Brasil, quando a partir do chamado “Movimento Sanitário” inicia-se um processo de luta pela democracia na política nacional de saúde, que tinha como princípio a “saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado” (LOBATO, 2000). Em 1990 foi sancionada a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS), que “regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde”.

No campo da loucura, os movimentos de trabalhadores denunciaram as precárias condições de trabalho e de assistência, exigindo a transformação das práticas psiquiátricas. Dentre as propostas, sublinho os questionamentos dos valores culturais e sociais que legitimam a reclusão dos *loucos*. Tenório (2001) aloca a relação entre psiquiatria e reforma ainda no gesto pineliano de desacorrentar os loucos e dar estatuto científico à reclusão hospitalar. Quando a insuficiência do modelo asilar começou a ser criticada, surgiram no século XX alternativas terapêuticas como as colônias agrícolas. Estas últimas ofereciam tratamentos baseados na *ergoterapia*, que ajuda àquele que padece de algum transtorno (seja este físico, cognitivo, psíquico) por intermédio do trabalho e do movimento. Contudo, ainda mantinham como prática a exclusão do louco de seu lugar de convívio.

Outras tentativas reformistas datam dos anos 60, quando os movimentos da *psiquiatria comunitária* procuraram alternativas por fora do espaço hospitalar. A maior referência da psiquiatria *preventiva e comunitária* é o psiquiatra norte-americano G. Caplan. Com uma forte tendência ao higienismo e à psiquiatrização do social, Caplan procurava manipular a comunidade para diminuir o surgimento de casos de adoecimento mental (TENÓRIO, 2001). Na França, a *psiquiatria de setor* procurava descentralizar o atendimento, sair dos hospitais psiquiátricos para oferecer tratamento universal e de qualidade à população, em centros de saúde. Na Itália, a *Psiquiatria Democrática* denunciou as relações da psiquiatria com a justiça e com a classe social do *louco*; pretendia conter a loucura (apostando na medicação) para mantê-la no meio social e insistia na importância do respeito à singularidade do paciente.

Estes movimentos, que tiveram grande influência na gestação de uma reforma na psiquiatria brasileira, não refletiam ainda uma mudança cultural a respeito da *loucura*, ao passo que o hospital psiquiátrico continuava sendo central para pensar os atendimentos. A noção de *reforma* ganhou uma expressão diferente (TENÓRIO, 2001) nas últimas décadas, ao questionar os pressupostos da psiquiatria e condenar seus efeitos de normatização e controle. A partir de então, procura-se dar à loucura outra resposta social que não a da exclusão. Reclama-se para o louco seu direito à cidadania, com ênfase no respeito ao modo singular em que cada um se apropria desse direito.

A Lei de Reforma Psiquiátrica brasileira (BRASIL, 2001) incorporou ao campo dos cuidados formas de intervenção ampliadas: trabalho protegido, residências terapêuticas e projetos de moradia, lazer assistido, entre outras, além, claro, dos serviços ambulatoriais, atendimento à emergência e espaços de internação quando necessária.

A partir da *reforma psiquiátrica* que, aqui como em diversas partes do mundo, colocou em questão a hegemonia do saber médico-psiquiátrico no tratamento da chamada “doença mental”, o campo da saúde mental é hoje um campo multidisciplinar, heterogêneo e plural, onde diversos saberes e práticas se entrecruzam. A escolha do significante “saúde mental” para designar este novo arranjo de forças representou a tentativa de positivar um campo antes negativizado pela cultura manicomial e excluyente que, sob a égide do saber médico, objetificou o sujeito, abolindo-o sob o rótulo da doença mental (RINALDI, 2005, p.88).

Das práticas de assistência à *doença mental* às práticas de cuidado, atenção e tratamento no campo da *saúde mental*: a realidade muda quando os movimentos de dizer fundam novas representações. Foi naqueles anos de surgimento tanto da antipsiquiatria como destes movimentos de luta que se gestou a terceira versão do DSM.

1.5 As novidades do DSM III

Publicado em 1980, o DSM-III trouxe inovações tais como um sistema de diagnóstico multiaxial¹⁶ e a polêmica pretensão de ser *neutro* em relação à causa das desordens mentais. A

¹⁶ Visando uma avaliação aprofundada do paciente, o diagnóstico multiaxial se divide em cinco eixos: Eixo I: Transtornos psiquiátricos clínicos, incluindo transtornos do desenvolvimento e aprendizado; Eixo II: Transtornos de personalidade, transtornos invasivos do desenvolvimento e retardo mental; Eixo III: Condições médicas agudas ou doenças físicas; Eixo IV: Fatores ambientais ou psicossociais contribuindo para os transtornos; Eixo V: Avaliação funcional global ou Escala de Avaliação Global para Crianças (até 18 anos).

descrição das manifestações sintomáticas sem se importar pela etiologia das doenças, assim como a exclusão de referências teóricas garantia, para os responsáveis desta versão, o caráter *ateórico* da mesma.

Uma consciência enunciativa da loucura, que possibilita dizer de pronto, sem nenhuma recorrência ao saber: ‘Esse aí é um louco’. Não se trata aqui de qualificar ou desqualificar a loucura, mas apenas de indicá-la numa espécie de existência substantiva; sob o olhar está alguém que é irrecusavelmente um louco, alguém que é evidentemente um louco — existência simples, imóvel, obstinada, que é a loucura acima de toda qualidade e de todo julgamento. A consciência não está mais, aqui, ao nível dos valores, dos perigos e dos riscos; está ao nível do ser, não passando de um conhecimento monossilábico reduzido à constatação. Num certo sentido, é a mais serena de todas as consciências da loucura, pois em suma não passa de simples apreensão perceptiva. Não passando pelo saber, ela evita mesmo as inquietudes do diagnóstico (FOUCAULT, 1961, p.186).

A distinção entre normal e patológico ganhou limites mais precisos e o número de categorias diagnósticas ascendeu a 256. Ao pensarmos em termos de continuidade entre o normal e o patológico, o que é entendido como “norma” fica impreciso; mas, quando o DSM rompe com esta continuidade a norma aparece colocada *a priori* e de maneira externa ao psiquismo. Quem sai dos limites da norma tem um problema a ser corrigido. Para Landman (2013), passamos do homem do conflito neurótico da época freudiana, ao homem biológico da pós-modernidade. Este novo homem não sofre de conflitos: sofre de déficit.

O modelo biomédico se impôs a qualquer concepção psicodinâmica, deixando a psicanálise do lado de fora; o conceito de *neurose* não teve melhor sorte¹⁷. Bleuler e a clínica da *Spaltung* também somem do DSM III, junto das categorias da esquizofrenia e dos fenômenos relacionados ao automatismo mental. Conceitos da psicanálise e da psicopatologia foram refutados por serem considerados abstratos, especulativos, idealistas. Isso resultou em uma grande perda, vide os aportes que a psicanálise trouxe ao conhecimento das neuroses.

A tendência empirista só encontrava provas suficientes nos marcadores biológicos. A ideia sustentada era que o empirismo implicava em uma descrição pura e ingênua da clínica ao tomar partido pela *experiência*, “aquém da qual nada existia e além da qual começavam as doutrinas” (LANTÉRI-LAURA, 1986, p.85). O subjetivo tinha de ser abolido, pois só complicava o célebre objetivo da “língua comum”.

O DSM III causou resistência entre os psiquiatras franceses que se posicionaram questionando-o. Editou-se então *A querela dos diagnósticos* (1986), que reúne artigos de

¹⁷ Para amenizar o escândalo político da exclusão, o termo *neurose* teve de ser incluído de alguma forma. Ganhou então, em alguns casos, um lugar entre parêntesis depois da palavra *transtorno*.

psiquiatras preocupados com as mudanças na “grande clínica psiquiátrica”. Para Kammerer (1986), um diagnóstico só é completo quando é ao mesmo tempo clínico e etiológico. Para Leguil (1986), deixar de lado toda hipótese etiopatogênica faz do manual uma ferramenta auxiliar para o diagnóstico, mas em modo algum faz dele um manual de psiquiatria. Um livro de psiquiatria não poderia pretender deixar de lado uma teoria, enquanto um manual diagnóstico pode tentar isso. Os psiquiatras franceses que contestaram o Manual consideravam que o conhecimento do sujeito, de sua história, de seu ambiente, enriquece e torna mais complexo o diagnóstico. O diagnóstico estrutural permanece válido e define dados muito úteis sobre as relações objetivas e a dinâmica pulsional.

Nem utópicas e muito menos inocentes, estas mudanças transformaram profundamente a concepção da pesquisa e da prática psiquiátrica, “pois a psiquiatria teria disponível um sistema de diagnóstico preciso do ponto de vista descritivo-terminológico e passível de servir de apoio para a pesquisa empírico-experimental” (DUNKER, 2011, p.2). Os contextos e variantes sociais foram reduzidos a “síndromes culturais específicas”, mostrando um limitado entendimento do campo social na expressão e caracterização dos transtornos mentais.

A busca pela universalidade, baseada em descrições que se pretendem objetivas, se aproxima das teorizações da psiquiatria chamada *transcultural*, que sugerem que as principais doenças mentais podem apresentar variáveis de cultura em cultura, mas que existem invariantes próprias, um tronco comum além da cultura na qual estas doenças se manifestam (LANDMAN, 2013). Entretanto, as raízes culturais e os hábitos de linguagem de cada país são tão particulares que a pretensão de uniformar nosografias parece um chiste. Os modos de circulação, de valorização, de atribuição, de apropriação dos discursos variam de acordo com cada cultura e se modificam no interior de cada uma (FOUCAULT, 1969). Os padrões de referência dependem do consenso cultural de cada época sobre o que seria um comportamento normal e um desviado. O grande paradoxo radica em que os traços que o DSM tenta expor como comuns a todos, são muito específicos da própria cultura norte-americana, mostrando mais uma megalomania colonizadora do que uma preocupação pela saúde mental.

As categorias universais almejam apreender o sujeito como objeto, como totalidade, atrelando-o a um nome que lhe outorga propriedades pré-estabelecidas e orienta intervenções, que serão também universais. Como no mencionado caso de Pablo, uma criança que aos cinco anos, em uma única entrevista, foi diagnosticada como autista por um grupo de psicólogos comportamentais. Os fenômenos observáveis eram claros para os psicólogos: a criança mal falava, pouco interagia com os colegas na escola, negou-se a realizar os testes requeridos e a

ficar sozinha com o avaliador. Ver e logo concluir. Pulando o tempo de compreender¹⁸, a intervenção a seguir era óbvia para estes profissionais: Pablo deveria ingressar em uma escola especial, por ser desadaptado, incapaz, rebelde, a-normal.

O conceito de autismo vinha sofrendo - desde os anos de 1960 – modificações que bem se entrosaram com as novas formas do DSM. Um dos antecedentes destas mudanças foram as pesquisas de Rutter (psiquiatra inglês), cujos estudos publicados em 1965 especificaram a diferença entre autismo e esquizofrenia. O autismo foi associado a fatores orgânicos como lesão cerebral e deficiência mental sendo cada vez mais entendido como uma deficiência cognitiva. Nos anos '70, Rutter publicou o que ele considerava fatores determinantes para o diagnóstico de autismo: início antes dos três anos de idade, dano no desenvolvimento social e no desenvolvimento da fala e insistência na similitude. O autor postulou também que a psicose infantil não fazia parte da esquizofrenia do adulto e que o prognóstico da criança autista estaria condicionado à educação que a criança recebesse (BELAGA, 2007).

Um outro momento chave nas modificações que o autismo sofreria no DSM III, foi o reconhecimento oficial da existência de incapacidades ligadas ao desenvolvimento. Estas últimas, foram votadas em 1973 em Assembleia do *Developmental Disabilities Act*, organização norteamericana em luta pelos direitos das pessoas com incapacidades. A lei foi sancionada quatro anos mais tarde e inclui no grupo das incapacidades: o autismo, a epilepsia, o retardo mental e as doenças motoras cerebrais.

Na terceira edição do DSM, o autismo saiu da categoria das esquizofrenias e passou a integrar o grupo das doenças neurológicas. Foi incorporado aos *Distúrbios Generalizados do Desenvolvimento* e ganhou o nome de *Autismo Infantil*. A descrição do quadro seguiu os critérios que Rutter tinha formulado. Destaca-se, fundamentalmente, a *generalização* do transtorno, que atinge a esfera da cognição, das relações sociais, da fala, do brincar, da aprendizagem. A versão revisada – DSM III-R - de 1987 substituiu a denominação “autismo infantil” pelo nome “transtorno autista”, mais abrangente e menos específico; a categoria de *Esquizofrenia tipo infantil* desapareceu do manual, pois era muito pouco frequente (BELAGA, 2007; A.P.A., 1980).

Para sustentar objetivos como “uniformidade diagnóstica” ou “padronização de práticas entre países”, os realizadores do DSM tiveram de acudir à estatística que exige, entre

¹⁸ Referência ao texto de Lacan, *O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada*, de 1945.

outras coisas, reduzir dados a conceitos elementares desprovidos de ambiguidade. Nesse contexto a *Medicina Baseada em Evidências* (MBE) foi uma importante ferramenta.

Nos anos 80, epidemiologistas canadenses desenvolveram o conceito de MBE, também chamada Medicina Factual. A MBE funciona como regra de ouro das agências de avaliação. À procura da eficácia e com base na epidemiologia, buscam-se e avaliam-se todos os artigos existentes que tentam dar conta de algum problema; depois de avaliados, estes artigos são integrados para determinar a melhor solução para o problema que se quer tratar.

O novo ideal proposto, segundo Milner (2011), foi o da medicina legal. A referência terapêutica perdeu sua pertinência: os resultados obtidos através de estudos científicos são aplicados aos problemas individuais dos pacientes. Em um movimento inverso ao da chamada clínica psiquiátrica clássica, os sintomas dos pacientes devem encaixar-se em um protocolo de pesquisa. Na sapiência dessa aplicação reside a expertise do médico, a quem se demanda extrapolar informações estatisticamente significativas sobre um grupo ao indivíduo isolado.

Entre outras coisas, a expertise responde à demanda de controle que fabrica doenças *prêt-à-porter*, onde a voz do sujeito que sofre (e que seria o único capaz de formular sua própria demanda) é forçada. Nesse sentido, a avaliação silencia quando troca palavras por números buscando a cifra do sujeito, que longe de ser avaliável, inclui sempre uma opacidade, até para ele mesmo. A “evidência científica” nega a opacidade e vela a causa do cientificismo. Ao modo de uma profecia autocumprida¹⁹, o advento dos fatos prova o êxito da evidência.

1.6 DSM IV

A quarta versão do DSM foi lançada em 1994, contando 297 categorias diagnósticas. Foi considerada a maior revisão do manual. Uma ampla base empírica, brevidade, clareza de linguagem, facilitação das pesquisas e (novamente) melhoras na comunicação foram a propaganda de um manual que se pretendeu didático. Uma descrição esquemática dos fenômenos clínicos se propunha, paradoxalmente, como ferramenta no ensino da psicopatologia. Não podemos negar o êxito da empreitada, vide os muitos jovens psiquiatras que aprendem de clínica lendo muito o DSM e falando pouco com os pacientes.

¹⁹ Uma profecia autocumprida, segundo Paul Watzlawick, é uma predição que, tão só como resultado de tê-la feito, causa o evento esperado ou predito e por tanto confirma sua própria “exatidão”.

Os diagnósticos se resumem, ainda mais, a uma associação de comportamentos sem relação com a história pessoal do sujeito. Ou melhor, há um *como se* no foco na história do sujeito que preza pelo esquematismo e resulta em simplificação, sem matizes, e baseada menos na fala do sujeito e mais na fala dos outros (familiares, professores, etc.). A proposta diagnóstica do DSM pretende fazer uma descrição do paciente o mais completa possível, porém é a doença o que se descreve de forma totalizante.

Em relação ao autismo, a nova classificação do manual conflui, pela primeira vez, com a classificação do Código Internacional de Doenças (CID-10), que também abandona a categoria de psicoses iniciadas na infância. O Transtorno Autista continua integrando o grupo dos Transtornos Generalizados do Desenvolvimento (TGD) junto aos transtornos Desintegrativo Infantil, de Rett e de Asperger. O manual salienta que estes quadros estão sempre acompanhados de algum grau de retardo mental, razão pela qual se considerou que os programas educacionais eram mais favoráveis ao tratamento destas crianças (BELAGA, 2007).

Para Dunker (2011), o DSM IV trouxe uma “mutação da própria razão diagnóstica” (p.3) e não somente um movimento de contradição interna entre teses que se opõem. Rompeu definitivamente com a tradição pineliana, que incluía a antropologia filosófica e a filosofia da história na caracterização das formas de sofrimento e que no século XX tinha também incluído à psicanálise.

A nova versão do manual trouxe profundas mudanças na classificação. O critério de significância clínica foi incluído para quase metade das categorias que possuíam sintomas e causavam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional e em outras áreas importantes. Para terminar de vez com qualquer referência à etiologia, o termo *doença* cedeu lugar ao termo *transtorno*, visando somente os sintomas e comportamentos clinicamente observáveis. “O estabelecimento de critérios também foi uma tentativa de facilitar o processo de regulamentação farmacêutica” (DUNKER, 2011, p.3). A expansão da tecnologia da medicação é correlata à ascensão do modelo biológico de regulação bioquímica do comportamento e ao questionamento do fundamento psicodinâmico da clínica psicopatológica no período entre as edições do DSM-II e do DSM-III.

1.7 DSM e farmacologia

A psiquiatria entra de novo na medicina geral sobre a base disto, que a própria medicina geral entra inteiramente no dinamismo farmacêutico. Evidentemente, aí se produzem coisas novas: se obnubila, se modera, se interfere ou modifica... Mas não se sabe para nada o que se modifica, nem, por outra parte, aonde chegarão essas modificações, nem sequer o sentido que têm; posto que se trata de sentido

Lacan, 1967b, p.6

Desde que a *loucura* começou a ser tratada, a terapêutica aplicada tem vestido as mais diversas roupagens. Algumas técnicas procuravam dar conta das paixões que acometiam corpo e alma. Para *consolidar* o espírito ao qual se supunha um componente de fraqueza, a ingestão de ferro era uma técnica privilegiada. A *purificação* através da transfusão sanguínea ou da inoculação de doenças da pele (sarna, varíola, eczema) era outro recurso prestigiado. Acreditava-se que, assim, a corrupção abandonaria o cérebro para se espalhar na superfície do corpo e se libertar no exterior. Os *banhos* (tanto de água fria quanto quente) foram considerados ideais para equilibrar líquidos e sólidos. Por último, cabe mencionar a *regulação da mobilidade*, que devia ser medida e controlada para obedecer às regras da prudência. Nem muito quieta, nem muito excitada: prudente. Recomendavam-se caminhadas, corridas, passeios a cavalo, viagens, música; também se usava a *máquina giratória* (que rapidamente foi utilizada a título de ameaça e punição), e se suscitavam o medo e a cólera, pois se acreditava que atuavam no sistema nervoso acalmando os movimentos desordenados (FOUCAULT, 1961).

Outras técnicas tentavam atingir a loucura pelo discurso, tratando-a em termos de verdade e erro. Uma delas era o *despertar*: se o delírio era um sonho acordado, os doentes deviam despertar e voltar à vida de vigília autêntica. Para isso, provocava-se a irrupção da vigília com emoções vivas e repentinas. Usava-se também a *realização teatral*, que encenando o delírio o confrontava com a razão. Por fim, o *retorno ao imediato*, que consistia em ignorar a doença e ignorar os cuidados, restituindo o sujeito ao mundo do trabalho, ao qual se considerava indiscutível fonte de saúde (FOUCAULT, 1961).

Nos anos 1950, a descoberta dos psicotrópicos gerou uma revolução terapêutica que substituiu as terapias de choque²⁰ e transformou “a ambiência dos hospitais psiquiátricos, reduzindo consideravelmente a agitação e os comportamentos perigosos” (KAMMERER, 1986, p.36) permitindo também a reinserção social e familiar. O preço a pagar foi alto: impregnação neuroléptica, banalização das psicoses alucinatórias crônicas, dos delírios paranóicos e das parafrenias fantásticas, deplorando produções que seguramente tinham sua função na vida dos pacientes.

A *normalidade* passou a ser considerada como dependente do equilíbrio de fatores neuroquímicos. Nesse sentido a saúde poderia ser, quando perdida, restituída com a medicação adequada. Deparamo-nos, assim, com a “clínica da substância” (MACHADO, 2001): a doença ligada ao excesso ou falta de uma substância traça o caminho da terapêutica que apela a outras substâncias para restabelecer o equilíbrio. Não poucas vezes o excesso de substância é inversamente proporcional à escuta do paciente. Cabe aclarar que a medicação pode ter, quando corretamente indicada, uma importante função no tratamento do sofrimento psíquico, mas é negligente acreditar que possa ser autossuficiente como terapêutica.

Se não podemos negar os avanços das neurociências em nos oferecer medicamentos mais eficazes e com menos efeitos colaterais, devemos, no entanto, fazer uma ressalva! Trata-se de um efeito paliativo. O tratamento farmacológico não deve competir com as tentativas de cura inerentes ao sujeito (QUINET, 2006, p.48-49).

As quimioterapêuticas tiveram um papel destacado na evolução dos conceitos diagnósticos, e implicaram em mudanças nosográficas sob a responsabilidade do marketing farmacêutico (ZARIFIAN, 1986). A descoberta da utilidade dos psicotrópicos não se deveu a estratégias neurobiológicas, mas dependeu do acaso. A *clorpromazina*, por exemplo, foi desenvolvida como antialérgico, mas mostrou-se ativa sobre a agitação motora, a euforia e sobre certas formas de delírio. Produziu-se uma correlação inversa: se há antipsicóticos, antidepressivos e ansiolíticos, é porque há psicose, depressão e ansiedade. Desta forma, se os sintomas de um paciente desaparecem, por exemplo, com um antidepressivo, isso significa que se trata de uma depressão encoberta, por mais que não estejam presentes no quadro todos os sintomas que permitiriam fazer tal diagnóstico. *Medico, logo diagnostico*: o diagnóstico é definido pelo tratamento que lhe é aplicado. Esta jogada arrogante ignora que a complexidade

²⁰ “Substituiu” é um termo generoso, vide os muitos hospitais psiquiátricos que fazendo ouvidos surdos às diretrizes da Reforma Psiquiátrica ainda justificam o uso de tais torturas.

da maneira em que cada sujeito habita o mundo inclui também uma singular reação aos psicotrópicos.

Neste contexto, o diagnóstico de TDAH (Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade²¹) é um infeliz exemplo, cuja maior consequência foi a explosão da prescrição de derivados anfetamínicos, dos quais Ritalina é o nome comercial mais conhecido. Considera-se que as crianças diagnosticadas com TDAH têm mais chances de tornarem-se delinquentes ou viciados em substâncias psicoativas. O paradoxo é que para “prevenir” tamanho perigo as crianças são medicadas com substâncias psicoativas viciantes! O mercado farmacológico escreve os DSMs; nesse sentido, Landman (2013) não duvida em chamar o TDAH de “doença imaginária”.

A diferença epistemológica é grande: a agitação, a flutuação da concentração, a impulsividade, são somente problemas a erradicar ou são sintomas portadores de uma significação? A Ritalina permite uma sedação rápida do problema e autoriza os pais e as crianças a não se sentirem responsáveis. Não se trata de que pais e crianças sejam culpados (mais adiante serão abordadas as consequências indesejadas que uma tal ideia trouxe à imagem da psicanálise na sociedade), mas que, junto da responsabilidade subjetiva, o Outro dos cuidados tem um importante lugar na regulação da economia de gozo do sujeito-criança. Daí o fundamental da presença dos pais em todo tratamento. A desresponsabilização acarreta mais problemas do que soluções, mas é um caminho muito escolhido.

A medicação é a ajuda ideal para atenuar os sintomas e assim atrelá-los a uma ideia de transtorno, qual mal vindo de fora (ou de dentro das células), e obstaculiza a possibilidade de pensá-los como conflitos psíquicos. Para os laboratórios é a situação perfeita: o mercado se engrandece com o aumento da demanda, de uma oferta por eles mesmos inventada. Os agentes farmacológicos podem atingir os circuitos implicados nas atividades emocionais, pulsionais e afetivas, e assim modificar ou até suprimir o “vivido psíquico que os implicou”, mas nada se resolve no plano psíquico onde ele tem sua origem (KAMMERER, 1986).

É importante ressaltar que, apesar dos esforços da biologia em encontrar bases orgânicas das doenças mentais, os resultados continuam não sendo válidos, devido à heterogeneidade das formas clínicas. Há inclusive neurocientistas que denunciam a falta de rigor e a parcialidade das validações científicas. Porém, a supressão momentânea dos sintomas retroalimenta a crença na “eficácia” dos medicamentos, reforçando a ideia de que a

²¹ Ao longo das diferentes versões do DSM, a definição deste transtorno foi sofrendo algumas modificações. Considerado uma desordem comportamental da infância e da adolescência, ganhou o nome de “reação hiperkinética” no DSM II. A hiperatividade e a desatenção foram enfatizadas no DSM III. No DSM IV incluiu-se a impulsividade como mais uma característica do transtorno.

origem das patologias mentais pode encontrar-se na desregulação química do corpo, apesar deste fato não ter sido ainda comprovado pela neurobiologia. Para o discurso cientificista, trata-se de algo ainda não comprovado, não *essenciado*, não medido, mas passível de ser representado logo assim que se encontrem os meios de medição adequados.

A busca por uma verdade científica cujo sustento se localiza na anatomia cerebral mostra como este modo de fazer psiquiatria, sob a forma da neuropsiquiatria ou psiquiatria biológica, elabora seus argumentos apoiando-se no Discurso Universitário (LACAN, 1969-1970):

$$\frac{S_2}{S_1} \longrightarrow \frac{a}{\$}$$

Neste discurso, o saber (S_2) ocupa o lugar do agente; comanda e ensina o que diz ser a verdade. Trata-se de um saber que se quer absoluto, dono e provedor dos significantes mestres que oferece como resposta renegando o que não anda. O atravessamento da ciência pelo Discurso Capitalista (que discutiremos páginas adiante) implica em modificações na relação entre o saber e a verdade. Oferece-se ao consumidor uma verdade feita em laboratório, ao tempo que a verdade do sujeito é rejeitada. Tudo que o agente toca é objetalizado e dominável, consertável se quebrado, normalizável se desviado.

A pesquisa em farmacologia psiquiátrica descreve detalhadamente os comportamentos e as emoções; uma psiquiatria baseada no diretamente observável, imediato e consciente aumenta com esta informação as categorias nosográficas do DSM. Porém, cabe destacar que a pesquisa farmacológica é somente uma parte da psiquiatria, mas não pode sustentar-se como absoluta soberana da clínica e dos tratamentos. Para Landman (2013), o paciente da clínica tem sido substituído pelo paciente químico, neuronal. Não se trata mais de realidade psíquica e sim de realidade cerebral. A psiquiatria afastada da psicopatologia se parece cada vez mais à neurologia. De fato, muitos diagnósticos de autismo e de TDAH são feitos por neurologistas, que além de ir direto para a medicação, nem cogitam em consultar um psiquiatra e muito menos um psicólogo.

O DSM deslocou o centro de gravidade das classificações e dos manuais de psiquiatria anteriores. Não se trata de uma simples codificação, mas de uma mudança de referência. [...] O paciente neuroquímico há sido o cavalo de Troia da indústria farmacêutica que se precipitou sobre a abertura inesperada que lhe ofereceu a Associação de psiquiatria americana. Ela se autorizou a

fabricar, ou melhor a ‘ajudar a fabricar’, os diagnósticos que puderam ser o alvo dos medicamentos por ela produzidos (LANDMAN, 2013, p.119).

A situação está hoje em um ponto crítico, no qual a prescrição de medicamentos triunfa por sobre qualquer critério clínico. Muitas vezes acontece que o que se medica não são bem os fenômenos, mas o diagnóstico em si mesmo, o qual acrescenta outro viés à discussão. É, por exemplo, o caso de muitos sujeitos diagnosticados como autistas: *Autismo, logo medico*. Foi esse o caso de João. A neurologista que o acompanha “fechou” o diagnóstico de autismo, e ato seguido disse à mãe do menino: “eu já não tenho o quê fazer, só me resta medicar”. A pergunta da mãe foi acertada: “medicar por quê?”. A médica não soube o que responder e aceitou a negativa desta mãe a dar remédios a seu filho de quatro anos.

O mesmo aconteceu na primeira consulta que Lucas, aos três anos, teve com um psiquiatra. Diante a hipótese de autismo, o doutor indicou a medicação. Na hora de justificar tamanha decisão, o médico disse que a medicação era “para a agitação”. De nada adiantou a mãe estranhar esta justificativa e explicar que seu filho não é agitado, e que ela consegue controlar os poucos momentos em que parece que vai bater a cabeça no chão. A medida estereotipada continuou sendo a mesma.

É importante esclarecer neste ponto que não há medicação específica para o autismo. Contudo, os sujeitos autistas são super medicados. As medicações variam entre anfetamínicos como a Ritalina, neurolépticos como a Risperidona e o Neuleptil, e Ácido Valproico, entre outros.

Os *loucos* não precisam mais, como no século XVIII, ser condenados ao enclausuramento pela justiça por sua possível periculosidade: podem agora ser condenados à medicação. O maior perigo das intervenções coercitivas²² é que, longe de trazerem algum efeito terapêutico, promovem o apagamento e a passivização do sujeito. Quando o sujeito é destituído da fala, longe de habilitá-lo (e, por que não, auxiliá-lo²³) a responsabilizar-se por suas escolhas, promove-se uma atitude violenta que o culpa pelo que se considera sua desadaptação. Ou se culpa os genes, o que dá no mesmo, pois aderir à ideia do destino inexorável também silencia qualquer manifestação subjetiva.

²² Entre estas medidas incluo, além das camisas de força químicas, os polêmicos métodos psicoeducativos, como o TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*), o ABA (*Applied Behavior Analysis*), ou o método de Lovaas para tratar os casos de autismo. Estes métodos estruturados se especializam em treinar os sujeitos para um desenvolvimento social politicamente correto.

²³ Freud (1985) chama de *auxiliar* àquele outro que, interpretando os berros do bebê, oferece-lhe meios para aliviar as tensões.

Segundo Zizek (2014), a violência que ele chama de objetiva²⁴ assumiu novas formas no capitalismo. A especulação financeira não é somente uma percepção distorcida da realidade, mas um “real” na medida em que determina “processos sociais materiais: os destinos de camadas inteiras da população [...] podem ser decididos pela dança especulativa do capital [que mostra] uma beatífica indiferença ao modo como tais movimentos afetarão a realidade social” (ZIZEK, 2014, p.20). A variedade política que predomina hoje é a biopolítica pós-política. Se a biopolítica²⁵ tinha por objetivo regular a vida humana, a pós-política se centra na gestão e na administração especializada deixando de lado qualquer combate ideológico. Com ambas as dimensões sobrepostas, ao serem abandonadas as causas ideológicas o que resta é a administração especializada, despolitizada, objetiva. Ao médico é destinado o lugar de distribuidor (LACAN, 1966), cuja missão é pôr à prova os agentes terapêuticos que o mundo científico lhe fornece.

