UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUISA GUIRADO CARAMICOLI

**Autismo:
uma análise institucional do discurso dos tratamentos**

São Paulo
2013

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

LUISA GUIRADO CARAMICOLI

**Autismo:
uma análise institucional do discurso dos tratamentos**

(versão original)

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da
Universidade de São Paulo, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração:
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof. Dra. Marlene Guirado

São Paulo
2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E A DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Caramicoli, Luisa Guirado.

Autismo: uma análise institucional do discurso dos tratamentos / Luisa Guirado Caramicoli; orientadora Marlene Guirado. -- São Paulo, 2013.

78 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Autismo 2. Tratamento 3. Psicanálise 4. Análise do comportamento 5. Análise do discurso 6. Análise institucional I. Título.

RJ506.A9

Nome: GUIRADO-CARAMICOLI, Luisa

Título: Autismo: uma análise institucional do discurso dos tratamentos

Dissertação apresentada ao Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

À minha avó, por quem eu sou
À minha tia, por toda a minha vida

AGRADECIMENTOS

À professora Marlene Guirado, por me orientar, no mestrado e na vida, com tanta atenção e confiança, garantindo sempre e sem dúvida a parceria e a companhia. *As long as you and I are here, put it there.*

À Paula Gioia e ao Rogério Lerner, pela participação na banca de qualificação e defesa desta dissertação.

Aos meus colegas do grupo de orientação do mestrado, pela leitura atenciosa e pelos comentários.

Aos meus colegas de trabalho e amigos do peito, Daniela da Camara, Dario Diniz e Fabiana Marchiori, pelo apoio constante, pelo carinho, pelo entusiasmo e pela criação conjunta da Equipe Novo Olhar.

À Juliana Viscone, pelo convite feito para trabalhar com autismo e pela aposta na minha sensibilidade.

À Clarissa Carvalho, pelo acompanhamento no início de meu trabalho.

Ao professor Lino de Macedo, pelas conversas sábias e divertidas.

Ao Guilherme Berger, por quem tenho carinho e a quem sou muito grata por todo o trabalho que fizemos e que fazemos juntos, pela permissão de dividir seu universo comigo, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Daniel Tosto Bogomolow, pela sensibilidade e pela comunicação construída e estabelecida em caminhos tortuosos, a passos curtos e sempre seguros de nossa parceria.

À Mariana e ao Fernando Gorski, pela confiança em mim e em meu trabalho.

Aos meus amigos de sempre, que já fazem parte dessa história, Marcos Bühler, Ana Paula Medina, Adriana Chapchap e Gabriela Roecker.

Ao Felipe Martins, pelas leituras atentas e colaboradoras, pela companhia nessa estrada e pelos deliciosos lanchinhos.

À Lilian Ana Faversani, pela aposta e pela confiança desde que eu era pequena, e pelas palavras ensinadas e ditas que ecoam na minha história.

Ao Antônio Vaszken, pelo acompanhamento sensível e cuidadoso ao longo dos últimos anos.

Ao Antônio Bechara, meu querido Be, que já me curou e me livrou de muitos infortúnios dessa vida.

À Simone Pires, pela interlocução e pelo cuidado comigo.

À Nanci Bühler, minha tia Nan, pela companhia e amizade de todos os anos.

Ao Rafael Rodrigues, por compartilhar, mais uma vez, um momento importante de minha vida, e por seu amor.

Aos meus pais, Izildinha Guirado e Roy Caramicoli.

Ao meu avô, em memória, por todas as histórias e fantasias criadas comigo.

À minha avó, em memória, pela segurança, pela firmeza, pelo cuidado e pela atenção até o fim.

RESUMO

GUIRADO-CARAMICOLI, Luisa. **Autismo**: uma análise institucional do discurso dos tratamentos. 2013. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O objetivo deste trabalho é confrontar duas formas de tratamento para autismo muito reconhecidas na área da psicologia: a psicanálise e a análise do comportamento aplicada (ABA). O método que instrumentou a pesquisa, desde a formulação de seus objetivos, foi a Análise Institucional do Discurso, de Marlene Guirado. Foram analisados os discursos dos profissionais de cada uma das abordagens, de modo a configurar o lugar do paciente, da família e do analista. Os resultados da análise das entrevistas, *corpus* discursivo do estudo, foram até certo ponto surpreendentes: não se observaram apenas diferenças no modo como psicanalistas e analistas do comportamento “veem” a criança com autismo, a família, seu próprio trabalho e o alcance do método de tratamento, como se poderia esperar pela história de divergências teórico-técnicas e epistemológicas entre essas disciplinas do conhecimento, da pesquisa, e da prática profissional. Foram, então, traçadas aproximações e distinções entre os discursos. Tanto as analistas do comportamento quanto as psicanalistas se relacionaram com a criança e com o autismo tal como “antecipados” pela teoria e pelo método que suportam sua ação. Do mesmo modo, aproximam-se no que diz respeito ao lugar atribuído à criança. Distanciam-se no que diz respeito à confiança mostrada sobre o alcance de mudanças, à objetividade com que definem pontos de partida e de chegada pelos trabalhos clínicos e às certezas quanto aos resultados e à eficácia dos procedimentos terapêuticos e à inserção programada dos pais no tratamento. O estudo aponta, também, para a dimensão institucional de tais práticas de tratamento: o problema da direção e da sustentação do olhar é uma marca da cena terapêutica, e não propriamente, ou apenas, da criança. ABA e psicanálise buscam estender seus âmbitos de ação sobre o autismo, como seu objeto institucional. Nesse jogo, a criança, observada, interpretada, relatada, permanece sem lugar de enunciação.

Palavras-chave: Autismo. Tratamento. Psicanálise. Análise do comportamento aplicada. Análise institucional do discurso.

ABSTRACT

GUIRADO-CARAMICOLI, Luisa. **Autism**: an institutional analysis of discourse of the treatments. 2013. 78 p. Dissertation (Masters in Psychology) – Institute of Psychology, University of São Paulo, 2013.

The objective of this study is to confront two forms of treatment for autism very recognized in psychology: Psychoanalysis and Applied Behavior Analysis (ABA). The method that instrumented the research, from formulation of their goals, was the Institutional Analysis of Discourse, Marlene Guirado. We analyzed the speeches of professionals of each approach in order to configure the place of the patient, family, and analyst. The results of the interviews, the discursive *corpus* of this study, were to some extent surprising: there were not only differences in how psychoanalysts and behavior analysts "see" the child with autism, their family, their work and the scope of the method treatment, as one might expect, considering the history of the epistemological, theoretical, and technical differences among these disciplines of knowledge, research, and professional practices. Were then traced the similarities and distinctions between speeches. Both behavior analysts as the psychoanalysts were related to the child and autism with an "anticipated" image given by the theory and the method that support its action. Similarly, they approximate in respect to the place assigned to the child. They distance, as to the certainty of outcomes and efficacy of therapeutic procedures; certainties regarding the planned inclusion of parents in treatment, trust shown on the scope of changes and in the objectivity with which they define points of departure and arrival for clinical work. The study also points to the institutional dimension of such treatment: the problem of gaze direction and support is a trademark of therapeutic scene and, not exactly, or only, child. ABA and Psychoanalysis seek to extend their spheres of action on autism, as their institutional object. In this game, the child, observed, interpreted, reported, there remains with no place of enunciation.

Keywords: Autism. Psychoanalysis. Applied behavior analysis. Institutional analysis of discourse. Treatment.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO: QUE PESQUISA É ESTA?.....	9
2	SOBRE O AUTISMO, ESPECIFICAMENTE.....	13
2.1	DIAGNÓSTICO: UM BREVE HISTÓRICO	14
2.2	OS TRATAMENTOS	20
2.2.1	Psicanálise.....	21
2.2.2	Análise do comportamento aplicada (ABA)	24
3	SOBRE O MÉTODO.....	29
4	SOBRE AS ANÁLISES.....	31
4.1	O DISCURSO DAS PSICANALISTAS	31
4.2	O discurso das analistas do comportamento.....	44
5	DA CRIANÇA AO TRATAMENTO, LUGARES NA CENA DO AUTISMO	63
5.1	“TUDO O QUE É SÓLIDO SE DESMANCHA NO AR”	63
5.2	AS TENSÕES NA APROPRIAÇÃO DO AUTISMO COMO OBJETO INSTITUCIONAL	67
6	DIREÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO OLHAR NO TRATAMENTO DO AUTISMO: CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
	REFERÊNCIAS	72
	APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	77
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	79

1 APRESENTAÇÃO: QUE PESQUISA É ESTA?

O presente estudo não trata, como habitualmente se faz, do autismo em si, como um transtorno do desenvolvimento; não busca discriminar o peso relativo das determinações psíquicas, biológicas e/ou de interação com o ambiente; sequer se dedica a qualificar prognósticos e diagnósticos (ora mais e ora menos inconclusivos); e, apesar de se voltar para modalidades de tratamento, não visa a avaliar a maior ou menor eficácia destas. Ou seja, não discutiremos aqui causas dos problemas ou efeitos dos tratamentos, num confronto entre métodos, teorias e pesquisas de tal forma a delinear o que seriam os melhores resultados ou as melhores propostas de entrelaçamento de procedimentos. Trataremos, sim, das práticas de atendimento a crianças com autismo, tal como elas se configuram no discurso dos que fazem esse atendimento, considerando que tais práticas são formas particulares de organização dos discursos sobre autismo. Com isso, nossa atenção se voltará para o modo **como** se dá o atendimento, independentemente das especificidades de cada procedimento e das defesas (e respectivas certezas teóricas que as embasam) presentes nas falas de seus agentes.

É assim que este estudo se apresenta como uma análise (de alguns) desses discursos: aqueles que se destacam entre os mais recorrentes na atualidade e que, de alguma forma, figuram nas origens dos trabalhos sobre o tema. Como se verá a seguir, os tratamentos pela psicanálise e pela análise do comportamento aplicada são os que ganham destaque por recorrência e extensão na área¹ (ANDERSON et al., 2009; DRASH; TUDOR, 2004; ELDEVIK et al., 2012; HOBSON, 2011; KESTENBAUM, 2008; MITRANI, 2010; NAPOLITANO et al., 2010; REEVE et al., 2007; REMINGTON et al., 2007; RUBLE; ROBSON, 2007; SHAPIRO, 2009; SMITH, 2012; WALSH, 2011; ZEPF; ZEPF, 2008). Serão eles, portanto, o âmbito de nossa pesquisa.

Tomaremos as falas, em entrevista, de profissionais que atendem e que, por princípio e historicamente, pelas teorias e pelas técnicas que os instrumentam, têm se colocado em polos opostos, a rigor, não apenas no que diz respeito ao autismo, mas em diversos domínios de saber/fazer.

Com um roteiro de questões que, menos do que delimitar o elenco de respostas, abre a possibilidade de o entrevistado **contar** sobre seu trabalho, suas dificuldades e suas facilidades, casos exemplares de atendimento frustrado ou bem-sucedido, seu cotidiano profissional, sua

¹ A revisão bibliográfica apontou o seguinte quadro das publicações: os analistas do comportamento publicam mais em revistas, *journals* e *papers* do que os psicanalistas, e estes publicam mais livros sobre o tema do autismo.

clientela e respectivos pais, foram entrevistados seis profissionais, três de cada uma dessas orientações (vide roteiro no apêndice B).

A análise desse *corpus* permitirá configurar o lugar da criança e dos outros personagens nas cenas de cuidado e tratamento desta, bem como permitirá configurar o lugar da teoria ou dos pressupostos relativos ao autismo como doença (incluindo as perspectivas de progresso com o tratamento, o que o potencializaria como uma maquinaria tecnológica). A ideia é que essas concepções têm efeitos na direção do tratamento.

O que estamos querendo dizer com isso? Que há uma “fabricação” do autismo na própria relação que visa a tratá-lo? Nega-se a importância do que se tem estudado a respeito do assunto? Decididamente, não! O que se busca neste estudo é apontar para os efeitos dos discursos sobre o autismo, no momento mesmo em que a relação de tratamento se faz; apontar para a força dos reconhecimentos e dos desconhecimentos que selam essas práticas, muitas vezes legitimando o (ou no) quadro e atribuindo de forma recorrente à criança o que se lhe atribui, antecipadamente, na compreensão teórica.

Se afirmamos isso no ponto de partida é porque, desde o momento da estruturação da pesquisa e do levantamento da questão-alvo do estudo, trabalhamos com a estratégia de pensamento, com o método, da Análise Institucional do Discurso (AID).

A AID nos faculta considerar a dimensão institucional das práticas de atendimento às crianças com autismo, ou melhor, considerá-las como relações sociais que se repetem e, nessa repetição, se legitimam, se naturalizam (GUILHON-ALBUQUERQUE, 1978)². Lugares institucionais de paciente e terapeuta são os equivalentes aos de clientela e agente. Como lugares de enunciação, vão mostrar, no discurso, como se distribuem forças e se produzem reconhecimentos da naturalidade de certos atributos da/na criança que, por sua vez, organizam a ação do terapeuta/agente sobre a ação da criança assim “pensada”. Como esse “pensar” é, antecipadamente, constituído como o saber do agente sobre o autismo — o que, por seu turno, tende a ratificar o conhecimento já constituído em detrimento da disponibilidade para acompanhar a gama de variações que uma situação concreta, uma criança específica, pode ser/representar —, a análise do discurso, nas entrevistas, deverá apontar para as cenas, os lugares, os efeitos de reconhecimento e de desconhecimento, as verdades que se repetem e antecipam e aquelas que se articulam no contato face a face dos atendimentos, bem como aquelas dos discursos dos pais.

² O conceito de instituição com o qual se trabalha, de Guilhaon-Albuquerque, na sua formulação inicial coloca esses aspectos como efeito de reconhecimento e desconhecimento, isto é, o plano imaginário de representação das práticas concretas. É também para o autor um nível de análise (GUILHON-ALBUQUERQUE, 1980).

Com isso poderemos afirmar, pelo e para o discurso analítico, quem é essa criança com autismo que as práticas de tratamento, tanto em psicanálise quanto em análise do comportamento aplicada, configuram.

É hora, então, de demonstrar como e por que esse método é uma possibilidade de trabalhar, de forma diferente da habitual, com as questões que o autismo apresenta. Então...

O que é a Análise Institucional do Discurso? Uma estratégia de pensamento, um método de pesquisa e de trabalho com a psicologia e a psicanálise que tem sido desenvolvida por Marlene Guirado, na fronteira com outras áreas/disciplinas do conhecimento, como a sociologia da Análise de Instituições Concretas, a linguística da Análise Pragmática do Discurso e as ideias de Michel Foucault (GUIRADO, 2010).

Para tanto, parte de um campo mínimo de conceitos, tais como instituição, discurso, análise e sujeito.

Conforme apresentamos anteriormente, de J. A. Guilhon Albuquerque, Guirado toma o conceito de instituição, numa perspectiva sociológica específica: como práticas sociais que se repetem e que, nessa repetição, ganham o caráter de naturais; são reconhecidas como legítimas, desconhecendo-se sua condição de instituídas. A relação básica é aquela entre agentes e clientela e é ela que define o objeto institucional, ou seja, aquilo em nome de que a instituição se faz (GUILHON-ALBUQUERQUE, 1978).

A AID considerou os lugares exercidos em tais relações como lugares de enunciação no discurso, o que aponta para a necessidade de a análise dizer das cenas enunciativas e com isso resgatar a dimensão discursiva das práticas e, ao mesmo tempo, a concepção pragmática de discurso que dá destaque ao que o ato de dizer mostra, para além do dito, da posição de quem fala, de sua ação em cena (MAINGUENEAU³ apud GUIRADO, 2000).

Segundo Guirado, estamos, assim, de acordo com o que apresenta Foucault em *Arqueologia do saber* (1997), acenando para o lugar de destaque que o discurso ocupa em suas pesquisas e entre os linguistas, que, então, passariam a ter uma referência de peso para suas análises de discurso (GUIRADO, 2000). Discurso passa a ser conceituado como ato, instituição, dispositivo, como prática discursiva.

A análise, por coerência, não seria interpretativa; não teria apoio na semântica. Seria, sim, esse outro trabalho, pragmático, que aponta o que o discurso mostra, pela configuração das cenas enunciativas, das posições dos personagens/interlocutores nelas, de um sentido que

³ Informação verbal fornecida por Maingueneau em aula realizada em São Paulo em 1995.

se pode construir pela análise de todo o contexto (que envolve o analista) e não pelos sentidos das palavras (GUIRADO, 2010).