Mas há algumas boas notícias e uma delas acabou de sair do forno. No Brasil, criou-se há mais de cinco anos o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que articula Conselhos, entidades e profissionais da saúde e da educação na luta contra o uso abusivo de medicação. As pressões exercidas a esse respeito resultaram em uma importante resolução do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Publicada em dezembro de 2015, a Resolução nº 177/2015 garante o direito de crianças e adolescentes a não serem submetidos à medicação excessiva, sobretudo no que se refere a questões relativas à aprendizagem, comportamento e disciplina (DOU, 2015).

1.8 DSM V

A última versão do DSM, lançada em 2013, conta com 350 categorias diagnósticas. Desta vez, rompeu-se com o modelo multiaxial introduzido na terceira edição, pois se considerou que não existiam diferenças conceituais que sustentassem a divisão dos diagnósticos em Eixos I, II e III. O objetivo da distinção era apenas o de estimular uma avaliação completa e detalhada do paciente. Fatores psicossociais e ambientais (Eixo IV)

²⁴ Invisibilizada sob o que se acredita ser o curso normal das coisas.

²⁵ Na passagem do século XVIII para o século XIX, a vida se transforma em objeto de regulação política, estabelecendo-se dispositivos de vigilância moderna (o poder disciplinar e a normalização). As relações de poder se reorganizam.

continuaram sendo foco de atenção, mas o manual recomendou que a codificação dessas condições fosse realizada com base no CID 10²⁶. Por fim, a Escala de Avaliação Global do Funcionamento, anteriormente empregada no Eixo V, foi retirada do manual: entendeu-se que a nota de uma única escala não transmitia informações suficientes e adequadas para a compreensão global do paciente.

No DSM V, assombra o viés extremo de fazer entrar na categoria de *patológico* qualquer comportamento que pareça fugir àquilo que é *essenciado* como norma. O “mau comportamento” surge como portador de valores patológicos, sem a menor referência aos quadros nosográficos clássicos e, assim, a particular posição dos sujeitos confunde-se com um estigma que lembra as teorias delirantes de Lombroso. Ao abolir-se a noção de “loucura parcial²⁷”, qualquer sintoma, por mais localizado ou descontínuo que seja, indica que o indivíduo é um perturbado. O *prêt-à-penser* proposto pelo manual interdita a diversidade, perdendo-se a aproximação clínica a cada caso.

Ao tempo que mais comportamentos e sentimentos são patologizados, amplia-se o campo de ação dos psicotrópicos. Qualquer conduta que incomode à normalíssima sociedade pode encontrar lugar na lista dos transtornos, mas a “boa notícia” é que para cada transtorno há o remédio que o corrija. Os afetos podem ser medicados e a apologia da prevenção entra em terrenos pantanosos. Assim, uma aflição associada a um luto, que supere o curso dos 16 dias, pode ser medicada com psicotrópicos pelo suposto risco de advir uma futura depressão severa.

O DSM V perdeu até os valores positivistas de seus antecessores, como “realidade”, “eficácia”, “utilidade”, “experimentação”, “certeza”. Por isso é muito criticado, inclusive nos círculos psiquiátricos, por médicos saudosos do rigor científico que atribuem ao DSM III²⁸. Em Paris, Patrick Landam impulsionou, desde 2010, grupos que contestaram o DSM, dando lugar à criação da campanha chamada “Stop DSM à Paris”, começada pela Associação “Iniciativa por uma clínica do sujeito”. Segundo Landman (2013), a França é uma exceção. Para tratar os problemas mentais de crianças e adolescentes usam as categorias do *Classification Française des Troubles Mentaux de l'enfant et de l'adolescent* (CFTMEA),

²⁶ As informações deste eixo foram consideradas “úteis”, mas de uso pouco frequente. Mantiveram o critério do CID porque a OMS achava importante ver o funcionamento do indivíduo, separadamente de seu transtorno.

²⁷ Para os alienistas, a loucura atingia só um setor da personalidade, um pequeno segmento do comportamento (FOUCAULT, 1975).

²⁸ Para maiores esclarecimentos, o leitor pode remeter-se ao artigo disponível em: <<http://www.ipub.ufrj.br/porta/ensino-e-pesquisa/ensino/residencia-medica/blog/item/477-dsm-5-perdendo-os-eixosdefinitivamente>>. Consultado em março 2016.

cuja linha segue a classificação clínica tradicional. Impulsionado por Roger Mises, o manual adere à ideia do trabalho pluridisciplinar incluindo educadores, psicólogos, pedagogos, psiquiatras, enfermeiros, etc. Porém, os estudantes nas universidades são formados no DSM.

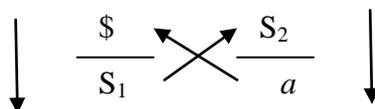
Longe da fenomenologia, o DSM está bem próximo do que Machado (2001) chamou de “fenomenismo”, marcando formas bem diferentes de se entender a doença. A fenomenologia inclui uma articulação que leva em consideração os sintomas primários que determinam o quadro clínico e deriva na criação de classes nosológicas, com marcada ênfase no ponto de vista qualitativo. O “fenomenismo” implica uma apreensão imediata e quantitativa dos fenômenos. Ao mesmo tempo, a crença na verdade sobre a doença - gerada por estes fenômenos em aparência tão simples de serem observados - leva à formulação muito precoce de um diagnóstico, inclusive em uma primeira entrevista.

Na última versão do Manual, uma nova categoria é introduzida: “Transtornos do espectro autista” (TEA). Essa será a única denominação, ao tempo que desaparecem as categorias de Autismo, Síndrome de Asperger, Transtorno Desintegrativo e Transtorno Global do Desenvolvimento. Déficits sociais, de comunicação, interesses fixos, comportamentos repetitivos, são critérios utilizados para um diagnóstico que conta também com uma gradação: pode ser leve, moderado ou severo. O antigo autismo amplia seus limites e o espectro (mal definido) favorece a multiplicação dos casos supostos de autismo.

Com a noção de espectro procurou-se uma ampliação que permitisse concentrar o máximo de transtornos, com vistas à localização de um determinante biológico – especialmente genético - comum. Paradoxalmente, “em vez de uma causalidade mais simples, o significante espectro induziu a pulverização das categorias anteriores” (LAURENT, 2012, p.63).

1.9 A oferta, a demanda e a ditadura do mercado

À diferença do discurso da psicopatologia associado aos Discursos do Mestre e da Histórica, esta última configuração da psiquiatria, que elabora seus argumentos apoiando-se no Discurso Universitário, responde ao que Lacan denominou Discurso Capitalista:



Há neste discurso uma passagem do mestre antigo ao mestre moderno, que acarreta uma troca de lugares entre o \$ e o S_1 . “Isso é suficiente para que ande, e anda bem. Anda rápido: se consuma e se consume” (LACAN, 1972, p.5). Há agora um mestre (S_1) no lugar da verdade. A essência do mestre permanece: ele não sabe o que quer, mas comanda o outro (S_2) para que produza os objetos (a) dos quais ele irá gozar. Acredito que esse seja o lugar destinado à psiquiatria no discurso da ciência: um lugar de saber que é ao mesmo tempo inútil, frustrado pela exploração capitalista que pode, a qualquer momento, trocá-lo por um escravo mais serviçal. O agente deste discurso é o próprio sujeito que, reduzido à condição de consumidor, é ao mesmo tempo comandado e consumido pelos objetos dos quais não se lhe permite estar disjunto.

A diferença dos outros discursos, o Discurso Capitalista não promove o laço social: ele propõe ao sujeito a relação com um *gadget*, um objeto de consumo curto e rápido (QUINET, 2006). Nesse sentido, é um discurso que apesar de redobrar o mal-estar, é muito bem recebido por uma sociedade que quer ver suas demandas atendidas. O mercado responde à demanda prometendo os objetos tampões do furo. A *técnica* ocupa aqui um lugar privilegiado, pois funciona como força social que fornece certezas.

Segundo Alemán (2013), a ciência moderna tem sido substituída pela técnica, que conivente com o Discurso Capitalista, rechaça o impossível e introduz o ilimitado. Novas tecnologias de poder vêm sendo inventadas desde a revolução burguesa; um poder que se tornou contínuo e aliado aos mecanismos de produção, através de mecanismos de vigilância e controle (FOUCAULT, 1975). Familiar consanguíneo da *avaliação*, a técnica não tem sujeito, não está nos campos de saber e não pode ser avaliada “tecnicamente”. Se (auto) habilita como ponto de referência na promessa de curar doenças e prolongar a vida, em um movimento que busca reduzir as funções do organismo humano a montagens equivalentes àquelas de outras organizações com estatuto científico. O médico se vê dotado de novos poderes de pesquisa, mas perde seu lugar de prestígio e autoridade, pois a indústria lhe diz o que, como e quando fazer, e até os resultados a obter (LACAN, 1966).

O capitalismo fez “metástase” (ALEMÁN, 2013) e implantou a ideia de mercadoria em espaços onde antes isso era impensado, como a saúde e a educação. Ambas integram agora o grupo dos bens e serviços que podem ser comprados. A medicina entrou na sua faceta científica pelo fato de estar inserida em um mundo no qual a vida toda é condicionada pela presença da ciência (LACAN, 1966); o mundo exige isso e a ciência atinge a todos com seus efeitos. Da mesma forma, podemos pensar que hoje o mundo exige uma vida regulada pelo capital, e nada pode ficar por fora de seus efeitos. Estar à serviço do capital implica na

recodificação das práticas e dos paradigmas de abordagem da experiência subjetiva, que reduzida à dimensão empírica de um produto de consumo pode ser submetida ao imperativo do cálculo econômico. Qualquer comportamento que abale a possibilidade do sujeito ser um consumidor deve ser corrigido. Nesse contexto, os medicamentos prometem soluções mágicas ao tempo que viram, também, objetos de consumo.

O imperativo é produzir e consumir para gozar. Mas a produção é bem seletiva: é comum, por exemplo, ouvir nos serviços de psiquiatria que “o paciente está produtivo” quando está delirando. O delírio não é ouvido nem tolerado, tendo que ser apagado; o sujeito tem que ser produtivo, sim, mas dentro da lógica capitalista. Este fato despreza, por um lado, o delírio como tentativa de cura, considerado por Freud (1924a) uma produção que busca reconstruir o nexos com a realidade. Por outro lado, o corpo do sujeito deve se tornar um “instrumento de desempenho” funcional às exigências da produção (FOUCAULT, 1975). Lembro neste ponto das oficinas que acontecem em alguns CAPS: quando algum paciente elabora um objeto ‘bonito’ (seja uma pintura, uma caixinha, ou qualquer outra coisa) é rapidamente instado a vender seu ‘produto’, fazendo de sua produção subjetiva mais um objeto de mercado.

1.10 De volta para o futuro

Nos últimos anos vem surgindo um novo tipo de intervenção que parte da associação entre loucura e delinquência que longe de ter-se esgotado, retorna do recalcado descarregando sua fúria nas crianças.

No século XVII, a loucura foi associada ao pecado, estabelecendo-se um parentesco entre ambos que hoje em dia parece mais vigente que nunca. Castigo e remédio se confundem em uma “quase identidade entre o gesto que pune e o gesto que cura” (FOUCAULT, 1961, p.68). Continua existindo uma associação entre loucura e criminalidade, não somente pelos preconceitos, ou pelo imaginário coletivo que ainda tem medo do *louco* mas, sobretudo, por discursos pseudocientíficos que favorecem a confusão.

Em 2008, a médica psiquiatra Ana Beatriz Silva publicou um livro chamado *Mentes perigosas – O psicopata mora ao lado*, no qual afirma que as características psicopáticas

podem ser observadas desde a infância. Uma grande lista²⁹ de comportamentos (englobados na categoria “Transtornos da conduta”) é oferecida aos pais para que estes possam reconhecer a disfunção em seus filhos e tomar as providências pertinentes. A seguinte pérola pode ser encontrada entre as páginas deste livro: “O máximo que podemos fazer é adotar posturas no trato com essas crianças no sentido de melhorar a forma como a psicopatia vai se manifestar no futuro. A psicopatia não tem cura, é um transtorno da personalidade e não uma fase de alterações comportamentais momentâneas” (SILVA, 2008, p.168).

Lacan anunciou este lugar servil da psiquiatria ao analisar a função que esta ganhou no exército na época da Segunda Guerra Mundial. A tarefa do psiquiatra passou a consistir em pesquisar, definir, prever e intervir para impedir tudo o que pudesse afetar o desempenho dos recrutas: neuroses, delinquência, deserções, suicídios; “e toda uma ordem de profilaxia social parece possível no futuro” (LACAN, 1947, p.22).

Retomando a referência à etimologia das palavras, cabe lembrar que *categoria* significa em grego, *acusação*. No direito, o sujeito chamado em causa (acusado), “perde a sua inocência, torna-se coisa, isto é, causa, objeto de litígio” (AGAMBEN, 2009, p.23).

A aspiração à detecção precoce de delinquentes é moeda corrente nos dias atuais. Não poucas escolas anseiam contar no seu staff com *psis* que manejem as “ferramentas” próprias para tal incumbência. O DSM V se apresenta como grande auxiliar nesta empreitada, contando entre suas categorias diagnósticas transtornos como: Transtorno de Oposição Desafiante, Transtorno Explosivo Intermitente, Transtorno da Conduta, Transtorno da Personalidade Antissocial, Piromania e Cleptomania.

Englobados nos Transtornos Disruptivos, uma das suas principais características é que “violam os direitos dos outros e/ou colocam o indivíduo em conflito significativo com normas sociais ou figuras de autoridade” (A.P.A., 2013). Comumente, estes transtornos se iniciam na infância ou na adolescência, segundo reza o DSM.

Ao longo de suas versões, os aspectos nosográficos do DSM sofreram tal “arrebato” (CAROLI, 1986) que a noção de *desvio social* se estende cada vez mais. Não é o agravamento do distúrbio, mas o distúrbio de comportamento o que leva à consulta: o fato social substitui à abordagem clínica e os termos se deslocam. Mais uma vez, a fala do sujeito se perde e os dados diagnósticos se estabelecem em função dos acontecimentos exteriores, recolhidos através da fala dos pais, dos professores, e de todo aquele que venha testemunhar o quanto essa criança é *antissocial*. O transtorno, absoluto, monopoliza todos os campos da vida

²⁹ Incluindo, entre outras: “mentiras”, “crueldade com animais e/ou outras pessoas”, “impulsividade”, “atitude desafiadora”, “frieza emocional”, “ausência de culpa” e “irritabilidade”.

do sujeito (social, laboral, familiar, escolar), pois se considera que estes campos estão atravessados por elementos intrínsecos ao transtorno. Mas não só: o transtorno é extensível ao além.

Para Landman (2013), o perigo radica no caráter fixista destas categorizações, que com a simples fotografia de um instante petrificam o sofrimento. Estes diagnósticos funcionam como etiqueta e, feitos no nível das identificações ideais, são pensados apenas em termos de “risco futuro” e “handicap³⁰”.

A nomeação implicada no diagnóstico comporta duas faces: uma atravessada pela violência própria da linguagem, considerando que todo diagnóstico surge de um discurso imposto, arbitrário e inventado. A outra face, como no citado caso de Nanci, pode ser para o sujeito o que alivie sua angústia. Contudo, a violência ganha um estatuto bem diferente quando acreditamos no diagnóstico como rótulo que define um sujeito. Muito mais se nesse rótulo aprisionamos o sujeito no que se acredita ser a adivinhação do futuro.

³⁰ O termo foi introduzido no campo da educação e se refere às desvantagens ocasionadas pela deficiência (de origem orgânica) suposta no autismo.

2 O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA PSICANÁLISE

A posição dos psicanalistas em relação ao diagnóstico tem sofrido variações ao longo do tempo. Desde analistas que deitavam imediatamente os pacientes no divã, até aqueles que resgataram a importância das entrevistas diagnósticas para dar começo a uma análise. Neste último caso, “tratava-se de produzir um diagnóstico da personalidade, relativamente objetivo e transmissível. Os analistas costumavam encarregar tal diagnóstico a um psicólogo antes de começar o tratamento” (RUBISTEIN, 1999, p.5). Procurava-se também fazer um prognóstico da evolução do caso.

O diagnóstico em psicanálise teve uma época de desprestígio quando da leitura dos textos lacanianos interpretou-se que o não saber do analista a respeito do paciente inviabilizava fazer um diagnóstico. Porém, posteriores leituras, também lacanianas, sustentaram o valor do diagnóstico em sua relação com a direção do tratamento.

Atualmente, parece haver mais concordância entre os analistas quanto ao fato do diagnóstico diferencial ser necessário à prática psicanalítica³¹. Contudo, para que e como se diagnostica? o que se diagnostica? o que se faz com o diagnóstico? são questões que geram discrepâncias, mais ainda na clínica com crianças. Há alguma especificidade no diagnóstico quando se trata de sujeitos cronologicamente pequenos?

Há analistas que ponderam que não se deve fazer diagnóstico na infância, considerando a estrutura como resultado de um processo de construção que depende de diversas ações psíquicas e não de um momento único de inscrição. Nesse sentido, adota-se a noção de “estrutura não decidida na infância”, avaliando que essa decisão aconteceria, sim, na adolescência após o período de latência (BERNARDINO, 2004).

Outros consideram que a estrutura se define em um tempo lógico de subjetivação e fundação do inconsciente, no qual seria impossível cogitar qualquer mudança de posição. Nesse extremo oposto, destacam-se Rosine e Robert Lefort que defendem que “não há especificidade na psicanálise de crianças. A estrutura, o significante e a relação com o Outro não concernem de maneira diferente à criança e ao adulto” (LEFORT, 1991).

Outras posições nos permitem pensar na armadilha que resulta de confundir tempos lógicos com tempo cronológico. Para Dunker (2006), não existiria um tempo preciso para o

³¹ Não obstante, Rubistein (1999) afirma que não deixa de ser um tema polêmico. Dentre os psicanalistas lacanianos, há quem afirma que, após os anos 70, os desenvolvimentos teóricos de Lacan levaram a relativizar a importância do diagnóstico diferencial. Para outros, as mudanças na teoria mudaram as coordenadas desde as quais se faz um diagnóstico, mas não reduziram o valor do mesmo.

sujeito se configurar enquanto tal ao adotar uma posição perante a castração. Nesse sentido, argumentar que a estrutura se define na adolescência, no primeiro ano de vida ou ainda no tempo do drama edípico, deixa de lado o fato de que a temporalidade diagnóstica não é idêntica à temporalidade do sujeito.

Nos textos freudianos encontramos, desde o início, o legado sobre a importância do diagnóstico. Freud (1913a) deu aos analistas orientações para conduzir uma análise, porém advertiu que devido à plasticidade dos processos psíquicos não se deve cair na mecanização da técnica. Dentre os “conselhos”, enfatizo aquele que diz sobre a motivação diagnóstica do *tratamento de ensaio*, no qual Freud procurava estabelecer um diagnóstico diferencial para decidir se um sujeito era ou não apto para tratamento. À época, considerava que a psicanálise só poderia ajudar nos casos de neurose. Hoje em dia, as indicações lacanianas de não recuar frente à psicose habilitam acompanhar o tratamento de um sujeito psicótico. Não obstante, a direção da análise será diferente segundo se trate de uma neurose ou de uma psicose e o diagnóstico funcionará como bússola nessa direção.

O *ensaio* não possibilita de maneira regular uma decisão segura, sendo somente mais uma cautela já que nem sempre é fácil traçar a distinção entre as estruturas clínicas³². “Sei – afirma Freud (1913a, p.126) - que há psiquiatras que raramente vacilam no diagnóstico diferencial, mas convenci-me que se equivocam com a mesma frequência”. Em sua 34ª Conferência, afirmou que muitas vezes os diagnósticos se obtêm na posterioridade, e estabeleceu uma analogia com a “prova de bruxaria” aplicada por um rei escocês acerca da qual diz ter lido em Victor Hugo. Esse rei contava com um método infalível para detectar bruxas: fazia colocar as suspeitas em água fervendo e em seguida bebia o caldo; só depois disso podia determinar se a mulher em questão era bruxa ou não. Qualquer similitude com a prática (bastante frequente) de provar medicamentos e diagnosticar a partir daquele que “deu certo”, é mera coincidência. “Algo semelhante nos passa [...] Não podemos – diz Freud - formular um juízo sobre os pacientes [...] antes de tê-los estudado analiticamente durante umas semanas ou meses” (FREUD, 1933, p.143-145). Mas nunca se trata de uma decisão segura.

Para a psicanálise o diagnóstico é sempre provisório; uma conjectura que se constrói a partir do que se escuta, sendo ali também onde deve ser verificado (RUBISTEIN, 1999). Nesse sentido, o analista deve poder redefinir suas conjecturas se algo novo se apresenta. Apesar de hipotético e carente de certeza, longe de ser determinante ou de apreender o sujeito,

³² Será Lacan quem organizará a diferença entre o que ele chamará de “estruturas clínicas”: neurose, psicose e perversão.

o diagnóstico orienta o clínico na experiência analítica. Segue-se um pequeno relato sobre um atendimento em um Centro de Atenção Psicossocial que ilustra a relevância da orientação diagnóstica:

Karine tem 13 anos e está sendo acolhida no CAPSi. Ela diz que gosta de rua, que ai quer ficar para transar e consumir cocaína. Karine leva ao ato suas palavras e passa dias na rua até ser encontrada totalmente desorientada, *porque sim, eu gosto. Por que? Está mal?* Karine chega ao CAPSi de chupeta, bota cola na boca e quer enfiar os dedos na tomada; quebra tudo a sua volta. Foi colocada em abrigo pelas constantes fugidas de casa, de onde também fugiu tanto que já não querem recebê-la de volta. Karine fala pouco e se coloca de tal maneira que acompanhá-la fica difícil; automutila-se e agride tudo mundo, mordendo o braço de uma cuidadora até quase arrancar um pedaço. As equipes³³ que tentam cuidar dela oscilam entre os diagnósticos de neurose e psicose. A medicação oscila também, entre antidepressivos e antipsicóticos. Nenhuma intervenção parece ter efeito e *a posteriori* de seus atos Karine não consegue mais que relatar sucintamente o que aconteceu. *Acting-out* ou passagem ao ato? Estes impasses angustiam à equipe trazendo a questão diagnóstica uma e outra vez, como importante para orientar o tratamento.

Esta pequena vinheta ilustra a importância da diferença diagnóstica para os clínicos. O fato era que as condutas de risco de Karine permaneciam irreduzíveis a qualquer intervenção e a equipe ficava inibida, assustada também, à espreita do que poderia irromper a qualquer momento e à espera da orientação que o diagnóstico poderia trazer. O diagnóstico operaria como bússola perante a angústia diante de uma singularidade difícil de acompanhar. Ajudaria a entender clinicamente determinados acontecimentos dando-lhes o estatuto de forma de expressão e não de comportamento a ser corrigido. Entretanto, há determinados sujeitos que parecem escapar a qualquer diagnóstico; acompanhar seu movimento há de ser mais importante que rotulá-los para aplacar a angústia das equipes.

Rubistein (1999), afirma que tanto Freud quanto Lacan construíram “um saber a partir de discernir e reconhecer diferenças e recorrências produzidas nas condições da experiência analítica” (p.4). O diagnóstico permite distinguir formas de funcionamento e organização subjetiva. Nesta perspectiva se aproxima do sentido etimológico do termo *classificar*. Contudo, há grandes diferenças na maneira como a psiquiatria e a psicanálise *essenciam* uma

³³ Karine transita por diferentes instituições: no percurso de menos de dois anos, já morou em três abrigos, foi acompanhada por dois CAPSi, por um CAPSad, pelo Conselho Tutelar e pelo serviço de emergência. Contudo, não finca em lugar algum.

tal *classificação*, partindo do pressuposto de que para a psicanálise se trata do sujeito do inconsciente e não do indivíduo da doença, atualmente reduzido ao neuronal.

Freud (1898) considerou que o diagnóstico diferencial não seria importante para o médico se este propusesse o mesmo tratamento a todos os pacientes, reafirmando o interesse na sintomatologia de cada caso. O diagnóstico se apresenta assim, para o psicanalista, com o rigor ético de acompanhar o sujeito na sua singularidade. A psicanálise se orienta por *classificações*, mas apostando em táticas opostas às lógicas mercantis do “para todos os autistas, mesmas medidas educativas”, ou “medicamentos para todos”; estas lógicas, partidárias do condicionamento comportamental, podem resultar em intervenções coercitivas nefastas.

Landman (2013) levanta uma questão cara a esta pesquisa quando se pergunta qual a utilidade de fazer à criança portar um diagnóstico. Importa ao analista visar o sofrimento da criança, de seu entorno, os impasses que conduziram ao sintoma, advertido de não apoiar o diagnóstico somente nas apreciações, sempre subjetivas, dos adultos implicados no cuidado da criança. As *classificações* internas à psicanálise precisam atender ao compromisso ético de que o anúncio do diagnóstico de uma criança não vire estigmatização. Em uma experiência analítica não há nenhum diagnóstico a comunicar ao sujeito, não há como dizer “tu és isto”, porque o sujeito não é.

Talvez a psiquiatria possa construir nosografias, que são igualmente classes de similitudes e de oposição, talvez ela possa enumerar sintomas, tratados como propriedades caracterizadoras. Mas, no instante mesmo em que, por homonímia, a psicanálise retoma os nomes recebidos, ela sabe, ou deve saber, que se trata aí de semblantes: algo, para além, subsiste e não está esgotado na classe representável. Algo que diz, mas não o que os neuróticos, [perversos, psicóticos, têm] de mutuamente substituível e sim o que cada um deles tem de insubstituível: [...] finge nomear a maneira neurótica, perversa, obsessiva que tem um sujeito de ser radicalmente dessemelhante de qualquer outro (MILNER, 1983, p.91).

Parte-se de universais, mas vai-se ao particular de cada caso, àquela experiência que, de um para outro, não se replica. O sujeito é sempre uma exceção ao universal (ANSERMENT, 1999). Os próprios estudos genéticos, no afã de encontrar *O gene* do autismo, deparam-se cada vez mais com a hetero~*geneidade*, reintroduzindo no debate questões que se aproximam da clínica psicanalítica.

Lacan (1953-54) elogia a maneira como Freud toma os casos na sua singularidade, acrescentando que a história do sujeito não é o passado, mas sim o passado na medida em que é historiado no presente, pelo próprio sujeito. Nesse sentido, não é por dedução que se faz um

diagnóstico, mas a partir de um “processo feito de instantes descontínuos e gestos suspensos” (MILNER, 1983, p.90). Trata-se de recortar um detalhe e suas correlações no transcorrer da fala. Freud (1914) relaciona a técnica psicanalítica ao procedimento que Morelli³⁴ utilizava para distinguir entre pinturas falsas e verdadeiras. O método consistia em destacar, por sobre as características mais evidentes, o valor dos detalhes: o lóbulo da orelha, o formato das unhas, entre outros, eram os pormenores que o copista omitia.

Detalhe deriva etimologicamente do latim *de-taliare*, ‘cortar’. É o ato analítico que produz o detalhe de um caso, um recorte que faz escrita. A clínica psicanalítica se diferencia do relato biográfico, da acumulação de dados, da novela ou da anedota; aloca o sujeito na hiância que o detalhe delimita entre a estrutura e a especificidade da história (GODOY, 2001, p.109).

Lacan (1956) chamou tais detalhes de *pequenas particularidades de um caso*, em função de uma clínica que anda do particular ao particular, apesar da experiência analítica permitir distinguir algumas formas gerais. O diagnóstico diferencial implica um corte que revele a estrutura ainda em pequenos elementos. Segundo Godoy (2001), o recorte não pode ser arbitrário ou servir para simplificar o processo diagnóstico: o percurso para captar os detalhes é bem complexo.

O autismo se apresenta às vezes como *óbvio*, muito visível. Deparamo-nos com crianças que parecem saídas de um texto de Kanner ou de Laznik. Um contínuo maciço de estereotípias. Elia (2004) entende esta condição – a do autismo - como a de um sujeito que longe de ser invisível, é visível por demais, e se pergunta se um sujeito não abolido pelo significante pode ainda ser dito um sujeito.

Proponho que o ‘sujeito autista’, ainda entre aspas, seja uma condição do sujeito em que ele não acedeu à invisibilidade. Será que o termo sujeito só pode ser aplicado à condição de sujeito barrado? Ou sujeito é uma categoria que pode apresentar diferentes condições? Não estou dizendo com isso que ele é um objeto, que sua condição é a de objeto. Objeto não é visível. Digo que o sujeito autista é uma condição do sujeito em que ele ainda é visível, olhado pelo objeto, como todos nós, só que sem anteparos, e consequentemente visto pelo Outro (ELIA, 2004, p.3).

Os *detalhes* na clínica do autismo estão nas pequenas e fugazes variações que abrem uma brecha à emergência do sujeito. O detalhe se ouve nas entrelinhas daquilo que o sujeito

³⁴ Médico italiano (século XIX), que sob o pseudônimo de Lermolief revisava a autoria de pinturas ajudando a distinguir entre originais e cópias.

diz além dos “fenômenos clínicos” que apresenta, além das essências que não há. O clínico deve reduzir o imaginário para evitar perder-se em suas armadilhas.

Calebe é uma criança que só fala em presença da mãe. No coletivo clínico do qual participa, não interage com os colegas e permanece sentado no chão brincando com carrinhos ou animais. Quando outra criança pega algum brinquedo que ele está usando, Calebe sustenta por alguns segundos um olhar que parece triste e continua brincando. As intervenções dos técnicos parecem não fazer diferença. Um dia, olha para o colega que pegou seu brinquedo com um olhar diferente, mais raivoso. A intervenção de um técnico nomeia essa raiva e diz mais uma vez que ele pode dizer sobre isso. Calebe levanta do chão e ainda olhando para o colega, descarrega essa ‘raiva’ em movimentos corporais (saltitando e abanando mãos e braços). Desde esse dia, quando alguém pega seus brinquedos, Calebe vai à procura para recuperá-los. Já não só brinca sozinho no chão, mais participa de rodinhas ou jogos de correr e fugir, além de estar mais falante.

Cabe ressaltar que as classificações internas à psicanálise romperam com a oposição entre normal e patológico; ambos os processos, chamados de “normais” e “patológicos”, obedecem às mesmas regras (FREUD, 1913b). Mais uma vez, a psicanálise se afasta das teorias fisiológicas para abordar os fenômenos do acontecer psíquico, incluindo atos falhos, ideias obsessivas, ataques de tipo convulsivo, sonhos, entre outros. As pesquisas de Freud (1901) sobre os esquecimentos e os atos falhos lhe permitiram estender à vida anímica cotidiana suas descobertas em relação às neuroses. Demonstrou-se que os determinantes psíquicos se revelam até nos mais mínimos detalhes de processos anímicos que todo mundo vivencia. O caráter psicológico dos deslizes se insere em nexos singulares para cada sujeito, mas com uma particularidade que os atravessa a todos: sua associação com os temas da morte e da sexualidade.

As premissas da psicanálise, longe de conformarem uma ciência auxiliar da psicopatologia, instituem-se como fundamentais para entender até aquilo que podemos chamar de *normal*. A norma, se em algo interessava a Freud, era mais em sentido funcional e menos em sentido estatístico. Tanto é assim que o delírio é qualificado por Freud como uma tentativa de cura. Lacan (1970) afirma que “a característica de nossa ciência não é que tenha introduzido um conhecimento melhor do mundo, mas que fez surgir no mundo coisas que não existiam de jeito nenhum no nível da nossa percepção” (p.170).

2.1 A etiologia por fora das células

À medida que Freud avançou no estudo das *afecções nervosas*, a relação analítica que inventou junto a seus pacientes permitiu uma clínica enriquecida por conceitos que até hoje orientam os percursos de uma análise. Freud se deparou com uma clínica que furava saberes e métodos até então estabelecidos. A escolha por não recalcar os impasses o levou a elaborar um corpo de conhecimento que escandalizou os defensores das teorias ditas científicas. Apesar de partilhar certos ideais com o meio no qual se formou, não hesitou em contradizê-los, pois seu rigor “científico” radicava em não ser surdo frente àquilo que seus pacientes expressavam na clínica.

As teorias psicanalíticas vieram questionar um paradigma do diagnóstico que continuava a procurar o substrato anatômico de todas as doenças mentais. Entre 1888 e 1893, Freud (1893) elaborou um texto no qual comparou as paralisias motoras históricas e orgânicas, afirmando ser possível existir uma lesão funcional sem lesão orgânica correspondente. No caso das paralisias históricas, o que está em jogo é uma concepção subjetiva do corpo, que não corresponde à sua realidade fisiológica. A alteração que produz a paralisia não se encontra na anatomia nervosa, mas na concepção (representação) que se faz desse corpo. A psicanálise nos defronta com uma busca pela *causa* dos sintomas que, longe de orientar-se pela fisiologia, toma em consideração o “anímico” que pode afetar o “corpo” ao ponto de alterar suas funções.

O caminho não foi fácil para Freud, como ele mesmo relata ao longo da sua obra. Seus estudos com Charcot foram mal acolhidos em Viena, ao ponto de fazê-lo retirar-se da Sociedade de Medicina e da vida acadêmica. Diagnosticar “histeria” em um homem, ou falar da produção sugestiva de algumas paralisias só encontrou oposição. No entanto, a clínica sempre foi soberana, orientando suas teorizações e levando-o, por exemplo, a considerar que a obra do “autor mais destacado da neuropatologia alemã” (FREUD, 1924b, p.15) derivava menos de uma observação exata e mais de uma construção fantástica. Em vista disso, Freud não duvidou em descartar a eletroterapia que o médico em questão - W. Erb - propunha como tratamento dos doentes nervosos. Outra ruptura importante foi com Pierre Janet e sua hipótese de que um déficit maturativo do sistema nervoso radicava na etiologia da histeria.

Estas discussões são bem atuais a respeito do autismo. Pesquisas de ponta mapeiam o genoma para identificar o determinante genético do que consideram um transtorno meramente cognitivo. Os pesquisadores mais radicais se opõem a intervenções que considerem o

relacional e se opõem, sobretudo, a abordagem psicanalítica. Contudo, em *Autismo. A cada um seu genoma* (2013), Anserment explicita que não há estudos conclusivos; os resultados questionam a noção de código e, longe da repetição do mesmo, evidenciam a produção da diferença. A tendência da genética, a partir destes resultados, é falar de diversos fatores, incluindo o meio ambiente.

Em psicanálise, falar de causa não é falar de uma lei determinista nem de fenômenos dependentes entre si, de cuja relação se desprende que a ocorrência de um fato levaria necessariamente à ocorrência de outro. Mesmo se considerássemos o autismo como uma questão neurobiológica ou genética, haverá para cada sujeito o modo particular de fazer com isso, em estreita relação com a história de cada um e os significantes que o circundam.

Desde seus primeiros escritos, Freud coloca a relação “causal” e “substantiva” entre afecção psíquica e vida sexual. Declara, inclusive, não ser original ao enunciar um paradigma ao qual outros autores já tinham atribuído certa importância. Até então, a questão tinha sido mantida nas correntes subterrâneas da medicina. A psicanálise seria o método que pela primeira vez na história da medicina permitiria uma visão sobre a origem e o mecanismo da aquisição tanto da neurose quanto da psicose (FREUD, 1913b). “Se fatores da vida sexual se discernem real e efetivamente como causas patológicas, averiguar tais fatores e trazê-los à consideração se converte, sem dúvida, em um dever do médico” (FREUD, 1898, p.258).

A sexualidade introduzida por Freud não está referida à sexualidade como função meramente biológica, reprodutora ou genital. Freud identifica os componentes sexuais em satisfações substitutivas que vão dos sintomas até as conquistas culturais do sujeito em sua vida comunitária, que depende da sufocação das pulsões. Trata-se de uma sexualidade que se inscreve, não toda, assim que a linguagem atinge o corpo do vivente e que se tece nos desfiladeiros do significante. Marcada pelo significante, a sexualidade se desnaturaliza, afastando os humanos de qualquer relação com o instinto animal. Lacan (1964b) o formularia da seguinte forma: “A realidade do inconsciente é a realidade sexual” (p.156). A sexualidade humana não é externa ao inconsciente, nem externa à linguagem, de cuja simbolização depende. Porém, há no núcleo do inconsciente aquilo que da sexualidade não pode ser simbolizado.

Não se tratou somente de falar de sexualidade, mas Freud trouxe à tona a infância ao deparar-se com atividades corporais das crianças que não duvidou em chamar de sexuais e às quais conectou com os fenômenos psíquicos da vida adulta, sejam eles *normais* ou *patológicos*. O mamar do bebê é descrito como uma das primeiras atividades corporais que aspira a um ganho de prazer independente da nutrição.

[...] os fenômenos normais e anormais que observamos (quer dizer, a fenomenologia) demandam ser descritos desde o ponto de vista da dinâmica e da economia (em nosso caso, a distribuição quantitativa da libido) [...] A etiologia das perturbações por nós estudadas se encontra na história do desenvolvimento, ou seja, na primeira infância do indivíduo (FREUD, 1938, p.154).

Na esfera do autismo, a relação entre etiologia e história foi entendida por alguns psicanalistas como psicogênese, que por sua vez foi rapidamente confundida com a relação mãe-bebê que se supunha podia ser idílica, e à cujas *falhas* se atribuía a origem do autismo. Bethelheim (*apud* Lima, 1995), por exemplo, sustentava a existência de uma causa psicogênica supondo na origem do autismo desejos inconscientes dos pais. A eles (ainda mais as mães) atribuía a responsabilidade pela posição subjetiva dos filhos, em uma relação unívoca causa-efeito. Jerusalinsky (1984) destaca o papel da função materna como agente de intermediação do simbólico seguindo as formulações winnicottianas sobre os cuidados maternos. Se, por razões constitucionais, uma criança tem mais chances de apresentar traços autistas, isso depende também da capacidade da mãe de cobrir essa limitação. Este tipo de leitura implicou numa revolta dos pais contra a psicanálise, pela qual se sentiam acusados.

A leitura lacaniana segue um rumo diferente. Lemos no Seminário 3 (LACAN, 1955-56, p.17) que “o grande segredo da psicanálise é que não existe psicogênese”. Nessa linha, Lacan (1967a) critica os psicanalistas que urdem, junto ao folclore, uma fantasia postiça que aloja a harmonia no hábitat materno. Para Rocha Miranda (1999, p.112), “o determinismo psíquico é inconsciente e a transmissão entre as gerações escapa à lógica da culpabilização. Trata-se da relação do sujeito à linguagem, mesmo do sujeito que não fala”. Embora haja psicanalistas que optem pela consideração do determinismo ambiental, as considerações lacanianas podem ser rastreadas nos textos freudianos, como bem assinala Zenoni (1991):

Basta reler os *Três ensaios sobre a sexualidade*, por exemplo, para constatar até que ponto Freud exclui ao mesmo tempo o fator constitucional e o fator ambiental do plano que é pertinente para a explicação da psicopatologia humana. Para Freud, o plano que é pertinente para a causalidade da psicose, da neurose e da perversão não é o plano do desenvolvimento, mas um outro, prévio ao da interação [...]. Lacan chama-o às vezes de lugar do Outro, às vezes de ordem simbólica [...] Ele opera logo na entrada, desde o começo, antes de qualquer interação com o ambiente (p.104).

Apesar de alocar o trauma universal da linguagem no lugar da causa, esta tem sempre algo indefinido, oco, vazio: “só há causa daquilo que manca [...], algo que pertence à ordem do não realizado” (LACAN, 1964b, p.30). Foi com a formulação do objeto *a* que Lacan pôde

mostrar o real em jogo em toda estrutura, aquilo não observável, não descritível nem apreensível e sem existência física.

2.2 O fenômeno não é o sintoma

O diagnóstico nem sempre pode ser discernido com certeza plena. O doente pode exibir o quadro externo de uma neurose e, contudo, tratar-se de outra coisa [...].

Freud, 1926, p.225

A psicanálise tem sobre o fenômeno um olhar que a distancia em muito da psiquiatria, ao ponto de o discurso da psicanálise não se orientar pelo fenômeno e sim pelo sintoma. Dos fenômenos, objetivos e observáveis, entende-se que sejam iguais para todos. As duas crianças que apresentei na introdução mostravam *fenômenos* a partir dos quais foram rapidamente diagnosticados como *autistas* por professores e médicos. Dificuldades na fala, estereotípias, uma troca com os outros empobrecida e invasiva, davam-se a ver deixando poucas dúvidas quanto a seu significado. Desta postura, desprendem-se tratamentos homogêneos, engessados: colégio especial para Pablo, medicação para João, entre outras. A psicanálise, por sua vez, visa à construção de um sintoma a partir daquilo que se dá a ver, mas tomando-o como dando-se a ler.

O psicanalista toma o fenômeno como um enigma com o intuito de situar o quê do particular se mostra aí. Na sua 17ª conferência de introdução à psicanálise, Freud (1916-1917a) diz que, por mais que os *sintomas típicos* das neuroses (aqueles compartilhados por vários sujeitos) nos orientem para formular um diagnóstico, podem obstaculizar o acesso ao que o sintoma tem de mais particular para aquele sujeito. Um vômito histérico, por exemplo, pode reconduzir, em um caso, a uma série de impressões de asco; mas em outro caso a análise pode reconduzir-nos a vivências eficazes de índole completamente diversas. O sujeito pode até apresentar-se com seus *fenômenos*, um sintoma estabelecido que faz parte da sua vida e com o qual está acostumado; mas, para que uma análise seja possível, esse sintoma deve transformar-se em uma questão para o sujeito, a partir da qual possa ganhar estatuto de *sintoma analítico*. Este último se aloca no extremo oposto do “para todos”.

De acordo com Soler (1997), *o sintoma é a única coisa interessante*. O sintoma é o que faz um sujeito ser diferente do outro, *princípio da singularidade*. Subverte-se, desta maneira, qualquer ideal observacional e classificatório que pretenda aprisionar a experiência subjetiva fixando-a em categorias identitárias. À diferença de uma etiqueta colocada desde fora, o diagnóstico em psicanálise assume um compromisso com as coordenadas da experiência subjetiva do impossível que nos atravessa a todos.

Segundo o matema de Lacan, o sintoma - s(A) - é significado do Outro. Trata-se da relação que o sujeito estabelece com esse Outro, e como se implica no seu sintoma em relação ao objeto que o divide. “A posição do sujeito no fantasma e o real do objeto causa do desejo são, portanto, ao que visa uma pergunta feita sobre o diagnóstico” (LEGUIL, 1986, p.62).

Essa construção é possível quando não parece haver, à princípio, um pedido de ajuda, uma demanda, uma queixa, algo que se apresente como questão para o sujeito, como parece acontecer nos casos de autismo? Essa construção é só reservada a quem já está no discurso? A princípio, a clínica evidencia que, por mais que as crianças ditas autistas apresentem elementos em comum, cada um desses elementos deve ser ouvido na particularidade do caso; ler os fenômenos como sintomas e como enigmas que dizem sobre o sofrimento e a posição, sempre particular, de cada criança.

Quando as crianças autistas descarregam o excesso de excitação nas estereotípias, nas automutilações, na auto e hetero agressividade, o fazem por falta de *ligações psíquicas convenientes* (LAZNIK, 2004). Para Anserment (1999), estas manifestações na clínica do autismo são um indício, uma busca, um conflito que surge, a partir do qual um sintoma pode ser criado, vindo a representar a posição da criança autista e organizando a sessão. O analista não só participa mas também testemunha a montagem deste sintoma, ao autenticar esse percurso como um dizer. Essa intervenção no real equivale à montagem de uma fantasia, com sua concomitante localização de gozo.

Já para Nominé (1999), o autista é uma criança sintoma, mas ela não porta um sintoma, pois, se assim fosse, sairia do autismo; o autor afirma não ter encontrado descrições de casos desse tipo. Haveria, sim, autistas que conseguem se sair mais ou menos bem na vida, mas sempre dependentes de alguma máquina que funciona em lugar do sintoma que não podem construir. Como corolário de sua afirmação, o autor se serve da formulação lacaniana de que o sintoma é um acontecimento do corpo; pondera que se o autista não tem corpo, então não teria sintoma.

Baio (2006) considera que no autismo não há sintoma ao modo freudiano, mas sim *sinthoma*³⁵ ao modo joyciano: o sujeito autista inventa elementos que só a ele pertencem e que equivalem ao Nome-do-pai. Estes elementos permitem uma amarração, trazendo alguma ordem para o mundo, bordejando e temperando o gozo. Nesse sentido, o autor afirma que aquilo que à primeira vista podem parecer comportamentos bizarros são elementos singulares que funcionam ao modo de um *sinthoma*. Esta invenção implica duas operações: uma tentativa de descompletamento do Outro e a incorporação de um traço do Outro; o *sinthoma* funciona como saber mínimo, atravessado por uma significação particular e ligado a figuras que encarnam o grande Outro para cada autista. “O *sinthoma* no autismo, signo da singularidade do sujeito, é o modo dele saber fazer com o real do gozo” (BAIO, 2006, p.29). Contudo, essa mínima enunciação não amarra ao Outro, sobretudo quando os outros leem aí uma “bizarrice” a ser apagada. Para que algum laço seja possível, é necessário que alguém acompanhe essa invenção, que a aprenda como língua particular que vem comunicar alguma coisa. Nesse sentido, o analista pode funcionar como *partenaire*-sintoma prestando-se a encarnar o ponto de capitonado no andamento do *sinthoma* e mantendo uma interrogação aberta sobre o sujeito e seu saber fazer que permita algum descompletamento do Outro.

2.3 As categorias da psicanálise

[...] o que responde à mesma estrutura não tem forçosamente o mesmo sentido. Por isso mesmo não há análise senão do particular.

Lacan, 1973b, p.3.

A psicanálise tem elaborado uma nosografia e teorias explicativas próprias. Para esta construção, tanto Freud quanto Lacan retomaram as categorias diagnósticas da psiquiatria clássica, mas as redefiniram à luz das ferramentas que a psicanálise lhes aportou. Categorias

³⁵ Ao final do seu ensino, Lacan formula uma diferença entre sintoma e *sinthoma*. O primeiro, funciona como metáfora; desprende efeitos de sentido em relação à concatenação significante, dando-se a ler. Implica a intrusão de um registro sobre o outro e é entendido como produto de um lapso no nó. Já o *sinthoma*, efeito de gozo e não de sentido, funciona como um quarto artifício que amarra os três registros (Real, Simbólico, Imaginário). Trata-se de uma reparação do lapso, que não necessariamente faz cadeia borromeana. No caso da neurose, o Nome-do-pai faz esta amarração. No caso da psicose, há elementos particulares ao sujeito que podem vir a ter esta função (SCHEJTMAN, 2004).

clínicas como a *paranoia* de Kraepelin, a *esquizofrenia* de Bleuler, a *perversão* de Krafft-Ebing e a *histeria* de Charcot assentaram as bases para esta construção. Nesta empreitada, a descoberta freudiana do inconsciente teve essencial e original incidência.

Procurando limitar a proliferação de classificações diagnósticas, Lacan propôs interpretar os fenômenos clínicos em função do que ele chamou de estruturas: neurose, psicose e perversão. São três respostas possíveis do ser humano, perante o inexorável encontro com a linguagem. Por mais que Freud não tenha explicitado esta divisão da forma esquemática que hoje a conhecemos, Lacan a constituiu a partir da sua leitura dos textos freudianos. Para Rocha Miranda (1999, p.116), “o infantil em Freud é a estrutura em Lacan. O infantil como tentativa de conceituar a categoria do real, impossível de apreender”. O retorno a Freud proposto por Lacan segue o modelo lógico do inconsciente, que tem leis, sim, mas são leis que aludem ao modo em que cada sujeito tenta dar conta da castração.

A noção de estrutura aponta à ordem que é possível encontrar na variabilidade das expressões sintomáticas; há algo em torno do qual se organiza aquilo que se faz ver. Há uma procura por recorrências e diferenças que forma parte da tentativa de construir um saber que permita bordejar a complexidade do real.

As teses sobre o estatuto estrutural do autismo não encontram unanimidade entre os autores. Segundo Lacan (1975a), estamos todos preparados desde o nascimento para receber o simbólico, e a pergunta que ele se faz é por que, no autista assim como no esquizofrênico, isso se congela. Entretanto, diz que é difícil imaginar que há seres que não escutam, e escutar forma parte da palavra.

Alguns psicanalistas se inscrevem na linha dos que consideram o autismo no campo das psicoses. Nesse sentido, haveria Outro no autismo e foraclusão do Nome-do-pai. Colette Soler (2004) defende a hipótese de que o autismo constitui uma variante da psicose esquizofrênica; o fato do autismo assinalar uma foraclusão, não quer dizer que não haja Outro, e sim que há Outro não barrado, puramente real. Laurent (1996) acompanhou esta hipótese por algum tempo. A criança se posiciona como objeto que sutura a falta do Outro que, com seu gozo irrestrito, apresenta-se como absoluto, desregulado, invasivo e cujos cuidados não portam a marca de uma falta. Haveria, sim, desejo do Outro, mas anônimo. Nesse sentido, Nominé (1999) afirma que a criança autista está estruturalmente reduzida à posição de sintoma da mãe, dando corpo à verdade materna. Para Di Ciaccia (2005), a criança autista está na linguagem e assim recebe seu ser de sujeito de sua relação com o significante. Uma criança que não se deixa representar nem barrar pelo significante e que, contudo, é falado e representado pelos significantes do Outro.

Ainda que em uma outra vertente teórica, que pensa o autismo como uma perturbação do desenvolvimento emocional, Winnicott (1996) também não vê motivos para separar o autismo do grupo das psicoses da infância.

Pensar o autismo no campo da psicose não exige os analistas de pensar a diferença entre autismo e esquizofrenia. Soler (2004) distingue as crianças autistas daquelas “que são claramente delirantes” (p.67). Muitos analistas concordam com o fato que a diferença radica no desencadeamento³⁶: precoce, no caso da esquizofrenia infantil, e um desencadeamento que parece desde sempre, no caso do autismo. Ainda que pouco frequentes, tenho me deparado com alguns casos de autismo no CAPSi em que o Outro dos cuidados identifica na criança uma ausência de busca de contato desde o nascimento.

Bastos (2003) aproxima o autismo das psicoses, sem identificá-los inteiramente. Haveria no autismo, como na psicose, ausência do significante Nome-do-pai, mas com decorrências diferentes. Assim como nas psicoses, ao invés de faltar ao Outro, o sujeito autista satura a falta deste, não podendo advir como sujeito. A este enclausuramento, o autista responde com o recurso radical de reclusão e rechaço do Outro. Nesse ponto, a “ausência do Nome-do-pai no autismo não se coloca mais em termos de foraclusão específica da psicose, mas de indiferenciação – esta é a nossa hipótese” (BASTOS, 2003, p.28).

Sem contar ainda com a categoria de autismo como entidade clínica isolada, Melanie Klein identificava no caso Dick³⁷ uma regressão, a diferença da esquizofrenia na qual se trataria de uma inibição do desenvolvimento. Muitos dos adultos que cuidam de sujeitos supostos autistas, fazem uma leitura que se assemelharia a esta conjectura kleiniana. Ainda que a partir de uma interpretação desenvolvimentista, repetem-se os relatos de crianças as que se intitula de “normais” até uma certa idade (que varia – principalmente - entre os oito meses e os dois anos), mas que repentinamente perdem habilidades ganhas (como olhar, brincar e falar) e se relem em seu próprio mundo.

Posteriores desenvolvimentos teóricos levaram Laurent (2012) a afirmar que não haveria no autismo trajetos pulsionais, em cujo lugar encontraríamos os circuitos do objeto articulados ao corpo pelas bordas de gozo. Seguindo as pisadas da obra dos Lefort, Laurent afirma que o simbólico, que já está aí, não implica em que o Outro tenha existência para o

³⁶ Foi Kanner quem identificou a extrema retração que as crianças autistas mostram desde o começo de suas vidas, a diferença dos esquizofrênicos que em determinado momento rompem com relações previamente estabelecidas.

³⁷ Hoje em dia considerado um caso de autismo, atendido por Melanie Klein em 1929 e de extensa discussão no primeiro seminário de Lacan (1953-1954).

sujeito. Parafraseia os Lefort ao falar do “Outro que não existe” para o autista. O autismo corresponderia a uma outra estrutura que não a da psicose.

Robert e Rosine Lefort (1980; 2000) consideram que no autismo não se trata só da forclusão do Nome-do-pai, mas da forclusão da simbolização primordial da mãe. Não há Outro; há uma carência estrutural de significante do recalque originário. A ausência de *Bejahung* – afirmação primordial a partir da qual o sujeito pode vir a se constituir - estaria confirmada pela posição materna. Um mal encontro do sujeito com o significante, atestado por uma mãe que não sabe a quem dirigir o filho. O distúrbio é mais precoce que o da esquizofrenia e desta difere em relação a sua aparição, evolução e suplências.

Com os casos clínicos de Robert e Marie-Françoise, os Lefort procuraram mostrar a diferença estrutural entre autismo e psicose. *O lobo!* do menino Robert marca a presença do significante originário e deixa a via aberta para uma metáfora delirante. Ainda que incorporado no real, o psicótico tem objeto e tem Outro. Não é o caso de Marie Françoise, que está por inteiro no lugar de objeto *a* como objeto autoerótico, fora do fantasma, a diferença da criança psicótica que ocupa um lugar no fantasma materno.

Maleval (2007) pensou por algum tempo o autismo como um tipo clínico original situado no campo das psicoses, mas aproximou-se das teorizações dos Lefort quando passou a sustentar a diferença estrutural, aduzindo que não há delírio no autismo: o delírio psicótico inclui o imaginário do corpo que falta no autismo. Para tal, baseia-se na leitura de Asperger ao considerar que haveria no autismo algo essencial que se mostra invariável, apesar da variedade de movimentos que o sujeito possa fazer ao longo da vida (MALEVAL, 2010). Tratar-se-ia no autismo de uma estrutura que se caracteriza pelo rechaço à alienação significante, o qual impede que o gozo se ligue à palavra. O transtorno simbólico gera uma enunciação morta, apagada, técnica. A hipótese central de Maleval é a do rechaço do autista ao gozo associado ao objeto voz.

Os autores justificam esta separação estrutural relevando questões como: a ausência de delírio e de alucinações verbais no autismo; a falta de desencadeamento; a existência de períodos de remissão e de recidiva na esquizofrenia que não ocorrem no autismo, cujo funcionamento específico é considerado permanente. Alguns sujeitos de estrutura psicótica são capazes de uma crítica ao seu próprio delírio passado; ao contrário, os autistas mais estabilizados não consideram mudar seu funcionamento autístico insistindo no fato de que ele persiste de uma forma atenuada. Sujeitos que apresentam um quadro típico de autismo de Kanner na primeira infância e que progridem, demonstram na adolescência todas as características da síndrome de Asperger.

Jerusalinsky (1996) nega qualquer identidade estrutural entre psicose e autismo; considera que não se trata no autismo da forclusão, mas da exclusão. Na primeira, se produz uma inscrição do sujeito; no caso da exclusão, a inscrição do sujeito estaria ausente. O autor concorda com a ideia da radical ausência do desejo materno em relação à criança. Por isso, o filho entra na equação como uma total exclusão. Esta diferença estrutural conduz a efeitos clínicos observáveis que sustentam a hipótese de uma identidade de estrutura psíquica entre os quadros com traços autistas, característicos das pessoas com problemas de desenvolvimento (deficiência mental, paralisia cerebral, deficiências sensoriais), e os quadros de autismo precoce típico. A semelhança sintomática não seria casual, mas efeito dessa identidade. Haveria, assim, nos quadros de autismo precoce, “uma combinação de aspectos constitucionais da criança com aspectos compensatórios no exercício da função materna” (JERUSALINSKY, 1984, p.19).

Laznik (1995) aponta que no autismo haveria uma falha na instauração do circuito pulsional completo (falta o terceiro tempo da pulsão), o que pode acarretar o fracasso na instauração de uma estrutura, fundamental para o funcionamento do aparelho psíquico. O tratamento consistiria em intervir antes de uma futura deficiência. Em uma entrevista concedida a L. Battaglia, a analista (LAZNIK, 2004) define o autismo como *um defeito de estruturação primeira do aparelho psíquico por conta desse fracasso do circuito pulsional*. Contudo, no artigo “Risco de autismo em bebês” (LAZNIK, 2004), Laznik chega a falar de uma estrutura do autismo fazendo, no entanto, uma ressalva:

Não se trata aqui de construir uma quarta estrutura, ao lado da psicose, neurose e perversão. Nem é necessário. Os trabalhos de colegas que se interessam pela teoria dos nós em Lacan, como Aurélio de Souza no Brasil, têm mostrado que haveria, graças a eles, a possibilidade de uma leitura bem mais sutil das estruturas do sujeito do que aquela, a que Lacan se refere por hábito, que havia herdado da psiquiatria francesa (LAZNIK, 2004, p.181).

A questão sobre o estatuto estrutural do autismo continua em aberto. Há, no entanto, uma diferença interessante entre autismo e psicose observada por Maleval (2014) e diz sobre o que cada um pensa sobre sua condição psíquica. Os autistas que escrevem o fazem em nome dos autistas, uma vez que se arrogam fortemente como tais, mesmo quando conseguem uma inserção social satisfatória. Os psicóticos são bem diferentes, a maior parte deles não apenas não se arrogam psicóticos, mas também renegam veementemente que esse diagnóstico seja pertinente no seu caso. Se a loucura continua sendo *essenciada* como um estigma que se deve ocultar, parece que o autismo tomou outros rumos no que a imaginário social se refere.

Assistimos hoje em dia ao que Furtado (2013) chamou de *fascínio* pelo autismo. Promovido pela ciência médica, pela mídia, pelo cinema, chegou até ser instituído um “Dia Mundial da Conscientização do Autismo”, que se celebra em 2 de abril.

Por fim, resta dizer que a estrutura não é uma doença; o que se diagnostica em psicanálise é a posição escolhida pelo sujeito frente ao inevitável trauma de entrada na linguagem. Como veremos a seguir, esta afirmação resulta em polémica quando se trata do diagnóstico de autismo. Todo vivente é capturado pela linguagem? Pode-se dizer que as crianças autistas adotam uma singular posição frente ao Outro?

2.4 Posição e linguagem: há escolha no autismo?

O homem é um animal preso à linguagem

Lacan, 1958, p.608.

A posição adotada pelo sujeito no campo da linguagem define sua estrutura clínica. Em relação ao autismo, as noções de posição e linguagem geram discrepâncias entre os analistas. Para Anserment (1999), o autista está na fronteira da linguagem e sofre de uma falha nessa articulação. Um sujeito congelado na sua emergência que, não obstante, “permanece confrontado com as leis da linguagem, com as quais se depara, submetido à incidência do sexo e a morte” (ANSERMENT, 1999, p.84).

Já Robert e Rosine Lefort (2000), afirmam a ausência de entrada na linguagem. O sujeito autista fala, então está na palavra, mas para ele o impossível é a linguagem, pois a ele faltou o gozo de *lalíngua*, da qual a linguagem se deriva. Esta falta se evidencia na relação do sujeito com o pequeno outro. Sem linguagem não há mais do que a palavra do outro que se faz gozo insuportável.

Uma terceira via para pensar a posição do autista no campo da linguagem é aquela que afirma que o sujeito autista está mergulhado na linguagem, mas não articulado a ela (MONTEIRO, 2011).

No Seminário 1 (1953-1954), Lacan concebe a linguagem como uma teia que viria inscrever, sobre o plano do real, um outro plano chamado de simbólico. Esta ordem simbólica preexiste a todo sujeito (LACAN, 1958) ao tempo que lhe confere algum lugar nesse campo,

inclusive desde antes de nascer. “A linguagem é o instrumento mediante o qual se instauram relações chamadas discursos que se mantêm independentes da ocorrência das palavras” (SANTOS, 2002, p.246). Todo filhote humano vê-se forçado a responder de alguma maneira àquilo que o *captura*.

Um primeiro efeito da linguagem é a mortificação do ser ao ser mordido pelo sentido que vem do Outro. Lacan identifica o *fort-da* freudiano como o momento de inseminação da ordem simbólica, o que não significa que antes dessa inseminação ou mesmo se ela é rejeitada pelo sujeito, a linguagem não tenha já seus efeitos. Não há como escapar da mordida, logo, não há como fugir de uma certa perda, mas há sim diferentes formas de se posicionar frente a esta.

Se supusermos um mítico estado de repouso psíquico, este é inicialmente perturbado pelas exigências das imperiosas necessidades internas (FREUD, 1911). O organismo humano é no começo incapaz de levar a cabo a ação específica necessária para aliviar as tensões que o invadem. Faz-se necessária a presença de alguém que interprete os berros do bebê e lhe ofereça meios para facilitar a descarga. O grito da criança e a interpretação do *auxiliar* (FREUD, 1895) dão início ao que Freud chamou de entendimento ou comunicação. A vivência de satisfação produzida neste encontro tem profundas consequências no devir do sujeito. O *auxiliar* vem dizer que há algo a ser feito com a perturbação; contudo, essa perturbação é não-toda abolida. Assim, não há nos sujeitos nada que se pareça a um *encaixe perfeito ou a uma identidade entre Innenwelt y Umwelt*. A propósito da prematuração, não há filhote humano *bem sucedido* que dê uma visão de completude ou realização (LACAN, 1953-1954). Os efeitos clínicos deste fato não somente os vemos na clínica da neurose; o mal-estar próprio à incompletude manifesta-se também, ainda que de forma peculiar, nos sujeitos ditos autistas.

Só uma vez me deparei no CAPSi com uma criança que parecia muito bem resolvida numa espécie de beatífica indiferença a tudo ao seu redor. Pedro tem 4 anos, não fala nem emite algum som; chega toda semana no CAPSi com seu perene meio sorriso sem dificuldades para entrar e para sair do serviço; enquanto permanece no Coletivo do qual participa, não convoca ninguém dos presentes; pega sempre algum carrinho que faz “andar” de um lado para outro sobre um banco. Se alguém pega seu carrinho, ele olha e vai buscar outro. Os técnicos intervêm colocando algumas palavras, como: “fulano pegou seu carrinho, você pode dizer se quer ele de volta”; mas Pedro não esboça nenhuma reação. Quando não tem carrinho, pega uma madeira ou qualquer outra coisa que faz andar pelo mesmo banco. Durante algum tempo circulara dessa maneira sem deixar-se afetar pelos encontros com os

outros do CAPSi, sejam estes encontros deliberados ou fortuitos³⁸. Segundo Laznik (1995), uma criança que não sustenta a ressonância do desejo no seu ser, ficando fascinada pela imagem de completude, arrisca aniquilar-se como sujeito e fica absorvido na imagem especular.

Como foi dito linhas antes, há diferentes formas de se posicionar frente à mordida da linguagem; há no *infans* uma escolha a ser feita, ao ser atingido por esta. Desta escolha resultará um particular modo de se haver com o Outro auxiliar e com os outros auxiliares que o encarnam. No caso do autismo, o sujeito parece não admitir sua entrada na linguagem, rechaçando o jogo do simbólico-imaginário. Nem por isso a linguagem deixa de ter seus efeitos nele.