É assim que uma pesquisa, como a que ora apresentamos, pode se organizar como uma análise institucional dos discursos de profissionais que tratam crianças com autismo pela psicanálise e pela análise do comportamento aplicada. Tomando as duas abordagens como práticas discursivas, colocamo-nos no âmbito de um trabalho analítico, que considerará a entrevista como ocasião de produção de falas que mostram as posições que aqueles que nos falam assumem e atribuem àqueles de que falam, ao autismo e ao próprio tratamento deste. O pressuposto dessa estratégia de pensar os discursos é que a direção e a sustentação do olhar, tão discutida como uma das características atípicas da criança com autismo, a título de exemplo, ganhará sentidos e movimentos que supõem também a direção e a sustentação do olhar do adulto em relação a essa criança. Mas é apenas uma hipótese a se confirmar ou refutar por meio da análise dos discursos, considerando o contexto dos métodos e suas teorias. Uma AID, portanto, como se disse anteriormente.

A escritura da dissertação, no entanto, apresentará partes diferenciadas no que tange ao encaminhamento para a análise dos discursos. Será feita uma introdução que trará um breve histórico do aparecimento do nome “autismo” e da sua caracterização como diagnóstico psiquiátrico nos *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). Em seguida, será feita uma contextualização igualmente breve das propostas psicanalítica e comportamental como tratamentos do autismo. Essas apresentações não têm como finalidade a defesa de nenhuma dessas orientações; também não se colocam, nesse momento, como alvo de análise do discurso; somente as entrevistas é que serão trabalhadas pelo método de análise do discurso.

2 SOBRE O AUTISMO, ESPECIFICAMENTE

Gostaria de ter atrás de mim [...] uma voz que dissesse: “É preciso continuar, eu não posso continuar, é preciso continuar, é preciso pronunciar palavras enquanto as há, é preciso dizê-las até que elas me encontrem, até que me digam - estranho castigo, estranha falta, é preciso continuar, talvez já tenha acontecido, talvez já me tenham dito, talvez me tenham levado ao limiar de minha história, diante da porta que se abre sobre minha história, eu me surpreenderia se ela se abrisse”. (FOUCAULT, 1996, p. 6).

Escrever sobre autismo, tudo indica, nunca foi uma tarefa fácil. Revisando a bibliografia sobre o tema, isso fica bastante nítido: são atribuídas diversas causas, há constantemente pesquisas novas a respeito de uma área ou um campo do conhecimento que descobre novos fatores relacionados, são diversos os tratamentos, variam os resultados (DINGFELDER, 2004; DURKIN et al., 2008; GLICKSMAN, 2012; KAR, 2013; MALLOT, 2004; PEACOCK; YEARGIN-ALLSOP, 2009). Alguns se apresentam como cientificamente comprovados, outros nem tanto, e outros não chegam a ser mensuráveis. As equipes de atendimento, muitas vezes, são multidisciplinares, constituídas por psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, neurologistas, pediatras, pedagogos, terapeutas ocupacionais e profissionais do esporte.

Nisso, os discursos e as vozes sobre autismo são múltiplos, o que faz com que escrever sobre o tema requeira certos cuidados. Primeiro, porque há que se considerar o lugar dos demais discursos e o lugar que o discurso que será escrito ocupará; segundo, porque há que se relativizar o que será escrito ao método da pesquisa ou estudo-base das afirmações.

Como se disse anteriormente, o presente trabalho não pretende analisar todas as formas de tratamento, tampouco eleger a mais eficaz ou pertinente. Tem-se aqui como objetivo destacar duas formas de tratamento, caracterizadas dentro desses contextos múltiplos, e fazer uma análise do discurso de profissionais que com elas trabalham, na área da psicologia, de modo a configurar tanto o lugar do paciente, de sua família e do profissional quanto os limites e os alcances do atendimento terapêutico que se desenham nas expectativas desses entrevistados.

É assim que o método produziu a pesquisa: analisando os discursos das práticas de tratamento no autismo, escolhidas a partir do critério de recorrência e atualidade, destacando no discurso de seus agentes e clientela as características básicas da relação de clientela. Por tanto, é “de fora” da psicanálise e da análise do comportamento que se posiciona a AID como recurso metodológico. Nesse caso, há um acréscimo de interesse neste momento, uma vez que as duas orientações de tratamento escolhidas se apresentam como as de maior polarização

entre si, quer na compreensão, quer nos procedimentos de tratamento de crianças com autismo; isso se verifica tanto em publicações em revistas especializadas e trabalhos de comunicação acadêmico-científica quanto na mídia, haja vista a recente querela psicanálise-ABA em torno do documentário “Le Mur” (2011) (PERRONE, 2012; ZIMMERMAN, 2012).

Como chegamos até aí? Em linhas muito gerais, destacaremos as primeiras vozes e escrituras que delimitaram um terreno específico de atenção, estudos e tratamentos para o autismo. Em seguida, ainda brevemente, mostraremos como e em que direções mais significativas foram evoluindo esses trabalhos.

2.1 DIAGNÓSTICO: UM BREVE HISTÓRICO

O termo “autismo” surge no discurso médico. Foi criado por Eugene Bleuler, em 1911, para nomear um sintoma da esquizofrenia. Entretanto, ele foi descrito pela primeira vez em artigo científico da revista *The Nervous Child*, em 1943, em um relato do psiquiatra Leo Kanner, intitulado “Autistic Disturbances of Affective Contact” (distúrbios autísticos do contato afetivo⁴). Nesse artigo, ele escreve que, desde 1938, em sua clínica, haviam chamado a atenção algumas crianças cujas condições diferiam marcadamente das de outras; e, para tratar dessas condições, ele fez uso de 11 casos que apresentavam características semelhantes (as que compõem a síndrome).

Citamos, a partir de agora, algumas dessas características em comum que Kanner (1943) reuniu com base em suas observações. Segundo o psiquiatra, essas crianças conseguiam nomear objetos sem dificuldade; aprender palavras longas e pouco usuais com acentuada facilidade; e tinham excelente memória. Apresentavam, porém, inabilidade em usar a linguagem com a finalidade de comunicação e, quando conseguiam falar uma frase, por um bom tempo elas a pronunciavam de maneira rígida, como se fosse uma sentença constituída de palavras soltas e não relacionadas entre si; ainda, poderiam levar anos para entender o conceito de “sim”, ou de aceitação. Além disso, aparentemente, o sentido de uma palavra tornava-se inflexível e não poderia ser usado em contextos diferentes daquele em que ela foi aprendida. Havia, também, uma fixação pronominal até aproximadamente os 6 anos, que é quando a criança consegue falar sobre si na primeira pessoa. Muitas delas apresentavam severa dificuldade em se alimentar desde o início da vida e reação de horror perante sons altos

⁴ Tradução livre.

e movimento de objetos; e, quando a própria criança produzia um som alto ou movimentava objetos, isso era feito de modo repetitivo e monotônico. Explicitavam limitações em relação a uma variedade de atitudes espontâneas e desespero diante de mudanças na rotina. Repetiam uma atividade exatamente da mesma forma como ela foi realizada pela primeira vez e tinham facilidade em aceitar objetos que não mudavam de aparência nem de posição. Apresentavam, por fim, dificuldade em olhar para o rosto das pessoas; não interagiam socialmente e se relacionavam melhor com a figura de uma pessoa do que propriamente com a pessoa.

Kanner, então, faz uma diferenciação entre a esquizofrenia e o “distúrbio autístico do contato afetivo”. Como primeira distinção, teríamos o fato de que, no distúrbio autístico, a criança demonstra extremo isolamento desde o início da vida, não respondendo a nada que venha do mundo exterior (KANNER, 1943, p. 248). A segunda seria a excelente capacidade dessas crianças em estabelecer e manter uma relação com objetos que não interferem em seu isolamento e a grande dificuldade em ter um contato afetivo com as pessoas. Outra distinção seria que, diferentemente das crianças com esquizofrenia, que tentam resolver seus problemas separando-se de um mundo com o qual elas já tiveram contato e do qual se afastaram, as crianças com distúrbios autísticos são cautelosas em um mundo que lhes é estranho desde o começo da vida. Além disso, diferentemente das crianças com distúrbios autísticos, as crianças com esquizofrenia, entre 5 e 6 anos de idade, gradualmente abandonam a ecolalia, aprendem espontaneamente a usar pronomes pessoais, aceitam a alimentação sem dificuldade e toleram melhor sons e movimentos, assumindo a repetição a forma de uma preocupação obsessiva (KANNER, 1943, p. 249). E, entre os 6 e os 8 anos, começam a brincar em grupo — mesmo que não brincando com outras pessoas, conseguem permanecer próximas a elas — e aprendem a ler com facilidade (KANNER, 1943, p. 250).

Ao final de seu relato, destaca que, ao fundo do panorama da síndrome, há uma família obsessiva, tendo em vista que os diários e as lembranças dos pais em relação aos filhos eram bastante minuciosos:

Os diários e os relatórios muito detalhados e a lembrança frequente, após muitos anos, de que a criança havia aprendido a recitar 25 perguntas e respostas do catecismo presbiteriano, ou a cantar 37 canções, ou discriminar 18 sinfonias, ilustram a obsessividade dos pais. (KANNER, 1943, p. 250, tradução livre)⁵.

⁵ No original: “The very detailed diaries and reports and the frequent remembrance, after several years, that the children had learned to recite twenty-five questions and answers of the Presbyterian Catechism, to sing thirty-seven nursery songs, or to discriminate between eighteen symphonies, furnish a telling illustration of parental obsessiveness.”

Destaca também que poucos pais, entre os entrevistados, mostravam-se afetuosos. Grande parte deles tinha uma preocupação maior com abstrações de natureza científica, literária ou artística e limitava o interesse genuíno pelas pessoas. Dessa forma, Kanner questiona se esses fatos poderiam contribuir para a síndrome, e em que medida.

Paralelamente a Kanner, no mesmo ano, 1943, o médico Hans Asperger escreveu um artigo intitulado “Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter” (A “psicopatia autística” na infância), que foi publicado em 1944⁶ pela revista *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*.

Nesse artigo, Asperger descreve a chamada “psicopatia autística” como um distúrbio que resulta em severas e características dificuldades de integração social. Ele apresenta quatro casos de crianças com a psicopatia e faz um levantamento de pontos em comum.

Para ele, a questão crucial no autismo é que se trata de um tipo de personalidade que persiste ao longo dos anos; isto é, algumas características, com o desenvolvimento da inteligência e da personalidade, podem se acentuar ou retroceder, mas, em sua essência, se mantêm.

Algumas dessas características seriam: dificilmente o olhar recai sobre um objeto ou uma pessoa como sinal de atenção e contato; olhar vazio e triste; movimentos estereotipados.

Às vezes, eles têm um olhar tenso e preocupado. No entanto, ao falarem, suas faces mostram-se frouxas e vazias, com o olhar perdido e distante. Há também uma escassez de outros movimentos de expressão, isto é, de gestos. As crianças podem se mover constantemente, mas seus movimentos são, em sua maioria, estereotipados e sem valor expressivo. (ASPERGER, 1991, p. 69, tradução livre)⁷.

Além disso, essas crianças têm interesses específicos; são muito observadoras; obedecem somente aos impulsos espontâneos; não atentam às demandas sociais; apresentam dificuldade nos aspectos mecânicos da aprendizagem; têm relações sociais limitadas; relacionam-se com as pessoas conhecidas como se elas fossem estranhas ou meros objetos; não gostam de ser distraídas de seus pensamentos; demonstram fixação por algum objeto; têm dificuldade em entender piadas; não têm senso de humor; apresentam dificuldade em compreender o sentimento de outras pessoas e de se adaptarem a novos ambientes e mudanças na rotina.

⁶ O texto que utilizamos no trabalho foi publicado no livro editado por Uta Frith chamado *Autism and Asperger syndrome* em 1991.

⁷ No original: “Sometimes they have a tense, worried look. While talking, however, their face is mostly slack and empty, in line with the lost, faraway glance. There is also a paucity of other expressive movements, that is, gestures. Nevertheless, the children themselves may move constantly, but their movements are mostly stereotypic and have no expressive value.”

Muito embora todas essas características possam dar a impressão de que essas crianças não são capazes de fortes emoções, de acordo com Asperger, “[...] o que caracteriza essas crianças é uma diferença qualitativa, uma desarmonia em relação a emoção e disposição. Elas são repletas de contradições que fazem com que tenham extrema dificuldade na adaptação social.” (ASPERGER, 1991, p. 83, tradução livre)⁸.

O autor aborda também as diferenças entre as crianças com autismo e aquelas com esquizofrenia: as primeiras não perdem o contato de maneira progressiva como acontece com as segundas; as crianças com autismo desde o início da vida já não conseguem estabelecer contato com as demais pessoas. E, embora exista esse denominador em comum com esquizofrenia — a perda da relação com a realidade —, essas crianças (com esquizofrenia) não sofrem de desintegração da personalidade (ASPERGER, 1991, p. 39).

Assim como Kanner, Asperger também questionou a formação e a profissão dos pais como fatores que se relacionam com a “psicopatia autística”. Ele aponta que deve haver um fator poligenético que interfira, e que ainda não é sabido se é uma questão de gene recessivo ou dominante. De qualquer maneira, ele afirma que em diversos casos os antecessores dessas crianças foram gerações e gerações de intelectuais e que muitos dos pais ocupam posições elevadas no emprego, o que atestaria uma influência do social.

Em muitos casos essas crianças tiveram várias gerações anteriores de ancestrais que foram intelectuais e que foram dirigidos para suas profissões de maneira natural. [...] Muitos dos pais das crianças autistas ocupam cargos altos, apesar de suas notáveis peculiaridades. Isso comprova o valor social desse tipo de personalidade. (ASPERGER, 1991, p. 84, tradução livre)⁹.

As semelhanças entre as descrições de Kanner (1943) e Asperger (1944) são muitas, mas há algumas diferenças de fundamental importância, como aponta Lorna Wing (1991). De acordo com a autora, as crianças descritas por Asperger desenvolvem a fala antes da idade escolar e possuem amplo vocabulário e gramática razoável. Além disso, trata-se de crianças que reconhecem a existência de outras pessoas, mas se aproximam de modo inapropriado, pois possuem interesses muito específicos e de pouco uso prático. Segundo Wing, Asperger não teria definido critérios diagnósticos específicos para a sua síndrome, como fez Kanner.

⁸ No original: “[...] what characterises these children is a qualitative difference, a disharmony in emotion and disposition. They are full of surprising contradictions which makes social adaptation extremely hard to achieve.”

⁹ No original: “In many cases the ancestors of these children have been intellectuals for several generations and have been driven into the professions by their nature. [...] Many of the fathers of our autistic children occupy high positions, despite their noticeable peculiarities. This testifies to the social value of this personality type.”

Essas definições a respeito do autismo, ao longo dos anos, dividiram alguns médicos e teóricos em dois grupos: os que viam mais semelhanças do que diferenças entre os trabalhos de Kanner e Asperger e consideravam que as duas síndromes poderiam ser classificadas como iguais, ou sob a mesma categoria, e os que diferenciavam as síndromes alegando serem de naturezas diferentes.

O leitor do primeiro trabalho do Asperger não pode deixar de ficar impressionado pelas estreitas semelhanças e relativamente poucas diferenças em relação aos casos apresentados no trabalho de Kanner. Quando outros médicos se interessaram pelo trabalho do Asperger, alguns adotaram a posição de que as duas síndromes eram diferentes em sua natureza. [...] Outros autores argumentaram com base em evidências clínicas de que há uma relação muito estreita entre as síndromes descritas por Kanner e Asperger e que ambas deveriam ser classificadas na mesma categoria geral. (WING, 1991, p. 98-100, tradução livre)¹⁰.

A primeira edição do *Diagnostic and Statistical Manual* (DSM-I), pela American Psychiatric Association (APA), em 1952, não entrou na questão das diferenças e das semelhanças entre as síndromes. Muito pelo contrário: conferiu ao autismo apenas uma citação, descrevendo-o como uma das características que compunham a esquizofrenia na infância. Isto é, não considerou o autismo como uma síndrome e muito menos o diferenciou de qualquer outra.

00-x28 Reação esquizofrênica, tipo infantil. Aqui serão classificadas as reações esquizofrênicas ocorridas antes da puberdade. O quadro clínico das reações esquizofrênicas pode variar se ocorrer em outro período da vida, devido à imaturidade e à plasticidade do paciente no momento do início da reação. Reações psicóticas em crianças, que manifestam em princípio o autismo, serão classificadas aqui. Uma sintomatologia especial pode ser acrescentada ao diagnóstico, assim como manifestações. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p. 28, tradução livre)¹¹.

Prosseguiremos, agora, acompanhando nos DSM o lugar que o autismo foi ocupando no discurso médico.

¹⁰ No original: "The reader of Asperger's first paper cannot fail to be impressed by the close similarities to Kanner's case descriptions and the relatively few differences. When other clinicians became interested in Asperger's work, some adopted the position that the two syndromes were different in nature. [...] Other authors argued from clinical evidence that there is a close relationship between Kanner's and Asperger's syndromes and that they should be classified as the same general category."

¹¹ No original: "000-x28 Schizophrenic reaction, childhood type. Here will be classified those schizophrenic reactions occurring before puberty. The clinical picture may differ from schizophrenic reactions occurring in other age periods because of the immaturity and plasticity of the patient at the time of onset of the reaction. Psychotic reactions in children, manifesting primarily autism, will be classified here. Special symptomatology may be added to the diagnosis as manifestations."

No DSM-II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968), o autismo permanece como manifestação da esquizofrenia em crianças e aparece também como uma característica da personalidade esquizoide. Veja-se como:

301.2 Personalidade Esquizóide. Esse padrão de comportamento manifesta timidez, sensibilidade excessiva, exclusivismo, evitamento de relações próximas ou competitivas, e, com frequência, excentricidade. Pensamento autístico, sem perda da capacidade de reconhecer a realidade é comum, assim como o sonhar acordado e a inabilidade para expressar hostilidade e sentimentos agressivos ordinários. Esses pacientes reagem a experiências perturbadoras e a conflitos com aparente desprendimento. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, p. 42, tradução livre)¹².

Somente no DSM-III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1980), no entanto, passa a existir um critério de diagnóstico que se chama “autismo infantil”, mas ainda não distingue autismo de transtorno de Asperger.

No DSM-III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1987) há uma modificação para “transtorno autista”, e é no DSM-IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION 1994) que surge a categoria “transtorno de Asperger”, que, junto com o “transtorno autista”, passa a fazer parte dos “transtornos invasivos do desenvolvimento”, que englobam também o transtorno de Rett, o transtorno desintegrativo da infância e o transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação. Nota-se que é somente em 1994, 51 anos após os relatos de Kanner e Asperger, que surge no discurso médico dos DSM uma distinção entre os transtornos (Asperger e autismo).

Por fim, no DSM-IV-TR (2000), ambos permanecem distintos e dentro da mesma categoria: “transtornos invasivos do desenvolvimento”. Além disso, é criada categoria separada para os “transtornos invasivos do desenvolvimento não especificados”.

Transtornos invasivos do desenvolvimento. Esses transtornos são caracterizados por graves déficits e comprometimento em múltiplas áreas do desenvolvimento. Isso inclui prejuízo na interação social e na comunicação e a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados. Os transtornos incluídos nessa seção são transtorno autístico, síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância, síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento não especificado. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2000, p. 69, tradução livre)¹³.

¹² No original: “301.2 Schizoid personality. This behavior pattern manifests shyness, over-sensitivity, exclusiveness, avoidance of close or competitive relationships, and often eccentricity. Autistic thinking without loss of capacity to recognize reality is common, as is daydreaming and the inability to express hostility and ordinary aggressive feelings. These patients react to disturbing experiences and conflicts with apparent detachment.”

¹³ No original: “Pervasive Developmental Disorders. These disorders are characterized by severe deficits and pervasive impairment in multiple areas of development. These include impairment in reciprocal social

De maneira sucinta, esse é o histórico sobre o autismo, particularmente na literatura médica. Consideremos, agora, as formas de tratamento.

2.2 OS TRATAMENTOS

No mesmo ano em que o artigo de Asperger foi publicado, 1944, Bruno Bettelheim, como diretor da Escola Ortogênica da Universidade de Chicago, acolheu em regime de internato “crianças vítimas de graves perturbações afetivas” e desenvolveu um projeto com educadores, psicólogos e professores. Todos os profissionais tinham formação psicanalítica, para que cada criança pudesse escolher livremente quem seria seu terapeuta (AMY, 1995, p. 35-36). Isso porque, conforme Bettelheim, o autismo seria um distúrbio emocional cuja origem estaria no relacionamento mãe-lactante, e, nesse caso, permitir que a criança escolhesse seu terapeuta seria uma forma de possibilitar a ela o estabelecimento de uma relação com um adulto que fosse continente, calorosa e não-intrusiva (BETTELHEIM, 1987, p. 79).

Nos anos seguintes, outros métodos de tratamento surgiram. Conforme Sicile-kira¹⁴ (2004), poderia se pensar em algumas categorias:

- a) tratamento de base comportamental, que foca no que a pessoa está apta a fazer e trabalha as habilidades específicas de modo a aumentar o grau de funcionabilidade. Os relacionamentos e as emoções são considerados importantes, mas a proposta básica é trabalhar habilidades específicas que a pessoa precisa adquirir para aprender e viver em sociedade (SICILE-KIRA, 2004, p. 94), podendo ser: *applied behavior analysis* (ABA), *rapid prompting methode* (RPM), *picture exchange communication system* (PECS), *relationship development intervention* (RDI);
- b) intervenções orientadas fisiologicamente, podendo ser terapias relacionadas a questões sensoriais ou de abordagem biomédica e dietética; e esta se baseia nas descobertas científicas que definem que há uma conexão entre corpo e cérebro e que propõem que seja feita uma linha de base ante os comportamentos positivos (comunicação, contato visual) e negativos (hiperatividade, insônia) para que se possa julgar a efetividade do tratamento

interaction, impairment in communication, and the presence of stereotyped behavior, interests, and activities. The specific disorders included in this section are Autistic Disorder, Rett's Disorder, Childhood Disintegrative Disorder, Asperger's Disorder, and Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified.”

¹⁴ Autora de origem francesa que escreveu recentemente um livro sobre os tratamentos para autismo e fundou a Autism College.

(SICILE-KIRA, 2004, p. 111), podendo ser: integração sensorial, dieta sem glúten e sem caseína, tratamento psicofarmacológico;

- c) tratamentos que se baseiam na formação de relacionamentos interpessoais e que têm como principal objetivo facilitar e dar suporte aos relacionamentos, por se acreditar que estes sejam a pedra angular sobre a qual o desenvolvimento normal de uma criança é construído. As abordagens desses tratamentos variam de acordo com a possibilidade de ocorrerem em conjunto com outras formas de tratamento e também conforme a aceitação e a utilização pela maioria das famílias e profissionais (SICILE-KIRA, 2004, p. 128), podendo ser: psicanálise, *floortime*, *son-rise*;
- d) tratamentos combinados, que são os programas que fazem uso de diferentes abordagens com a finalidade de melhorar habilidades e relacionamento interpessoal, bem como de incluir abordagens fisiológicas para ajudar nas habilidades específicas (SICILE-KIRA, 2004, p. 133), podendo ser: *treatment and education of autistic and related communication handicapped children* (TEACCH).

Na presente pesquisa, como dissemos, trabalharemos com o ABA, como um programa de trabalho de base comportamental, e com a psicanálise, como um tratamento com base na formação de um relacionamento. Essas duas modalidades de tratamento foram escolhidas com base no critério de prevalência em relação ao número de pesquisas realizadas com elas, de crianças autistas atendidas e de artigos e livros escritos sobre elas e suas aplicações.

Essa análise recairá sobre os discursos daqueles que trabalham com as modalidades em questão no atendimento a crianças de 3 a 5 anos de idade com autismo.

2.2.1 Psicanálise

Para falar da psicanálise como forma de tratamento, diferentemente do que faremos depois com a análise do comportamento aplicada, trabalharemos com teorias e/ou teóricos que se poderiam considerar básicos para certo discurso sobre o autismo. São textos e/ou conceitos que explicam o que acontece com essas crianças, nos termos da psicanálise, numa espécie de “aplicação” ou “tradução” dos mecanismos fundamentais com que a psicanálise explica o desenvolvimento psicológico e a relação com o mundo e seus objetos. Como são várias as psicanálises, variadas são as formas com que o discurso psicanalítico antecede, antecipa e recobre a figura da criança com autismo (orientação lacaniana, orientação winnicottiniana). No entanto, o que se pode observar é que as linhas e as letras mestras são,

ainda, as que Freud escreveu. São os conceitos básicos da psicanálise que voltam sempre a moldar as compreensões, sendo eles: inconsciente, pulsão, representação, afeto, investimento libidinal em objetos, escolha objetal, narcisismo, transferência.

Assim, há em comum, entre as explicações do autismo, a ideia de que ele depende, em parte, de uma dinâmica interna que vai do jogo das pulsões até os registros do vínculo com as pessoas significativas na história da criança e, em parte, da qualidade dessa relação.

Um exemplo dessa linhagem, ou melhor, dessa ordem discursiva, é Marie Christine Laznik, que é, atualmente, uma autora de referência na área do autismo na França e no Brasil. Sua filiação é lacaniana, e são muito frequentes os trabalhos publicados, hoje, que se apoiam em seus dizeres para conduzir pesquisas e estudos teóricos ou para produzir ensaios sobre o tema. Como se ela fosse fonte primeira, é atualizada em comentários. Mas a fonte primeira, aqui, é, na verdade, o autismo na versão lacaniana da psicanálise (CAMPANÁRIO, 2008; CATÃO 2009, 2011; PIRES, 2007; SILVA, 2011).

Com Winnicott, outro autor bastante citado nos estudos atualmente desenvolvidos (ARAÚJO, 2003), as coisas se passam de um modo um pouco diverso, na medida em que ele é o autor que responde pela compreensão psicanalítica do desenvolvimento infantil e da relação mãe-criança-mundo, da qual deriva a compreensão sobre o autismo. Mesmo assim, não parece haver especificidade que seja concernente à dinâmica autista.

Talvez Fédida (1992), acentuando um aspecto da teoria psicanalítica, crie uma figura particularmente característica para o autismo: autoerotismo sem eros. Mas ele escreveu sobre essa ideia como um capítulo de um livro, e não se encontram citações desse seu trabalho em outros autores, o que favoreceria a extensão do sentido dessa afirmação¹⁵.

Acrescentaremos Dolto nesta seleta lista de autores de referência. O critério é o mesmo: reconhecimento na área de tratamento psicanalítico de crianças. E seguimos destacando, em textos dessa autora, de Winnicott e de Laznik, as marcas desse discurso originário da psicanálise ao tratar do autismo e de suas formas de tratamento.

Para Dolto, o trabalho psicanalítico consiste em “[...] reevocar o passado e devolver ao sujeito do desejo o direito à esperança em si e nos outros.” (DOLTO, 2005, p. 338). Apesar de a situação voltar-se para a questão do tratamento, é notório o modo como este se apoia em uma compreensão da criança constituída pelo passado, a qual é sujeito de desejo, capaz de esperança. Reconhece-se aqui o traçado de uma psicanálise originalmente freudiana.

¹⁵ Nessa trilha se tem registro de experiências, publicações e pesquisas cada vez mais frequentes sob a insígnia da psicanálise. A título de exemplo: Alfredo Jerusalinsky, Julieta Jerusalinsky, Leda Bernardino, Maria Cristina Kupfer, Marise Bastos, Rogério Lerner, entre outros.

Winnicott, por sua vez, tratando diretamente do autismo, o considera “[...] uma organização de defesa altamente sofisticada.” (WINNICOTT, 1997, p. 195).

Alguns bebês tentalizados por esse tipo de relativo fracasso materno estudam as variáveis feições maternas, numa tentativa de predizer o humor da mãe [...] Isso acarreta uma ameaça de caos, e o bebê organizará a retirada ou não mais olhará, exceto para perceber como defesa. (WINNICOTT, 1975, p. 155).

E Laznik, do interior de uma orientação lacaniana, afirma:

[...] algo produz o rompimento de um certo tipo de relação pulsional (olhar/ser olhado, etc), um tipo de jogo pulsional que tem como chave um certo momento de gozo materno que se traduz por um riso gostoso para o bebê, por exemplo. Pouco me importa quais sejam as causas, o que eu sei é que se essa pulsionalidade não se estabelecer, vai haver consequências. (LAZNIK, 2004, p. 210).

Nossa intenção, nesse momento, como se pode notar, não é apresentar qualquer tipo de construção teórica psicanalítica convincente do que ocorre no autismo. Pretendemos, sim, mostrar os discursos, na sua variação e na sua orientação. É assim que, mais especificamente, vamos destacar as atenções dos psicanalistas à relação entre pais e filhos.

Winnicott fala bastante sobre o tema. Quando escreve sobre os transtornos do desenvolvimento da criança, o aspecto que mais enfatiza é o de provisão ambiental, especificamente o da qualidade dos cuidados iniciais. Isso porque, para o autor, é esse cuidado inicial que possibilita o desenvolvimento pessoal do bebê em relação à integração, a qual no futuro leva à autonomia e à capacidade de perceber seu corpo, que, por sua vez, leva a uma coexistência psicossomática que inclui tônus muscular firme. Tudo isso constituiria os passos iniciais nas relações objetais, que permitiriam ao bebê adotar objetos simbólicos que promovem a existência de uma área entre ele e as pessoas, na qual o brincar é significativo (WINNICOTT, 1997).

Para Marie-Christine Laznik, a relação pais-filhos é uma questão central. Considera o autismo como “[...] um defeito de estruturação primeira do aparelho psíquico por conta do fracasso do circuito pulsional, podendo levar à constituição de patologias diversas.” (LAZNIK, 2004, p. 204).

O que se nota nessa produção escrita da psicanálise sobre o autismo é uma espécie de entrelaçamento da importância da relação pais-filhos com a terapêutica. De certa forma, a ação terapêutica se faz no sentido de recuperar as condições que foram prejudicadas no circuito do jogo pulsional e de seus investimentos. Como Laznik mostrou exemplarmente, se

está havendo sofrimento dessa interação, o olhar do analista será direcionado aos sinais pulsionais do bebê, para que, dessa forma, seja possível sustentar a mãe, ou a pessoa que ocupa esse lugar para o bebê, de modo que ela consiga gozar e ter condições de investir libidinalmente em seu bebê (LAZNIK, 2004, p. 209).

Em outras palavras, Winnicott caracteriza o tratamento na mesma direção, embora com o olhar mais voltado para a criança:

[...] alguém tem de ser capaz de lhe dar os rudimentos do contato humano, e talvez neste caso um cuidado físico incluindo o toque concreto seja mais importante do que o que pode ser feito pela interpretação verbal. Se no tratamento de uma criança autista puder ser feita alguma coisa para compensar o que a mãe deixou de fazer no momento crítico, então a criança pode alcançar um lugar no qual faz sentido para ela ficar zangada pelo fracasso. Desta posição ela pode seguir para redescobrir sua capacidade de amar. (WINNICOTT, 1997, p. 192).

E Dolto, por sua vez, propõe um trabalho com as crianças e suas mães no sentido de colocar em palavras as circunstâncias e as dificuldades às quais o corpo da criança sobreviveu:

De qualquer modo, é pela palavra e pela revivescência através dos que o cercam, da mãe sobretudo, que se consegue chegar a isso. O ocorrido não se caracteriza por um afeto conivente vivenciado pela mãe, mas como fato datável. “Ah? A senhora acha – diz a mãe – que pode ser isso que lhe estão dizendo?” “Sua mãe não tinha percebido que você sofreu com a ausência dela”, ou “com a partida da pessoa que sempre cuidou de você (viagem ou morte) quando você tinha seis semanas, por exemplo, ou então “que a mamãe esteve ausente por alguns dias em tal ocasião sem avisar antes. Você chorou duas horas sem parar e, quando ela voltou, estava dormindo. Você não acordou durante certo tempo.” (DOLTO, 2001, p. 95).

Com a certeza de ter restringido excessivamente o âmbito da produção psicanalítica na área, encerramos este item por considerar que os autores escolhidos dão conta de dizer a linha mestra do pensamento da psicanálise em torno do autismo.

2.2.2 Análise do comportamento aplicada (ABA)

Antes de começarmos a parte sobre a análise do comportamento, temos de fazer uma ressalva para o fato de que a análise do comportamento, diferentemente de muitas outras abordagens da psicologia, tem uma relação muito estreita com a pesquisa e a psicologia como ciência.

[...] o analista do comportamento fica sob controle do cliente no tratamento e, paralelamente, da produção de ciência em seu fazer acadêmico. Um fazer científico em análise do comportamento tem interesse na manipulação e no controle de variáveis e está comprometido com a continuidade da produção de conhecimento dentro de uma linha de pesquisa. (GUILHARDI; ROMANO; BAGAILOLO, 2009, p. 93).

Por conta disso, a maioria das referências sobre essa forma de tratamento foi encontrada em publicações dessa modalidade de pesquisa e o caráter científico faz-se presente em todo o método.

Alguns conceitos da análise do comportamento serão, agora, elucidados para que se entenda com mais facilidade os termos utilizados nesta introdução à pesquisa e no discurso das próprias entrevistadas.

A análise do comportamento tem o comportamento como objeto de estudo independentemente da espécie a que o indivíduo que se comporta pertence. A espécie humana é tida como um produto da natureza e um fenômeno histórico, o que implica considerar que os seres humanos, mais do que produtos da natureza, são produtos do próprio homem.