O *infans* não pode não ouvir, pois a orelha é um orifício que não se fecha nunca. Porém, ele pode se recusar – como forma de defesa – a dar seu consentimento à incorporação daquilo que vem do Outro, sustentando uma posição ativa. Anserment (1999) propõe pensar a *escolha* como um momento de concluir, em relação a um instante de ver sobrevivendo na primeira infância; momento não identificável e só reconhecível por seus efeitos. As crianças autistas e sua forma peculiar de resposta ao Outro são lidas como uma condição de existência que, longe de evidenciar um déficit cognitivo, colocam em cena uma defesa rigorosa e radical que vem traduzir um ato do sujeito. Supondo que há na criança autista um ouvinte, consideramos que até os silêncios – ou: essa aparente indiferença de alguns autistas - funcionam como um tipo de resposta (LACAN, 1953).

Uma criança suposta neurótica, tendo apreendido o simbolismo da linguagem, reage de modo diferente a uma queda do que a um tapa com intenção punitiva (LACAN, 1953-1954); uma criança suposta autista parece, muitas vezes, indiferente a qualquer dor. Para o sujeito vir a ser, enquanto dividido, há de haver uma extração, uma perda de gozo que nem todo sujeito está disposto a assumir.

[...] o sujeito barrado pode não se constituir, aterrorizado pela emergência do desejo [...]. Por isso, o sujeito barrado só pode se instaurar contanto que suporte essa perda na imagem, esse ‘ressoar do desejo até no mais mínimo de seu ser, essa ameaça que o abala em seus próprios fundamentos, revelando sua falta fundamental’ (LAZNIK, 1995, p.220).

Podemos pensar que no sujeito autista a linguagem não encarna com seus efeitos de causa e cisão, mas ainda assim não podemos negar seus efeitos de mordida; algo fala do

³⁸ Os desdobramentos desta pequena vinheta serão abordados no Capítulo III (página 99) da presente Dissertação.

sujeito e é nesse algo que ele se apreende (LACAN, 1964a). Em *Alocução sobre as psicoses da criança* (1967a), Lacan afirma que no caso do autismo trata-se de uma forma mais grave de assujeitamento à linguagem. Os humanos, qual peneira, são atravessados pela água da linguagem que deixa atrás de si detritos com os quais a criança brincarà (LACAN, 1975a). O caso Dick exemplifica como uma criança pode servir-se da linguagem até de uma forma propriamente “negativista” (LACAN, 1964a, p.115), como quando sua mãe lhe propõe um nome e ele o reproduz de forma ininteligível, ainda que capaz de reproduzi-lo de maneira correta. Lembrei nesse ponto de Bernardo, que aprendeu *sozinho* a falar inglês. Sua mãe conta o fato com extrema angústia; seu medo maior é que um dia seu filho pare de falar português e ela não possa mais entender nada do que ele diz.

Para Lacan (1953-1954), Dick está imerso numa realidade fixada, que não conhece desenvolvimento. Nesse sentido de não simbolização da realidade é que Lacan afirma que Dick vive em um mundo não humano, uma vez ausente a identificação primeira que assinala um princípio de simbolismo. Ele conta com um número limitado de objetos, que não pode nomear nem assumir na *Bejahung* como distintos e equivalentes.

Não é, entretanto, uma realidade absolutamente desumanizada. Ela significa, ao seu nível. Ela já está simbolizada porque se lhe pode dar um sentido. Mas como ela é, antes de tudo, movimento de ida e vinda, trata-se apenas de uma simbolização antecipada, fisgada, e de uma só e única identificação primária que tem nome – o *vazio*, o *preto*. Essa hiância é precisamente o que é humano na estrutura própria do sujeito, e é o que nele responde. Ele só tem contato com essa hiância (LACAN, 1953-1954, p.97).

Haveria no autismo uma insondável decisão de não ceder ao significante, “uma falta de consentimento que se manifesta nas tentativas de escapulir-se das consequências traumáticas de *lalangue*” (MANZOTTI, 2008, p.1). O autista estaria atracado em *lalangue*, sem discurso estabelecido para aparelhar o gozo, sem linguagem que lhe permita elaborar um saber?

Na Conferência em Genebra (1975a), Lacan afirma que a linguagem, que não tem existência teórica, intervém sempre sob a forma de *lalangue* na tentativa de elucubrar um saber sobre a mesma; o significante vem a interpretar *lalangue*. Esta é primária em relação à linguagem e “nos afeta de entrada por tudo que comporta como efeitos que são afetos” (LACAN, 1972-1973, p.167). É chamada de materna, pois é por meio do outro dos cuidados que a criança a recebe; não obstante, escapa ao Outro do sentido e só *a posteriori* pode vir, ou não, a articular-se a ele.

Lalangue está constituída de um enxame de significantes que cifram algo do gozo, marcando uma primeira alienação; mas, são significantes que não levam a nada, estão desarticulados. São detritos da fala do Outro primordial que ancoram no corpo da criança (BASTOS; FREIRE, 2006). Isso não se aprende: há uma “inclinação” (LACAN, 1975b) do *infans* a ouvir porque o ser humano é essencialmente falante, *parlêtre*, sendo a ressonância da palavra algo constitucional (LACAN, 1975a). Assim, o saber fazer com *lalangue* não é uma exigência apenas para o autista; corresponde a um trabalho de escrever o inconsciente ao extrair do enxame um significante que fixe esse gozo e habilite o produzir-se sujeito.

No autismo, esse depósito de significantes não é subjetivado ou, muito menos, “transformado em enunciação” uma vez que o sujeito não se apropria deles, sendo, mas bem, aprisionado por eles, fazendo de seu corpo um objeto de gozo (BASTOS; FREIRE, 2006). “É simplesmente gente para a qual o peso das palavras é muito sério e que não estão facilmente dispostas a comprazer-se com essas palavras” (LACAN, 1975b). Mais que de palavras feitas de ausência (LACAN, 1953), parece tratar-se de palavras feitas de presença.

Veremos agora a singularidade do mundo significante ao qual João e Pablo vieram se confrontar. Se eles articulam alguma coisa, vejamos onde é que as escutaram.

2.4.1 Pablo

Conheci Pablo no Serviço de Saúde Mental do Hospital Belgrano, onde eu fazia uma Residência em Psicologia. O Belgrano é um hospital geral situado em San Martín, uma cidade periférica à Cidade Autônoma de Buenos Aires, na Argentina. À época, eu integrava a *Equipe de Crianças* à qual uma cirurgiã do hospital dirigiu um pedido de inter-consulta. Pablo estava prestes a fazer uma cirurgia para corrigir o freio da língua e a médica que acompanhava o pré-operatório e que faria a cirurgia preocupou-se com a dificuldade da criança para com os jogos regrados (sic).

O meu primeiro encontro com a história de Pablo foi através de sua mãe: *meu neném tem cinco anos, ele tem freio da língua, lhe custa aprender a falar. Custa-lhe aprender. Não quer escrever nem pintar; na creche é a mesma coisa: vive em seu mundo. Vai e vem, não atende, não se concentra e brinca sozinho sentado em um canto; os colegas o rejeitam. Ele fala desde sempre, mas não dá para entendê-lo. Ele diz que o freio da boca o incomoda, ele fica nervoso, e eu me desespero. Ele é muito carinhoso, mas a cirurgiã achou que era por*

demais. Rosa acha que a seu filho *lhe falta acordar*, que é *retraído*, não estando à altura das outras crianças que *são mais vivas; seus primos se afastam dele porque o veem como tonto* (em espanhol, bobo).

A um segundo encontro compareceu também Walter, pai de Pablo. Ele disse que seu filho pronunciava bem e que eram os outros que não entendiam: *Pablo é normal e muito inteligente. Só é terrível e lhe custa aprender, não sabe o que é quadrado e o que é um círculo. Puxou a família, meio burro. Mas ele aprende, somente é preguiçoso porque fazem tudo por ele*. A diferença da mãe, que o vê diferente e atrasado, o pai o inclui na linhagem familiar dos *burros*, ao mesmo tempo que, renegando qualquer “problema”, considera desnecessário um atendimento.

Rosa e Walter tem outras duas filhas, de 21 e 20 anos; dizem que com as filhas tudo tinha sido diferente, sem problemas; Rosa acha que a Pablo *falta algo*, e que *tudo estava bem porque era um bebê. Ele chegou tarde, mas tudo bem, minhas filhas são grandes e ele tem três mães. Apesar de ser um filho temporão, a chegada de Pablo foi linda, sobretudo para as irmãs que esperavam ter o varão. Em casa está sozinho, porque somos todos grandes, criou-se sozinho, brinca sozinho. As pessoas acham que eu e meu marido somos os avós*. Pablo é anunciado como aquele que chega tarde a tudo; seu uso da fala parece freado no lugar de bebê no qual se aloca.

É difícil entender quem dorme com quem em casa: ora me dizem que Pablo dorme com as irmãs, ora que dorme sozinho, ora que dorme no quarto dos pais. O pai diz que ele é como a *galinha com os pintinhos*, tal qual sua própria mãe, quer todos os filhos juntos.

Em comunicação com a creche que Pablo frequentava, disseram-me que estão muito preocupados pelas dificuldades que apresenta para integrar-se. Fica sozinho no seu mundo, caminha na ponta dos pés, comunica-se com gestos e não entende as ordens. Agride os colegas e, por isso, decidiram reduzir seu tempo de permanência na escola. Querem colocar para ele uma professora integradora. O “seu caso” – termo empregado na escola - é acompanhado também por uma psicopedagoga e uma assistente social. A professora de Pablo diz que, antes da chegada dele, a sala era tranquila, mas agora todos agridem uns aos outros. Ela se considera “exaurida”. Pablo não tem representação do seu nome e os seus desenhos são pobres; no canto de areia, enche baldes e os joga na própria cabeça. Não permite aproximações nem abraços. Só se empolga com a música e a dança. Poderia repetir de ano. A fonoaudióloga que o acompanha disse que Pablo *tem dois anos de atraso*. Por fim, com um tom solene, a professora me diz que ela *não poderia afirmá-lo, mas há até quem o viu fazendo aqueles movimentos chamados rocking*. Na creche, aos olhos das tias, além de ser o atrasado,

Pablo é o menino que veio bagunçar a turma e espantar a instituição³⁹; ganhou assim um informal diagnóstico de autismo.

2.4.2 João

Conheci João, que acabava de fazer quatro anos, no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), onde eu fazia uma Residência em Psicologia Clínico-Institucional. João era acompanhado nesse serviço por uma neurologista e um fonoaudiologista havia um ano. Ambos estavam “quase fechando” (em palavras do fonoaudiólogo) o diagnóstico de autismo e decidiram que era hora de consultar à psicologia. O fonoaudiólogo me contou que nesse ano de tratamento com ele, João tinha evoluído muito: quando começou a ser atendido apenas falava e agora sabe um monte de palavras. Aprendeu as cores e às vezes consegue reconhecer números e letras. Consegue também trocar de brinquedo quando o fono assim lhe propõe.

O primeiro encontro com a história de João foi também através de sua mãe, Ana. Esta diz que a gravidez foi inesperada, pois, no intuito de cuidar-se de *doenças*, ela sempre usou camisinha. Quando engravidou, não sabia quem era o pai da criança e falou com os dois homens com quem ficava na época, mas os dois sumiram. *Eu tinha tudo: trabalho, minha vida, e até o dinheiro para sair de casa de meus pais; a chegada de João mudou tudo.* Não queria ter filhos e pensou em abortar, mas uma médica a convenceu de não fazê-lo. Nunca mais ficou com ninguém: *eu não preciso de homem, sou mãe e pai.*

Ana mora com seus pais e seus dois irmãos; a gravidez foi muito mal recebida pela família, pois não aceitavam uma mãe solteira; pararam de falar com ela. Quando João nasceu todos o ignoravam, como se não existisse; ninguém o pegava no colo. João não veio ocupar o lugar de ideal para aqueles que encarnam o Outro, vendo-se privado de representações que lhe conferissem um valor como objeto causa de desejo. Aquelles que encarnam o Outro para João não se deixaram enganar por nenhuma imagem antecipadora; eles viam o bebê real sem conseguir libidinizar o bebê a advir. João não foi um bebê *majestoso*.

³⁹ Cabe esclarecer que na Argentina não há, como no Brasil, a obrigatoriedade de que as escolas ‘regulares’ incluam alunos ‘especiais’. É menos comum ver *autistas* em escolas ‘regulares’, sendo mais comum que se escolarizem nas escolas ‘especiais’ que acolhem sujeitos com síndrome de Down e retardo mental.

Ana diz que não sabia como cuidar de um bebê e se limitava a dar-lhe de mamar. Laznik (1995), menciona a importância de receber, além da comida, palavras alimentadoras. Bárbara, avó do João, era a única que *sabia*, pegava a criança no colo, trocava suas fraldas e o higienizava. Havia palavras alimentadoras nesse cuidado das necessidades básicas?

Tudo começa com o Outro: o “indivíduo” é um bebê quando imaginado por um Outro que tem a ilusão (ou não) de que esse bebê virá cobrir uma carência. Esse Outro o encontramos encarnado no que Lacan chamou de “família conjugal”, naqueles que cumprem a função parental. Para Lacan há algo de “irredutível” na estrutura familiar humana, cujo papel primordial se deve à transmissão que faz à constituição subjetiva. Não se trata aqui dos cuidados em função das necessidades: essa transmissão “implica a relação com um desejo que não seja anônimo” (LACAN, 1969, p.56).

À medida que João cresce, sua mãe continua sem saber como lidar com ele. *Não sabia – afirma Ana - que meu filho teria esses probleminhas: quase não fala e é muito nervoso; fico com vergonha de levá-lo ao mercado, porque quando ele cisma com alguma coisa, grita como louco se não a compro. Você chama ele, e ele nem liga. João adora assistir DVDs, mas o faz muito grudado à televisão e tem que ouvir em volume baixo, pois com música alta ou barulho da rua ele tampa os ouvidos. Não sei como brincar com ele, não sei como ensinar-lhe a segurar o pintinho para fazer xixi; quando faz xixi em pé, joga o corpo todo dentro do vaso. Para tudo sou eu, ele não faz nada só. Ele tem que se enturmar, quero que ele me esqueça. João só come no quarto e se lhe dão comida na boca. Em casa, ninguém quer brincar com ele, ele brinca sozinho.*

Quando João nasceu, Ana passou dois anos sem trabalhar. À época de começar o tratamento, ela estava trabalhando e quem cuidava da criança era a avó. *Não dá para ver como minha mãe educa João, porque fico o dia inteiro no trabalho; não sei o que faz durante o dia, quando chego em casa do trabalho estou cansada e não dá nem para perguntar para minha mãe – comenta Ana. Pouco tempo depois Ana sai do emprego, porque estava sendo humilhada e quero mais tempo para cuidar do João.*

João começou a creche esse mesmo ano, por indicação do fonoaudiólogo. A diretora me informa que *João não participa das atividades de rodinha, se exclui das brincadeiras em grupo, não conversa nem reproduz fatos ocorridos. Não gosta de se afastar de seu material, ao qual fica grudado durante o período que dura a aula. Gosta muito de ouvir música e se irrita quando não pode fazê-lo. Nos primeiros dias, chorava muito e não queria ficar na creche, mas quando a diretora orientou à mãe a ir embora rápido, ele começou a melhorar, chora cada vez menos.*

Quando acompanhamos uma criança em tratamento, é importante perguntar-nos: como os outros dos cuidados representam essa criança? Qual a imagem que têm dela? A que lugar adveio? Quais significantes a nomeiam? E os pontos gozosos dos pais em relação à criança? Isto não nos dá um raio X do paciente, mas permite estabelecer algumas coordenadas que nos orientarão no diagnóstico e no tratamento. Frente às demandas parentais, o sujeito responde fazendo uso dos significantes que o Outro lhe empresta, mas a resposta é sempre do sujeito. Quando recebemos uma criança, ainda que autista, lhe supomos uma enunciação própria, uma posição de sujeito da qual é responsável.

Pode-se pensar que o processo diagnóstico acarrete em si mesmo efeitos terapêuticos, dando voz ao sujeito para que possa nomear (do jeito que puder) e responsabilizar-se por aquelas escolhas que fazem dele um ser singular. Nesse sentido, o efeito analítico vai na contramão da sugestão, alocando-se em um ponto onde a palavra do Outro não mais determina o sujeito, no qual o sujeito se confronta com sua posição e sua responsabilidade frente a seu padecer.

2.5 A fala na clínica do autismo

Uma fala só é fala na medida em que alguém nela crê.

Lacan, 1953-1954, p.264.

A fala é o modo privilegiado de acompanhar um tratamento e um dos pilares para fazer o diagnóstico diferencial que ordene de alguma maneira aquilo que se manifesta no sujeito. Não se trata tanto do *fenômeno* em si mesmo, senão dos modos do sujeito dizer sobre isso. “Na pintura que com presteza fazem de seus sintomas, os pacientes deixam transluzir os fatores implicados naquilo que os afeta” (FREUD, 1898, p.260). Trata-se de uma fala que é muito mais que a emissão de palavras, pois nela se expressam as marcas do sujeito. A palavra tem função simbólica na experiência analítica e isso Freud o indica em toda sua obra (LACAN, 1953-1954).

Do sujeito “só temos notícia por seus efeitos na fala, e é à espera desses efeitos que permanece a escuta do psicanalista. O Discurso do Analista, nesse sentido, é o avesso do Discurso do Mestre” (RINALDI, 2002, p.60).

$$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$$

O analista ocupa neste discurso o lugar do agente, e sob a forma de *a* se oferece como causa de desejo para o sujeito. No lugar do outro sobre o qual o agente opera, está o sujeito, quem deve trabalhar para produzir o S_1 que o marca e o divide. Ao produzir os significantes que o constituem, o sujeito advém em sua diferença. No caso do diagnóstico, por exemplo, retomo a fala de Nanci, que se deixou nomear pelo significante *autista*; na divisão que isso operou, Nanci conseguiu um alívio que lhe permitiu circular no mundo mais à vontade, segundo ela mesma testemunha. No lugar da verdade encontramos o saber, S_2 , o qual, a princípio, é um mito, um conteúdo manifesto que tem que ser posto à prova: quando o fazemos, vemos que não é tão manifesto assim (LACAN, 1969-1970).

Se o analista se situa segundo as coordenadas do Discurso do Analista, diferente é o caso do analisante, que se situa segundo as coordenadas do que Lacan chamou de Discurso da Histórica.

$$\frac{\$}{a} \longrightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

Neste discurso, o agente é o sujeito, dividido e com seu inconsciente em exercício (LACAN, 1970). O sujeito se dirige ao outro com seu sintoma, o dominante ao redor do qual se organiza o Discurso da Histórica, procurando-o como mestre portador dos S_1 cuja concatenação possa produzir um saber. Contudo, a verdade que se denuncia é o *a*, do qual o mestre não sabe nada. Este discurso não depende de que haja uma análise para sustentar-se. A mesma ciência é instigada por ele, assim como o foi Freud quando criou a psicanálise.

Pode uma criança autista instituir-se como analisante? A princípio, o dispositivo analítico deve “limpar o terreno” (SANTOS, 2002, p.247) para que a criança possa executar livremente o trabalho ao qual vem se dedicando. Em um segundo tempo, poderá advir um sujeito que enderece algo ao analista, assim como poderão advir modificações próprias da intervenção analítica. Podemos, então, dar estatuto de fala às manifestações dos sujeitos que rejeitam algo (ou muito) do laço com o Outro e os outros, e ‘não falam’?

Para Lacan (1975a), até aqueles que ‘não falam’ têm sempre algo a dizer e articulam coisas: são personagens verbosos. Lacan (1975b) insta a “seguir seu movimento”, indicando que, logo de entrada, essa pode não ser uma clínica de intercâmbio de palavras, restando ao

analista seguir as crianças autistas através de seus comportamentos e de suas reações corporais. A palavra não se diz só pelo verbo, “mas por todas as suas outras manifestações” (LACAN, 1953-1954, p.346), através das quais o sujeito pode emitir algo que nem mesmo ele entende como significante. Nesse sentido, ser *verboso* pode ser pensado como sendo do verbo em relação à ação, ao visível, sem mediação simbólica. Elia (2004) afirma que, ainda que tomados no campo do sentido, os atos dos autistas são atos manifestos, visíveis, fenomênicos, dados a ver, ao tempo que se pergunta “como sustentar que há sujeito se este [...] não desaparece sob seu ato, que fica então a representá-lo para outro ato, como o sujeito neurótico, por exemplo, é representado por seu sintoma para outro significante?” (ELIA, 2004, p.2).

Apesar das divergências teóricas em torno diagnóstico de autismo, a grande maioria dos analistas concorda em oferecer-se à escuta de “uma série de fenômenos que não se constituem como demanda” (BARROS, 2007, *apud* FREIRE, RIBEIRO, MONTEIRO, 2007), apostando na emergência de um sujeito que possa responsabilizar-se por esses atos. Qualquer manifestação é considerada, por mínima ou precária que pareça, uma tentativa de organização de gozo assim como o modo pelo qual aquele sujeito pode ali comparecer. Desde a emissão de palavras ou sons, até o trato dado a seu corpo e seus fluidos, implicam um trabalho nesse sentido.

As estereotípias e os comportamentos bizarros são repetições da ordem do imperativo, um gozo sem lei, mas também uma tentativa de furar o Outro maciço e desregulado, de tratar o gozo que invade. Supor um ato do sujeito nas manifestações das crianças autistas nos impele a dar às mesmas o estatuto de uma fala, com o valor que esta tem para o devir de um tratamento psicanalítico (COSTA RIBEIRO, 2005). Tomar como significante aquilo que se apresenta como sem sentido, abre a possibilidade para que algum sentido venha a se produzir.

Orientado pelo impossível da relação sexual, o clínico se propõe a acompanhar esse trabalho de tratamento do gozo afastando-se dos ideais de “conserto”. Para Laznik (1995), o fato de escutar estas produções permite a emergência de uma fala que a criança pode, *a posteriori*, reconhecer como sua. A clínica continua sendo a da escuta, ainda que seja testemunhando o deambular do sujeito pela sala. “É a escuta que precede e norteia a intervenção, regida pela ideia de que já há ali, senão um sujeito representado, pelo menos um trabalho psíquico, um trabalho de sujeito que é na verdade um trabalho de construção do sujeito” (ELIA, 2004, p.5).

2.5.1 A chegada de Pablo

Pablo comparece a nosso primeiro encontro fantasiado de Zorro e aceita entrar sozinho na sala. É quase impossível entender as poucas palavras que tenta articular; fala na terceira pessoa e perambula tocando todos os objetos e brinquedos que aparecem no seu caminho sem “parar” em nenhum deles. Nosso primeiro encontro acaba dez minutos mais tarde: Pablo, de repente, fica paralisado no meio da sala e percebo uma lágrima rolando por sua bochecha. Pergunto-lhe o que tinha acontecido, e entendo em um balbucio tímido e quase imperceptível que ele tinha feito cocô nas calças; ele pede *banheiro para limpar-se*. Lacan (1964b) lê no jogo do *fort-da* que o carretel representa um pedaço do sujeito, que se desprende. Pablo perde um objeto na primeira sessão, com uma angústia que o paralisa; chorando, pede pela mãe e pelo apagamento dessa perda.

Na sessão seguinte, inicia uma sequência que se repetirá ao longo de vários encontros: mete-se embaixo da escrivaninha da sala e, enquanto bate forte na madeira, grita “Oi”, “Pablo”, “Cocô”, “Cu”. Quando sai de debaixo da mesa, joga objetos sobre mim, corre loucamente e grita. Algumas vezes pega uma bola e a chutamos um para o outro. Outras vezes, joga no chão tudo o que encontra no caminho. Sai da sala correndo, entra em outras salas gritando e as sessões acabam quando ele simplesmente decide ir embora. Tudo indica que o veredicto de que “os outros são mais vivos”, referido pela mãe, o deixa em um lugar alienante e mortífero, numa quase literalidade, na qual os “cus” não falam e só fazem “cagadas”. Será esse lugar de “cocô”, lugar de “merda”, de “criança problema” o único modo de subtrair-se?

Quando a confissão do ser não chega a seu termo “a palavra se lança inteiramente na vertente em que ela se agarra ao outro”, escreve Lacan no Seminário 1 (p.69). A função da linguagem se vê reduzida a uma palavra que liga a criança à comunidade humana, mesmo se nós não conseguirmos definir seu sentido. Isso faz parte da essência da palavra, como mediação entre o sujeito e o outro. Na mediação, continua Lacan, o outro do entorno se realiza e isso nos une a ele. Contudo, essa palavra é sem mediação simbólica, puro condensador de gozo, reduzida a seu caroço (p.142). Revela-se (revelar é outra face da palavra) a céu aberto que algo pode ser nomeado e a partir disso a criança pode se construir. Ao contrário de descascar a cebola, parece que no autismo se trata de vesti-la.

No autismo, deparamos-nos com um trabalho que ainda não é mediado pelo significante, mas cuja estrutura já indica a ordem do significante (DI CIACCIA, 2005),

mostrando sua incidência. Para Bastos (2003), o autista se acha no império do S_1 ; algo na sua fala se congela e o S_1 não reenvia ao S_2 , a cuja busca desenfreada lança-se o sujeito, numa tentativa de remediar essa situação.

Alguns psicanalistas (MALEVAL, 2014; TENDLARZ, 2011), sustentam a ideia de uma captura em massa do S_1 e o S_2 , característica da estrutura da *holófrase*. Isto se manifesta no uso de frases fixas utilizadas para qualquer ocasião, ou por sílabas, sons ou palavras pronunciadas ininterrompidamente e com sentido unívoco. Não haveria no autismo uso metafórico da linguagem. Lembramos neste ponto da observação de Kanner, sobre o “sentido literal” das palavras, assim como da indicação de Freud (1915) de que os esquizofrênicos tratam as palavras como coisas.

Não havendo série nem cadeia, há sim marcas significantes, primeiras inscrições que se fazem em relação a um Outro. A criança autista “não é totalmente incólume às repercussões do significante em seu ser” (MALEVAL, 2014). Recusando mobilizar os significantes para comunicar, o autista se resigna aos signos, esforçando-se para atribuir a eles uma significação absoluta. Costa Ribeiro (2005) propõe pensar que se trata de um aquém do recalçamento, um primeiro tempo em que traços se inscrevem e se organizam por simultaneidade; um sistema primeiro dos significantes com a sincronia primitiva do sistema significante (LACAN, 1959-1960).

2.5.2 A chegada de João

Nos primeiros encontros com João, ele mal consegue ficar comigo na sala sem sair a cada minuto para ver se a mãe está ali. Quando “fala” diz coisas ininteligíveis. Há quatro comportamentos que ele repete ao longo das sessões:

Às vezes, pega um jogo de letras e as ordena obsessivamente, em fila, viradas do lado vermelho; de vez em quando, ele se dirige a mim: *Que letra é essa?* e repete a pergunta em um tom “metálico”, quase robótico; a qualquer coisa que eu possa dizer nesse momento João repete a mesma frase: *Que letra é essa?*. Outras vezes pega as caixas da sala (de lápis, giz de cera, pincéis, etc.) e despeja tudo seu conteúdo no chão, para depois ficar chutando os objetos. João costuma também pegar uma bola que joga para mim, ao grito de *so...car*. Em outros momentos, passa bastante tempo virado de costas para mim, “jogando de panelinha” e falando só.

Haveria no autismo um primeiro registro de inscrição de traços mnésicos, ainda que sem a reinscrição que funda o inconsciente.

Lacan dá aos sinais perceptivos que correspondem à primeira inscrição o nome de significantes; acrescenta que já, aí, se trata de uma primeira organização significante, pois vê, na organização por simultaneidade que os caracteriza, o que ele chama a sincronia significante (LAZNIK, 1995, p.67).

A alternância fonemática no *so...car* não deixa de ter reminiscências (ainda que longe de encontrar-se nesse ponto), do jogo do *Fort-Da* que Lacan (1964b) interpreta como um ato da criança que representa sua própria divisão, operada pela separação.

Laznik (1995) considera que os comportamentos repetitivos podem ter valor de ato no início, atestando uma tentativa de representação, no sentido de reinscrição dos traços mnêmicos no registro do inconsciente. Algo da repetição se instaura nos fragmentos solidificados da fala, mostrando que a criança está presa no simbólico, no discurso do Outro. A tentativa de representar a ausência – ou: a própria divisão -testemunha o rastro de um trabalho humano que aconteceu.

Contudo, as tentativas de representação podem fracassar e o ato da criança autista pode rapidamente esvaziar-se de qualquer valor pré-simbólico (LAZNIK, 1995). Algo se bloqueia na função da representação. A criança passa a defender-se dos sinais perceptivos com a *elisão*. Este mecanismo de defesa foi proposto por Lacan (1959-1960) como próprio do primeiro registro de inscrição. Para Laznik (1995), o fechamento autístico ilustra tal mecanismo.

A clínica nos mostra como a fala do Outro pode ser vivida como intrusão violenta, gerando o fechamento autístico. Quando a fala não mostra seu poder benéfico, confronta o sujeito com o gozo mortífero e por isso dela se defende (DI CIACCIA, 2005). Quando do início do tratamento de João, aconteceu várias vezes que, ao dirigir-me a ele, virava de costas ou tampava os ouvidos e começava um balbúcio ecolálico. Ora, como assinala Lacan (1967a), “uma criança que tampa os ouvidos para alguma coisa que está sendo falada, já está no pós-verbal, visto que se protege do verbo. Atesta uma relação já estabelecida com o aqui e o lá, que são estruturas da linguagem” (p.365).

Nas sessões com João, comecei a distrair minha atenção, fazendo outras coisas *de verdade*, como organizar minha agenda, sem intervir quando ele brincava sozinho. “Uma posição de presença ausente, dirigindo à criança uma oferta sem demanda” (COSTA RIBEIRO, 2005, p.94). Aos poucos, João parece curioso com o que estou fazendo e, apesar de

ficar de costas para mim, a cada tanto se vira e me olha. Algumas sessões adiante, pega-me pela mão e me convoca para brincarmos de bola. O autista pode deixar para trás o mecanismo de elisão e entrar, segundo Laznik (1995), num estado pos-autístico: situação em que o autista suporta estados de desprazer sem recorrer ao fechamento autístico, ou seja, a questão não está mais regida meramente pelo princípio de prazer.

O jogo da bola se repete ao longo de várias sessões, mas dessa vez, não é o *so...car* que nos acompanha. João aceita variações que eu proponho, ri com a brincadeira, pede: *Joga para mim!*, assim como me nomeia quando sai da sala gritando *Doutora Raquel!* Ana me diz que João está comendo direitinho e falando muito mais: *ele está falando coisas que eu não esperava, mas não gravei quais.*

2.5.3 O segundo tempo de Pablo

A tarefa do analista seria o de restaurar o valor de representação dos comportamentos repetitivos, antecipando seu estatuto de ato. Seguindo as indicações de Lacan na Conferência em Genebra, podemos dizer que há algo a dizer aos autistas, apesar de que eles pareçam não nos ouvir enquanto nos ocupamos deles. Lacan (1953-1954), ao comentar o caso Dick, ressalta não o que Klein disse a Dick, mas o fato de que ela tenha ousado falar com ele. Ela dá nomes para o que para esse sujeito era, até então, realidade pura e simples. A introdução de simbolizações determina uma posição inicial do sujeito, fazendo deste tipo de *extrapolações* um meio para penetrar no mundo do sujeito autista. Todo o processo parte de “uma palavra significativa, formulando uma estrutura significativa que, na lei da palavra, humaniza o homem” (LACAN, 1953-1954, p.119).