Dessa forma, de acordo com Skinner, em Sérgio, Micheletto e Andery (2009), o comportamento é “[...] um conjunto de funções que promovem o intercâmbio entre o organismo e o ambiente [...]”, sendo as atividades do organismo chamadas de “resposta” e os eventos ambientais, de “estímulo”.

Conforme Sérgio, Micheletto e Andery (2009), para compreendermos o comportamento, é necessário destacar quatro conceitos, sendo eles: ambiente, resposta, estímulos, relação organismo-ambiente.

O ambiente é a “[...] situação na qual o responder acontece e a situação que passa a existir após o responder.” (SÉRIO; MICHELETTO; ANDERY, 2009, p. 5), envolvendo os estímulos antecedentes e os subsequentes à resposta. A resposta é algo inerente ao organismo; se há organismo, há resposta. Ela pode ser manifesta, observada de forma independente por mais de um observador, ou encoberta, observada apenas pelo organismo que se comporta. Os estímulos podem ser físicos, como objetos; podem ser sociais, isto é, produzidos por outro organismo; podem ser públicos, acessíveis de forma independente a mais de um observador; ou podem ser privados, acessíveis apenas ao organismo diretamente afetado por eles.

A relação entre o organismo e o ambiente

[...] pode envolver níveis de complexidade aparentemente distintos [...] para o estudioso do comportamento nos dois casos, numa situação aparentemente simples e numa situação obviamente complexa, há desafios. Desafios derivados do fato de

assumirmos como objeto de estudo uma relação que ao mesmo tempo é produto e construtora de uma história. (SÉRIO; MICHELETTO; ANDERY, 2009, p. 9).

Assim, para a análise do comportamento, o grande desafio é “[...] descrever e explicar essas interações que constituem o comportamento e a história que produziu essas interações.” (SÉRIO; MICHELETTO; ANDERY, 2009, p. 9).

Feita essa breve retomada sobre os principais conceitos que norteiam esse método, podemos partir para o **como** é a realização de uma terapia da análise do comportamento aplicada com crianças com autismo.

A estrutura do tratamento, de acordo com Windholz (1995), é dividida em fases. A primeira delas é a avaliação comportamental, que busca identificar as variáveis que controlam o comportamento-alvo, sendo necessário entender os fatores biológicos, sociais, econômicos e culturais, a idade, o estágio do desenvolvimento, o contexto em que ocorrem e a consequência que os mantém.

A segunda fase é a de seleção de metas e objetivos. Em médio prazo, as metas são adquirir mais independência, desenvolver a comunicação e tornar o comportamento social mais aceitável e os objetivos são ligados a generalização dos comportamentos aprendidos, funcionalidade e adequação à idade. Em relação aos comportamentos repetitivos, estereotipados e destrutivos e às birras, Windholz (1995) afirma:

Esses comportamentos requerem programações bem delineadas e definidas. É preciso dar atenção à presença ou não de habilidades básicas, pré-requisito para qualquer aprendizagem. [...] Os assim chamados “comportamentos inadequados”, que interferem tanto na aprendizagem como no ajustamento social do autista e na sua interação com as pessoas (estereotipias, birras, comportamentos heteroagressivos e autolesivos), precisam ser substituídos por comportamentos funcionais. Frequentemente a mera aquisição de um repertório mais rico traz reduções drásticas destes comportamentos-problema, já que muitos estão ligados à ausência de atividades reforçadoras para a pessoa e promovedoras do seu desenvolvimento. (WINDHOLZ, 1995, p. 193).

A terceira fase é a de elaboração dos programas de tratamento. Esse é o momento em que são definidos os comportamentos a serem ensinados e as condições em que devem ocorrer. É preciso, nesse momento, que os procedimentos sejam claros e que haja um reforçamento sistemático e eficaz. É necessário, antes de começar verificar, pelos dados da linha de base, o quanto a criança já sabe e, ao longo do programa, registrar e quantificar as respostas, para que seja possível verificar o processo e o progresso na aprendizagem. A partir

daí, é possível passar para a quarta e última fase, que é quando ocorre a intervenção propriamente dita.

Conforme Guilhardi, Romano e Bagaiolo (2011), há uma dificuldade intrínseca ao diagnóstico de autismo que interfere diretamente nas contingências de ensino, que é a tendência dessas crianças a não serem sensíveis aos pareamentos ou à ampliação de reforçadores, e isso, segundo as autoras, faz com que a intervenção comportamental seja planejada.

[...] por mais que elogios, carinhos, brinquedos apareçam junto com reforçadores primários na história das crianças autistas, muitos estímulos do ambiente não se tornam reforçadores para elas. Tal insensibilidade acarreta, necessariamente, padrões comportamentais restritos, bem como seus interesses se tornam restritos. Para reverter essa dificuldade tão importante, deve ser planejada uma intervenção comportamental com crianças autistas (dentro dos limites e possibilidades individuais de cada criança, obviamente). (GUILHARDI; ROMANO; BAGAILOLO, 2011, p. 283).

O papel do analista do comportamento como terapeuta de uma criança com autismo é, então, promover a aquisição de habilidades, eliminar os comportamentos considerados inadequados e estender o atendimento a todos os ambientes em que a criança vive. Para isso, cabe a ele estabelecer as condições que mais contribuirão para o tratamento, que permitirão que a criança desenvolva mais autonomia e independência e que promovam a aceitação e a interação da criança com a sociedade de modo mais eficaz (WINDHOLZ, 1995, p. 183).

Paralelamente a todo esse trabalho que está sendo desenvolvido com a criança, temos o treino dos pais e a assistência a eles, uma vez que:

[...] os problemas de uma criança autista não podem ser considerados isolado de sua família. O estresse criado por uma criança autista é considerável, e achamos que as técnicas de tratamento de caso ou de aconselhamento foram um valioso complemento ao método comportamental, particularmente quando as dificuldades da família permeiam o programa terapêutico. (HEMSLEY. et al., 1978, p.381, tradução livre)¹⁶.

Trabalhar com os pais na clínica apresentou-se muito diferente de trabalhar com eles em casa. De acordo com Rutter e seus colegas (1978), as crianças se comportam de maneira diferente em casa e na clínica, sendo que alguns comportamentos podem ser observados apenas no ambiente doméstico. Dessa forma, foi de fundamental importância para a análise do

¹⁶ No original: “[...] the problems of an autistic child cannot be considered in isolation from his family. The stresses created by an autistic child are often considerable and we have found the casework or counseling techniques were a valuable adjunct to behavioral methods, particularly when family’s difficulties intrude on the therapeutic program.”

comportamento aplicada, no tratamento de crianças com autismo, pensar em um programa em casa e treinar os pais para que eles consigam lidar com os problemas e as dificuldades em relação aos filhos, considerando, conforme Schopler (1978), que no atendimento domiciliar é o terapeuta que gasta tempo com deslocamento, e não os pais, o que permitiria que estes empregassem na relação com a criança o tempo poupado.

3 SOBRE O MÉTODO

Tendo já nos dedicado a tratar, na apresentação desta dissertação, do método que organizou nosso estudo, a Análise Institucional do Discurso, desde o levantamento de suas questões básicas até o modo de pesquisá-las e analisar o *corpus* discursivo assim produzido, vamos, nesta seção, apenas destacar os procedimentos concretos que nos permitiram tal produção.

Segundo Marlene Guirado, em “A clínica psicanalítica como análise do discurso” (GUIRADO, 2007, p. 221), fazer uma análise de discurso seria, resumidamente, ter uma atenção voltada para o **que** é dito e o **como** se diz; uma “[...] atenção constante aos lugares, na cena discursiva, que os parceiros se atribuíam e atribuíam ao outro.” e uma preocupação em assinalar as repetições, as sequências e/ou as interrupções que as falas mostravam ao serem ditas.

De acordo com Guirado (2006), em *Psicanálise e análise do discurso*, as análises de discurso podem ser feitas a partir de diferentes *corpus* discursivos, como documentos, entrevistas e a própria clínica psicológica, sem que se descaracterizem, desde que se respeitem as especificidades dos contextos e se tenha rigorosa atenção às migrações de conceitos.

Guirado (2006) apresenta, no capítulo “Das matrizes institucionais do sujeito psíquico”, do referido livro, alguns indicadores analíticos: as palavras que se repetem e as que surgem de maneira aparentemente deslocada do assunto; a relação entre adjetivos e substantivos, atributos a nome e/ou situações; o lugar de determinadas palavras (por exemplo, a categoria gramatical); o enredo, ou a trama, e o papel que os personagens desempenham; e a atribuição de sentido a alguns termos ou algumas frases.

Por esses procedimentos, torna-se possível “desenhar” o sujeito em seus atos no discurso (GUIRADO, 2006). Até porque o sujeito é “[...] aquele dividido entre reconhecimentos e desconhecimentos a partir dos lugares que exerce e no discurso, sempre.” (GUIRADO, 2006, p. 85).

Mais às finalidades da presente pesquisa: torna-se possível “desenhar” o lugar que aquele que nos fala em entrevista atribui a si e aos outros, na cena enunciativa, com tudo o que isso pode implicar de assunção e atribuição de lugares institucionais nas práticas em jogo — no caso, nas práticas de tratamento da criança com autismo.

É assim que buscamos configurar, pela análise, o lugar atribuído à criança e a seus pais, como clientela dos atendimentos, em cada uma das entrevistas. Fizemos o mesmo para o

lugar atribuído ao próprio terapeuta e ao tratamento. Ora, nesse caminho, esbarramos com a inevitabilidade de destacar, também, o lugar que ocupavam os pressupostos teóricos e/ou metodológicos (igualmente, para cada uma das entrevistadas), para que se pudesse dizer dos limites e dos alcances da ação da profissional e do tratamento. Essa marca discursiva, de certo modo, por decorrência de pensar com o método da AID, já se poderia levantar como hipótese, mas o material discursivo foi contundente nessa direção.

Depois das análises de cada entrevista, feitas separadamente, procedemos a uma primeira organização delas (das análises), agrupando as de psicanalistas de um lado e as de analistas de comportamento de outro. Esse material consta da seção “Sobre as análises”.

Na seção “Da criança ao tratamento, lugares na cena no autismo”, ocupamo-nos de fazer aproximações e apontar distanciamentos entre discursos desses dois grupos, com a máxima atenção e cuidado com o que rompia o esperado ou que se repetia dentro de cada uma dessas (ou entre essas) que se poderiam chamar de “comunidades discursivas” (MAINGUENEAU, 1989; FOUCAULT, 1996). Esse trabalho foi o que mais mostrou o jogo das tensões entre os discursos em análise. Foi o que mais permitiu devolver ao discurso seu caráter de acontecimento, como diria Foucault (1996).

Foram feitas seis entrevistas semiabertas, que seguiram um roteiro apenas orientador para que os mesmos temas pudessem ser tratados em todas elas (vide roteiro no apêndice B). Três entrevistadas eram psicanalistas e três, analistas de comportamento. Todas mulheres, não por intencionalidade da pesquisadora, mas por disponibilidade das profissionais. Foi mais difícil conseguir marcar e realizar entrevista com profissionais da análise do comportamento aplicada.

Marcados os horários com antecedência, nos lugares sugeridos pelas psicólogas (todas em local de trabalho), as entrevistas transcorreram sem problemas, foram gravadas e transcritas. Tudo com o aceite expresso das profissionais, inclusive com relação às finalidades de pesquisa.

4 SOBRE AS ANÁLISES

4.1 O DISCURSO DAS PSICANALISTAS

Ana, Silvia e Lúdia (nomes fictícios) concederam a entrevista mostrando-se bastante disponíveis. Apesar das diferenças entre elas no modo de se relacionarem com a entrevistadora, todas pareciam bastante atentas ao que lhes era demandado.

Silvia, com um discurso mais entrecortado, muitas vezes alusivo e sugestivo, responde logo à primeira pergunta com várias outras sobre a própria entrevista, chegando a solicitar que todas lhe fossem feitas no começo para que ela pudesse ordenar as respostas; chegou a formular em discurso direto como eu a deveria perguntar (“Você pode me perguntar: quais são os autores em que você se baseia?”) e, mesmo assim, os temas mais diretamente ligados a seu trabalho não foram tratados por ela, apesar de inúmeras tentativas de minha parte.

Ana, por sua vez, foi solícita e em todo momento me inseriu no contexto da entrevista; fosse perguntando se eu conhecia lugares e pessoas, fosse questionando se o que ela estava respondendo correspondia à minha pergunta, de modo a se posicionar da melhor maneira possível. Essa disponibilidade da psicanalista também aparece quando ela fala sobre seus atendimentos, como veremos a seguir. O mesmo se pode dizer de Lúdia.

Os temas de análise apresentados neste capítulo da dissertação foram organizados com base na análise de cada uma das entrevistas. Em todas elas foi possível configurar o lugar do paciente, do psicanalista, da psicanálise, dos pais e do próprio atendimento. Vejamos, a seguir, de modo mais detalhado.

O paciente: a criança

As psicanalistas, invariavelmente, referem-se a seus pacientes, durante a entrevista, como “crianças” ou “crianças com autismo”. Considerando a referência habitual de psicanalistas àqueles com quem trabalham (como: paciente, analisando, cliente e respectivos diminutivos), chama a atenção a nomeação, nessas entrevistas, daquele que ocupa o lugar de paciente na relação com seu psicanalista: é sempre uma criança, com autismo, de certo modo atópica nessa relação institucional de atendimento. A título de exemplo: “[...] eu estou pensando em uma criança que eu atendo atualmente [...]”, “[...] eu acredito muito no

atendimento multidisciplinar para crianças autistas [...]”, “[...] é uma criança que teve uma boa evolução [...]”.

Essa que é apenas uma suposição, que pode ser de algum modo confirmada por outras orientações do discurso, como veremos adiante. Parece tratar-se de crianças “teóricas”, a quem o autismo atribui uma marca tão específica que é ela (essa marca) que relativiza o lugar da criança. “No caso das crianças autistas, a gente trabalha muito mais com a construção dessa subjetividade”, diz uma das entrevistadas, e continua “[...] não deixar que a criança muitas vezes se utilize dos instrumentos autísticos, né, dos gestos autísticos, das retrações autísticas sem entrar em contato.”.

Outra delas diz: “[...] a maneira como eu posso olhar pra questão da subjetividade dela. A ideia de que eu tenho aí um instrumento que eu posso intervir em toda a questão pulsional, na construção do circuito pulsional.”

E também: “A cada vez que eu recebo uma demanda de atendimento de uma criança **assim.**”¹⁷.

Quando perguntamos se se lembra do primeiro ou dos primeiros atendimentos de crianças com autismo, uma psicanalista diz se lembrar e, quando vai falar dessas crianças, fala do que lhe chamava a atenção, que eram as “ilhas de inteligência”. Isto é, não eram propriamente as crianças, mas algo da teoria psicanalítica que dizia ver nelas: “[...] talvez o que mais impressionava era isso que, na época, a gente estudando Jerusalinsky, a gente via como as tais ilhas de inteligência”.

Ao terminar de falar sobre as ilhas de inteligência, ela cita um comportamento de uma criança que é imediatamente interpretado: a criança se entupia de comida para “tampar os buracos da angústia”.

A teoria acaba substituindo a criança quando, em outra situação, ela se dispõe a exemplificar com um caso e o faz tratando de um atendimento que não é dela, e sim de teóricos (por exemplo, Rosine Lefort).

Ao que tudo indica, o autismo é a instituição da criança; esse autismo da teoria aprendida e apreendida, que faz reconhecer a criança com o desenho e a forma “visíveis” dados pela psicanálise¹⁸.

É nessa condição que se afirmam **potências** para a criança com autismo no tratamento psicanalítico: **faz** escolhas, **faz** coisas (desenhos, por exemplo), **recusa-se** ativamente,

¹⁷ Grifo nosso.

¹⁸ Vide o item 2.2.1, “Psicanálise”, na seção anterior. O que lá se teoriza é aqui afirmado como se fosse o autismo da criança concreta com quem se está trabalhando.

estabelece uma **relação transferencial** com o analista, **possui brechas e aberturas** para o contato, **provoca** reações do analista: “[...] já teve momentos em que eu me incomodava com a recusa ativa.”. Faz **jogos corporais**, **quer** coisas — “ele não queria entrar [...] ele queria sair.” —, liga-se a ela — “[...] ela se ligou na minha presença.” —, **tem vias de contato** — “[...] tinha duas vias de contato. Uma que era andar, então ela topava andar, e nesse caminhar podia-se falar, podia-se cantar [...] e outra que eram determinados jogos com instrumentos mesmo.” — e **apresenta interesses**, ainda que a psicanalista não entenda os motivos: “[...] ela se interessou muito por essa mesinha, porque eu acho que refletia.”.

No mesmo discurso configuram-se as **não potências**: ela é aquela que **não faz** as coisas, que **faz coisas esquisitas**, que tem **precariedade na relação** com o outro, que **não é verbal**, que **precisa construir sua subjetividade**, que tem **gestos/movimentos repetitivos**: “[...] crianças que não faziam, que faziam coisas muito esquisitas [...]”; “[...] uma criança com pouco nível de resposta [...]”; “[...] crianças que tinham uma precariedade tão grande na relação [...]”.

Nesse circuito, para todas as entrevistadas, a criança com autismo é, no conjunto das relações do atendimento, aquela que se tem como possibilidade de perda para outro tipo de tratamento. “[...] tem essa questão do que um psicanalista pode fazer no tratamento de uma criança com autismo [...] quando você perde, perde não é um significante qualquer quando você perde para um trabalho comportamental.”

Esse trabalho comportamental para o qual se “perdem” crianças é motivo de oposições que serão destacadas mais adiante, no item sobre tratamento. Para o momento, importa que a possibilidade de outras modalidades de atendimento assinala uma vulnerabilidade da criança no lugar de paciente; elas não responderiam, com a psicanálise, à urgência da demanda dos pais. “[...] não trazer resultados imediatos; os pais buscam alternativas ‘mais objetivas’.”; “trabalhos menos significativos, de curto prazo, que geram resposta estereotipada, e fazem associações de aspectos conceituais sem contextualizar o sentido.”. Essa vulnerabilidade fica ampliada se considerarmos a idade em que o tratamento se inicia: “[...] tem casos de crianças maiores em que o trabalho vai ficando mais difícil.”.

Duas das entrevistadas, uma vez perguntadas, falaram sobre atendimentos específicos. Nesse caso, o paciente, a criança, a criança com autismo, é referida com singularidade. Assim como o é a própria relação que com ela se estabelece. É uma criança que tem nome, tem história, responde à psicanalista, cria vínculo. Ainda que sejam estas, potencializações do vínculo que o psicanalista estabelece com ela.

Trataremos desse aspecto de modo mais detalhado nos itens que se seguem.

A potência aparente do psicanalista

É difícil caracterizar o lugar que as psicanalistas se atribuem na entrevista com base na relação concreta delas com as crianças que elas atendem. Isso porque, mais do que as condições dessa relação concreta, a psicanálise como um campo teórico, como clínica, como forma de tratamento, tece o discurso do e sobre o atendimento. Na quase totalidade das falas, parece que as psicanalistas fazem o que fazem, são como são e alcançam o que alcançam plasmadas na psicanálise. Essa marca é mostrada mais diretamente quando as entrevistadas se referem ao que consideram ser o âmbito de seu trabalho: intervir no tempo da subjetividade e na construção do circuito pulsional. Uma delas afirma ser esse o olhar da psicanálise. Em geral, é nessas falas que elas indicam mais certeza sobre o alcance de seu trabalho e configuram para si um lugar de potência.

“São pessoas que repensam muito alguns modelos da psicanálise no trabalho com autismo, né, então mudam alguns paradigmas no sentido [...] da construção da subjetividade.”

“[...] entrar em contato com o que está se passando, com o que a gente imagina que possa estar se passando internamente com a criança. [...] É, a forma como a gente acolhe as famílias também, que é essencial pela angústia que eles vivem.”

“[...] o fato como a gente como terapeuta é um radar a partir do que a gente vai sentindo, podendo de alguma maneira mapear um pouco do que pode estar se passando ali com aquela criança.”

Então, tem todo um trabalho aí [...] vem toda a questão de uma frustração, de uma ferida narcísica muito grande, que precisa ser acolhida, porque se não puder se render a essa transferência, ela [a mãe] não deixa a criança [...] tem isso, né, a coisa se complica. Então tem que ser um trabalho junto, a gente precisa escutar os pais, não tem como não fazer isso.

Elas chamam a criança para o contato, posicionam-se a partir da abertura que esta sugere, mostram-se disponíveis e constroem caminhos de atendimento. Além disso, fazem tentativas de criar vínculo, entram em contato com o que imaginam que acontece com a criança e com o que ela sente, fazem interpretações e interrompem estereótipias.

“[...] Então essa formiguinha subia, fazia um percurso, e ele se colocava à espera disso. Então ele se oferecia para que fizesse isso. Então isso me faz entender que tem não só uma abertura, como um pedido dele.”

“Ele tinha muitas estereotípias, então qualquer objeto era pra girar, e aí eu vou vendo como é que esse girar pode ser quebrado.”

De forma mais sutil, uma das entrevistadas que não falou de atendimentos específicos, e que na maior parte da entrevista mostrou-se atenta aos embates entre a psicanálise e a análise do comportamento, refere-se com muita frequência a si no trabalho como “um psicanalista” ou “o psicanalista”. Ainda, respondia às solicitações da entrevistadora referindo-se, constantemente, a autores ou psicanalistas publicamente reconhecidos. Seu discurso, mais que os outros, se deixava atravessar pela psicanálise, por seus ditos, suas explicações e suas teorias, como substitutos de uma fala direta de sua clínica.

“[...] tem essa questão do que um psicanalista pode fazer no tratamento de uma criança com autismo.”

“[...] dificilmente a gente vai encontrar [...] uma criança sem nenhuma entrada, que não tenha nenhuma possibilidade de trabalho em psicanálise.”

A mesma profissional, quando perguntamos como é um atendimento, diz: “[...] eu atendo aqui no consultório, na minha sala. Tem casinha, tem tinta, tem um armário com poucos brinquedos.”. E quando perguntamos sobre a razão de serem poucos os brinquedos do consultório, ela apresenta em sua resposta motivos bem específicos, como “[...] tem isso em um texto da Dolto [...]”, até por motivos pessoais, como “[...] eu acho que acaba atrapalhando [...]”, passando por uma justificativa relacionada ao procedimento da psicanálise: “[...] é da clínica psicanalítica [...] o trabalho do analista é, basicamente, os materiais estão ali pra despertar algumas coisas, não são os materiais em si.”.

O interessante é notar que essa potência que a psicanálise confere ao trabalho do psicanalista sofre alterações no decorrer da entrevista. Os problemas do método psicanalítico (duração, atuação no âmbito da subjetividade) instrumentados pelas exigências dos pais e pelo tempo das mudanças das crianças com autismo, fazem com que invariavelmente as psicólogas se refiram a seu trabalho como sujeito a limitações às vezes intransponíveis. Certo desalento das psicólogas se deixa flagrar em um meio de caminho entre a psicanálise como método e as dificuldades delas na relação com a criança e com a família. Nesse ponto, Lídia e Ana chegam a se perguntar, inclusive, sobre a possibilidade de outros métodos serem mais adequados para o atendimento de algumas crianças. “Porque eu já vi crianças que eu tratei e que hoje [...] estão muito bem [...] e já vi crianças que não estão bem, entendeu? [...] E que aí, enfim, eu não sei muito aí a hora que a gente pensa, né, ‘será que um treinamento teria sido mais efetivo?’. Porque é óbvio a gente pensar nisso, né.”

[...] eu já trabalhei muito tempo com uma criança até que os pais pudessem chegar e trabalhar; e eu diria que já perdi casos que tem a ver com uma impossibilidade de ter conseguido manter com os pais uma possibilidade de falar do que é ter esse filho, de produzir, de se implicar de fato no que é ter um filho com essas dificuldades e poder falar disso sem se defender, sem se defender da dor que é ter **esse** filho.¹⁹

“Então, já vi crianças que, bom, quando eu digo que não tão bem, crianças que estão muito autistas, adolescentes muito autistas entendeu? E que aí, enfim, eu não sei muito [...]”

“[...] ainda que essa criança tenha uma questão orgânica, tenha uma síndrome, tenha outras coisas, eu sei que a minha intervenção pode ajudar.”

“[...] ‘mas escuta, os meninos da idade dele já falam!’. Então pra ela fica muito difícil escutar o ‘caiu’ quando ela está diante de meninos que já falam. E ela só olha pra lá, né, os meninos já falam e tal. Então tem todo um trabalho aí, ‘escuta, seu filho tá falando também, você não...’.”

[...] os pais estavam muito aflitos com o fato de ele ainda não desenvolver linguagem. Era um caso grave [...] ele estava com algumas estereotipias bem fortalecidas, mas a notícia que eu tenho é de que ele está conseguindo fazer algumas coisas mais treinado, mas eu não tenho notícias de que internamente muita coisa esteja se alterando.

[...] a mãe não está naquela coisa de que “eu preciso salvar meu filho autista agora”. Isso até eu acho que não é um trabalho da psicanálise, por exemplo, dizer pra ela “seu filho vai ser sempre assim”, porque do ponto de vista da psicanálise a gente não pode prever os desenvolvimentos emocionais. Mas, de outras abordagens que ela faz, que pelo contato com famílias ela tem uma “consciência realística” de que o filho dela é autista, e ela veio falando isso. E isso, de alguma maneira, colabora para que ela tente melhorar a situação dele e não fique negando. Eu estou achando muito legal esse trabalho em rede, assim, inclusive com outras abordagens conjuntamente.

É nesse contexto que vemos se desenhar, com algumas diferenças, a ação do psicanalista.

Em Ana, o ver, o olhar, dispõe o que a criança pode apresentar como condição de desenvolvimento. Inclusive, é assim que ela começa sua fala na entrevista, respondendo a pergunta “como é um atendimento seu com uma criança com autismo?”.

Depende da criança e do que ela me apresenta. Então, o que eu posso te dizer, primeiro é isso assim. Eu preciso vê-la e ver que brecha ela me dá. Se tem uma brecha no olhar, se tem uma brecha na escuta, se tem uma brecha... que abertura essa criança tem, né. E vou tentar me posicionar a partir da abertura que ela me der.

[...] eu estou pensando numa criança que eu atendo atualmente e que a brecha que ela me deu foi uma brincadeirinha que, ela se interessou muito por essa mesinha,

¹⁹ Grifo nosso.

então, é uma mesinha de vidro, ela se interessou muito por essa mesinha porque eu acho que refletia, né. Então eu tirei os objetos que tem aí e fiz uma formiguinha, e essa formiguinha andava por essa mesinha e subia nele. E isso foi, foi onde ele se ligou na minha presença, por exemplo. Então essa formiguinha subia, fazia um percurso, e ele se colocava à espera disso. Então ele se oferecia pra que eu fizesse isso. Então isso me faz entender que tem, não só uma abertura, como um pedido dele. Então era um caminho. Esse é um caminho que hoje, não faz muito tempo que eu estou atendendo essa criança, faz três, quatro meses, é um caminho que hoje ainda é o que abre e fecha as sessões dele.²⁰

Uma espécie de observação ativa, em um determinado momento, destaca o efeito, sobre ela, desse modo de se posicionar diante da criança. Trata-se de uma situação que ela chamou de “recusa ativa” de um paciente, funcionando como uma imposição à analista: “[...] eu me incomodava com a recusa ativa. Isso me incomodava porque eu demorei para entender que eu tinha que me retirar. Então, não adianta, dentro de uma recusa, eu me colocar e insistir em coisas que a criança não pode, que a criança não quer, que ela não suporta.”.

E é por ser uma recusa ativa, e não de retirada, que tem efeitos, que a incomoda, que faz com que ela reconheça que ela é que tem de se retirar.

Ao falar sobre seus primeiros atendimentos, notamos que é o estranhamento no que Ana vê que a mobiliza:

[...] e eu fui convidada a ver a cena [...] e eu me deparei com aquelas crianças que não faziam, que faziam coisas muito esquisitas, muito estranhas [...] eu achei aquelas crianças muito diferentes. E me chamou a atenção, então isso é o primeiro engate. Isso me fez voltar ali, isso me fez fazer perguntas, isso me fez querer trabalhar com aquilo.

E, nessa fala dela, a palavra “aquilo” parece preservar algo do estranhamento daquela cena...

É interessante notar que, ao perguntarmos sobre os primeiros atendimentos, Ana conta sobre o primeiro atendimento e depois sobre um marcante (“Então eu vou te contar do primeiro, e depois uma experiência marcante, no início.”), e nenhum deles ocorreu no *setting* da clínica, da sala de atendimento: “O primeiro foi em um encontro, [...] fui convidada a ver a cena, a entrar, [...] era um grupo que estava acontecendo, era uma proposta de um grupo terapêutico [...] e duas semanas depois estava ali como acompanhante terapêutica [...] saía com ela no *campus* da USP.”

²⁰ Partes desse extrato serão citadas em outros momentos, dada sua contundência como ocasião de análise.

Ana, no entanto, também faz interpretações quando considera o comportamento de espera da criança como um pedido, como é o caso da situação já relatada sobre o “menino da formiguinha”.

Esse trecho nos mostra, ainda, que, para Ana, a brecha abre um caminho, talvez o da possibilidade de trabalho, de tratamento. E não é um caminho que está pronto; esse caminho tem de ser refeito, reaberto e fechado a cada sessão. Ao menos é como se apropria dos termos “brecha” e “abertura” (também presentes no discurso de muitos outros psicanalistas) em seu trabalho, ao enunciá-los durante a entrevista.

Na análise do discurso de Ana, foi difícil separarmos trechos que se referissem estritamente ao paciente e estritamente à psicanalista. Isso se deveu, muito provavelmente, ao fato de Ana nos mostrar, desde o início da entrevista, que o atendimento dela dependia da criança: das brechas que ela poderia apresentar, do que via, da sua disponibilidade, enfim. Lugares que se podem constituir, em parte, na medida em que estão ali, disponíveis para serem constituídos. Ou, como Ana mesmo disse, “[...] eu aprendi a psicanálise tratando dessas crianças.”.

Em Lúcia, a ação do terapeuta é a de um radar que sente e mapeia o que pode estar se passando com a criança. Com falas mais genéricas do que Ana, se refere à compreensão do contato e do vínculo como sendo aquilo que mais gosta de fazer. Sempre como tentativa, como possibilidade apenas, como busca. E o privilégio é o ali: a situação concreta como exemplificação do que se estuda. Pela polifonia do texto, voltamos a citá-lo: “[...] o fato como a gente como terapeuta é um radar a partir do que a gente vai sentindo, podendo de alguma maneira mapear um pouco do que pode estar se passando ali com aquela criança.”.

Somente quando perguntada sobre uma situação significativa Lúcia descreve uma relação, forte, viva, entre um rapaz (que ela insiste em chamar de “criança”) e ela, a analista que se empolga, ri e se emociona. “[...] eu fiquei muito empolgada, eu fiquei muito emocionada de ele estar falando de uma coisa que a gente estava vivenciando. [...] quando eu fico emocionada, ou quando eu rio de alguma coisa, ele fala pra mim [...]”.

[...] é ali na situação com a criança [...] vai tentando compreender o que está se passando. [...] quando você tem alguma possibilidade de contato a partir de algo que acontece ali na sessão é muito gratificante. [...] ali, na hora que a gente está tendo um vínculo com a criança, né, está buscando um vínculo com a criança.

Como se não houvesse uma dimensão temporal tecendo a relação entre a analista e seu cliente na cena que descreve, a expectativa da família provoca uma tensão: a preocupação

com os resultados. Forçada por uma certa intolerância dos pais, a entrevistada parece jogada para fora dessa cena sem tempo e volta a se referir às oposições entre o atendimento do tipo que ela faz e outros que ela não nomeia mas sugere que sejam de curta duração e que façam treinamentos.

[...] o fato de não haver resultados imediatos dificulta o trabalho, né, ou faz às vezes com que as famílias se afastem ou busquem alternativas mais imediatas e mais objetivas, mas que nem sempre correspondem a uma mudança de estrutura interna, né. Então, nesse momento, eu acho que o nosso trabalho fica pouco reconhecido e fica também não interpretado com o benefício que ele poderia ter a longo prazo.

Em Silvia, podemos caracterizar uma psicanalista em defesa da psicanálise. A maior parte da entrevista é desenvolvida em torno das oposições entre essa orientação e especificamente a análise do comportamento. De certo modo, todos os outros personagens na cena clínica (família, pais, paciente) são mostrados pelas posições que ocupam nesse confronto. “[...] como o que acaba de acontecer na França, que já tem tão reconhecido o psicanalista nesse lugar, que é quando os psicanalistas vão falar sobre o que é o atendimento de autismo que dá pra fazer a hipótese que torna a coisa bizarra. Você chegou a ver o filme?”

Quer dizer, o que esses caras estão falando? Então, o que é o psicanalista falar da sua prática? O que é falar pra pais, quando vêm aqui, o que é o meu trabalho? Isso é difícil quando você sabe que vai ter gente que vai falar que tem métodos que vão habilitar, que vai falar em metas, em indicadores, efeitos. E quando esse trabalho, ainda que tenha a particularidade do autismo, é dentro da psicanálise, que é um campo em que se a gente estiver mobilizado em produzir efeitos a coisa já começa mal?