Em uma sessão na qual Pablo está embaixo da mesa gritando e batendo, lhe ofereço um significante e digo quando bate na mesa: “O que é isso? É um tambor?” Pablo sai de debaixo da escrivaninha, olha-me e sorri, parecendo aquela criança jubilosa que Lacan descreve quando teoriza o Estádio do Espelho, atestando aí algum efeito de subjetivação. Parado na minha frente continua batendo na mesa, mas, dessa vez, dando início a uma série descontínua: ele bate, para, eu bato, olhamo-nos e sorrimos, começando uma sequência bem diferente do puro e bruto ruído. Corte na continuidade gozosa do *todos juntos* do pai, do *bebê atrasado* da mãe? Infundir musicalidade nos sons rudes e gestos bruscos de Pablo trouxe mudanças importantes no percurso de seu tratamento.

As corridas loucas entre uma e outra sala diminuem. Agora, quando Pablo se esconde embaixo da mesa, pede-me antes: *olha pra lá!* ou *Pablo se foi*. Também pede: *ajuda!*, *busca!* Os pais acham que de repente cresceu muito (sic), que mudou sua forma de se expressar, de desenhar e que parou de babar; *estou contente* – diz a mãe – *o vejo bem, assim que um pouquinho mais* (de tratamento) *e já está. Ok?* Rosa parece ter dificuldades para suportar as mudanças e ainda quer conservar seu *bebê*.

Aquilo que se apresenta como fora do código, como manifestações de pouco sentido, abre uma brecha para o advento do sujeito no autismo, sempre que estes esboços venham a surpreender o Outro. Esta surpresa requer do Outro a capacidade de situar-se numa suspensão de sentido, em estado de vacilação.

2.5.4 O segundo tempo de João

Em uma sessão, João pega uma arma e faz movimentos com ela pelo ar; decido intervir como se estivesse apontando na minha direção e então corro enquanto digo *Oh! Não! Uma arma?! Vou fugir*. João ri e começa a me perseguir por toda a sala. Pouco depois, dá-me a arma e corre aos gritos de *Vou fugir!* Na sessão seguinte, sai da sala, vai até a brinquedoteca do ambulatório, pega um urso e voltando para sala me diz: *Corre! Corre!*, enquanto me persegue com o urso pelos corredores. Nas sessões seguintes, alternará entre pintar com tintas e brincar de perseguidos e perseguidores, usando um dinossauro que traz de casa. Quando está correndo pelos corredores, João vê a mãe e a convida para entrar na brincadeira; Ana fica incomodada e apesar de nossos convites, reluta a brincar conosco. O fonoaudiólogo se surpreende porque agora é João quem lhe propõe jogos durante as sessões, além de ter falado usando a primeira pessoa. Pela primeira vez, o tio de João o convidou para passear numa tarde de domingo.

Estes deslocamentos atingem Ana, que começa a mostra-se *ciumenta*: *Olha que coisa, ele fala tanto dos doutores! Imagina eu, ciumenta dos doutores*. Um olhar diferente que interpreta os movimentos estranhos de João como um jogo de fugir e pegar, muda o olhar desta mãe cujo filho passou a ser menos bizarro e mais brincalhão. A falta se perfila em Ana e um outro revestimento libidinal se faz possível.

Ana pode manifestar sua angústia por não saber como lidar com uma criança *assim, autista*. Havia pouco que a neurologista tinha *fechado* o diagnóstico; disse para Ana que João

tinha *um pouco de autismo*. Ana acha que não consegue dar conta de João, que ela quer que melhore, mas que isso depende dele, que tem que fazer isso sozinho. *Ele fica muito grudado comigo, tem que parar com isso e ser uma criança livre*. Ana consegue falar também da *responsabilidade* e o *peso* de ter que criar sozinha um filho.

João continua seu trabalho e retoma o jogo das letras, mas dessa vez tenta formar palavras: *moestinc*. Pergunto o que é e ele lê a palavra. Quando pergunto de novo, pois não entendo, pede para procurar à mãe. Ana me explica que ele assiste o filme Monsters INC, e copia tudo de lá. Ele pode procurá-la para que ela dê sentido a seus atos. Ela consegue significantizar seus ditos. João tem algo a nos dizer (LACAN, 1967a), e se vale do laço para fazer passar suas questões pelos outros. A princípio, ele virá dizer sobre os filmes que gosta, mas, com o tempo, esse *monstro* virá também dizer sobre seu avô.

João voltará a tampar os ouvidos em outras oportunidades, mas de maneira deliberada (por exemplo, quando Ana reclama dele) e sem que isso implique no fechamento autístico. Nem todas as falas dirigidas a João o perturbam da mesma maneira. “[...] na medida em que o sujeito se integra ao sistema simbólico, aí se exercita, aí se afirma pelo exercício de uma palavra verdadeira” (LACAN, 1953-1954, p.118). Assim, houve um dia em que Ana veio perguntar sobre as *pirraças* de João, se tinham a ver com *o seu probleminha*. *Isso é dos autistas? Ele não tampa mais os ouvidos frente a qualquer barulho, parou de fazer cocô nas calças e está mais enturmado na escola, mas segue com esse probleminha*. Pergunto como estão as coisas em casa e Ana me diz que o pai dela está bebendo muito e ficando agressivo; briga e grita com todos. João se assusta ao vê-lo e o chama de *monstro*.

Santos (2002) afirma que a instauração da experiência analítica habilita que um S_1 se articule a outro significante, tornando visível uma lógica significante que acompanha o trabalho do sujeito na busca pela articulação do inconsciente em discurso.

2.5.5 Pablo, depois do tambor

Nas sessões seguintes, nos dedicamos a formar uma banda de rock, que ele chamará “*Elochoynueve*”. Escolhe também as funções de cada um: ele será guitarrista e cantor, eu estarei a cargo da percussão. Como faltam instrumentos, nós os construímos com papelão. Ele inventa uma música de Hip-Hop e ensaiamos nosso show. De um corpo desbordado a um corpo habitável, do puro ruído e golpe a um corpo habitado por letras e música.

Um dia, em lugar de ensaiar com a banda, Pablo quer jogar bola. Eu pergunto: *quem vai ganhar?* Surpreende-me a resposta, pois pela primeira vez, responde-me *eu*⁴⁰. Com um corpo que parece capturado pela musicalidade e pela dança, Pablo parou de gritar nas sessões e sua voz se faz ouvir quando canta (foi muito importante para ele construir um microfone), contando-se como *um* na série: *um* que não é bebê, nem cocô, e sim, cantor. As saídas abruptas das sessões cessaram, e quando perde o interesse pela banda de rock, outros jogos e outras trocas advêm.

Pablo começa a fazer algumas escolhas em relação a sua aparência, que se relacionam também com a música. Deixa crescer seu cabelo e usa uma franja na testa, pois segue a moda dos *floggers*⁴¹, a quem adorou assim que conheceu na televisão. Além disso, está participando dos ensaios da *murga*⁴² de seu bairro, e me mostra as danças que está aprendendo. O corpo de Pablo se transforma junto da transformação do gozo. Pablo se deixa representar por outros significantes diferentes daqueles absolutos da mãe e do pai.

Na creche dizem que Pablo melhorou muito a fala e que acompanha as atividades do grupo; contudo, seu horário continua reduzido e ameaçam trocá-lo de turma pois está muito agressivo com os colegas.

Em casa, os pais percebem que está desobediente. Tem havido algumas mudanças: a irmã de Pablo levou seu companheiro para morar junto dela e está grávida. Os espaços em casa estão mais confusos ainda. Pablo não somente não tem um lugar definido como seu quarto, mas também tem dificuldades de encontrar um lugar onde brincar. A chegada da sobrinha parece ser mais uma perda com a qual Pablo terá de lidar; não obstante, a partir deste nascimento a família pode olhá-lo diferentemente de um bebê-*tonto*. Contudo, a apreensão do objeto através da privação, ao tempo que lhe permite circular por outras identificações que contornam seu corpo, não é sem a aparição da agressividade.

Pablo propõe diferentes versões do que ele chama de “jogo dos monstros”, que tem que acontecer com a luz desligada. Ele representa monstros, *cucos* (seres imaginários que assombram as crianças), e personagens que podem ser figuras inventadas ou super heróis, como o Homem Aranha, mas sempre são maus: atacam-me e assustam-me. Eu posso ser ora

⁴⁰ A aparição do *eu* não é suficiente para falar de desdobramento do espaço imaginário, considerando a diferença entre *je* e *moi* própria do francês e discutida por Lacan em suas teorizações. Laznik aborda esta questão em *Rumo à fala* (1995).

⁴¹ *Flogger* é um estilo que inclui roupas, comportamento e uma variação musical que mistura pop, rock, e música eletrônica.

⁴² A *murga* é um ritmo musical e uma manifestação cultural. De origem espanhola, tem sido amplamente difundida em Uruguai e em Argentina.

uma velhinha, ora uma super heroína, mas ele interpreta personagens muito fortes e nada pode feri-lo. Conta que é forte porque toma cerveja e que a força lhe sai do peito. Após ser ganho pela musicalidade, o corpo de Pablo parece ganho pelo brincar. À proposta paterna de continuidade – *todos os filhos juntos, todos comigo* – Pablo pode trazer uma descontinuidade entre os personagens, entrelaçando o significante a diferentes cenas de jogo.

A brincadeira alterna com algumas conversas, nas quais Pablo fala sobre a creche e o quanto gosta de brincar de *cuco* com seu colega, Sebi. Opera-se um deslizamento significativo entre o cocô (*caca*, em espanhol) das primeiras sessões e o *cuco*. Assim como no nosso primeiro encontro, o corte de algumas das sessões iniciais acontecia quando Pablo dizia que queria fazer cocô. Já não o fazia nas calças, mas pedia ir no banheiro. Para chegar ao banheiro dos pacientes, era necessário sair do Serviço e passar frente à mãe que, ao vê-lo, dispunha-se a ajudá-lo. Após ir ao banheiro, Pablo nunca retornava à sessão. Quando a criança vê obstaculizado seu acesso ao saber, a constituição do inconsciente se vê afetada, afetando, por conseguinte, a demarcação das zonas erógenas que lhe são homólogas. O corpo não sofre o mapeamento necessário à ordenação do circuito de satisfação pulsional; daí a desordem em relação ao gozo. Um dia decido deixá-lo entrar sozinho no banheiro dos profissionais do Serviço, para o qual não precisa passar na frente da mãe. Tudo ocorre bem: essa seria a última vez que Pablo interrompe uma sessão para ir no banheiro.

Meses depois, aparece o deslizamento entre *caca* e *cuco*. Pablo, no papel ativo de agressor, brinca de *cuco* com seu amigo Sebi ou comigo. Mas também fala dos maus frente aos quais ocupa o lugar de agredido: sua sobrinha é má, pois bate nele; seu pai é mau, também bate nele. Entre brincadeiras e conversas, Pablo vem à sessão me contar sobre si. Após um tempo, novos jogos advêm, nos que começa a escolher diferenciando entre “jogos de menina” e “jogos de menino”.

2.5.6 João e as letras que viraram histórias

A fala de João é mais modulada, menos robótica e mais dirigida a mim; deixou de falar sozinho. Pinta flores e dinossauros. Explica como serão as brincadeiras e pega livros pedindo que conte histórias. Ele também conta histórias para mim, seguindo os desenhos dos livros; quando o conto termina, anuncia que buscará outro brinquedo e pergunta de que eu

gosto de brincar. Quando tem dificuldade com algum brinquedo, chama-me pedindo ajuda: *não consigo, Dra Raquel, você consegue?*

Ana volta a trabalhar e João reclama: *ela não está comigo, ela está trabalhando* (pouco depois vou saber, pelo próprio João, que Ana está *namorando* com um rapaz que conheceu nesse emprego). Segundo a mãe, está *tristonho* e até teve febre algumas vezes. Combinamos que Ana ligaria para ele todo dia, do trabalho. Aos poucos João parece mais animado e já não reclama de sua mãe estar trabalhando.

João começou o primeiro ano da escola e está aprendendo muita coisa. Nas sessões, pinta cidades e florestas. Explica onde colocou o vulcão, onde a cachoeira, e quando escolhe pintar algo de azul, diz-me que é sua cor favorita. *O rio é de água doce, e o mar de água salgada. Quando o vulcão explode a cidade toda, sai uma água de cor, e aí todo mundo tem que sair da cidade.* Outras vezes é uma onda gigante que atinge uma ilha, e a ilha some. *A gente foi andar de carro, no parque e no shopping.* É assim que João me conta sobre Mário: *Mário trabalha com minha mãe, gosta de brincar comigo de bola. Brincar de bola é muito legal.* Faz algum tempo que Ana namora Mario, a quem conheceu no trabalho. Junto deste relacionamento, apareceram antigas fantasias de abandonar João. Ana consegue dizer quanto seu filho lhe lembra do pai dele; misturando João e o pai dele, Ana quer esquecer do primeiro para poder esquecer do segundo. Será por isso que não conseguia brincar com João? Um brincar grudado à sexualidade que a remete à sua infância levando-a a contar sobre seu tio, aquele que abusava dela e que repentinamente morreu.

Quando não pinta, João constrói uma *fazenda. Os animais adoram fugir! Ficam perdidos e aí a gente tem que fazer o caminho para voltar. Eles gostam de comer frutas, gostam de comer a comida dos outros, dos adultos. O caminho é grande para os animais assustadores; há uma guerra e os animais vão morrer. A girafa vai pra cadeia e você também vai presa. Eu sou o chefe de prender animais.* A cada vez, retoma a história em um ponto diferente, dando uma continuidade que ele mesmo anuncia: *na próxima sessão vai ter mais história na fazenda.* Ao longo dos encontros aparecem personagens e cenários novos, dentro da mesma história.

João imagina roteiros e os encena, animando pequenos personagens e projetando sobre eles representações de coisas que não estão ali, mas que correspondem a traços mnêmicos. Para Laznik (1995), esta estruturação do inconsciente, segundo às leis do processo primário, não é possível nos casos de autismo e sim nos casos de psicose infantil. Para mim, a questão diagnóstica de João continua em aberto.

Não há técnica que possa dizer – e muito menos restringir a um número - a experiência do sujeito, cuja “palavra não pode reduzir-se a uma aplicação universalmente objetivante, porque essa palavra não sabe o que diz quando mente, e mentindo promove verdades” (LACAN, 1959-1960, p.102). Não há como codificar uma fala que aponta, orientada na ética da psicanálise, ao *bem dizer*, como único modo de bordejar o desejo e o gozo, aquilo que o sujeito tem de mais particular, e cuja superfície de inscrição é o inconsciente, e não o cérebro. A ética do *bem-dizer*, diferente de dizer o bem, indica a possibilidade de cercar o impossível estrutural, o vazio central que é fonte de toda criação significativa. É um dizer sabendo que o desejo e o gozo não podem ser ditos, mas que, contudo, são aludidos entre as palavras.

A discussão em torno do diagnóstico está atravessada pela ética que orienta a prática psicanalítica; situada no nível político (LACAN, 1958), a ética é onde o analista é menos livre. A dimensão ética, como única forma de evitar o exercício de um poder, não pode reduzir-se a uma questão técnica. Por mais acumulação de casos que se faça, os sintomas fogem aos protocolos de pesquisa; não há estatística que possa *dizer bem* sobre cada caso, cujas particularidades não são universalizáveis. Há o real que escapa a qualquer sistema simbólico – imaginário (apesar das pretensões da MBE⁴³). A psicanálise, se de evidências se trata, deparou-se só com uma: o real em jogo, presente na opacidade que o sujeito tem até para ele mesmo.

2.6 Não sem transferência

Para ter acesso à fala do sujeito, Freud propôs a associação livre como sistema: “diga tudo que lhe vier à cabeça”. Freud percebeu que o paciente violava esta regra fundamental, silenciando fantasias nas quais o analista ocupava um lugar de personagem central, ao figurar alguma pessoa significativa da sua vida. Em lugar de rememorar, o paciente atuava transferindo à figura do médico o passado traumático que se atualizava no presente. Esta repetição, que funciona como resistência ao andamento do tratamento, tem de ser trabalhada para superar tal obstáculo. O sujeito autista parece não falar nem silenciar nada; se algo lhe vem à cabeça, ele faz, à céu aberto, sem mediação.

⁴³ Medicina Baseada em Evidências. Sobre MBE, remitir-se ao Capítulo I desta Dissertação, página 37.

A transferência é a *estratégia* (LACAN, 1958) do analista na direção do tratamento e é somente a partir dela que o diagnóstico pode ser investigado. Supondo ao analista um saber sobre seu padecer, o sujeito se dispõe a falar e nessa fala transmite algo da sua posição na fantasia, de sua modalidade de relação com o Outro. O analista se dispõe, por efeito mesmo da transferência, a ser investido qual esse Outro de quem o paciente vem falar. Para isso, aloca-se esvaziado de significantes, como foi dito, no lugar de agente e sob a forma de *a*. É sob estas coordenadas que o diagnóstico estrutural pode ser feito, uma vez que na transferência se atualiza a realidade sexual do inconsciente (LACAN, 1964b).

Em relação à questão da transferência no autismo, os analistas recorrem ao que foi teorizado por Lacan sobre a transferência na psicose. Fala-se de testemunhar – e não de interpretar - o trabalho do sujeito, para autenticá-lo. Anserment (1999) propõe que há transferência no autismo, em um sentido amplo do termo transferência como fenômeno no qual analista e paciente estão incluídos. É uma transferência “maciça e despedazada, invasiva e descosida” (ANSERMENT, 1999, p.89). O analista se oferece como pivô em torno do qual um sintoma pode se organizar, representando algo da posição do sujeito. Diante do psicótico, o analista tem a sensação de não existir ou de ocupar demasiado espaço.

Já para Laurent (1996), haveria sim uma espécie de interpretação na clínica do autismo, que seria um “não” ao estado homeostático. Aceitar a transferência é fazer barreira ao gozo rejeitando, por exemplo, o momento de crise. Sustentar o “não” quando a criança se faz condensador do gozo permite instaurar uma metonímia que alivia a criança do Outro que o deixa fora de si. O analista ocupa o lugar daquele a quem se pode arrancar o objeto.

Ana reclama da *desobediência* do filho: João faz cada vez mais *pirraça, grita e quer me bater*. Quando ele ouve isso, diz que a mãe o puxou pelo braço e seu dente caiu. Ana então conta que não sabe se esse dente crescerá, pois era um dente que já tinha caído e nascido de novo (sic). Peço para olhar os dentes de João e é evidente que tem um dente da frente que caiu há um tempo e já está crescendo, e o dente do lado que parece ter caído pouco tempo atrás e está assomando as pontinhas. Entendo que um acontecimento esperado na idade de João angustia muito a sua mãe; entendo também que ele me convoca a intervir quando menciona a queda do dente; conversamos sobre queda de dentes com João e sua mãe.

Em sessão e com minha mediação, João consegue, em lugar de gritar e bater na mãe, falar da falta dela, ao mesmo tempo que me convoca a intervir outorgando-me um saber. Anserment (1999) afirma que o analista, na psicose, não se situa como terceiro do saber, razão pela qual não é dirigida a ele uma demanda. Contudo, o analista pode ser sim, destinatário de

um endereçamento. Entre analista e sujeito operaria uma partilha que permite extrair o gozo do campo do Outro, levando a modificações sintomáticas.

A clínica com crianças autistas também não é sem transferência com os pais. Em 2009, Pablo ingressa no primeiro ano da escola. A professora diz que foi mais *difícil* no início, mas que ele é uma gracinha e que está melhorando muito. Esse *difícil* implicou em um percurso que o afastou do tratamento durante algumas semanas.

Quando Pablo trocou creche por escola, trocou também de colegas, de colégio, e de professora; custou-lhe, no início, aprender a diferenciar entre letras e números. Dessa vez, a hipótese diagnóstica da nova professora foi menos informal, pois disse à mãe de Pablo, sem papas na língua, que ele tinha Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) e o encaminhou para o neurologista que, por sua vez, solicitou um psicodiagnóstico. Por um panfleto recolhido na rua, a família de Pablo chegou a um centro de psicologia para fazer esta avaliação. Rosa diz que nem ela nem Pablo gostaram do lugar. *Falaram de um atraso de desenvolvimento global; necessita tratamento, estimulação e um colégio especial* – conta a mãe com muita angústia. *A tudo que lhe perguntaram lá, ele respondeu ‘não sei’, mas ele sabe, só não responde porque não quer; entrou e saiu chorando; disse que não tinha nem mãe nem irmãs, mas depois disse que era uma piada. Eu não o vejo tão mal. Não sabemos o que fazer!*

Nesse momento, a intervenção consistiu em rememorar como tinha sido o percurso de análise de Pablo, que desde seu início contava já uns dois anos. Por outro lado, a professora estranhou o resultado do ‘psicodiagnóstico’ e disse que não era *para tanto*. A decisão de Walter e Rosa foi que Pablo continuasse na mesma escola assim como no tratamento comigo. Foi sugerido que ele fosse acompanhado por uma explicadora, em função das dificuldades que os pais manifestavam para ajudar Pablo nos estudos (seja por *burrice* ou por *falta de tempo*). Pouco depois, a melhora na escola foi evidente. Nas sessões, Pablo escolhia jogos regrados (jogo da Oca) e me mostrava como estava aprendendo a contar.

A transferência é não somente o vínculo que engaja o paciente ao tratamento, mas também uma via para que este possa construir alguma subjetividade. O ponto de partida é, mais uma vez, acolher “as diversas possibilidades expressivas do paciente” (TENÓRIO, 2001, p.67). Para isso, nossa presença se faz necessária junto a uma oferta de trabalho. Ora, nos casos de autismo e em relação às dificuldades de suportar a presença do outro, há de se captar o modo sutil em que nossa presença pode ser feita de modo a permitir à criança viver em um mundo mais amplo, com novos recursos e em relação ao funcionamento singular que o particulariza.

3 O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO NO DISCURSO DA REFORMA

No contexto da discussão precedente, sobre a construção do diagnóstico de autismo, proponho-me neste capítulo a tratar desta questão no âmbito da Reforma Psiquiátrica brasileira. Para tal, escolhi como escopo um Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil (CAPSi). Guiado pelas diretrizes da Reforma, o CAPSi leva adiante ações tanto intra quanto extramuros que interferem de maneira particular na *essenciação* do diagnóstico de autismo. A pesquisa clínica realizada no CAPSi está inserida na pesquisa coordenada pela Profa. Dra. Doris Rinaldi, intitulada *A psicanálise no campo da saúde mental: a clínica como política*.

Os CAPS são um serviço público chave na Reforma Psiquiátrica brasileira; são serviços de portas abertas e base territorial, que oferecem cuidado integral em regime intensivo, semi-intensivo e não intensivo, equipe multidisciplinar e diversas modalidades de atendimento (individual, grupos diversos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, lazer assistido, trabalho protegido, atividades comunitárias). A territorialização vai além da mera descentralização dos tradicionais serviços de saúde: implica que os cuidados oferecidos se estabeleçam segundo as referências sociais, culturais, familiares, econômicas e jurídicas dos sujeitos usuários do serviço (TENÓRIO, 2001).

O novo paradigma de cuidado sustentado nos CAPS conta com um marco inaugural bem anterior à promulgação da Lei 10.216. A consolidação de mudanças essenciais na assistência ao portador de sofrimento psíquico iniciou-se com a inauguração do CAPS Luiz da Rocha Cerqueira, que funciona em São Paulo desde 1987, e a intervenção, também nos anos oitenta, na Casa de Saúde Anchieta, em Santos (YASUI, 2010). A Portaria 189 (de 1991) do Ministério da Saúde regularizou o financiamento dos CAPS pelo SUS e a Portaria 224 (de 1992) regulamentou seu funcionamento. Os CAPSis, específicos para a atenção da clientela infantojuvenil, foram criados e são regulamentados pela Portaria 336/2002⁴⁴ do Ministério da Saúde. O primeiro CAPS no Rio de Janeiro foi o Rubens Correia, inaugurado em Irajá em 1996. O primeiro CAPSi do Rio inaugurou-se em 1998 em Sulacap, sob o nome de Pequeno Hans.

As iniciativas de cuidado à saúde mental infantil no Brasil têm origem no início do século XX, quando as altas taxas de mortalidade infantil começaram a atrapalhar os ideais de progresso. Higienistas e eugenistas se propuseram a prevenir e tratar das doenças mentais;

⁴⁴ Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html>.

estas últimas, eram consideradas fruto da hereditariedade ou de influências indesejáveis do ambiente, especialmente da família. As crianças ganharam pavilhões *exclusivos* dentro dos hospitais psiquiátricos, além de clínicas de orientação infantil que visavam a prevenção de transtornos mentais e o reajustamento da criança à escola. Durante muitos anos, o atendimento aos chamados transtornos mentais infantis, esteve marcado pela *exclusão* do que se considerava anormal. Os movimentos germinais da Reforma Psiquiátrica repercutiram também na clínica infantojuvenil e novas formas de cuidado foram propostas; atualmente, a Política Nacional de Saúde Mental estabelece que o atendimento à população infantojuvenil portadora de sofrimento psíquico deve efetuar-se nos centros de atenção psicossocial instituídos pela portaria 336/2002 (CUNHA; BOARINI, 2011).

O CAPSi é um serviço de atenção psicossocial que se destina ao tratamento de crianças e adolescentes de até 18 anos em intenso sofrimento psíquico, geralmente casos de autismo, psicose e neuroses graves, isto é, casos de alta complexidade que demandam não apenas tratamento psicológico e psiquiátrico, mas também restauração, ampliação ou reconstrução dos laços sociais.

Uma instituição como o CAPSi se propõe a oferecer um lugar para aqueles cuja condição de existência os deixa muitas vezes à deriva. Um espaço organizado de trocas e de circulação. Para isso, deve caracterizar-se pelo acolhimento, com respeito à diversidade e tolerância ao desordem, oferecendo diversas possibilidades de estabelecimento de vínculos e visando que o sujeito possa tomar o tratamento como seu, como tendo algum sentido para ele (TENÓRIO, 2001, p.70).

Os CAPSis oferecem um particular modo de fazer clínica que atinge muito além da organização interna do serviço, pois se trata de instituições em permanente articulação com outros serviços de saúde, assim como com a justiça, a educação, a assistência social, a cultura. A clínica se vê atravessada não somente pelo entrecruzamento de saberes e práticas, mas também por “protocolos a serem cumpridos” (FIGUEIREDO, 2009, p.58), “encargos sociais diversificados, objetos e objetivos muitas vezes divergentes” (CIRINO, 2001, p.76).

3.1 A instituição e o psicossocial

Toda formação humana tem, por essência, e não por acaso, de refrear o gozo.

Lacan, 1967a, p.362.

Os sujeitos passam a vida inseridos em instituições, das quais dependem para sobreviver. A primeira delas é a família (ou algum substituto), cuja missão irredutível é a humanização do recém-nascido. Não se trata da satisfação das necessidades, mas da transmissão de um desejo não anônimo em prol da constituição subjetiva (LACAN, 1969). Dizer que não há criança sem instituição é dizer que não há *psico* sem o *social* (FREUD, 1921).

Os CAPSis são instituições de saúde que acolhem sujeitos com sérias dificuldades no estabelecimento de laços sociais que afetam diretamente suas relações institucionais (família, escola, lazer, trabalho); com Lacan (1967a), perguntamo-nos como acompanhar esses sujeitos sem ficarmos presos a um engodo. As instituições de saúde visam a cura, a melhoria, o bem do paciente e estes valores não podem ser negligenciados; contudo, o discurso psicanalítico pensa a cura como efeitos “terapêuticos” que poderão ou não advir, mas que não têm como ser definidos de antemão e não podem ser impostos a quem não os demandou. Nesse sentido, a política da psicanálise convida a privilegiar o particular ao invés da utopia do universal.

Segundo Di Ciaccia (1994), toda instituição, sendo efeito do simbólico sobre o homem, tem a responsabilidade de transmitir uma particularidade que não aspire a ser resolvida no universal do ideal, comportando ao mesmo tempo, como limite e horizonte, o impossível de dizer. A proposta da psicanálise é incluir o real - o que sempre surpreende, os impasses - não como desvio da norma, mas como o irredutível, no intuito de evitar cair nos engodos do ideal.

Se em nome de ideais esquecermos que não há saber prévio sobre o sujeito, corre-se o risco, como assinala Rinaldi (2015), de entender as propostas de *reinserção social* próprias da Reforma como um imperativo que reduz a clínica àquilo que se acredita ser o melhor para os sujeitos. Os tratamentos não podem reduzir-se a um adestramento para o laço social normativo. Nesse sentido, uma das propostas fundamentais da Reforma, que está em sintonia com a proposta da psicanálise, é tomar a fala do paciente como índice de sua condição de existência e não no registro da patologia (TENÓRIO, 2001).

A noção de inclusão do real traz à tona outro viés do aporte clínico-político da psicanálise, que radica em responder, de maneira apropriada, à estrutura do inconsciente favorecendo os giros dos quatro discursos (LACAN, 1967a). Como assinala Lacan na Conferência em Genebra (1975a), cada discurso tem sua função; faz parte da *originalidade* da palavra, entre outras coisas, fazer-nos saber disso. Por sua vez, o Discurso da Reforma abriu espaço para a pluralização dos discursos nos novos dispositivos de assistência (RINALDI, 2002).

Lacan ao referir-se em Radiofonia aos quatro discursos através dos quais pensa o laço social [...] afirma que é o inconsciente, com a sua dinâmica, que precipita a passagem brusca de um discurso para outro. Na clínica institucional pública essa indicação é particularmente valiosa, pois não se trata de defender a prevalência de qualquer discurso que seja sobre os outros, nem mesmo o discurso do analista, mas de ressaltar a presença dos quatro discursos: o discurso do mestre, que funda a instituição, o discurso universitário que orienta o seu funcionamento e a burocracia, o discurso da histórica que questiona o saber constituído e o discurso do analista que dá lugar à fala do sujeito. É o próprio exercício da clínica, em seus impasses, que traz à tona os furos desses discursos, ou seja, o seu real, e permite uma circulação discursiva em que o saber se mostra em sua impotência (RINALDI, 2015, p.322).

Uma instituição que se propõe a acolher o sujeito tal qual ele pode se apresentar, prestar ouvidos ao que ele vem dizer, pode funcionar como ponto de ancoragem, espaço para que o sujeito possa circunscrever os termos de sua existência (TENÓRIO, 2001). Mas se trata também de um trabalho sobre o gozo dos outros, ao questionar o olhar e lugar que a sociedade tem para com os sujeitos em sofrimento psíquico. Há para o autista um lugar diferente da exclusão e da segregação, incluindo o próprio modo de habitar o laço social, ainda que esse habitar seja na vertente do rechaço?

Como afirma Freitas (2014), uma instituição como o CAPSi não seria mais um dispositivo orientado pela lógica assistencialista ou pedagógica. Isso implica acolher as crianças e adolescentes em grave sofrimento psíquico, considerando que podem vir a falar de sua particular forma de existência, demandando escuta e intervenções também particulares. Esta lógica se afasta de qualquer ideal ou normalidade da qual os pacientes teriam se desviado e à qual deveriam ser readaptados. Para toda criança, autista ou não, não há outra normalidade que o modo de funcionamento que lhe seja próprio. Este posicionamento clínico-político questiona e traz à discussão a lógica do *para todos*.