E, como já citamos anteriormente: “[...] tem essa questão do que um psicanalista pode fazer no tratamento de uma criança com autismo [...] quando você perde, perde não é um significativo qualquer quando você perde para um trabalho comportamental.”

[...] em princípio, é na relação com a criança que esses efeitos vão se construindo, na transferência. [...] tem uma resposta da escola, dos pais, mas isso para o psicanalista pode ser bastante duvidoso, porque o que é bom resultado pra escola e para os pais não necessariamente é o que é um bom resultado para uma análise.

A família: resistente oposição

A família figura no discurso dos psicanalistas, sempre, como parte do tratamento. É parte que **tem de** ser implicada para que o tratamento da criança tenha continuidade, para garantir que a criança chegue à terapia. A família **precisa** perceber a necessidade da análise,

porque é com ela que a criança vive. “Talvez a família fique mais mexida porque eu vou implicar a família, né. Então eu vou fazer a pergunta: ‘e você, o que você acha que tem a ver nessa história?’.” “[...] eu utilizo muitos recursos do trabalho com a interação e com o vínculo pais-criança. [...] Um trabalho preliminar prolongado que envolva bastante a família também e que facilite que a família veja a necessidade de um atendimento que trabalhe a nível dos vínculos, das relações [...]”.

Na contrapartida, a psicanalista figura como quem deve se encarregar da tarefa de fazer dos pais uma parte produtiva no atendimento da criança. Na relação com os familiares, é a analista que “pode” fazer isso. É ela que os implica, que os faz perceber a necessidade da análise, e, com isso, lança as bases de uma extensão dos benefícios do trabalho analítico para fora do consultório. “[...] e que ajude os pais a verem a criança e também a se sentirem contemplados no trabalho psicológico com a família, né, com eles, para eles poderem lidar com as ansiedades decorrentes do convívio com uma criança com pouco nível de resposta, como é o caso da criança autista.”

Por decorrência, vai nesse movimento uma dupla indicação: a de que os pais precisam ser educados e a de que, em princípio, fazem algum tipo de oposição. E é o manejo da transferência o recurso do método psicanalítico à disposição do analista/terapeuta para lhe render a possibilidade de competência nessa tarefa. “[...] porque se não puder se render a essa transferência, ela [a mãe] não deixa a criança [...] tem isso, né, a coisa se complica. Então tem que ser um trabalho junto, a gente precisa escutar os pais, não tem como não fazer isso.”

[...] muitas vezes o que eu vejo ela não vê, ou a maneira como eu vejo ela não enxerga, e às vezes ela esvazia o que eu vejo. Então eu tento trazer ela pro circuito pra que ela veja, pra que aquilo possa ser problematizado, pra que aquilo possa ser falado [...] Pra subjetivar minimamente alguma coisa do laço da criança com o outro ou da criança com ela própria.

Caso contrário, ou seja, nas situações em que a competência do analista não surte o efeito esperado ou quando, de seu lugar de clientela, os pais resistem à ação do analista, estes são apresentados como um dos maiores impedimentos ao sucesso do trabalho do trabalho psicanalítico. Por sua intolerância à lentidão do processo (da terapia?; da criança?). Por suas exigências de mais objetividade. Por sua pressão por resultados.

[...] o fato de não haver resultados imediatos dificulta o trabalho, né, ou faz às vezes com que as famílias se afastem ou busquem alternativas mais imediatas e mais objetivas, mas que nem sempre correspondem a uma mudança de estrutura interna,

né. Então, nesse momento, eu acho que o nosso trabalho fica pouco reconhecido e fica também não interpretado com o benefício que ele poderia ter a longo prazo.

Ana, diz: “[...] o contato com os pais é sempre uma grande questão.”, e “questão” é, em sua fala, um termo que nomeia “problema”, “dificuldade”.

O curioso é que não há, na fala das entrevistadas, menção a situações bem concretas e cotidianas que detalhem o modo como tais oposições operam o impedimento ao tratamento. Por exemplo, não falam concretamente como alguns pais poderiam, na relação com seus filhos, contribuir, até, para a lentidão do desenvolvimento da criança. Quando falam das “características pessoais” dos pais, normalmente se referem à genérica, teórica e psicanalítica afirmação de angústias, de feridas narcísicas, diante de um filho com autismo. Lidia e Silvia, respectivamente, afirmam: “[...] possibilidade de falar do que é ter esse filho, de produzir, de se implicar de fato no que é ter um filho com essas dificuldades e poder falar disso sem se defender, sem se defender da dor que é ter esse filho.” “[...] é essencial pela angústia que eles vivem [...]”.

Mais curioso, ainda, é a referência aos pais (mesmo que seja de um paciente a quem esteja se referindo especificamente) como “a família”. Essa nomeação indica tratar-se de uma relação **de instituição para instituição**; no caso, psicanálise *versus* família. A **família**, por suas decantadas resistências ao trabalho psicanalítico, conforme se concebe teoricamente, se opõe ao bem fazer da **ação** terapêutica. As citações anteriores indicam esse movimento do discurso.

Assim, fica sugerido, no decorrer das entrevistas, que essa família é menos uma aliada do tratamento psicanalítico de seus filhos do que da proposta de sucesso dos “treinamentos” que outras abordagens possam oferecer. As psicanalistas, em geral, acabam se vendo “batidas” nessa luta, em que o “adversário” exige aceleração do tempo nos resultados.

A (oni)presença da psicanálise: a singularidade do atendimento em risco

Pela abrangência do item de que ora tratamos, faremos em princípio uma apresentação do modo como figuram a psicanálise e o atendimento na fala das entrevistadas, descritivamente. Somente depois faremos os destaques analíticos.

A psicanálise aparece como um recurso de acesso à criança o qual permite ampliar as áreas saudáveis da personalidade e também como uma teoria composta por conceitos que, se (re)produzidos na relação terapeuta-paciente, promovem benefícios para a criança — o conceito de transferência, por exemplo. “[...] repensar um pouquinho a psicanálise em termos

de instrumentos técnicos que podem facilitar o acesso à criança autista.” “[...] a gente vai ampliar as áreas saudáveis da personalidade. A gente não vai eliminar núcleos autísticos, mas a gente vai permitir que esses núcleos convivam com outras áreas de desenvolvimento saudável e que esses núcleos não precisem ocupar toda a personalidade.” “[...] isso é muito interessante, e muito viva essa relação transferencial.” “[...] O que é poder deixar esse lugar e essa relação transferencial que teve tantos desdobramentos e que é muito particular?”

Chamou-nos a atenção o fato de em todas as entrevistas aparecer uma oposição na fala das entrevistadas entre a psicanálise e terapia comportamental. A referência à análise do comportamento foi na linha de ser um “treinamento”, de ser uma terapia mais fácil de se dizer e de fazer e que nem sempre corresponde “[...] a uma mudança da estrutura interna [...]”.

Em todas as entrevistas, o discurso das psicanalistas é permeado por termos psicanalíticos, sendo eles em sua maioria relacionados ao discurso lacaniano (tempo da constituição psíquica, laço, significantes, construção da subjetividade, tempo da subjetivação, circuito pulsional). Há citações que demonstram isso: “[...] a gente está trabalhando muito no sentido da construção da subjetividade, antecipação de uma situação de sujeito, muito mais do que desvelar algo inconsciente que estaria reprimido.” “[...] a maneira como eu posso olhar pra questão da subjetividade dela. A ideia de que eu tenho aí um instrumento que eu posso intervir em toda a questão pulsional, na construção do circuito pulsional.” “[...] isso muda o laço, então a família se espanta.”

Quando, especificamente, falam sobre o atendimento (e isso acontece de modo direto, quando as perguntamos como é o seu trabalho com crianças com autismo ou pedimos para contar sobre um atendimento em particular), as psicanalistas referem-se ao número de sessões na semana: quanto maior for, melhor o resultado. Também se referem à extensa duração do processo terapêutico, motivo que, segundo elas, leva os pais a procurarem tratamentos “mais objetivos” (conforme citações anteriores).

É interessante notar, entretanto, que os sujeitos do discurso mudam de forma quando as entrevistadas falam sobre um atendimento específico: os personagens terapeuta e paciente passam a ser “a gente”, “ele”, “ela”, “eu”.

“[...] no caso dessa criança, acho que a gente, que eu decidi começar a partir dela a encerrar. Mas acho que ela ficou vindo uns seis meses até a gente conseguir se despedir, eu dela e ela de mim, e talvez isso seja mais significativo, né?!”

“[...] eu fiquei muito empolgada, eu fiquei muito emocionada de ele estar falando de uma coisa que a gente estava vivenciando. [...] quando eu fico emocionada, ou quando eu rio de alguma coisa, ele fala pra mim [...]”

“[...] ela se interessou muito por essa mesinha [...] Então eu tirei os objetos que tem aí e fiz uma formiguinha, e essa formiguinha andava por essa mesinha e subia nele.”

É nesses momentos que a singularidade mostra a sua face no atendimento em psicanálise. Singularidade da criança, singularidade do analista, no exercício de lugares que potencializam os dois personagens na cena clínica. Como se pode notar nesses extratos, as falas posicionam esses personagens, atribuem-lhes variações de afeto e de pensamento, vivacidade, movimento em direção ao outro, ações/reações, que parecem dizer de uma relação bastante particular daquele analista com aquela criança/aquele paciente naquele momento, carreando suas histórias. Como dissemos no caso de Ana, porque uma era terapeuta e a outra, criança.

Esses traçados de singularidade surgem de forma irregular entre as entrevistas. Ana se diferencia das outras duas psicanalistas nesse aspecto. Várias vezes fala de seu trabalho de modo a marcar relações bastante singulares em sua clínica. Os pronomes pessoais “eu” e “ele”, como sujeitos das ações, atravessam todo o seu discurso. Ela se incomoda com “recusas ativas”, demora a entender certas coisas, percebe que não adianta insistir em determinadas ocasiões, refere-se a uma ou outra criança como “a gente”, ou “nós” (“[...] às vezes a gente parava e ela falava para fazer uma música [...]”). E será exatamente em sua fala, como apontamos, que a teoria psicanalítica entrará com mais sutileza e incisão como um discurso que subverte a singularidade. Um discurso que diz da criança, diz o que lhe falta, aponta para um horizonte de subjetividade a ser construída por aquela criança. Repetimos, para fins de esclarecimento, um dos extratos já citados.

[...] ele chorou um pouco, não queria entrar. [...] ele foi ali pra mesa, acredito eu que por causa do reflexo da imagem dele, e eu comecei a brincar, e ele entrou na hora nisso [...] rapidamente eu vi que ele não queria nada [brinquedos], a única coisa que ele tocou foi a formiguinha, então eu deixei. E aí ele pegou os objetos e foi girar [...] E eu fiquei aqui na minha cadeira. Hoje ele vem até mim e me chama. [...] Hoje ele já faz uma brincadeira de cadê/achou [...] já tem algo que lhe interessa.

Ainda, e com mais sutileza, pode-se notar que Ana, em outros momentos, funciona, com a psicanálise, como uma intérprete de desejos, intenções, atenções, carências e suficiências de sua paciente como uma criança com autismo. “[...] Então essa formiguinha

subia, fazia um percurso, e ele se colocava à espera disso. Então ele se oferecia para que fizesse isso. Então isso me faz entender que tem não só uma abertura, como um pedido dele.”

Essa discreta constituição psicanalítica do discurso de Ana torna-se uma indiscreta marca do discurso de Silvia, que, como já dissemos, com muita naturalidade fala psicanálise como se fosse indissociável da cena clínica concreta. Um exemplo disso surge quando perguntamos o motivo de serem poucos os brinquedos no consultório, uma vez que ela mencionou esse fato, e a resposta foi: “[...] tem isso em um texto da Dolto. [...] é da clínica psicanalítica [...] o trabalho do analista é, basicamente, os materiais estão ali para despertar algumas coisas, não são os materiais em si.”

Mesmo Lídia, que apresenta a psicanálise como um referencial para o seu trabalho, responde a primeira pergunta, sobre como é um atendimento dela, dizendo: “[...] eu trabalho com autismo, com referencial psicanalítico [...]”. O autismo e a psicanálise, em posições equilibradas, apresentam a quem não a conhece, como ela trabalha. Dispõe-se a repensar sua técnica, mas em toda a sua fala a psicanálise sempre aparece como uma questão em discussão, como um instrumento teórico que pode facilitar o acesso à criança autista. “[...] repensar um pouquinho a psicanálise em termos de instrumentos técnicos que podem facilitar o acesso à criança autista. [...] faço parte de um grupo que atende crianças autistas e discute a questão psicanalítica no atendimento ao autismo.”

De referencial como constituinte discreto ou como substituto indiscreto da atuação clínica concreta, a psicanálise assume, no dizer das psicanalistas, lugar de enunciação primeira, de discurso fundamental, que pode pôr em risco, na prática clínica, as singularidades das relações concretas com a criança e seu autismo.

4.2 O discurso das analistas do comportamento

Após uma árdua e insistente busca para encontrarmos psicólogos que trabalhassem com a análise do comportamento aplicada e que se dispusessem a dar entrevista para esta pesquisa, encontramos Elis, Renata e Ângela (nomes fictícios), que gentilmente o fizeram.

Renata, a primeira entrevistada, foi muito simpática comigo e rapidamente estabeleceu uma relação em que ela parecia me ensinar ao responder as perguntas da entrevista. De modo nitidamente didático, ela falava e fazia perguntas para iniciar o tema que viria a abordar de modo nitidamente didático. É interessante notar como o método com o qual ela trabalha envolve todo o seu discurso, sobrando pouco tempo e espaço para os demais analisadores.

Elis, por sua vez, estabeleceu comigo desde o primeiro contato uma relação entre iguais, inclusive no decorrer da entrevista, quando parecia ter cuidado ao falar de outras orientações para mim. Apresentou ainda um perfil diferente do das outras entrevistadas no que diz respeito a sua relação com o trabalho. A isso daremos destaque no decorrer da análise.

Ângela tentou garantir ao longo de toda a entrevista a supremacia da análise do comportamento. A relação com a entrevistadora foi marcada pelo uso constante do discurso indireto livre, um dispositivo da linguagem que insere o interlocutor nas ações daquele que lhe fala e, ao mesmo tempo, o indiscrimina.

Como no item “O discurso das psicanalistas”, os temas de análise foram organizados a partir da análise de cada uma das entrevistas. Em todas elas foi possível configurar o lugar do paciente, do analista do comportamento, da análise aplicada do comportamento, dos pais e do próprio atendimento. Vejamos a seguir de modo mais detalhado.

A supremacia do método

Exceção feita ao modo como Elis conduz suas respostas no conjunto de sua fala, o método da análise aplicada do comportamento (ABA, do inglês *applied behavior analysis*) é o que invariavelmente monta a cena do atendimento a pacientes com autismo: o cenário, o palco, os atores, o texto, o ritmo das falas, a expectativa de resultado ao final.

É logo na primeira pergunta, em que peço para que Renata conte como é um atendimento, que ela destaca o método. Ela começa e termina respondendo pela análise do comportamento e situa isso como sendo mais do que um atendimento clínico: “[...] um atendimento em análise do comportamento nunca é apenas um atendimento clínico [...]”.

A descrição do método é bem extensa, e em vários momentos este aparece como sujeito da frase, o que faz com que ele ganhe autonomia e vire uma entidade em seu discurso: “Ele tem várias especificidades.”.

As especificidades do método aparecem determinadas por uma “recomendação internacional para o trabalho em análise do comportamento”, que, embora seja externa à experiência concreta/empírica, é mencionada pela entrevistada em tom de valorização, como se ter e seguir essa recomendação internacional desse credibilidade ao seu trabalho.

A primeira referência que faz ao autismo também lhe é externa, vem de fora de sua experiência e de dentro de uma recomendação muito precisa e autorizada: “[...] a

recomendação internacional pro trabalho em análise do comportamento com uma criança diagnosticada com autismo é de 40 horas semanais nos dois primeiros anos.”.

A palavra “procedimento” surge associada a essas ações predeterminadas e exteriores ao atendimento que está sendo realizado, o que nos faz pensar que há uma anterioridade naturalizada, consentida e exigida do procedimento/método. “Sempre existe metas a se atingir e um registro que a gente usa constantemente pra guiar o terapeuta.”.

Seu discurso, pautado por termos como “meta”, “registro”, “fidedignidade” e “guia/direção”, aliado ao grande “número de horas de estimulação”, justifica o revesamento de terapeutas. O método garante, assim, a soberania do papel de terapeuta em detrimento das qualificações pessoais e das especificidades das relações. Isto é, as previsões exatas que asseguram o trabalho do terapeuta são também as que apagam sua presença como ator concreto guiado pela própria experiência de relação com a criança e pela reação desta, e isso atinge também a criança, que surge apenas como alvo certo, sondada em seu comportamento disruptivo, sem discurso e/ou experiência retroativa.

O trecho a seguir demonstra essa dispersão dos personagens da cena terapêutica e a concentração da força motriz nos procedimentos:

Então se essa criança puxar o cabelo, o que a gente faz? Se ela destruir o ambiente, o que a gente faz? Entendeu? Tanto por comportamentos mais disruptivos, existe uma preparação, uma análise funcional da função de cada comportamento que guia esse terapeuta, tá, quanto em termos de o que fazer para que a criança evolua. Sempre existe metas a se atingir, e um registro que a gente usa constantemente pra guiar o terapeuta, ou os terapeutas, no caso de acontecer um rodízio — porque, como o número de horas de estimulação é grande, muitas vezes tem rodízio de terapeuta. Então o registro é muito importante, tanto pela fidedignidade quanto pela possibilidade de várias pessoas e terapeutas atuarem juntos no caso.

O discurso de Ângela apresenta pontos comuns com o de Renata; no entanto, o primeiro tem um teor mais concreto, voltado para especificações dos efeitos de ensino e aprendizagem do método. Assim, respondendo a pergunta sobre o que mais chama a atenção no **seu** trabalho, a entrevistada elige a análise do comportamento como uma “tecnologia” que faz entender o que é comportamento, quais são as variáveis que nele interferem, quais são aquelas em que conseguirá produzir mudança e que garantirá um avanço rápido na aprendizagem.

O trecho a seguir, em poucas palavras, diz de seu entendimento sobre o que é a aprendizagem a que se visa: “[...] eu acho que essa situação de ensino [...] repetidamente você falou ‘faz igual, faz igual’, durante várias sessões, e aí você fala para ela e ela levanta a

mãozinha e faz igual; não tem dinheiro no mundo que pague. É ver a aprendizagem acontecer [...]”.

No momento em que se refere à orientação de pais, o método, em sua qualidade de ensino, é exemplarmente apresentado: “[...] se seu filho está chorando [...] ele está tentando chamar a sua atenção [...]” “[...] então, quando ele chorar, evita dar atenção a ele, saia de perto.” “[...] quando ele apontar, corre para dar atenção a ele [...]” “[...] aos pouquinhos, vamos ensinando outras formas de ele te chamar [...]” “[...] frustrar o seu filho pode contribuir imensamente com a aprendizagem dessa criança [...]”.

Assim: ensinar é reforçar, com atenção, comportamentos diferentes do chorar, que é dirigido a obtê-la. Chamar a atenção como explicação do comportamento e dar atenção como reforçamento são pressupostos teóricos que, naturalizados, constituem as verdades mais legitimadas nesse discurso. Eles se multiplicam com o mesmo reconhecimento e a mesma obviedade, naturalizadamente, em outro momento da entrevista, quando se trata da avaliação, do diagnóstico e dos procedimentos de atendimento:

[...] com os pais [...] o máximo possível de informações sobre a criança, especialmente de comportamentos
 [...] daí a gente começa com observações [...] tentando colher o máximo de informações possível sobre o comportamento dela: por que a criança se comporta?; diante do quê?; o que ela produz naquela situação? Pra gente pensar quais são as variáveis que controlam o comportamento.
 [...] se ela aprender a contar, é mais fácil do que se ficar chorando
 [...] então a gente começa a pensar que é uma criança que não tem habilidade; ela não sabe fazer as coisas. Aí a gente escolhe algumas habilidades [...] vamos quebrar as habilidades em pequenas habilidades e começar a ensinar do mais básico para o mais complicado [...]

Podemos identificar os extratos destacados para elucidar pressupostos como provenientes de um discurso teórico já formalizado, seja pela repetição de pesquisas e experimentos anteriores, seja por generalizações, ao ponto de alcançar esse estatuto de legitimidade no exercício concreto de atendimento.

Como corolário dessa aposta no método, a fala sobre as informações a respeito dos efeitos de seu trabalho indica uma certeza ímpar: não tem como não ter efeito! E essa certeza independe de características da criança. Basta a potência do procedimento: “[...] é impossível que não se veja o efeito no mundo [...] o efeito aparece necessariamente.”.

O discurso de Elis faz, nesse aspecto, um contraponto: o atendimento aparece desde o início referido a uma criança concreta, a um menino. No entanto, sua apresentação é

circunstanciada por tempos e espaços e pelos tipos de trabalho desenvolvidos com ele, e não especificamente pela maneira como faz seu atendimento:

[...] tá, eu vou falar do AT [acompanhamento terapêutico] [...] então todos os dias eu vou pra escola dele, e ele fica das oito e meia até meio-dia e meia na escola. Esse não é o período inteiro das crianças lá, né. [...] as crianças com 6 anos ficam até às três e meia, ele não, ele fica até meio-dia e meia por conta da terapia. Ele tem terapia comportamental todos os dias em casa, das duas às cinco. Então na verdade eu trabalho com ele cinco vezes por semana quatro horas, né, então ele tem 20 horas semanais de atendimento com AT na escola e 15 horas semanais de terapia.

As diferenças, no que tange à presença do método em sua fala, quando comparada à fala das outras profissionais acentuam-se no decorrer da entrevista. Ela usa termos da análise do comportamento de uma forma sempre implicada no cotidiano, de tal maneira que soa um discurso que não denuncia uma pertença teórica-metodológica (“estimar”, “discriminação”, “comportamento”). Em razão de referir-se a um acompanhamento terapêutico e não a um trabalho clínico? Não se sabe. Mas levanta-se a hipótese.

Para além disso, na pergunta sobre o que gosta e o que não gosta de fazer em seu trabalho, Elis afirma literalmente que não gosta de “[...] ter que dar esse puxão sempre; isso cansa um pouco.”. Quando pergunto o que seria o “puxão”, ela responde “[...] estimular para que a criança faça certo.”.

É ainda mais sugestiva a resposta que dá quando perguntamos sobre o que ela considera mais importante em seu trabalho. Ela diz ser esse um trabalho de **ajuda** que exige dela atenção para discriminar o que a criança **já** sabe fazer (e, se já sabe fazer, é porque tem condição de saber fazer) e não prejudicar o desenvolvimento da autonomia. Dessa forma, ajudar, prestar atenção e discriminar são exigências que o trabalho faz ao terapeuta, aqui posicionado em cena, ao menos aparentemente, sem a proteção do discurso do método.

Em outros momentos da entrevista, ainda, pode-se verificar essa espécie de descolamento entre ela e o método. É quando afirma o cansaço que provoca certo tipo de obrigação de “ter que” repetir certos procedimentos. Elis prefere ser natural.

Por exemplo, elogiar a criança quando você percebe que ela está num contexto de interação, num contexto supernatural com outro colega, e aí você vai lá e fica superfeliz pela criança e fala “é isso aí, muito bem, que legal que você está conversando com seu amigo, que legal que você está olhando no olho dele”, né. Isso tudo é muito legal. Agora, não sei, talvez, acho que, ter que dar esse puxão sempre, assim, isso cansa um pouco.

O mesmo ato atravessa uma espécie de interlocução com um crítico imaginário, com quem ela antecipa alguns dos possíveis ataques que os procedimentos da análise do comportamento poderiam sofrer:

E esse programa vai se modificar o tempo todo, porque cada criança é uma criança, né. Você não vai chegar com um, ao contrário do que muitas pessoas pensam, que trabalhar em mesinha é um negócio supersistemático, super-robotizado, que a criança vai virar um robô, que a gente vai tratar a criança igual cachorro porque vai dar bala e não sei o quê.

E contraria, categórica: “Não, não é isso [...]”. E flexibiliza o tipo de reforço a ser ministrado com especificidade para cada criança: “A depender da criança, você vai trabalhar com reforço primário. Outras crianças você não precisa.”.

E é nisso que acaba por manter a certeza de que o método pode ser bom para qualquer criança.

[...] eu acho que isso é uma coisa muito legal do nosso trabalho, assim, essa flexibilidade, sabe, de montar cada intervenção pra cada criança específica. Então não é um negócio congelado. E é de fato, de fato é sistemático, não a intervenção, não a relação terapeuta-cliente, isso não vai ser sistemático, vai ser o mais natural possível, mas a intervenção, em si, tem que ser sistemática, tem que ser categórica, né, senão não tem como você avaliar pra onde você está indo, qual a evolução daquela criança. [...] Ver o que a criança tem, ver o que ela não tem, ver o que ela deveria, onde ela talvez deveria estar pra, aonde as crianças da idade dela estão.

Com Elis, portanto, a supremacia do método não é uma decorrência necessária e linear de seus princípios. No campo da análise aplicada do comportamento, anuncia-se um movimento provocado por relevos de resistência.

A soberania do grupo

Uma marca destacável nos discursos das analistas do comportamento é a referência direta ou indireta ao trabalho em grupo (de profissionais de sua equipe). Para Renata, parece ser uma medida necessária, na medida em que afirma que não atende sozinha, e sim em conjunto/equipe, e essa postura da analista se mantém durante toda a entrevista.

Ângela, sobretudo, faz uso de “nós” ou “a gente” como sujeito da ação no lugar do terapeuta. Numa espécie de indiscriminação desse sujeito, faz a entrevistada mostrar-se uma espécie de porta-voz de uma comunidade discursiva enquanto fala de seu trabalho. É essa comunidade discursiva que ora aproxima e ora afasta a entrevistadora por meio do discurso

indireto livre, como mencionamos de início. Com o mesmo efeito de indiscriminação, o uso do pronome pessoal “você” envolve-a de forma ambígua, ou seja, igualmente indiscriminada em relação à entrevistada; no mesmo ato, um “a gente” a situa entre aqueles que autorizam um determinado procedimento: outros interlocutores, e não mais aquela que está à sua frente.

Um extrato é exemplar disso que afirmamos:

De forma geral, numa sala de atendimento com uma criança autista a gente evita que tenha muitos distratores, então normalmente a gente tem uma mesinha pra trabalhar, e... enfim, um armário fechado. O atendimento acontece também de forma [...] entre você e a criança e a gente tem um conjunto que a gente chama de “programas de ensino de determinadas habilidades” [...]

Há outros momentos em que o grupo aparece expressamente. É quando Ângela marca uma clara distinção entre ela, na posição de quem ensina a análise do comportamento, e outros, que aprendem. Nessas ocasiões, ela é categórica em suas exigências sobre os aprendizes. Citaremos, novamente, um trecho da entrevista que, mais do que outros, mostra a diferença da posição de Ângela quando ensina (e, nesse caso, parece autorizar os colegas de equipe) e quando fala como analista do comportamento (e, nesse caso, parece autorizada pelo método).

Eu oriento intervenção, na verdade. Eu faço, a gente trabalha muito em equipe dentro dessa abordagem, então eu pessoalmente já não atendo mais em casa, mas tenho equipes que atendem em casa, sim. [...] então várias vezes, quando os terapeutas que eu oriento falam pra mim “ah, ele está melhor”, “Está melhor como?”, “Ah, não sei, eu estou percebendo que ele está menos, que ele está fazendo menos estereotipia”. “Você registrou?”, “Não”, “Então registra. Você vai registrar quantas vezes ele fez na hora que você tava lá. Se fez 20 e agora dez, então melhorou. Agora, pela tua inferência, tanto pouco me diz”.

Renata, ao ser solicitada a falar de um atendimento específico, diz sobre o procedimento de que seu grupo faz uso e, ao falar da intervenção, diz sobre agentes intermediários, que são facilitadores das transposições entre o trabalho do analista para outros ambientes sociais.

Nesse pacote de intervenção, geralmente vai ter a intervenção individualizada de um terapeuta daqui, mas a gente precisa chegar na maximização desse número de horas [...] Então, muitas vezes nós vamos precisar de um AT na escola, pra ajudar essa criança a se engajar socialmente, academicamente, usando os mesmos recursos que em terapia a gente vê que funcionam.

Elis é uma analista do comportamento que faz acompanhamento terapêutico (AT) em escola. Portanto, em tese, faz parte desse grupo de agentes intermediários, de facilitadores, que transpõem o trabalho do analista em sua clínica para outros ambientes sociais. Sua entrevista, como ficará mais bem caracterizado na presente análise, traça caminhos e lugares bastante particulares para ela, como terapeuta. No que diz respeito à presença do “grupo” em seu trabalho, diferentemente de Ângela, fala mais na primeira pessoa do singular e estabelece rotas de aproximação e distanciamento em relação ao que se espera do analista do comportamento. O que nos chamou a atenção foi que apenas uma vez se referiu expressamente a uma espécie de retaguarda de equipe. Foi quando perguntamos de onde vêm as informações do efeito de seu trabalho:

[...] a gente trabalha numa equipe razoavelmente grande. Sou eu como AT e mais, com ele na casa. A gente faz os registros de todas as sessões, né, a gente segue, e então a gente tem os resultados, né, mas óbvios, assim, por conta disso, dos gráficos, da avaliação de cada programa que a gente aplica com ele, pela própria supervisão semanal que a gente tem. Então ela vai na escola, fica uma manhã inteira comigo, faz alguns vídeos, tira algumas fotos dele lá, avalia como estão as coisas, depois se reúne comigo e toda quarta-feira ela faz uma supervisão comigo. Então, eu aplico alguns programas, ela vê como ele está indo e aí depois passa o informe pelo computador.

Elis responde como se o grupo fizesse a ressonância dos efeitos do seu trabalho. Não necessariamente os pais, não necessariamente a própria criança. Há uma espécie de intercâmbio entre quem faz o trabalho terapêutico em casa e quem faz o acompanhamento na escola, uma supervisão e, de alguma forma, um registro de todos os trabalhos feitos com o menino. Há uma fala generalizada, como se se perdesse, nesse momento, a Elis da cena da frustração. Os procedimentos instituídos desse trabalho parecem diluir a densidade dos personagens e dos afetos em cena (frustração, cansaço, desânimo, surpresa, gostar e não gostar, por exemplo).

A potência do analista do comportamento: entre o método e o grupo

O título acima configura o lugar do analista do comportamento no contexto discursivo. Uma potência máxima é conferida à ação do analista, pelos recursos metodológicos de que faz uso; estes, como vimos anteriormente, “não têm como não funcionar”. Tal lugar é o de ações certeiras em direção a resultados bem-sucedidos, desde que se discipline o trabalho rigoroso

de planejar a intervenção, registrar comportamentos e avaliar resultados. Uma verdadeira rede tecnológica que envolve procedimentos, orientadores, orientados e registros, sempre registros.

Como veremos adiante, a relação do analista é, sobretudo, com o procedimento, a equipe e os comportamentos (de pais e crianças).

Sigamos com as demonstrações analíticas do que se afirmou neste item até o momento. O discurso de Renata é o que mais claramente desenha esse lugar e essa potência para o analista do comportamento; ela traz os elementos que, de uma forma ou de outra, atravessam a fala das outras duas entrevistadas. Começaremos, então, a análise de sua entrevista. Faremos, depois, alguns destaques, a título de complementação, de elementos que apareceram na entrevista com Ângela e, na sequência, traremos as diferenças que apareceram no discurso de Elis.

É na resposta à pergunta “**O que você mais gosta** de fazer no seu trabalho?” que Renata aparece diretamente implicada no que faz: planejar e entender o que é o reforço para aquela criança e, com isso, entender a demanda: “[...] eu gosto muito de poder entender a demanda que existe [...] então eu gosto muito de poder planejar o que intervir e muito, eu gosto de poder entender pra cada criança o que é esse reforço.”.

Em torno de suas ponderações sobre reforço, apresenta uma fala que ao mesmo tempo destaca movimentos e ações do terapeuta e a teoria do reforçador. Essa última aparece em seu discurso como uma antecipação, que exige o analista da decisão sobre o que fazer, sobre a mudança de orientação, sobre o próximo passo, deixando-lhe o encargo de determinar circunstancialmente o reforço. Isso é o que define o bom desempenho do analista. “[...] isso exige do terapeuta uma habilidade muito grande, uma visão teórica que você observa na prática, né, de forma muito contundente. Se você erra nisso, você não avança, a criança não avança. [...] você tem que testar o tempo inteiro o que é reforçador para aquela criança.”

O foco da observação, como visto no trecho anterior, é essa mobilidade do reforçador para o avanço do tratamento; avanço esse do terapeuta e da criança, justapostos. Ou, respeitando a ordem de apresentação dos sujeitos em sua fala, o avanço do terapeuta é diretamente responsável pelo avanço da criança. E esse avanço depende de um acerto: “o que é reforçador para aquela criança”. Essa afirmação é uma suposição teórica. Seu teste, ou melhor, o teste do reforçador específico, no caso de um atendimento, é que é atribuição concreta do terapeuta.