O para todos da polis, da política, não deve reduzir-se a um para todos os cidadãos concebidos como indivíduos componentes do 'grupo social'. O para todos é de ordem lógica. O que é para todos é, por isso mesmo e não apesar disso, para cada uma das intimidades em cena, em jogo, em ação, em tratamento, em operação, em trabalho. Pelo contrário, algo que fosse para alguns, ainda que muitos, mas não para todos, não se aplicaria ao que é da ordem do íntimo, pois, antes mesmo que se pudesse dar lugar à intimidade subjetiva, à intimidade de cada um em uma escuta singular, teríamos que saber se aquele sujeito participa do critério do 'alguns' aos quais se daria o privilégio do atributo, da qualidade, do traço de pertinência [...]. Todo ato clínico é político e todo ato político é clínico, se recorrermos a uma outra topologia, mais moebiana, em que o para todos se inscreve no seio mesmo da intimidade do um a um (ELIA, 2010, p.3).

A Reforma Psiquiátrica tornou o campo da Saúde Mental “multidisciplinar, heterogêneo e plural, com diversos saberes e práticas se entrecruzando” (RINALDI, 2005, p.88). As instituições da Reforma têm uma função social e uma função clínica que devem ser diferenciadas, mas, ao mesmo tempo, são indissociáveis, já que correspondem ao dentro e fora do cenário de cada sujeito, o palco e os bastidores, não existe uma sem a outra. Nesse cenário, entrelaçam-se diferentes concepções de sujeito e cidadania orientando as intervenções, buscando desconstruir a dicotomia clínica/política.

Por ser um centro de atenção *psicossocial*, a clientela que se inclui no CAPSi não depende para isso só da questão psicopatológica. O que se avalia é a complexidade da situação, onde a questão social, institucional, familiar, são incluídas na construção do caso. A equipe tem de se haver com muitas questões que complexificam a clínica, mas sem as quais a clínica se veria muito empobrecida. Para Tenório (2001), o psicanalista nas instituições da Reforma não pode furtar-se “das estratégias de atenção psicossocial, mas também deve atender a um registro analítico que se diferencia de qualquer intenção terapêutica” (TENÓRIO, 2001, p.143). Para a psicanálise o *psico* é o *social*: ambos dizem respeito à posição do sujeito perante o Outro. Nesse sentido,

propiciar a produção de sujeito no sentido analítico, não é possível sem relação ao psicossocial. Reatar laços, poder ir à escola, circular entre outros, são conquistas do sujeito social da reforma. O sujeito da psicanálise é aquele que pode manejar de alguma maneira o real ao agenciar sua condição de existência. A domesticação do real permite uma condução da existência social considerada em termos de efeitos terapêuticos que, segundo Lacan, vêm por acréscimo (TENÓRIO, 2001, p.147).

Delgado (1999) define a atenção psicossocial como uma interferência consentida no cotidiano do habitante da *pólis*. Daí a importância da incidência no território, que inclui não só atuar na comunidade, mas atuar *com* ela na abordagem de um outro agenciamento social da loucura. A cidadania deve ser um lugar construído pelo sujeito e não algo a ele imposto em formato de ideal tirânico. “Para que isso aconteça é preciso que o valor da cidadania seja um pressuposto ético e político e não um ideal de desempenho” (TENÓRIO, 2001, p.153).

O desafio de superar o paradigma segregatório da *loucura* implica não só criar serviços capazes de acolher e escutar o que o louco vem dizer, mas também implica um compromisso com a construção de *uma nova atitude da sociedade em relação aos doentes mentais* (TENÓRIO, 2001). Intervir no imaginário do diagnóstico de autismo e na discussão clínica e conceitual, propiciando cuidados que tragam o sujeito à discussão. Em suas duas acepções: que tragam o paciente a falar, responsabilizar-se e se posicionar frente àquilo que se

fala dele; e que tragam às discussões das instituições a sua inclusão, como sujeito e não como objeto passível de intervenções predefinidas. O lugar para o sujeito no marco das políticas sociais não é óbvio, requer uma construção, dia a dia, caso a caso. O paradigma asilar ainda perambula por muitos setores e serviços, inclusive naqueles gestados para sustentar a Reforma.

3.2 O CAPSi Heitor Villa Lobos

O CAPSi pertence a área programática 3.3⁴⁵ e se situa em Madureira, local no qual funciona desde sua inauguração em Julho de 2012; atinge uma população de 260.000 crianças e adolescentes. Nasceu a partir da demanda que dispositivos de saúde e educação da área 3.3 fizeram nos Fóruns de Saúde Mental, aos quais compareciam assinalando a necessidade de serviços que atendessem as crianças e adolescentes do território que estavam sem tratamento ou sendo atendidas em CAPSis fora da área.

O CAPSi acolhe tanto demandas espontâneas quanto encaminhamentos da rede do território, via fórum, supervisões territoriais, escolas, varas da justiça, clínica da família, conselho tutelar, entre outras. O atendimento de primeira vez é sem marcação prévia, havendo a cada turno um técnico responsável por acolher e organizar as demandas que forem chegando. Não há número limite de acolhimentos (atendimento de 1ª vez) a cada dia. Os primeiros encontros, chamados de *avaliação*, são mantidos com a criança para a qual se demanda tratamento e com os responsáveis, para situar as coordenadas que permitam pensar o direcionamento da situação. O “paciente” pode ser tanto incluído no CAPSi como encaminhado ao serviço que se considere adequado caso haja necessidade de algum tipo de acompanhamento. Quando incluído no CAPSi e após certo período, bem variável por certo, o usuário pode ou não ser inserido em algum dispositivo de tipo coletivo.

Orientado pela lógica do Discurso Analítico, o CAPSi realiza um movimento inverso ao do hospital: não é o analista que chega para incluir-se visando um lugar, mas profissionais de diferentes áreas (inclusive psicanalistas) que se inserem no CAPSi e que são encorajados a

⁴⁵ Bairros contemplados pela área programática 3.3: Parque Anchieta, Anchieta, Ricardo de Albuquerque, Guadalupe, Pavuna, Costa Barros, Parque Colúmbia, Acari, Barros Filho, Coelho Neto, Irajá, Vista Alegre, Colégio, Vila da Penha, Vicente de Carvalho, Vila Kosmos, Marechal Hermes, Honório Gurgel, Rocha Miranda, Bento Ribeiro, Oswaldo Cruz, Turiaçu, Vaz Lobo, Madureira, Engenheiro Leal, Cavalcanti, Campinho, Cascadura, Quintino Bocaiúva, fazenda Botafogo.

trabalhar em uma lógica na qual *sujeito, escuta, tempos lógicos*, entre outros, são significantes privilegiados. Dizemos que esta orientação não implica que todos os técnicos⁴⁶ se tornem psicanalistas; também não se refere a uma homogeneização do discurso. É justamente contra isso que os serviços da Reforma procuram se posicionar: a não hegemonia do discurso médico (nem de qualquer outro) sobre o sofrimento psíquico. Que os discursos possam circular sem que nenhum deles se disponha como detentor da verdade.

Em seguida, discutirei algumas das questões que configuram a construção da clínica do autismo sustentada no CAPSi, cuja perspectiva *psicossocial* procura reintegrar diferentes dimensões apostando, ao meu ver, em um sujeito menos espatifado.

3.3 Os dispositivos clínicos coletivos

Os dispositivos de atenção psicossocial incluem: atendimento de primeira vez, coletivos clínicos, ateliê de Arte, oficina de Jornal, oficina de Música, oficina de Gamers, atendimento em grupo de pais, atendimentos individuais com a criança ou adolescente, atendimento individual e conjunto aos responsáveis. Fora do CAPSi se realizam visitas domiciliares e institucionais. Neste item, discutirei o dispositivo clínico chamado de “Coletivo”.

Os espaços coletivos têm algumas demarcações simbólicas cujo contorno habilita a construção de um ponto de referência: hora e dia fixos, tempo de duração determinado, faixa etária, espaços físicos específicos. Não obstante, este enquadre não pode ser rígido, mas tributário da maleabilidade favorável à clínica do sujeito. A diferença das Oficinas, que oferecem uma estrutura mais organizada e um objetivo inicial comum em torno de algum fazer (FREITAS, 2014), os Coletivos tem somente um planejamento prévio do espaço e do tempo; em função das crianças que dele participam, se pensa que salas serão usadas e que objetos ficarão à disposição, mas não há (salvo exceções) nenhuma atividade programada.

A orientação que se dá aos espaços coletivos decorre da base psicanalítica que sustenta a clínica do autismo no CAPSi.

⁴⁶ Fora a gestão e a administração, cada integrante da equipe do CAPSi é chamado de “técnico”, independentemente de sua formação e/ou função dentro do serviço.

A psicanálise tem, na estrutura do sujeito do inconsciente, como sua tessitura mesma, a lógica do coletivo. Quanto mais nos aproximamos do que seja o sujeito em sua radicalidade, e, nesse sentido, quanto mais nos afastamos da instância do eu, que é um instantâneo fotográfico do sujeito em sua imagem totalizante suportada pelo corpo, mais adentramos na ordem do coletivo que vige no inconsciente, mas que também impera no Isso [...]. Lacan assinala em muitas passagens a estrutura coletiva do eu; afirma que as pulsões não existem, mas ex-sistem, ou seja, que ela não está em seu lugar, e que elas se propõem ao sujeito nessa *Entstellung*, nessa de-posição ou nessa multidão de pessoas deslocadas; Lacan não cessa de dizer que a estrutura do inconsciente, do isso e do sujeito tem uma lógica coletiva, de muitos fragmentos, muitos traços, significantes ou objetos (ELIA, 2010, p.3).

Segundo Tenório (2001), nos casos graves de retraimento relacional a possibilidade de trabalho radica em criar as condições para que um vínculo se estabeleça, recolhendo a transferência em duas direções: a relação individual com o paciente e o agenciamento do espaço coletivo como dispositivo. Muitos autores concordam quanto ao fato que nos espaços coletivos a presença do Outro pode resultar menos ameaçadora. Objetos diversos, espaços diferentes, assim como *outros* (crianças e técnicos), estão presentes no ambiente e podem funcionar como mediadores, propiciando um lugar de intervenção clínica que ofereça recursos para a construção de um lugar habitável e menos ameaçador para o sujeito autista.

Considera-se que a criança autista chega *em* trabalho (COSTA RIBEIRO, 2005), a partir das manipulações que fazem de seu corpo e dos objetos; é da alçada dos técnicos elevá-las à dignidade de significante. Oferece-se à criança um encadeamento de suas manipulações que permita uma operação de apagamento do objeto. “E o que se espera desse encadeamento? Que se produza uma posição subjetiva qualquer” (DI CIACCIA, 2005, p.45). Trata-se de uma aposta a que a criança autista possa se posicionar como sujeito da enunciação. Para isso, podemos emprestar-lhes significantes que habilitem a produção de um saber que supomos nela.

Longe de reificar o autismo, o aparelho conceitual põe em cena o trabalho necessário a todo sujeito para extrair-se do real indiferenciado. Desse modo, a síndrome se pulveriza na diferença, ganha uma posição vicinal em relação à psicose, para então invocar a constituição de qualquer sujeito e suas vicissitudes (BASTOS, 2005, p.13).

No Capítulo II (página 69), foi introduzida uma pequena vinheta sobre Pedro, que participa de um dos Coletivos. O percurso imperturbável que esta criança realizava viu-se alterado por uma surpresa, quando outra criança, Lucas, deu uma tapa na cara de Pedro. Muito perturbado, chorando, ele se aproximou dos técnicos no que interpretamos como a procura de

ajuda; oferecemos significantes que fizessem a mediação entre Pedro e a contingência que o afetou no corpo. Para Costa Ribeiro (2005),

[...] é necessário um trabalho em torno da perda de um objeto, para que se instale uma hiância e se constitua um intervalo que possibilite a articulação entre dois significantes. Com a simbolização primordial o campo do Outro fica marcado por uma fenda [...]; sem simbolização primordial o Outro é maciço (COSTA RIBEIRO, 2005, p.39).

Não foi somente Pedro quem se viu afetado pelo tapa; há também, na cena relatada, um furo que aparece do lado dos técnicos: Lucas é uma criança que bate muito nos colegas. Este fato chega várias vezes a irritar a equipe, deixando-a em um impasse quanto às possibilidades de intervenção⁴⁷. Nesse cenário, o tapa veio produzir em Pedro algum efeito de extração que, assim como lhe gera muita angústia, abre também a possibilidade de endereçar essa angústia a um Outro, o qual, ainda furado, porta algum saber fazer.

A partir desse episódio, modificou-se o percurso de Pedro no coletivo. Já não se conforma com qualquer carrinho, escolhe sempre um carro azul e briga por ele quando alguém o tira das suas mãos. Convoca os técnicos quando não consegue recuperar o brinquedo por seus próprios meios. Ao longo dos coletivos, Pedro começa a incursionar em outras brincadeiras que incluem crianças e técnicos, como fazer rodas ou brincar de pique-pegas. Já não apresenta o sorriso perene de outrora; suas expressões faciais acompanham diferentes estados de ânimo que evidenciam uma defasagem entre o procurado e o encontrado. Se pensarmos, com Freud, que a homeostase é impossível em função de um objeto perdido desde sempre, a simbolização primordial dessa não complementariedade coloca o aparelho psíquico em trabalho (COSTA RIBEIRO, 2005). Já a inscrição da falta em termos de castração viria em um momento lógico posterior ao da simbolização primordial e pode ou não vir a se produzir.

Há nos Coletivos uma postura de oferecer-se sem demandar, emprestar nossa palavra para possibilitar alguma forma de significação que, como aponta Lacan na Conferência em Genebra, habilite à criança a reconhecer-se, *a posteriori*, como fonte de uma mensagem. Ler cada movimento, cada gesto, por mínimo que seja como uma tentativa de comunicação. Iago é uma criança que assim que entra no Coletivo fica muito agoniado, chora e bate a cabeça na parede. Lembra o alarido do caso Robert, que segundo Rosine e Robert Lefort (2000) não faz estrutura, mas é manifestação do ser em seu abandono absoluto.

⁴⁷ Cabe esclarecer que este impasse é trabalhado nas reuniões de equipe, no intuito de oferecer a Lucas intervenções na via da responsabilização e não na via da repreensão ou da educação. Os técnicos não são detentores da lei e como tal devem apresentar-se a ela submetidos.

Tentamos oferecer-lhe palavras e objetos para que possa dizer de outra maneira sobre esse excesso do qual, no momento, parece não poder escapar. Para Bastos (2003), as irrupções de gozo testemunham que falta o significante do saber, que deve produzir-se do lado da criança. Haveria ali o ponto de partida para um tratamento. Estas construções teóricas permitem pensar um lugar possível para o analista na direção do tratamento: o lugar de um Outro que possa se surpreender e jubilar perante os movimentos da criança.

As autoagressões diminuem quando Iago consegue uma mediação a partir de dois objetos concretos: a perna de uma boneca Barbie, que ele mesmo arrancou, e um tambor no qual bate ou manipula. A relação a estes objetos se apresenta estereotipada à nossa observação: uma operação que ainda não pode ser considerada significativa (DI CIACCIA, 2005); porém pode-se pensar como efeito deste, com *um peso proporcional ao vazio enigmático que se apresenta primeiro no lugar da significação* (LACAN, 1957-1958, p.520). Algo da ordem da alternância significativa aparece um dia em que Iago bate no tambor; um mínimo (e casual) intervalo entre uma batida e outra abre uma brecha para que os técnicos batam palmas e comemorem o som. Iago olha para nós e entra no jogo de oposição: bate no tambor e deliberadamente faz uma pausa esperando nossas palmas após as quais bate de novo no tambor. Desde então, diminuem as autoagressões. Iago suporta permanecer no Coletivo por mais tempo e começa a pedir assim que chega: “Barbie”. Já não se trata da perna da boneca, mas da boneca inteira e da caixa que tem desenhos de Barbie. É importante dizer que as Barbies são as bonecas que as irmãs de Iago têm em casa e com as quais ele costuma brincar.

Nem sempre a *fala* inicia-se com um caráter apaziguador. Mateus tem 8 anos e não fala. A cada coletivo, senta no chão do lado de objetos que joga para frente; quanto mais pesados e barulhentos ao cair, melhor. Viu-se um dia incomodado pela agitação de um colega e claramente pediu “Me deixa em paz!”. Uma frase que parece sair das entranhas e vem assinalar uma fugaz aparição do sujeito da enunciação. Isso parece dilacerante para Mateus que corre até uma porta que abre para fechar uma e outra vez com uma força tal que provoca um barulho ensurdecedor.

A possibilidade de intervenção da equipe chega em um segundo tempo, semanas mais tarde, após a emissão de outras palavras que Mateus consegue suportar. Começa um dia a cantar “eu posso voar” enquanto dança de braços abertos. A frase gera *curiosidade* na equipe, que procurando na internet descobre que é do filme *A era do Gelo*. Dividimos esta descoberta com Mateus e festejamos sua ocorrência acompanhando seu canto e sua dança. Algumas semanas depois, Mateus arma um quebra-cabeça e diz “Era do Gelo” e “Essa casinha é sua”.

Escrevemos a primeira frase numa folha e desenhamos uma casa; Mateus pega um lápis e pinta sobre estes escritos. Espera que realizemos outros desenhos para pintá-los também.

Para Anserment (1999), é possível, na clínica do autismo, criar um sintoma que possa vir a organizar a sessão. O analista cumpre sua função no nível do real da estrutura, o qual equivaleria à montagem de uma fantasia, que é o que dá enquadre à realidade e tem efeito de localização de gozo. Apresentam-se outras situações nas que Mateus é incomodado por algum colega, mas sua reação é bem diferente: pede ao outro para parar e se isso não acontece convoca a alguém da equipe para ajudá-lo: *moça, está incomodando!*; já não parece mutilado pela sua própria enunciação.

Como assinala Santos (2002), é frequente no autismo (assim como na psicose infantil), que a palavra não funcione como mediação, o qual nos remete aos limites do humano. Contudo, “isso que é insuportável encontra a possibilidade inédita de estar suportado pelo discurso do analista, o que abre a possibilidade da diferença se escrever” (SANTOS, 2002, p.151).

Deixar-se guiar pelo trabalho próprio da criança, implica para a equipe sustentar um lugar vazio de saber que permita a interrogação sobre a posição de cada sujeito frente ao Outro. Sustentando o desejo de saber sobre elas podemos estar abertos à surpresa de sermos destinatários de alguma mensagem. Esta posição é solidária da *prática entre vários*, modalidade de intervenção desenvolvida em *L'Antenne 110* (Bruxelas)⁴⁸ com crianças autistas, psicóticas e também neuróticas.

O tratamento das psicoses e do autismo tem algo a aprender com a prática entre vários [...]. A prática entre vários, à proporção que deslocaliza o saber, propicia ao autista inscrever para si um saber e extrair-se da indiferenciação. Ao analista cabe testemunhar e funcionar como o escriba que acusa a recepção da mensagem significante, que acolhe esta mensagem como saber produzido pelo sujeito e faz seu registro (BASTOS, 2003, p.31/33).

Esta prática facilita algumas coordenadas que Di Ciaccia (2005) considera necessárias (porque impostas pela estrutura da criança autista) para uma clínica do autismo. O funcionamento permutativo permite à criança o encontro com um Outro regulado e limitado. Esse Outro que deve estar atento para sentir-se convocado pela criança, ainda que seja de forma indireta: só alguém acreditando na fala da criança para que suas manifestações se

⁴⁸ *L'Antenne 110* é uma instituição que foi criada em 1974 por Antônio Di Ciaccia para responder ao mal-estar de crianças autistas e psicóticas, e elaborar um saber que permitisse tratar com elas e poder acompanhá-las no trabalho que realizam para encontrar cada uma sua própria solução.

instituíam como tal. O desejo do encontro deve estar em primeiro plano. Tomar as manifestações da criança no campo do sentido equivale a tomar os pacientes como sujeitos.

Longe de focar nas especialidades, cada membro da equipe assume a responsabilidade de seu valor como parceiro da criança. A estrutura própria da criança autista exige que haja intercâmbio entre os técnicos em relação à parceria, no intuito de não fixar à criança num único parceiro. A fixação, segundo Di Ciaccia (2005), deve ser evitada, sob o risco de levar a “uma posição afetiva falsamente terapêutica” (DI CIACCIA, 2005, p.36) assim como afetar a saúde mental dos membros da equipe. Acredito que é nesse sentido que ao longo das vinhetas apresentadas acima, as intervenções são em nome de “a equipe”, “os técnicos”.

A disposição ao encontro não significa que a criança possa tyrannizar o espaço com suas particularidades. Para Lacan (1967a), qualquer instituição que trate com o campo da psicose estabelece, em pontos variáveis, certa relação com a liberdade. Muitas instituições supõem no louco uma liberdade que seria preciso aprisionar, coibir com recursos educativos. Nesse sentido, lembramos de uma fala mantida telefonicamente com uma instituição de reabilitação que tratava de uma criança que tinha acabado de chegar no CAPSi. A educadora do outro lado da linha disse que não entendia por que a mãe da criança tinha se dirigido ao CAPSi: “já falei para essa mãe não ir lá; no CAPSi as crianças fazem o que querem e isso não é bom para ninguém”. Longe disso, a modalidade de trabalho que o CAPSi oferece à criança autista aponta a possibilidade de se inscrever com um traço que lhe permita estar o mais inserida possível no laço social. “Por meio do funcionamento da prática entre vários, gentilmente ‘forçamos’ a criança autista a entrar no campo da fala, permitindo-lhe um encontro, um endereçamento, um apelo, uma demanda” (DI CIACCIA, 2005, p.52).

Muitos analistas sustentem que o Coletivo é o espaço ideal para os autistas que não suportariam o trabalho individual e isto é algo que a clínica do dia a dia comprova. Porém, não se trata de uma regra para todos. Há sujeitos autistas para os quais o trabalho individual é fundamental, eles mesmos o demandam. É o caso de Jonathan, que desde o primeiro dia, assim que chega no CAPSi, enuncia: “Raquel, preciso falar com você”. Quando sua mãe tenta entrar no CAPSi junto, ele diz com firmeza “não, você fica aqui”. Jonathan participa com muito entusiasmo de atividades grupais específicas, como festas de Natal ou festa Junina, mas rejeita todo convite a se inserir em Coletivos. A cada vez, vem a sessão contar sobre os filmes que assiste: Tarzan, Peter Pan, Pocahontas... entre muitos outros, dos quais gosta de contar sobre as cenas de brigas e arranhões. Antes de ir embora, combina o próximo atendimento: “Raquel, amanhã”, e menciona algum filme do qual irá falar.

3.4 As reuniões de equipe: a *construção do caso a partir da desconstrução*

Como afirma Rinaldi (2015), a luta por novas formas de acolhimento ao sofrimento psíquico não se esgota na reforma das políticas públicas; é necessário, entre outras coisas, “repensar constantemente a micropolítica que sustenta o trabalho cotidiano das equipes no enfrentamento das questões que tanto o real da clínica quanto o real da política impõem” (p.316).

No CAPSi, a equipe sustenta um trabalho de construção de saberes, ainda que sempre abertos ao equívoco, em duas frentes: reuniões ao final de cada turno com a micro equipe presente e uma reunião da equipe completa com supervisão clínico institucional semanal. Discute-se nas reuniões de turno o andamento dos dispositivos clínicos, impasses e efeitos para cada sujeito, reformulações a serem efetuadas, estratégias a seguir, os acolhimentos de primeira vez que tenham sido feitos no dia, assim como outras questões que possam surgir no decorrer da jornada. As situações cujos impasses são mais complexos de resolver pela micro equipe ou que tenham que ser do conhecimento de todos, assim como ocorrências a serem discutidas em conjunto e/ou supervisionadas, são levadas às reuniões semanais que acontecem nas sextas feiras, no turno da tarde. Neste encontro, a equipe conta com a presença da supervisora externa.

Para Di Ciaccia (2005), as reuniões de equipe têm algumas funções que serão discutidas a seguir.

Uma das funções da reunião de equipe é a de criar um lugar onde se fale da criança. Não se trata de acumular dados ou dizeres sobre o sujeito de forma a torná-lo um objeto de estudo, mas de sustentar a articulação de um discurso sobre ele, “[...] e extrair de aí as possibilidades de trabalho em parceria; uma transferência de trabalho mais pontual na contingência do caso” (FIGUEIREDO, 2009, p.58). Importante também o que a autora acrescenta: esta parceria é evanescente e pontual, tal como o inconsciente que aparece e desaparece mostrando sua verdade.

Figueiredo (2009) propõe que para construir um caso há de haver uma “redução aos elementos que se repetem e que se extraem da relação cotidiana da equipe com os pacientes-usuários, das lacunas que se apresentam, da contingência dos acontecimentos, das viradas do caso, que surpreendem” (FIGUEIREDO, 2009, p.55). Ao juntar estes elementos vai se tecendo um caso, como se fosse um quebra-cabeça que, contudo, não fecha, mas que permite

localizar “algo do sujeito a partir da sua apresentação na repetição” (FIGUEIREDO, 2009, p.56).

Nesta elaboração de um saber, cada membro da equipe contribui com sua fala para circunscrever algo do real em jogo. Di Ciaccia (2005) é radical ao afirmar que outra das funções da reunião de equipe é ser o único lugar em que os dizeres dos técnicos podem ser tomados em consideração. Fora desse contexto, os ditos “são considerados palavras soltas, a serviço de um gozo [...]” (DI CIACCIA, 2005, p.48). Para tornar-se ato, a fala da equipe deve passar por um dizer responsável em relação à posição de sujeito de cada membro, no intuito de que a fala se torne ato. O mal-estar, que faz parte do cotidiano do trabalho, deve ser incluído e problematizado na construção de uma parceria. “O mal-entendido, que é estrutural, pode ir aos extremos, e cabe a nós ir desfazendo esse mal-entendido até o seu ponto mínimo e irreduzível, como mal-entendido próprio à linguagem” (DI CIACCIA, 2005, p.59).

Ao tempo em que se realiza esta construção, há de haver o momento de esvaziar o saber sobre o caso. A construção envolve uma desconstrução: um limite ao saber que se pretende fechar em sentidos. A prática entre vários se propõe a formar uma equipe que saiba não saber, não sendo, portanto, uma equipe interdisciplinar cuja somatória de saberes possibilitaria um saber a mais sobre a criança em tratamento (COSTA RIBEIRO, 2005).

Deparamo-nos aqui com outra das funções das reuniões de equipe: operar uma separação em relação ao saber que se acredita ter obtido ao acompanhar essa criança, no intuito de diferenciar o que pode ser um saber adquirido e um saber, em suspenso e a ser verificado, sobre a posição subjetiva da criança.

Lacan (1964b) não duvida em chamar de ortopedista àqueles analistas que pretendem suturar os impasses em um movimento que psicologiza a teoria psicanalítica. Acontece não poucas vezes na hora de discutir um caso, que, no afã de “entender de que se trata” (acredito que esse *entender* esteja por vezes motivado na angústia que os casos suscitam nos profissionais), ou de “falar uma língua comum”, percamos o sujeito ao resumi-lo numa rubrica que pretende apreendê-lo na sua totalidade. O diagnóstico deixa de ser uma hipótese e se antepõe, enganosamente, como se fosse um resumo do sujeito. Lembro de uma discussão no CAPSi sobre o caso de Beto: assim que alguém mencionou o diagnóstico de TOD⁴⁹, a fala dos técnicos ali reunidos começou a redundar em significantes que faziam metonímia com este nome. Ancorou-se o sujeito em significados fixos: “oposição”, “lei”, “regras”, “cumprir”, “obediência x desobediência”. Em lugar de construir o caso, percebemos que nos afastávamos

⁴⁹ Transtorno de Oposição Desafiante, segundo o DSM V.

cada vez mais da história singular de Beto, da qual, curiosamente, desconhecíamos qualquer referência aos primeiros anos de vida. Na sua primeira infância, Beto morou com sua mãe biológica, que o deixou num abrigo quando ele tinha sete anos. Aos dez anos foi adotado. Seus pais adotivos nada sabem da vida de Beto junto à sua mãe; estão desorientados e não entendem como, apesar das múltiplas estratégias implementadas, Beto não obedece a regras. Concordamos em que só o encontro com Beto poderia dizer algo sobre o que essa “oposição desafiadora” significava para ele.

A supervisão semanal que acontece na reunião de equipe tem um papel destacado no esvaziamento de saber; ao fomentar que a palavra circule entre os presentes habilita o furo nos saberes instituídos e cristalizados. Às vezes, isto reflete em forma de perguntas mais “básicas”, desde *o que é um surto? O que é o autismo? Qual a diferença em relação à psicose infantil?* Perguntas que colocam a equipe em um impasse e a relançam à procura de algum passe de sentido, ainda que não todo. Há uma construção a ser feita, mas ao redor do vazio de saber. Não se trata de jogar fora o saber, mas de entender que o saber só poderá advir *a posteriori* e em função das produções do sujeito.

O supervisor tem a função de sustentar esse lugar vazio de saber, a partir do qual cada caso pode ser construído na sua singularidade, longe da mera repetição do já sabido. Colocar o saber em reserva, esvaziar as pregnâncias imaginárias e utilizar os conceitos de modo pontual e contingente, pois o real da clínica surge vestido de enigma, escapando ao sentido e desvelando um vazio de saber que não deve ser preenchido com fórmulas prontas e sim posto a trabalhar. Sustentar o furo permite o reviramento discursivo, movimentando a instituição e dando lugar à clínica, que é sempre de cada sujeito (RINALDI, 2015).

Pretende-se que a equipe possa ocupar o que segundo Figueiredo (2009) pode ser chamado de *posição de aprendiz* da clínica, *ignorância douta* ou *saber em reserva*; “é uma posição extremamente humilde, simples de falar e difícil de praticar” (FIGUEIREDO, 2009, p.53). A dificuldade de sustentar essa posição nos remete ao narcisismo das pequenas diferenças, perante as quais um técnico pode ser melhor que o outro. A psicanálise tem aí um importante aporte a fazer, sustentando o lugar de não saber; muitas vezes os próprios técnicos com outra formação são os que se referem aos psicanalistas do Serviço como quem sabe “escutar” ou “manejar” melhor o caso. Assim, há para o analista o compromisso ético de não cair na cilada narcísica, sob o risco de se afogar. Como afirma Di Ciaccia (1999, p.49), “O discurso do mestre, com seu bem e seu mal, é o discurso que se impõe de maneira automática e ele tem uma tendência natural a dominar toda instituição”. O trabalho feito por muitos tem

seu fundamento no discurso analítico e, a diferença do Discurso do Mestre, se sustenta na falta do Um do Mestre; não se sustenta em A, mas em S(A).

A lógica da Reforma que atravessa os CAPSis propicia encontros tão fundamentais como as reuniões de equipe, à procura da desconstrução de saberes e significados predefinidos em prol do cuidado de cada caso. Há um trabalho a ser feito, a esse respeito, por cada membro da equipe. A reunião de equipe é um convite a esvaziar o que se acredita ser conhecimento prévio sobre o autismo.

É fundamental que as instituições públicas de saúde propiciem esse espaço de trocas. Quando esse encontro não acontece, vê-se dificultada a passagem do sujeito pela instituição. De fato, há atendimentos que são difíceis de sustentar em serviços ambulatoriais. Aconteceu tanto com Pablo quanto com João; o percurso gritão, barulhento e sem amarras de Pablo incomodava os colegas do Serviço de Saúde Mental, tanto quanto quando João saía correndo pelos corredores da pediatria do HUPE. Os olhares inquisidores pediam decoro, moderação e adequação às normas. Uma lógica manicomial ainda vigente, o imperativo de adaptação, o medo e a exclusão do louco fazem das instituições da Reforma um espaço propício para acompanhar o percurso singular das crianças ditas autistas. Tal posição não está dada de antemão pelo simples fato de ser uma instituição da Reforma, mas decorre da desconstrução de saberes feita em equipe.

3.5 A polêmica da Lei e dos benefícios

No Brasil, a lógica higienista de princípios do século XX sustentava uma concepção da criança a ser assistida que abarcava: as deficientes sociais (pobres), as crianças deficientes mentais e as deficientes morais (delinquentes). As crianças portadoras de grave sofrimento psíquico foram incluídas na rúbrica de deficientes mentais e, assim como todas as outras, transformadas em objeto de confinamento e exclusão.

Nos anos 70, diferentes movimentos lutaram para alterar estas condições. Em 1988, logrou-se que a Carta Constitucional afirmasse a condição cidadã de crianças e adolescentes. Este processo resultou na promulgação do ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 1990). Os *novos* cidadãos passaram a ser considerados sujeitos de direitos e responsabilidades, não mais deficientes.

Vinte anos mais tarde, o autismo foi reincorporado na categoria da deficiência. Em 27 de Dezembro de 2012 sancionou-se a Lei nº 12.764 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre os direitos da pessoa com Transtorno do Espectro Autista (TEA), a quem se considera deficiente para todos os efeitos legais. O autismo ganha um carácter burocrático e o sujeito se esvai entre laudos, provas, carimbos, exames, drogas, atestados.

Conforme definido no artigo 1º do Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência,

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2007, p.16).

A concepção deficitária do autismo situa estes sujeitos na categoria dos deficientes sendo um dos riscos se desentender da participação do sujeito em um funcionamento que não fixa um destino. Nesse sentido, pergunto-me sobre os efeitos que pode ter na clínica o fato de que o autismo seja nominado como deficiência. Pois se há no autismo déficits de tipo cognitivo, estes são secundários à não instauração de certo número de estruturas psíquicas. Só se pode falar de deficiência quando estes déficits se tornam irreversíveis. A *deficiência* seria então consequência desta não instauração, e não ao contrário (LAZNIK, 2004). Ainda que a partir de outro viés teórico, Winnicott traz uma interessante observação a respeito da relação entre autismo e deficiência:

Esta doença não se assemelha à oligofrenia, na qual não cabe esperar nenhum desenvolvimento e os sintomas de deficiência mental derivam diretamente da pobreza do aparelho. Esta doença é uma perturbação do desenvolvimento emocional, que se remonta tão atrás que em alguns aspectos, a criança é intelectualmente deficiente. Em outros, pode mostrar signos de ser brilhante (WINNICOTT, 1996, p.242).

Nesse panorama convergem, por um lado, as novas formulações do DSM V, em que o autismo se converteu em um vasto espectro. Os critérios para tal diagnóstico são tão amplos que o número de crianças assim diagnosticadas tem aumentado consideravelmente. Por outro lado, as famílias chegam aos serviços exigindo o diagnóstico que elas mesmas fizeram consultando na internet. Nessa conjuntura, aumenta nas estatísticas o número de sujeitos diagnosticados como autistas. Logo, o diagnóstico de autismo parece ter virado um “saco de gatos”, onde são incluídas inúmeras crianças com “deficiências” e “eficiências” sumamente ímpares. É justamente aí onde se aloca o paradoxo deste encontro entre diferentes saberes

sobre o autismo: à procura da padronização se opõe uma “variedade de casos que acaba obrigando à reintrodução da irreduzível particularidade dos sujeitos” (LAURENT, 2012, p.21). Uma boa razão para a psicanálise comparecer nestes debates.

Questionar o fato de serem os autistas considerados deficientes não implica que não devam ter seus direitos assegurados e a sua história de luta respeitada (FURTADO, 2013). Este estatuto permite aos pais reivindicar alguns direitos como a inclusão nas escolas, a inclusão de um professor facilitador na sala de aula quando necessário e o acesso à educação especial, também quando necessário. É interessante e bonito ver como a inclusão na escola traz mudanças importantíssimas para as crianças. Não obstante, há sujeitos para quem essa inclusão pode não ser possível, mas isso acontece numa quantidade ínfima de casos.

Dentre outros direitos, a Lei garante o acesso da pessoa com autismo ao diagnóstico precoce (mas não definitivo) e o acesso ao mercado de trabalho. Ato seguido, garante-se o direito à previdência social. Esta última contempla benefícios (auxílio doença) que para serem outorgados dependem de laudos que testemunhem uma incapacidade da pessoa para prover seus próprios meios de sustento e um diagnóstico que rapidamente se torna etiqueta, rótulo definitivo. Ou, no caso das crianças de quem, a princípio, não se espera que se autossustentem, há o responsável que não pode procurar sustento, pois deve dedicar sua vida aos cuidados da criança. O laudo que atesta a deficiência só pode ser fornecido por um serviço público de saúde e deve ser assinado por um médico.

Os CAPSis são um dos poucos serviços públicos que podem outorgar este laudo e por esta razão a porta de entrada vê-se abarrotada por este tipo de demanda. Muitas famílias não procuram tratamento, não querem nem saber de nenhuma abordagem clínica; conhecem seus direitos e exigem o laudo, reduzindo o Serviço ao lugar de terceiro a quem cabe reivindicar mais direitos e mais cuidados (LAURENT, 2012). Há médicos particulares que tratam da criança e orientam às famílias a aproximar-se do CAPSi à procura do laudo: “vai lá, é um serviço público obrigado a dar o laudo. Seu filho é autista”. Outras vezes, a demanda de laudo vem de famílias que já são acompanhadas no CAPSi.

Seja de uma forma ou outra, outorgar o laudo para obter o benefício não passa por uma simples ação burocrática. O CAPSi é, principalmente, um serviço de saúde e entende – orientado pela psicanálise – que há uma questão clínica a ser pensada perante cada uma destas demandas. *Ser* autista é motivo, segundo direitos sociais, para obter o benefício; contudo, a clínica orientada pela psicanálise considera que o diagnóstico de autismo não é necessariamente incapacitante. Não se trata só de respeitar os direitos das pessoas, mas de deixar o sujeito falar, à procura do particular de cada situação.

A situação é complexa e gera não poucos impasses. Os usuários do CAPSi vivem muitas vezes em situações de grande privação econômica. Não obstante, o lugar simbólico que o benefício terá na família é um fator que não pode ser negligenciado. Muitas vezes, a criança passa a sustentar a família com seu benefício, produzindo-se um lucro secundário que pode vir a cristalizar à criança no lugar de incapaz. O que aconteceria se a criança deixa de ser “deficiente”? Para Freud (1916-1917b), o psicanalista sabe que no mundo há não somente a miséria neurótica, mas também um penar real e irreprimível que acarreta necessidades objetivas que podem demandar do sujeito o sacrifício da sua saúde. Muitas vezes, este sacrifício impede a infelicidade dos outros. Por vezes, parece que o Outro responsável pela criança demanda a esta sustentar o lugar de deficiente para obter ganhos secundários à sua própria condição clínica.

Diego é paciente do CAPSi há um tempo e lhe foi outorgado o benefício. Pouco tempo depois, teve uma crise tão grave que precisou, pela primeira vez na vida, ser internado. Antes do benefício, a mãe de Diego trabalhava e ele fazia algumas coisas sozinho, como frequentar suas aulas de natação. Após o benefício, a mãe deixou de trabalhar para “dedicar-se” a ele, e passou a acompanhá-lo a todo lugar que ele ia. Diego perdeu a pouca independência que tinha e os efeitos clínicos foram devastadores.

A lei simbólica amortece os efeitos violentos de ser objeto condensador do gozo do Outro, quando o significante Nome-do-Pai faz barreira à relação incestuosa entre a criança e a mãe (LACAN, 1953); no entanto, há leis jurídicas que, em determinados casos, podem recrudescer os efeitos de ser objeto do gozo do Outro.

Como afirma Rinaldi (2005), há entre sujeito e cidadão uma distinção a ser feita. Se o segundo tem direito à assistência social, o primeiro é que pode ou não se implicar naquilo que o faz sofrer. Não obstante, o cidadão não é apenas aquele que reclama aquilo que o Outro lhe deve por ser pobre ou por ser deficiente: o lugar social de cada sujeito é um trabalho do próprio sujeito e não um bem a reclamar (TENÓRIO, 2001).

Ora, se cabe à psicanálise a tarefa de furar o tonel do saber sobre ‘A Criança’, não é de modo algum visando um retrocesso em relação às conquistas dos direitos das crianças, mas para que tais conquistas possam ser sustentadas e legitimadas a partir de uma ética que inclua o sujeito do inconsciente – aquele que não tem idade, que não se desenvolve nem envelhece -, o qual se encontra recalçado no Discurso do Mestre (PRATES, 2012, p.280).

O sujeito do inconsciente é em relação à alteridade e não em relação a seus atributos (ELIA, 2000). Agora bem, adotar essa posição na clínica requer tempos que respondem aos

tempos do inconsciente; tempos lógicos e não cronológicos que batem de frente com demandas que remetem a situações extremas. Como falar de tempos lógicos – tempos de “avaliação” - quando o responsável pela criança diz que em casa se come, com sorte, uma vez por dia? Como abordar a questão quando o *psico* e o *social* (nesse sentido, o socioeconômico) parecem excluir-se mutuamente? A tendência a abordar o caso na lógica da caridade não é incomum nos serviços de atenção psicossocial. Assistência social e *assistência clínica* se confundem, sobretudo quando a primeira depende de uma sanção da segunda que muitas vezes vai contra a própria orientação clínica.

Freud (1913a) adverte sobre as consequências negativas que uma atitude filantrópica pode ter na clínica. Lacan (1973a) avança na questão ao abordar o trabalho dos *psi* na saúde mental. Afirma que carregar nas costas a miséria do mundo é entrar no Discurso do Mestre que a condiciona, colaborando com ela. Lacan propõe, ao invés da denúncia, extrair da prática a ética do bem-dizer. Não se trata de desejar o bem para o paciente, mas do desejo de que surja ali o desejo do sujeito, independente dos fatores estabelecidos pela conjuntura socioeconômica do paciente. Por outro lado, lembremos do que Lacan aborda no Seminário VII (1959-1960); a potência do altruísmo ou das uniformizantes leis de igualdade, reside em um retroceder frente a atentar contra a imagem do outro. Formuladas em termos de vontade geral e tendo como denominador comum o respeito aos chamados direitos elementares, o *para todos* pode igualmente excluir de seus limites e da sua proteção tudo aquilo que não se integra nos seus registros.

A mãe de Samuel chegou ao CAPSi reivindicando muitos direitos: “eu não sabia o que fazer (ao saber do diagnóstico) e pedi conselho para minha mãe. Ela me ajudou a aceitar. Se meu filho é autista, eu vou correr atrás de todos os benefícios, de tudo que ele tiver direito. Sei até da prioridade que ele tem nos concursos”. Samuel tem 11 anos e foi diagnosticado como autista aos sete. À época, a família tinha plano de saúde e tentaram tratamento em um centro de reabilitação particular que, segundo a mãe, não deu certo. Tempo depois e já sem plano de saúde, a família foi orientada a procurar o CAPSi. Os pais de Samuel estavam, nesse momento, desempregados: a mãe estava afastada pelo INSS após um acidente laboral e o pai estava à procura de emprego após ter sido demitido havia uns dois anos.

Começamos os encontros de avaliação e a mãe esclarece: “se tiver que falar dele (Samuel), me chama. Sabe como é que é. Negócio de filho é mãe que sabe melhor”. O pai, timidamente, conta uma história na qual ajudou o filho numa redação da escola que deu muito certo. Convoco o pai e a mãe em atendimentos por separado. A mãe de Samuel não somente comparece às entrevistas, mas também trabalha bastante coisa sobre sua própria história

familiar. Durante um tempo, o benefício não é mencionado. Com o pai fica mais difícil: esquece do atendimento marcado, ou não pode comparecer; quando vem, repete isso de que a mãe sabe melhor.

Quando a mãe de Samuel começa a trabalhar, o pai passa a se definir como “agora faço o trabalho da dona de casa”, mas momentaneamente, pois está procurando emprego. Ele vem falar mais sobre Samuel cada vez que o traz ao Atelier do qual a criança participa. Consulta coisas (mandado pela mãe), mas conta como ele se vira para resolver as questões. Têm aparecido, por exemplo, questões em relação à sexualidade e nesse momento a mãe, além de pedir para o pai consultar no CAPSi, também o manda “falar com os meninos” (Samuel e seu irmão).

O pai de Samuel tem várias entrevistas de emprego: “está quase certo que vou começar a trabalhar”; “dessa vez passei por diferentes entrevistas, Samuel terá que mudar de horário, sair do Atelier ou, melhor, porque ele gosta muito do Atelier, faz-lhe muito bem. Podemos reunir os outros pais – de colegas do atelier – e ver se querem mudar o horário para 9 horas. Nesse horário sim poderia trazê-lo, antes de ir para o trabalho”. O pai consegue passar em algumas entrevistas de emprego, mas desiste dos mesmos porque não encontra um horário que lhe permita também cuidar do filho. De repente, pede o laudo para o benefício, e diz que já tem data para fazer o laudo médico na clínica da família e que só falta meu laudo para anexar (sic). E adota o discurso muito comum na clínica do autismo. Alguém responsável pela criança (geralmente a mãe) deixa “sua vida” para dedicar-se aos cuidados da cria. O pai muda o discurso, já não se trata de uma entrevista que não deu certo, mas dele abdicar de trabalhar para cuidar de Samuel. E querer o benefício para “dar tudo para ele”. O salário da mãe não é suficiente e no final do mês eles devem fazer uma escolha entre almoçar ou jantar. O pai diz que não quer aposentar o filho nem impossibilitar seu desenvolvimento, que assim que ele (o filho) puder trabalhar não vai mais precisar do benefício.

3.6 Culpa x responsabilidade: construção e desconstrução no trabalho com os responsáveis

O HVL recebe diferentes responsáveis pelas crianças que ali são tratadas: mães, na sua maioria, mas também pais, tias, tios, avós, cuidadores, famílias acolhedoras, entre outros. O trabalho com os responsáveis assim como com as instituições pelas quais os pacientes

circulam, visa incluir estes atores reconhecendo seu lugar e sua voz no percurso próprio de cada paciente. Ainda que a criança seja responsável pela sua invenção frente ao Outro, esta escolha não é sem articulação a esse Outro. Portanto, há um trabalho a ser feito com os responsáveis da criança, que visa diferentes objetivos, alguns dos quais serão discutidos a seguir.

Incluir estes outros e implicá-los no tratamento, responde a uma estratégia que se diferencia de qualquer abordagem institucionalizante que coloca a família em segundo plano, desimplicando-a (FREITAS, 2014). Trata-se de que esses outros possam, assim como a criança, responsabilizarem-se pelo seus gozos, os quais se imbricam no sintoma da criança. O que é bem diferente de culpabilizá-los. Como afirma Laurent (2012), “há outras formas de desculpabilizar além do ideal da ciência. É possível reconhecer a particularidade de um sofrimento sem fazer dele uma identificação comunitária ou anulá-lo em função de uma causa natural sem referência ao *fallasser*” (LAURENT, 2012, p.35).

A mãe de Benner foi sempre uma pessoa muito deprimida, cujas oscilações de humor incidem fortemente no humor do filho. Ela chega um dia à porta do CAPSi irritada e exigindo saber o que Benner tem. *Já me disseram que era psicose, que era autismo. Agora a pediatra disse que ele não tem nada, que é pirraça. Se é isso, então que? É minha culpa, sou eu que não sei educar?* Nas semanas seguintes, Benner mal consegue ficar no coletivo pois a presença dos outros se torna insuportável.

Procura-se também construir um novo olhar sobre a criança, acreditando que isto impulsiona efeitos na posição que os pacientes têm frente aos outros. Os distúrbios autísticos podem ser destruidores para os responsáveis. O cansaço, o desânimo, podem gerar por parte dos responsáveis respostas para com a criança que a deixam mais fechada aos outros. O analista pode ver-se no trabalho de ter que interpretar para os responsáveis os movimentos das crianças, para furar certos círculos viciosos (LAZNIK, 1995). Acontece muitas vezes que os responsáveis se surpreendem das coisas que o filho sabe fazer e eles nem acreditavam. “Não adianta falar com ele, ele não entende”. “Ahh, posso levá-lo no cinema? Nem pensei que isso seria possível”.

Cuidar de uma criança autista não é tarefa fácil e não raramente os responsáveis se apresentam saturados, irritados; trazem a fantasia da “rebeldia”, a ideia de “ela faz de propósito”. É importante acolher esta fala para poder pensar sobre o autismo como modo de habitar o mundo. Como tal, merece respeito e abrigo; não é possível simplesmente “tirar” o autismo do sujeito. Isto implica em um trabalho de luto em relação à criança ideal que os pais

queriam ter, incluindo a possibilidade de elaborar a verdade subjetiva, além da infelicidade que os aflige (LAURENT, 2012).

A mãe de Jonathan, aquele garoto que conta sobre os filmes que assiste, diz que seu filho adora vir ao CAPSi e, com certa angústia, pede para eu “dar um jeito no cognitivo. Ele não entende as coisas, quero que melhore o cognitivo. Você pode cuidar disso?”. Convidada a falar sobre essa demanda, a mãe conta uma cena familiar: sentados à mesa, ela, Jonathan e o irmão, conversam sobre o dia de cada um. O irmão insiste uma e outra vez para Jonathan contar o que fez na escola. Este não consegue, fica cada vez mais nervoso, o irmão insiste até que Jonathan vai bater nele. A mãe não consegue entender o acontecido. Ela quer que seu filho possa dialogar “normalmente” (“dar um jeito no cognitivo”), afinal, o irmão está somente “interessado em saber dele”.

Falamos sobre o fato de Jonathan ter dado sinais de nervosismo, sobre ele deixar claro que não estava conseguindo ou não queria falar sobre seu dia na escola. E que talvez isso seja dele, sua forma de habitar o mundo, ao menos nesse momento. Logo, a mãe fala sobre a angústia do irmão, que está preocupado por não saber como tratar o Jonathan e como será cuidar dele no futuro quando seus pais não estiverem por perto. Uma escuta diferenciada, orientada pela psicanálise, permite que novas significações do diagnóstico de autismo possam ser construídas, abrindo outra perspectiva de vida para este adolescente e conseqüentemente para sua família.

Por fim, há um importante trabalho a ser feito com os responsáveis que acontece basicamente nas Assembleias mensais e na Associação de Familiares de Usuários. Um dos escopos essenciais da Reforma Psiquiátrica inclui o empoderamento de usuários e familiares para lutar pelo cumprimento das diretrizes da Reforma. Os atores envolvidos devem poder se posicionar ativamente para resistir ao desmantelamento de uma estrutura sumamente frágil, vide o pouco investimento que Brasil tem em matéria de Saúde Pública. No Rio de Janeiro, a nova gestão municipal eleita em 2016, trouxe preocupação para os familiares em relação ao rumo que tomariam as ações em Saúde Mental. Em assembleia da Associação, os responsáveis pelos menores usuários dos Serviços de Saúde Mental elaboraram um carta para explicar à nova gestão a importância de dar continuidade a serviços como o CAPSi. Compartilho um trecho da mesma, escrita em novembro de 2016 pelos membros da *Associação de pais dos CAPSis do Rio de Janeiro*, e entregue ao Prefeito M. Crivella em janeiro de 2017:

[...] Os CAPSis estão atendendo à crescente demanda da população infantojuvenil que estava desassistida ou aprisionada em abrigos e até mesmo em cárcere domiciliar.

O acolhimento ao paciente em crise realizado diariamente busca e permite sua estabilização, fornecendo condições para o convívio familiar, escolar e comunitário.

Paralelamente, no CAPSi, o grupo familiar também recebe os reflexos do tratamento através dos atendimentos feitos pela equipe multiprofissional, possibilitando uma nova visão do paciente. Cada caso é um caso e é atendido de forma singular.

As crianças, adolescentes e familiares sofrem com a exclusão e tem que estar presentes em todos os espaços sociais, e não, limitados a ambientes exclusivos. Nessa direção, o trabalho do CAPSi se faz fundamental.

Desta forma, nós, os pais, membros da associação de pais dos CAPSis do Rio de Janeiro, viemos através do presente documento, enfatizar o nosso pleito, solicitando a continuidade do funcionamento de um trabalho que é de grande importância, com infraestrutura adequada às nossas necessidades.

3.7 O trabalho em rede

É pelo caso que a rede pode se tecer.

Figueiredo, 2009, p.58.

O Decreto nº7508 (BRASIL, 2011) define a Rede de Atenção à Saúde como o conjunto de ações e serviços que se articulam em diferentes níveis de complexidade para garantir a integralidade da assistência. Com ênfase na base territorial e comunitária, a Rede de Saúde Mental procura estabelecer ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. O pivô desta lógica é o usuário dos Serviços de Saúde Mental; seu percurso territorial e sua subjetividade são um guia no resgate da cidadania e autonomia dos sujeitos com grave sofrimento psíquico.

Enfatizo a noção de intersetorialidade, levando em consideração que, além da definição formal de Rede, a tessitura de uma teia que habilite diferentes modos de existência para os usuários inclui necessariamente o trabalho conjunto entre setores não somente da saúde, mas da educação, da justiça, do lazer, entre outros. A Reforma se propõe não somente à

reestruturação dos serviços de saúde, mas a incorporação nos cuidados de diferentes atores sociais, incluindo a família e a comunidade. Lembremos que a desinstitucionalização e o desmonte do manicômio não são possíveis sem a desconstrução dos paradigmas que sustentam a lógica manicomial. Ou seja, além de o trabalho em rede ser essencial à construção do cuidado do usuário, há um trabalho a ser feito com os setores envolvidos para questionar, por exemplo, as *essenciações* do diagnóstico de autismo que oprimem o sujeito.

A busca pela capilarização do CAPSi é constante, o que leva a uma clínica que procura aproveitar os recursos e as instituições da área programática, dando lugar a um trabalho no território que, no momento, inclui: futebol na quadra do SESC, oficinas no Ponto de Cultura Loucura Suburbana, eventos e festas (Junina, Blocos de carnaval, Passeios, Atos e mobilizações), visitas ao Parque Madureira.

No que tange às ações estratégicas territoriais, o CAPSi participa de reuniões multidisciplinares e interinstitucionais com dispositivos da Saúde, do Desenvolvimento Social, da Educação e da Justiça (CAS, CREAS, CRAS, CRE, ESF, NASF, ROCCO, Instituto Nise da Silveira, Ambulatórios, Conselho Tutelar, etc). Os objetivos são a discussão clínica e construção de um projeto terapêutico integrado e a organização, avaliação e análise da demanda da rede de atenção. Outras ações incluem: mapeamento do território pela equipe, participação no Conselho Distrital, participação no Fórum de Saúde Mental da área, participação no Fórum Estadual da Infância e Adolescência, participação no Fórum de Arte e Cultura da RAPS Zona Norte, participação no Colegiado da RAPS 3.3, participação no Colegiado de Educação Permanente, participação nos GTs da área, reunião de Preceptoria da Residência e Estágio, reunião das diretoras de CAPSi, participação na associação de pacientes, familiares e amigos dos CAPSis do Município do Rio de Janeiro.

O trabalho voltado para fora, extramuros, visa questionar o reducionismo de modelos de intervenção que respondem a uma lógica manicomial ainda vigente. Como já foi dito, a clínica do caso não é possível sem a política. Dissemos que os sujeitos autistas estão às voltas com o excesso de sofrimento que o laço social lhes causa, razão pela qual parecem rejeitá-lo tão radicalmente. Esse laço pode ser trabalhado com o sujeito que comparece a seu atendimento, mas também *in loco*, ali onde o laço esteja sendo estabelecido.

O fortalecimento e a possibilidade do laço não são sem outros que abram espaço para o sujeito se enlaçar. Nesse sentido, há algo que o sujeito autista deve ceder para entrar no laço, mas também há algo a ceder por parte do Outro. Winnicott (1996) relata o caso de um autista, já adulto. O sujeito é descrito como de brusco temperamento, alguém com quem a convivência resultava difícil de aguentar. O jovem, contudo, sustentava-se economicamente

trabalhando para a empresa ferroviária da cidade onde morava. Seus colegas toleravam bem seu jeito disruptivo devido à sua habilidade para lembrar com exatidão os horários dos trens, que lhes facilitava enormemente o trabalho do dia-a-dia.

Se o lugar de tratamento pode ser pensado como um enquadramento simbólico que permite à criança autista viver mais apaziguada, “protegida dos caprichos do Outro” (DI CIACCIA, 2005, p.39), podemos pensar que o trabalho em rede amplia os limites desse lugar habilitando modos de circulação menos invasivos.

Autista ou não, todo sujeito procura um fazer com o trauma. Quando este fazer foge do socialmente estabelecido, o sujeito recebe da sociedade o contragolpe que, com Lacan (1964b), podemos chamar de “rebote social”. Assim, a singularidade do sujeito passa a ser *essenciada* como “desadaptação” a partir da qual outros se autorizam a exercer a “readaptação”, habilitando a violência explícita como recurso: os sujeitos são diagnosticados, medicados, encerrados, alocados em instituições “especiais”. Um sujeito que não pede nem responde, que não toma a palavra e se oferece ao Outro como objeto, é facilmente falado pelas instituições tomadas, não raras vezes, por um *furor consertandis*.

O particular gozo de algumas crianças incomoda aos adultos, porque foge ao que a sociedade espera dos indivíduos que a compõem; incomoda porque subverte o que é considerado o *bem* para o proveito de todos. Este gozo se apresenta como enigma do qual se espera que seja desvelado para, em consequência, buscar a melhor forma de tratá-lo. O mesmo adulto que pode funcionar como *auxiliar*, ajudando à criança a lidar com as tensões, pode também desistir quando o enigma do gozo da criança o confronta com o enigma sobre seu próprio gozo, do qual precisa manter-se afastado. Separada do auxílio, a desistência se aproxima da proibição caprichosa. Quando uma criança se apresenta como “problemática”, fugindo ao que dela se espera, os outros dos cuidados se perguntam o que fazer. Nesse contexto, o *diagnóstico* pode funcionar como a ferramenta que venha nomear o *mal-estar*, mas não só isso: pode carregar junto soluções homogêneas para todos; pode também carregar junto a exclusão. Isto não significa que o diagnóstico deva ser eliminado, ou que perca sua relevância na orientação do clínico; mas traz à tona a necessidade de discutir os critérios que o regem, assim como o lugar no qual se aloca tanto na prática quanto na teoria.

O Discurso do Analista pode, nesse sentido, fazer obstáculo ao Discurso Capitalista possibilitando ao sujeito “sair da condição genérica de criança” (PRATES, 2012, p.285), ou de autista, ou de louco, enquanto objetos de gozo e de consumo. Há aí uma aposta política, cujos efeitos no laço social abrem espaço para que cada sujeito possa construir sua própria ficção e lutar contra os efeitos nefastos dos discursos que o aprisionam em categorias predeterminadas.

Uma técnica do CAPSi acompanhou Fabio ao Parque Madureira, para que este fizesse uma carteirinha que o habilitava a participar de algumas atividades. O adolescente aproximou-se do balcão e fez a solicitação correspondente. A atendente, um tanto constrangida, perguntou para a técnica que estava um pouco afastada: “ele pode responder por si?”. A resposta não se fez esperar, mas veio da fala do mesmo Fabio: “Posso sim!”. Hoje em dia, Fabio participa ativamente das atividades da Nave do Conhecimento indo e voltando sozinho do Parque.

Bastos (2003) se refere ao autista como um sujeito que sofre do Outro; tomando a expressão de Lacan, refere-se a um sujeito que está às voltas com doenças do Outro que existe em demasia. Nesse sentido, o ato do analista não incidiria sobre o sujeito, não são suas produções as que são interpretadas. O tratamento visaria ao Outro, a tal ponto que Alfredo Zenoni designou a clínica das psicoses com a expressão que se consagrou como “tratamento do Outro” (ZENONI, 1991). É deste Outro que os autistas sofrem e sobre este Outro que incide o ato do analista. Mesmo sem a significação fálica, o saber a ser forjado também deve descompletar o Outro para que o sujeito possa significar sua relação com ele de um modo menos invasivo.

Esse descompletamento pode ser atingido não só no trabalho específico com a criança, mas também se operando no Outro o esvaziamento de um saber absoluto sobre o autismo e assim retirar-lhe consistência. No trabalho em rede, o CAPSi pode funcionar como intercessor desta empreitada, fazendo uma mediação entre o sujeito e o Outro, de cujo gozo a criança se protege.

Davi chegou ao CAPSi aos quatro anos de idade. Até então, tinha sido expulso de duas creches, a primeira vez aos dois anos e a segunda aos quatro. O motivo das expulsões foi, em ambos os casos, desfecho de sua “conduta agressiva”. Aos dois anos, Davi empurrou e machucou um colega, que teve que ser levado à UPA. Aos quatro, tacou pedras na casa do vizinho e na própria tia da creche. Davi acabava de ser incluído na terceira creche e já tinham começado as reclamações por seu comportamento. Foi mantida uma conversa com a nova escola no intuito de acompanhar o percurso de Davi na creche. Pouco tempo depois, a mãe de Davi relata que “houve uma nova reclamação, mas não foi bem isso”. Davi rasgou a camisa de um colega, mas a tia disse que não tinha sido de propósito, que tinha sido um acidente. Davi já não é descrito como uma criança violenta, mas como um menino que é fisicamente bem maior que as outras crianças da sua idade e que não sabe medir sua força. Até hoje, não houveram situações que fizessem a escola pensar em expulsá-lo.

Uma ação aparentemente “simples”, como ligar para uma escola e conversar sobre a criança em questão alivia tanto o trânsito dessa criança na escola assim como o próprio corpo docente. Abre uma brecha para olhar para a criança como alguém em sofrimento e lhe dá o tempo necessário, lógico e não cronológico, para tratar disso de uma outra maneira que não a da culpabilização, o castigo, a expulsão.

O trabalho em rede implica afirmar o sujeito em cena, para que outros possam vê-lo. Implica também chamar à co-responsabilidade na construção coletiva dos cuidados. Seguindo as diretrizes da Reforma, os CAPS têm um papel fundamental na articulação da rede, cuja consolidação continua sendo um grande desafio.

Viu-se ao longo deste capítulo o lugar destacado que as instituições da Reforma têm na construção do diagnóstico de autismo, promovendo a vida comunitária e a autonomia dos sujeitos. Contudo, a saúde pública encontra-se muito adoecida, o que redundava em prejuízos para a clínica e os cuidados em Saúde Mental.

Como a maioria dos serviços de saúde pública da cidade, e como mostra a carta dos pais e familiares, o CAPSi se vê fragilizado pela precarização constante destes serviços. Uma equipe técnica reduzida, terceirização e precarização de contratos e uma estrutura física inadequada frente à demanda de atendimento e perfil dos usuários, fazem parte do cotidiano, como consequência do paupérrimo investimento em saúde pública. É frequente que os contratos dos técnicos acabem, pois as empresas contratantes se declaram em falência. A equipe permanece por meses mais reduzida ainda, à espera dos técnicos serem reincorporados. Nesses momentos, o CAPSi funciona em regime emergencial, vendo-se obrigado a suspender os coletivos e os novos acolhimentos, ficando só a disposição para situações de crise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa desenvolvida ao longo do mestrado foi instigada pela clínica, a partir do encontro com duas crianças para as quais, após serem diagnosticadas como autistas, ofereceram-se cuidados que incluíam a prescrição de medicamentos, matrícula em colégio especial e afastamento do grupo de pares. Estas indicações pareciam não fazer jus ao sofrimento apresentado por essas crianças, embora respondessem a protocolos preestabelecidos. A oferta de uma escuta psicanalítica trouxe desdobramentos que vieram a demonstrar que medicação, colégio especial ou exclusão do convívio escolar não eram necessários no cuidado dessas crianças.

Ratificou-se na pesquisa que os diagnósticos – não só o de autismo – derivam de uma construção discursiva que procura circunscrever o enigmático que se apresenta em alguns sujeitos. Não obstante, em função das particulares inflexões de cada discurso, longe de ser circunscrito, o enigmático ganha nomes que, ao tentar representá-lo, o recriam. As diferentes coordenadas discursivas não somente interferem na construção dos diagnósticos, mas também, e mais importante ainda, na condução dos tratamentos. A forma como o que irrompe é significado interfere diretamente em seu tratamento, traçando os modos em que o diagnóstico pode ancorar-se no corpo de uma criança.

O autismo instiga diferentes saberes, como a biologia, a genética, a educação, a psicologia e a psicanálise. A proliferação de discursos sobre o autismo não seria em si mesmo um problema, afinal, como ensina a teoria lacaniana dos discursos, não há discurso que possa dizer tudo. Ao avançarmos na pesquisa, percebemos que, junto da questão clínica, há uma política e uma ética particulares a cada discurso que atingem diretamente a própria prática clínica. Quanto ou quão pouco o diagnóstico de autismo venha tentar dizer sobre o sujeito em questão, vai depender em grande parte de a quem ou a que servem os saberes sobre o autismo. Há saberes que respondem à clínica assim como outros respondem aos preconceitos da sociedade necessitada de bodes expiatórios.

Os autistas de hoje não são os autistas de Kanner. O diagnóstico ganhou tal proeminência nos últimos anos que o número de sujeitos assim diagnosticados tem crescido a passos agigantados. Somos contemporâneos a uma conjuntura histórica na qual o autismo adquiriu caráter de “epidemia”, funcionando muitas vezes até como prova de “identidade social”. Não é incomum saber de crianças diagnosticadas como autistas muito precocemente pelo fato de apresentarem embarços na linguagem em uma idade “cronológica” na qual se

espera que falem “direitinho”. É assustador o número de crianças que chegam à porta do CAPSi com o diagnóstico pronto (e medicados), sem sequer apresentar indícios “clássicos” do autismo. Crianças que apresentam um atraso na aprendizagem, por exemplo, mas se comunicam muito bem com os outros, olham no olho e sempre tiveram amigos. O autismo mudou? Sabe-se diagnosticá-lo “melhor”? Há mais autistas que na época de Kanner? Estas perguntas perdem um pouco o sentido quando notamos que o que atualmente assistimos é a uma *superdiagnosticação* do autismo.

Para discutir tais questões, fizemos uma revisão do modo em que diferentes discursos constroem seus diagnósticos. Assim, abordou-se no primeiro capítulo a construção do diagnóstico no discurso da psiquiatria. Em consonância com o discurso da medicina, a psiquiatria constrói seus saberes a partir de uma clínica do olhar que busca no indivíduo as marcas da doença. A política deste discurso começou respondendo às demandas do aparelho judiciário e das políticas higienistas direcionadas ao controle social. Nesse sentido, tudo aquilo que atrapalhasse o *bom* funcionamento da sociedade deveria ser abolido.

Ao longo do tempo, o discurso da medicina foi sendo cada vez mais engolido pela lógica do Discurso Capitalista que se infiltrou nas instituições de saúde marcando as coordenadas que condicionam os diagnósticos. Viu-se que o atual incremento de sujeitos diagnosticados como autistas depende da proposta feita por manuais que diagnosticam o autismo a partir de um espectro cujos limites imprecisos abraçam e patologizam qualquer dificuldade ou sofrimento na vida dos sujeitos. A ideia de transtorno, de descontinuidade entre normal e patológico, traz a norma colocada *a priori*, junto da ideia de conserto. Desprende-se daí uma série de tratamentos de tipo educativos que se baseiam em um treinamento rigoroso das chamadas habilidades da vida cotidiana.

Os objetivos que têm marcado o rumo da saúde no discurso da medicina, enfileiram-se de acordo com o binômio produção-consumo, suprimindo a função do sujeito. Deve-se operar sobre os indivíduos, sequer para que sejam “saudáveis”, mas para que, numerados e padronizados, cumpram seu papel na cadeia de consumo. O caso dos autistas é nesse sentido paradigmático. Sujeitos que, além de rejeitar o laço social, rejeitam os *gadgets* oferecidos pelo mercado, são mesmo assim forçados a entrar na sua engrenagem. Por exemplo, através dos medicamentos, cuja prescrição obedece menos a critérios clínicos e muito mais à lógica mercantil da indústria farmacêutica. Algumas das vinhetas trazidas ao longo da dissertação mostraram que, se a medicação busca suprimir os sintomas, há o caso extremo de querer abolir o sintoma que não existe. Outros, que muitas vezes se auto intitulam autistas, causam

fascínio e interesse a partir de um alto rendimento que se mede na capacidade de produzir objetos a serem consumidos: escrevem livros, dão palestras, inspiram ou participam de filmes.

A lógica do discurso dito científico – atravessado pelo discurso capitalista - inclui saberes que condenam os sujeitos a significantes preestabelecidos pelo Outro e dos quais decorrem práticas institucionais que buscam modelá-los. O resultado é o silenciamento do sujeito, que não é considerado capaz de falar por si.

Já o discurso da psicanálise, abordado no capítulo dois, mostra como desde seus primórdios o discurso freudiano traz seu aporte subversivo, ao centrar-se na fala do sujeito como pivô de qualquer diagnóstico e do consequente tratamento. Ainda que haja, entre os psicanalistas, divergências quanto ao estatuto do autismo, no que tange os conceitos-chaves à formulação de uma hipótese diagnóstica, há sim, sobretudo a partir de leituras lacanianas, uma concordância entre os psicanalistas. Esta diz respeito à importância de ouvir o que os autistas têm a nos dizer, do jeito que isso venha a ser dito. Considera-se que esse *jeito* é uma tentativa de cura que o analista, opondo-se a práticas silenciadoras do sujeito, dispõe-se a acompanhar. O analista assume uma posição semelhante à de um Outro primordial, que escuta o que o sujeito *ainda não disse* e vê o que ele *ainda não é* (LAZNIK, 1995).

Esta posição assumida pelo analista tem efeitos clínicos observáveis, como saídas do “ensimesmamento”, nomear-se, apelar ao Outro, olhar, brincar *com* o Outro, que podem diferenciar-se de “progressos” no plano educativo. Lembro do caso de João: é bem diferente ouvir do seu fonoaudiólogo *melhorou muito: aprendeu palavras, sabe as cores e os números*, do que ouvir, meses depois do tratamento psicanalítico *não acredito! Hoje me convidou a brincar, e me indicou como seria a brincadeira*.

O legado de Freud continua vingando na posição ética da clínica da escuta na qual se ousa falar *com* os sujeitos ditos autistas. Comprovou-se que, até com aqueles sujeitos que parecem não servir-se da linguagem para entrar no laço social, pode haver tratamentos do gozo com o recurso à linguagem. Emprestar palavras aos sujeitos ditos autistas tem efeitos não só de apaziguamento, possibilita um ponto de ancoragem ao qual estes sujeitos podem endereçar suas questões. Pode-se observar que há na clínica do autismo fenômenos de tipo transferencial, tanto na clínica individual quanto na prática entre vários. Nessa última, observou-se que os endereçamentos podem tanto ser para algum técnico escolhido pela criança, como para qualquer um dos técnicos que a criança encontra nos coletivos.

O discurso da psicanálise se utiliza de diagnósticos com fins próprios à direção do tratamento, mas sabendo que as formas clínicas não dão conta de tudo; não se trata de algo que está dado e deve ser descoberto, mas que se constrói no processo analítico. A estrutura

nada diz sobre as marcas significantes únicas para cada sujeito. “A singularidade do caso é sempre mais rica e mais complexa que a estrutura que a ordena” (RUBISTEIN, 1999, p.4). Os nomes das classes interatuam com os “indivíduos” nelas envolvidos, mas resultam insuficientes para alojar os sujeitos nas suas diferenças. Quando se dá voz ao sujeito, comprova-se que longe de se resumir a um objeto de diagnóstico, trata-se de uma singularidade que nenhum manual nem diagnóstico poderia antecipar.

A psicanálise se mostrou, ao longo da pesquisa, uma alternativa legítima no tratamento dos sujeitos autistas, seja no trabalho individual ou no contexto institucional da clínica do coletivo. Não obstante, cabe lembrar que a psicanálise não é um imperativo (a oferta existe até mesmo para que o sujeito possa rejeitá-la), mas “a todos pode lembrar que o sujeito surge da palavra; avaliar a potência da palavra, propor alternativas ao peso determinante do determinismo científico, são da ordem do necessário, mantendo o lugar do contingente” (LAURENT, 1996, p.138).

Nas instituições da Reforma, o discurso da psicanálise teve – e ainda tem - uma ativa incidência clínica e política. Sustentar a escuta do sujeito, acolher o real que insiste e excede os dispositivos construídos para tratá-lo, opor-se às práticas silenciadoras, incluir o saber fazer do sujeito a respeito de seu sofrimento, furar os significados fixos, traz aportes básicos ao trabalho de desconstrução proposto pelas diretrizes do discurso da Reforma. Ambos os discursos estabelecem, ainda que com encontros e desencontros, uma interessante parceria que opõe resistência às práticas objetificantes ainda vigentes. A política da experiência subjetiva é diametralmente oposta a qualquer etiqueta que seja imposta de fora.

As instituições da Reforma permitem um trabalho ampliado, que atinge muito além do tratamento; mediam e facilitam processos de inclusão social ao questionar os estigmas culturais sobre os *loucos*. O CAPSi se propõe, nesse sentido, a um tratamento do social, cuja resposta ao autismo é muitas vezes segregatória, excludente. Dito de outra forma, a promoção de uma articulação intersetorial delicada, singular, constante, é também um modo de abordar o autismo. Trata-se de um trabalho em rede que se faz em função do singular de cada um; é a clínica que instiga a esta articulação cujo efeitos clínicos são evidentes. Somente propiciando os encontros é que o trabalho de desconstrução pode ser realizado, tanto para fora do serviço como para dentro de suas paredes.

Ainda que a acessibilidade aos cuidados em Saúde Mental tenha aumentado consideravelmente após leis e portarias sancionadas, ainda que as instituições da Reforma tenham se mostrado estratégicas em matéria de cuidados à população infanto-juvenil em grave sofrimento psíquico, a atenção psicossocial continua muito precária. O que está em jogo

na função política e social das instituições de saúde mental é que se encontram tiranizadas por gestores e gestões que pouco acompanham as necessidades dos usuários dos serviços.

Podendo ser mais ou menos tempestuosa, a infância é um período chave na estruturação do psiquismo. Precisa de um tempo sempre singular, cujo transcorrer, longe de fixar-se em sentidos, deve abrir interrogantes que possibilitem trajetos subjetivos singulares. A proposta da psicanálise é a de que, naquilo que se repete, a criança perceba que não se trata de um estigma (violento, deficiente, agitado, autista), um traço totalizante, uma identidade cristalizada; que possa saber que ela não se reduz a isso que irrompe e que pode fazer outra coisa com o excesso, o mal-estar, a angústia. A proposta da psicanálise é restituir ao sintoma sua dignidade de arranjo subjetivo, de invenção.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. (2009): *Nudez*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

ALEMÁN, J. (2013): *Conjeturas sobre una izquierda lacaniana*. Olivos: Grama ediciones, 2013.

ANSERMENT, F. (1999): *Clínica da origem: a criança entre a medicina e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Contra Capa Livraria, 2003.

_____. (2013): *Autismo. A cada um o seu genoma*. Petrópolis: KBR Editora Digital Ltda., 2013.

A.P.A. American Psychiatric Association (1952): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-I*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1952.

_____. (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-II*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1968.

_____. (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-III*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1980.

_____. (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 2013.

ARIÈS, P. (1973): *História social da infância e da família*. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora. 1978.

BAIO, V. (2006): *Autismo. AMP - Scilicet de los nombres del padre*. Textos preparatórios para o Congresso de Roma, 13 a 17 de julho de 2006.

BASTOS, A. (2003): *Medicação e tratamento psicanalítico do autismo*. Em: *Pulsional. Revista de psicanálise*. Ano XVI, nº 173. Setembro/2003. Disponível em: <http://www.editoraescuta.com.br/pulsional/173_03.pdf>. Acesso em: Fev.2017.

_____. (2005): *Prefácio*. Em: Costa Ribeiro, J.M. (2005): *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

BASTOS, A.; FREIRE, A.B. (2006): *Sobre o conceito de alíngua: elementos para a psicanálise aplicada ao autismo e às psicoses*. Em: Bastos, A. (org.): *Psicanálise hoje*. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2006.

BELAGA, G. (2007): *Las psicosis infantiles: del "autismo" a la psicotización*. Em: *Virtualia*. Revista digital de la Escuela de Orientación Lacaniana. Ano 6, nº16, 2007. Disponível em: <<http://virtualia.eol.org.ar/016/default.asp?formas/belaga.html>>. Acesso em: Fev.2017.

BERCHERIE, P. (1986): *Os fundamentos da clínica: história e estrutura do saber psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

BERNARDINO, L.M.F. (2004): *As psicoses não-decididas da infância: um estudo psicanalítico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BRASIL (1990): *Lei Nº8.069, de 13 de Julho de 1990*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: Set. 2016.

_____. (2001): *Lei Nº10.216, de 06 de Abril de 2001*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: Set.2017.

_____. (2007): *Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Discapacidade*. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=424-cartilha-c&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: Fev.2017.

_____. (2011): *Decreto Nº7.508, de 11 de Junho de 2011*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>. Acesso em: Mar.2017.

_____. (2012): *Lei Nº12.764, de 27 de Dezembro de 2012*. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12764.htm>. Acesso em: Abr.2016.

CARNEIRO RIBEIRO, M. A.; MARTINHO, M. H.; ROCHA MIRANDA, E. (2012): *O sujeito autista e seus objetos*. Em *A peste*, São Paulo, v. 4, n.2, p. 77-89, jul./dez. 2012.

CAROLI, F. (1986): *Repetição e urgência psiquiátrica*. Em: Strauss, M. (org). (1986): *A querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

CAZENAVE, L. (1999): *El significativo niño en los discursos: histórico, jurídico, social*. Em: *La dirección de la cura en el psicoanálisis con niños y púberes*. Buenos Aires: Centro Pequeño Hans, 1999.

CIRINO, O. (2001): *Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

CLARK, M. (1988): *Jacques Lacan. An annotated bibliography*. Vol. I. New York & London: Garland Publishing INC, 1988.

COSTA RIBEIRO, J.M. (2005): *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: 7Letras, 2005.

CUNHA, C.; BOARINI, M. (2011): *O lugar da criança e do adolescente na Reforma Psiquiátrica*. Revista Psicologia e Saúde, v. 3, n. 1, jan. - jun. 2011, pp. 68-76.

DELGADO, P. (1999): *Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais*. Em: *Cadernos IPUB*, nº14.

DI CIACCIA, A. (1994): *A criança e a instituição*. Em: Altoé, S. e Mello de Lima, M. (orgs.): *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____. (1999): *Da fundação por um à prática feita por muitos*. Em: *Revista Curinga*, nº13. EBP – MG. Set. 1999.

_____. (2005): *A prática entre vários*. Em: Altoé, S. e Mello de Lima, M. (orgs.): *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

DOU (2015): *Resolução nº 177, de 11 de dezembro de 2015*. SDH - Secretaria de Direito Humanos. CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Publicado no Diário Oficial da União em 18/12/2015.

DUNKER, C. (2006): *Estruturas clínicas e constituição do sujeito*. Em: Bernardino, L: *O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constituição*. São Paulo: Escuta, 2006.

DUNKER, C. e NETO, F. (2011): *A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria*. Em: Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, v. 14, n. 4, p. 611-626, dezembro 2011.

ELIA, L (2000): *Psicanálise: clínica & pesquisa*. Em: Alberti, Elia (orgs.): *Clínica e pesquisa em psicanálise*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2000.

_____. (2004): *O sujeito demasiado visível do autismo*. Trabalho apresentado na I Jornada Clínica Da Sede Rio Do LAEP, *O Autismo tratado pela clínica psicanalítica*, realizada no dia 11 de dezembro de 2004 no Museu da República, Rio de Janeiro.

_____. (2005): *A rede de atenção na Saúde Mental – articulação entre CAPS e ambulatórios*. Em: Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2005): *Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. (2010): *O inconsciente público e coletivo e a estrutura da experiência analítica*. Trabalho apresentado em Mesa-Redonda no IV Congresso de Psicopatologia Fundamental, organizado pela Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental e realizado na cidade de Curitiba de 4 a 7 de setembro de 2010.

FIGUEIREDO, A.C. (2009): *Psicanálise e atenção psicossocial: clínica e intervenção no cotidiano*. Em: *Psicanálise e intervenções sociais*. Transcrição das Conferências da I Jornada do Instituto APPOA, 2009.

FOUCAULT, M. (1961): *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Editora Perspectiva S.A., 1978.

_____. (1969): *O que é um autor?* Em: Barros da Mota, M. (org.): *Michel Foucault. Estética: literatura e pintura, música e cinema*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. (1975): *Os anormais: curso no Collège de France*. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.

FREIRE, A.B.; RIBEIRO, J.M.C.; MONTEIRO, K.A.C. (2007): *Em torno do sintoma e do pai: um caso clínico*. Em: Freire, A.B. (org.) (2007): *Apostar no sintoma*. Rio de Janeiro: Contra-capas, 2007.

FREITAS, B. (2014): *As contribuições da psiquiatria clássica e da psicanálise para a clínica do autismo no campo público da saúde mental: uma introdução*. Aula proferida no Programa de Residência em Saúde Mental do Município do Rio de Janeiro, 04/2014.

FREUD, S. (1893): *Algunas consideraciones con miras a un estudio comparativo de las parálisis motrices orgánicas e histéricas*. Em: *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1895): *Proyecto de psicología*. Em: *Obras Completas*, vol. I. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1898): *La sexualidad en la etiología de las neurosis*. Em: *Obras Completas*, vol. III. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.

_____. (1901): *Psicopatología de la vida cotidiana*. Em: *Obras Completas*, vol. VI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1905): *Tres ensayos de teoría sexual*. Em: *Obras Completas*, vol. VII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1911): *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico*. Em: *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1912): *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Em: *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1913a): *Sobre la iniciación del tratamiento. (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, I)*. Em: *Obras Completas*, vol. XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

FREUD, S. (1913b): *El interés por el psicoanálisis*. Em: *Obras Completas*, vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

_____. (1914): *El Moisés de Miguel Ángel*. Em: *Obras Completas*, vol. XIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

_____. (1915): *Lo Inconsciente*. Em: *Obras Completas*, vol. XIV. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1916-1917a): *Conferencias de introducción al psicoanálisis. 17ª conferencia. El sentido de los síntomas*. Em: *Obras Completas*, vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1916-1917b): *Conferencias de introducción al psicoanálisis. 24ª conferencia. El estado neurótico común*. Em: *Obras Completas*, vol. XVI. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1921): *Psicología de las masas y análisis del yo*. Em: *Obras Completas*, vol. XVIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.

_____. (1924a): *La pérdida de realidad en la neurosis y en la psicosis*. Em: *Obras Completas*, vol. XIX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

_____. (1924b): *Presentación autobiográfica*. Em: *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1926): *¿Pueden los legos ejercer el análisis? Diálogos con un juez imparcial*. Em: *Obras Completas*, vol. XX. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1998.

_____. (1933): *34ª conferencia. Esclarecimientos, aplicaciones, orientaciones*. Em: *Obras Completas*, vol. XXII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

_____. (1938): *Esquema del psicoanálisis*. Em: *Obras Completas*, vol. XXIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1997.

FURTADO, L. A. R. (2013): *Sua majestade o autista: fascínio, intolerância e exclusão no mundo contemporâneo*. Curitiba, PR: CRV Editora, 2013.

GODOY, C. (2001): *La nevadura del significante*. Em: Mazzuca, R. e Cols. (2001): *Las psicosis. Fenómeno y estructura*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. 2001.

JERUSALINSKY, A. (1984): *Psicanálise do autismo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

JERUSALINSKY, A. (1996): *Autismo: a infância do real. Am(a)relinhas. À margem da infância. Um estudo transdisciplinar da psicose e do autismo*. Biblioteca Freudiana de Curitiba, n. 3, pp. 9-14.

KAMMERER, T. (1986): *Diálogo sobre os diagnósticos*. Em: Strauss, M. (org.). (1986): *A querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

KANNER, L. (1943): *Os Distúrbios Autísticos de Contato Afetivo*. Em: Rocha, P.S. (org.) (1997): *Autismos*. São Paulo: Editora Escuta Ltda., 1997.

LACAN, J. (1945): *El Tiempo Lógico y el Aserto de Certidumbre Anticipada. Un Nuevo Sofisma*. Em: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2014.

_____. (1947): *A psiquiatria inglesa e a guerra*. Em: Strauss, M. (org.). (1986): *A querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

_____. (1953): *Función y campo de la palabra y del lenguaje en psicoanálisis*. Em: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2014.

_____. (1953-1954): *O seminário, livro 1: Os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

_____. (1955-1956): *El seminario, libro 3: Las Psicosis*. Buenos Aires: Paidós, 1995.

_____. (1956): *Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la Verneinung de Freud*. Em: *Escritos I*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2014.

_____. (1957-1958): *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Em: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. 2005.

_____. (1958): *La dirección de la cura y los principios de su poder*. Em: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. 2005.

_____. (1959-1960): *El seminario, libro 7: La Ética del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

_____. (1964a): *Posición del inconsciente*. Em: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005.

_____. (1964b): *El seminario, libro 11: Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

_____. (1965): *La ciencia y la verdad*. Em: *Escritos 2*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores Argentina, 2005.

LACAN, J. (1966): *Psicoanálisis e medicina*. Em: *Intervenciones y textos 1*. Buenos Aires: Manantial, 2002.

_____. (1967a): *Discurso de clausura de las jornadas sobre psicosis infantil*. Alocução proferida em Outubro de 1967, nas jornadas organizadas por Maud Mannoni. Texto publicado em 1968.

_____. (1967b): *Breve discurso a los psiquiatras*. Conferência proferida no Círculo Psiquiátrico de Saint Anne, em 10 de Novembro de 1967.

_____. (1969): *Dos notas sobre el niño*. Em: *Intervenciones y Textos 2*. Buenos Aires: Manantial, 2001.

_____. (1969-1970): *El seminario, libro 17: El reverso del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1992.

_____. (1970): *Radiofonia*. Em: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1972): *Conferencia en Milán del 12 de Mayo de 1972*. Tradução: Olga Mabel Máter. Disponível em: <<http://www.elsigma.com/historia-viva/traduccion-de-la-conferencia-de-lacan-en-milan-del-12-de-mayo-de-1972/9506>>. Acesso em: Fev.2017.

_____. (1972-1973): *El seminario, libro 20: Aún*. Buenos Aires: Paidós, 1985.

_____. (1973a): *Televisão*. Em: *Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

_____. (1973b): *Introduction à l'édition allemande d'un premier volume des Écrits*. Disponível em: <<http://ecole-lacanienne.net/wp-content/uploads/2016/04/1973-10-07.pdf>>. Acesso em: Set.2017.

_____. (1975a): *Conferencia en Ginebra sobre el síntoma*. Em: *Intervenciones y textos 2*. Buenos Aires: Manantial, 1988.

_____. (1975b): *Conferencia en la Columbia University*, 1º de dezembro de 1975. Disponível em: <<http://www.lacanerafreudiana.com.ar>>. Acesso em: Fev.2017.

LANDMAN, P. (2013): *Tristesse Business. Le scandale du DSM 5*. Paris: Max Milo, 2013.

LANTÉRI-LAURA, G. (1986): *O empirismo e a semiologia psiquiátrica*. Em: STRAUSS, M. (org). (1986): *A querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

LAURENT, E. (1996): *Reflexiones sobre el autismo*. Em: Laurent, E. (2003): *Hay un fin de análisis para los niños*. Buenos Aires: Colección Diva, 2003.

_____. (2012): *A batalha do autismo: da clínica à política*. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAZNIK, M-C. (1995): *Rumo à fala. Três crianças autistas em psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2011.

_____. (2004): *A voz da sereia. O autismo e seus impasses na constituição do sujeito*. Textos compilados por D. Wanderley. Salvador, BA: Ágalma, 2004.

LEFORT, R. (1991): *Introdução à Jornada de estudos do CEREDA*. Em: Miller, J. (Org). (1991): *A criança no Discurso Analítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1991.

LEFORT, R. e R. (1980): *O nascimento do Outro*. Salvador, BA: Fator, 1984.

_____. (2000): *A propósito del Autismo*. Publicado em *Revista Carretel*, nº3. Nueva Red Cereda, 2000.

LEGUIL, F. (1986): *Mais-além dos fenômenos*. Em: Strauss, M. (Org). (1986): *A querela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

LIMA, J.C.S. (1995): *O mundo do encontro: Bruno Bettelheim. Considerações acerca do autismo infantil*. Em: Letra Freudiana: *O autismo*. Rio de Janeiro: Revinter, 1995. Ano XIV, nº14.

LOBATO, L.V.C. (2000): *Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços* (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

MACHADO, O. (2001): *O diagnóstico na psicanálise: da clínica dos fenômenos à clínica da estrutura*. Em: Figueiredo, A. C. (org.): *Psicanálise: pesquisa e clínica*. IPUB – CUCA, 2001.

MALEVAL, J-C. (2007): *Más bien verbosos. Los autistas*. Em: *Ornicar digital* nº299, 2007.

_____. (2010): *O que existe de constante no autismo*. Conferência pronunciada na Escola Brasileira de Psicanálise, Belo Horizonte/MG, em 10/05/10. Tradução de Emilia Firmino.

_____. (2014): *Por que a hipótese de uma estrutura autística?* Em: *Opção lacaniana on-line*. Ano 6, nº18, nov.2015. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_18/Por_que_a_hipotese_de_uma_estrutura_autistica.pdf>. Acesso em: Fev.2017.

MANNONI, M. (1971): *O psiquiatra, “seu louco” e a psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar, 1989.

MANZOTTI, M. (2008): *Clínica del autismo infantil*. Em: *Autismo - Imago Agenda*. Ano 2008, nº119. Disponível em: <<http://www.imagoagenda.com/revista-indice.asp?IdRevista=13>>. Acesso em: Fev.2017.

MAZZUCA, R. e Cols. (2001): *Las psicosis. Fenómeno y estructura*. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires. 2001.

MILNER, J-C. (1983): *Os nomes indistintos*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2006.

_____. (1995): *A obra clara: Lacan, a ciência, a filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996.

_____. (2011): *La politique des choses*. Paris: Éditions Verdier, 2011.

MONTEIRO, K.A.C. (2011): *O tratamento do gozo no autismo: clínica psicanalítica e objetos autísticos*. Dissertação de mestrado. Disponível em: <<http://teopsic.psicologia.ufrj.br/arquivos/documentos/92B6DDD6BD345FEA8C10B7AD26BC25C6.pdf>>. Acesso em: Fev.2017.

NOMINÉ, B. (1999): *A questão do sintoma e a problemática do corpo no autismo*. Em: Alberti, S. (Org.) (1999): *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquize*. Original publicado em *Traces*, n3; tradução de E. Rocha Miranda. Rio de Janeiro: Marca d'Água livraria e editora, 1999.

PRATES PACHECO, A. L. (2012): *Da fantasia de infância ao infantil na fantasia. A direção do tratamento na psicanálise com crianças*. São Paulo: Annablume, 2012.

QUINET, A. (2006): *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2009.

RINALDI, D. (1998): *A ordem médica: a loucura como 'doença mental'*. Em: *Pauta, Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ*. RJ, n. 13, jul./dez. de 1998.

_____. (2002): *O desejo do psicanalista no campo da Saúde Mental: problemas e impasses da inserção da psicanálise em um hospital universitário*. Em: Rinaldi, D. e Coutinho Jorge, M.A. (orgs.) (2002): *Saber, Verdade e Gozo. Leituras de O seminário, livro 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

_____. (2005): *Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental*. Em: Altoé, S. e Mello de Lima, M. (orgs.): *Psicanálise, clínica e instituição*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.

_____. (2015): *Micropolítica do desejo: a clínica do sujeito na instituição de saúde mental*. Em: *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Vol.20, n°2, 2015.

ROCHA MIRANDA, E. (1999): *Uma esquizofrenia precocemente desencadeada?* Em: Alberti, S. (Org.) (1999): *Autismo e esquizofrenia na clínica da esquize*. Rio de Janeiro: Marca d'Água livraria e editora, 1999.

RUBISTEIN, A. (1999): *Algunas cuestiones relativas al diagnóstico en psicoanálisis*. Disponível em: <http://ea.eol.org.ar/03/es/textos/txt/pdf/textos_rubistein.pdf>. Acesso em: Mar. 2016.

SANTOS, K.W.A. (2002): *Ato e discurso no dispositivo analítico com o autismo e a psicose infantil*. Em: Rinaldi, D. e Coutinho Jorge, M.A. (orgs.) (2002): *Saber, Verdade e Gozo. Leituras de O seminário, livro 17 de Jacques Lacan*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2002.

SCHEJTMAN, F. (2004): *La trama del síntoma y el inconsciente*. Buenos Aires: Del bucle, 2004.

SILVA, A.B. (2008): *Mentes Perigosas - O psicopata mora ao lado*. Santa Catarina: Fontanar, 2008.

SOLER, C. (1997): *Síntomas*. Santafé de Bogotá: Asociación del Campo Freudiano de Colombia, 1998.

_____. (2003-2004): *La querrela de los diagnósticos*. Buenos Aires: Letra Viva, 2009.

_____. (2004): *El inconsciente a cielo abierto de la psicosis*. Buenos Aires: JVE ediciones, 2004.

TENDLARZ, S. (2011): *El autismo, entre el psicoanálisis y el cognitivismo*. Disponível em: <<http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Conexiones-I/22/El-autismo-entre-el-psicoanlisis-y-el-cognitivismo>>. Acesso em: Fev.2017.

TENÓRIO, F. (2001): *A psicanálise e a clínica da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

WINNICOTT, D. (1996): *Acerca de los niños*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

YASUI, S. (2010): *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

ZARIFIAN, E. (1986): *Um diagnóstico em psiquiatria: para quê?* Em: Strauss, M. (org). (1986): *A querrela dos Diagnósticos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1989.

ZENONI, A. (1991): *Le traitement de l'Autre*. Em: *Préliminaire*, nº3, 1991.

ZIZEK, S. (2014): *Violência. Seis reflexões laterais*. São Paulo: Boitempo editorial, 2014.