Observem-se dois aspectos: (1) ela falar, aqui, pelo discurso indireto livre, que move a generalização e a indiscriminação do sujeito que age, enuncia ou supõe, outorgando à fala um

caráter teórico; (2) esse modo de pensar presta-se a ser efetivado com qualquer criança, não há menção à especificidade daquela com autismo.

Renata dá um exemplo, e neste o que aparece é justamente um modo de pensar sobre o autismo pela lógica do reforçamento. Ao dizer que um dos tripés do diagnóstico é uma alteração sensorial, a entrevistada relaciona isso à recorrência dos comportamentos autoestimulatórios, os quais geram um reforçamento automático e, por isso, se colocam no lugar do reforçamento social, que não disporia de caráter apelativo tão forte.

[...] muitas vezes, não é que ela evita, é que ela tem tanto comportamento autoestimulatório, porque um dos tripés do diagnóstico é uma alteração sensorial do quadro, porque a criança faz muito comportamento autoestimulatório, que então, não é que ela repudia o contato social, é que ele não é tão forte sensorialmente, apelativo, quanto o reforçamento automático. Então a criança não procura.

A entrevistada se mostra, então, atraída pelo trabalho com a “criança autista” na medida em que pode planejar “[...] dar esse reforço arbitrário e junto colar o reforço social [...]”, para que possa, um dia, tirar o arbitrário para fazer valer somente o social. A cena que se constrói, assim, apresenta um terapeuta que opera as mudanças nos comportamentos das crianças com autismo em uma relação que admite um planejamento antecipadamente fadado a alterar qualquer comportamento, inclusive uma rota de reforçamento automático. Se bem planejado o procedimento, qualquer comportamento muda, e o analista é o artífice dessa mudança.

Se não destacamos outros extratos é para não nos repetirmos no teor das citações.

A pergunta sobre o que Renata menos gosta em seu trabalho, no entanto, parece desestabilizar um pouco essa ordem discursiva: menciona o atendimento a “crianças mais velhas”. Por quê? Porque elas têm comportamentos que não cedem a mudanças por ação de reforçamentos, como é o caso de crianças pequenas!

Chama a atenção que essa afirmação é constantemente negada pela entrevistada: “[...] não é que eu não goste [...]”, “[...] não é que eu repudie [...]”. E é nesse momento, que volta a usar, na entrevista, o pronome pessoal “eu” para se referir a si como sujeito da ação. Quase invariavelmente continua, como nas outras falas, a empregar o “nós” e o “você” (discurso indireto), de certo modo, indiferenciando-se no grupo de atores ou em relação à entrevistada. No plano do que é dito, aquilo de que não gosta é ter de ficar impedindo, barrando comportamentos disruptivos ao invés de “instalar” novos comportamentos.

[...] essa parte mais administrativa eu não gosto. Mas em relação ao atendimento mesmo, não é que eu repudie, não é que eu não goste, mas eu prefiro trabalhar com crianças pequenas, que estão assim, mais numa intervenção precoce. [...] muitas vezes nas crianças mais velhas, nos adolescentes, é muito difícil você alcançar uma mudança comportamental, porque os comportamentos estão instalados, cristalizados. [...] então você mais barra comportamentos, assim, fica lutando e ensinando as pessoas a manejar comportamentos muito disruptivos, muito difíceis, do que instalar novos.

Ainda, ela parece não sentir todo o alcance de ações corretivas que ela considera eficazes, como as de contenção, sem o apoio da legislação. É como se não pudesse avançar nos procedimentos e nas certezas atreladas a eles: “[...] você meio tem que ir fazendo conforme dá [...]”.

Os comportamentos de agressão, de autoagressão, né, lidar com estes comportamentos é muito difícil, e no Brasil nós ainda não temos uma legislação que fale “olha, você pode conter; você pode isso, você pode aquilo”. Na nossa clínica nós não temos essa estrutura. [...] A gente não tem essa capacitação enquanto Brasil, enquanto lei.

E, por fim, repete: “[...] eu tenho muita paixão em poder pegar uma criança pequena para que essa história não ocorra [...]”, indicando uma concepção de seu trabalho como prevenção, não só de tratamento, e também a extensão da potência dessa prevenção.

E Ângela?

L.G.: o que te leva a pensar que uma criança pode se beneficiar...

Â.: o que eu vejo. O resultado do trabalho. Só isso assim. Se falasse pra mim, se você, se eu lesse vários textos sobre o assunto, eu ia falar “nossa, parece mágica, né”. A hora que você vê no consultório a coisa acontecer você fala “não é mágica”. É isso, não é mágica porque a gente tem uma premissa de que o comportamento é controlado pelo ambiente, e é quase como um experimento em laboratório. Você coloca, você escolhe a variável que você quer manipular, e você escolhe o comportamento alvo que você quer mudar, e você mexeu na variável e o comportamento mudou, não tem, é visível entende? É um resultado, é empírico. Não tem, acho que a gente não infere nada. Eu acho que isso que é bonito, então várias vezes quando os terapeutas que eu oriento, então, por exemplo, eles falam pra mim “Ah, ele está melhor”, “Está melhor como?”, “Ah, não sei, eu estou percebendo que ele está menos, que ele está fazendo menos estereotipia”, “Você registrou?”, “Não”, “Então registra. Você vai registrar quantas vezes ele fez na hora que você tava lá. Se fez 20 e agora dez, então melhorou. Agora pela tua inferência, tanto pouco me diz”. Entende? Então, como é muito empírico, o resultado é dado que te mostra, não é alguém que te conta que é assim. Então é o resultado mesmo.

O extrato anterior apenas indiretamente traz o lugar do analista do comportamento; trata-se de um trabalho de orientação e supervisão que Ângela faz com outros profissionais. No entanto, ele é exemplar de toda a certeza que atravessa a entrevista no que diz respeito à

potência do método da análise do comportamento aplicada. Às vezes, inclusive, era quase impossível distinguir o que era uma confiança dela no próprio trabalho e o que era a certeza a respeito da eficácia da análise do comportamento. Uma indistinção que é prova da força da empiria. É interessante notar que ela acha isso “bonito”, e o desdobramento do bonito é uma fala peremptória que nega o valor de uma apreciação qualitativa, sem um registro numérico do dado empírico. Ângela, assim, nos permitiu construir uma cena analítica em que a terapeuta e seu paciente se postam como dois dados empíricos que fazem acontecer no consultório algo que parece uma bela mágica.

Como acontece com Renata, sua fala apresenta uma espécie de corte em seu tom direto e positivo, com palavras que têm uma sinonímia imediatamente compreensível, quando, ao falar sobre seu percurso no trabalho e sua formação, a entrevistada enuncia casualidades, incertezas, escolhas cujos motivos não conhece e, curiosamente, um apaixonamento. Termo esse, claro, avesso a qualquer precisão de sentido.

[...] aí eu me apaixonei, na verdade. Comecei a ver e tudo mais, achei muito bacana, eu nunca tinha visto, não tinha ideia do que era, e paralelamente a isso eu comecei a fazer especialização em análise do comportamento. Então de algum jeito eu me decidi, [então se você] me perguntar por que, eu não sei te responder.

Ao final da entrevista, ao “dizer sobre” o amanhã, Ângela volta a definir a posição do terapeuta como bom planejador, afirmando a importância de se ter “[...] novos terapeutas que sejam bons pensadores de intervenção [...]”. Mesmo depois, ao falar sobre as crianças nesse amanhã, o foco continua sendo a função que as intervenções devem cumprir, como: “[...] criar condições para que ela viva de uma forma independente e autônoma no mundo [...]” e “[...] as características dessa criança fazem com que ela não seja necessariamente apta a viver neste mundo que as pessoas com desenvolvimento que está na média vivem. Então, se ela não tem as características, a gente vai criar oportunidades para que ela tenha as características.”. O futuro, como o presente, garante visibilidade às intervenções e aos comportamentos.

Sem nenhuma função ligada à transmissão do método para outros profissionais, e mais diretamente voltada para a sua própria prática clínica e sua formação em análise do comportamento aplicada, Elis pontua o discurso dessa prática com algumas notas dissonantes.

Ela fala do analista do comportamento ocupando o lugar de acompanhante terapêutico e, quando nos conta sobre esse lugar, sem propriamente usar a palavra “observação” ou “capacidade”, descreve cenas em que coloca os adultos (ela e os pais) com a função primeira

de acompanhar, observando o que uma criança **já pode fazer** (capacidades), no sentido de procurar desenvolver comportamentos novos.

[...] eu acho que o mais importante é você conseguir dosar o nível de ajuda que você dá pra criança, né, se é uma ajuda total, se é uma ajuda parcial ou se você exige um comportamento independente daquela criança, como por exemplo, na hora de fazer xixi abaixar o *shorts* sozinho. É, não sei, acho que conseguir ter essa discriminação, sabe, o que a criança já consegue fazer sozinho, o que ela precisa de pouca ajuda e no que ela precisa de muita ajuda. Porque de repente você está dando muita ajuda pra um comportamento que ela já consegue fazer. Então daí você está indo totalmente contra a maré, porque não está desenvolvendo a autonomia da criança, né, na verdade você está fazendo por ela.

Os termos do seu discurso e a proposta de ação indicam um terapeuta-acompanhante que tem um olhar voltado para uma criança e para as dificuldades e as qualidades muito específicas dela, concretas, voltadas para o cotidiano, de um modo harmônico. Então, a questão dos comportamentos a serem reforçados ou extintos é tratada em uma linguagem muito colada ao cotidiano. A fala de Elis parece um desvio no discurso teórico das outras entrevistadas; e um desvio que traz, para a entrevistadora, uma criança concreta de volta.

Esse modo de se ver no trabalho parece fazê-la se surpreender e fazer eco a certas respostas do paciente:

“olha pra ele, e dá a mão pra ele, vai pra fila...”, né. Por exemplo, todas as crianças estão sentadas, na frente da lousa, no chão, e aí o professor dá a instrução pra todo mundo ir pra porta e fazer a fila pra ir pro *playground* e ele não segue a instrução. Quer dizer, ele ouviu, porque ele tem um nível superbom de audição e compreensão cognitiva, mas ele está lá no mundo dele, a fim de ficar sentado no chão. E aí você fala uma, você fala duas, fala três, e não levanta... Isso eu acho que dá um desgaste, assim, pra gente, porque você fala “eu tô aqui... o que acontece que a criança não entra?”. Parece que tem uma barreira, sabe, e isso é um pouco chato. Mas aí chega no dia seguinte e você vê que um coleguinha está lá falando “vamos, vamos, levanta”. E já está lá ele e o próprio coleguinha pegando na mão dele e levando pra fila, e a criança respondeu de primeira, isso é muito bom, muito bom.

Para Elis, “ter que” repetir certos procedimentos sem acusar o impacto que isso provoca no acompanhante, ainda que ela não afirme de onde vem essa “obrigação”, é o que cansa. E é justamente nesse estado que ela ainda pode reconhecer que um coleguinha da criança pode fazer melhor do que ela.

O terapeuta e seus planejamentos, portanto, sofrem limites impostos pelo cansaço, pelo paciente, pelos outros pares da criança. O que chama a atenção é que tudo isso compõe o lugar do terapeuta; não há erro ou acerto, tudo isso faz parte.

Em Elis, as incertezas parecem ter um lugar.

A criança na dispersão de comportamentos e variáveis

Dentre as entrevistadas da análise do comportamento, foi também Elis quem falou da criança de uma maneira diferente. E os mesmos extratos que destacam o lugar do terapeuta se prestam a configurar o lugar desse outro personagem em cena: insistente, resistente, cognitivamente competente, desafiador, intencional, desanimadoramente renitente, mas alguém que precisa de ajuda. E de atenção constante a seus avanços e suas dificuldades para que possa se desenvolver. Uma criança que aparece como capaz de respostas e não só de repetições sob comandos e aprendizagens planejadas.

Essas são as imagens que se podem configurar, sobretudo, com base nas situações-exemplo que Elis nos apresentou. Daremos destaque a alguns fragmentos de sua fala:

[...] ele ouviu, porque ele tem um nível superbom de audição e compreensão cognitiva
 [...] ele está lá a fim de ficar sentado no chão, [...] e ele não levanta, né?! Parece que tem uma barreira, sabe, e isso é um pouco chato [...] dá um desgaste
 [...] respondeu de primeira
 [...] o que a criança já consegue fazer sozinho, o que ela precisa de pouca ajuda, e no que ela precisa de muita ajuda.
 [...] a eloquência dele não é das melhores. Você consegue entender, mas às vezes é difícil.
 [...] na hora que a empregada viesse trazer o lanche dele da tarde, que coincide no meio da terapia, que a gente proporcionasse uma interação entre ele e ela e que fosse mais adequada, sabe? Que ele pedisse as coisas, que ela exigisse também que ele falasse algumas coisas, e não que somente ela viesse, entregasse e fosse embora.
 [...] a gente vai olhar para o repertório que aquela criança já tem

Esse último extrato já introduz uma característica que equipara a imagem da criança nessa e nas outras entrevistas. É interessante notar que a criança aí referida assume uma conotação genérica e, em que pese às suas competências, vai ocupar um lugar na cena do atendimento diverso daquele que vínhamos demarcando. Agora, ela é alvo da ação do método e todos os seus procedimentos e deixa de produzir a tensão (por resistência, renitência, respostas inesperadas, entre outros motivos) que apontamos no início deste item.

Esse personagem-paciente pode ser mais bem delineado no item “A supremacia do método”. Não nos repetiremos aqui.

Esse último perfil da criança com autismo é o que mais se configura no discurso das outras duas entrevistadas.

A “criança autista” aparece no discurso de Renata como alguém que não aprende, não generaliza; que precisa repetir muitas vezes para conseguir generalizar; que não imita; que não tem comportamento verbal sofisticado; que tem déficits sociais e de aprendizagem. E, para isso, precisa dos agentes de generalização, para transpor a aprendizagem de um ambiente para outro — por exemplo, da situação clínica para a social ou a acadêmica. “Porque a criança autista precisa de treino para aprender, muito treino. E ela precisa de agentes de generalização, ela não generaliza sozinha. O comportamento verbal dela não é sofisticado a esse ponto, ela tem muitos déficits sociais, de imitação, de aprendizagem.”

Inclusive, a criança passa por avaliações que foram desenvolvidas pela clínica e por observações em três ambientes diferentes, mas de modo a dar conta de um campo de impedimentos, e não propriamente de possibilidades: “[...] tento ver um pouco o horário de almoço ou de dormir se a família já falou que esse é o problema, ou de treino de toalete se a família já falou que esse é o problema.”.

E, como aparece na parte sobre o método, não se escapa, na caracterização desse lugar, da anterioridade dos pressupostos: a criança é alvo das ações que vêm de fora do tratamento especificamente planejado para ela. Tais ações são as de ensino e de habilitação social, verbal e acadêmica.

Ainda, a individualidade da criança aparece como especificidade do que lhe é reforçador. E é a formação teórica e experimental do terapeuta que permite encontrar esse reforçador individual. “[...] o grande diferencial é o analista do comportamento que tem formação teórica e experimental conseguir entender e olhar pro evento reforço, o que é reforçador individual para cada criança.”

Ou seja, adulto/terapeuta é quem produz os limites da individualidade ao poder “[...] olhar pro evento reforço [...]”.

Para além dessa individualidade constituída pelo olhar “bem-formado” do analista do comportamento (em sua própria formação, portanto fora da relação concreta com a criança), a criança com autismo é ainda “olhada”; mas, novamente, não pelo olhar da observação direta, mas o da consulta aos registros de dados.

Nós coletamos dados o tempo todo, então, a cada reunião [...] a gente nunca faz sem olhar os dados. Então, cada criança tem a sua pasta, e a gente olha os dados não apenas para ver as evoluções [...] também as nossas mudanças terapêuticas acontecem em função do que não dá certo, e o que mostra pra gente é o registro. [...] Também nós temos uma literatura muito extensa, nós temos *papers*, *journals* da área de análise do comportamento e da análise de comportamento com autismo o tempo todo sendo publicados, dissertações [...] por isso que, assim, a Associação de

Psiquiatria Americana, principalmente, né, diz que esse é o único tratamento que tem eficácia científica.

E assim caminhamos em direção a Ângela e ao lugar que ela atribui à criança no atendimento.

Em seu discurso, a condução do procedimento é soberana, tanto que o complemento nominal “com autismo” parece acrescentar pouco, tanto à criança, por ter alguma especificidade, quanto aos procedimentos. Os extratos que seguem os próximos comentários analíticos demonstrarão essa afirmativa.

Uma decorrência dessa importância dos procedimentos e dos pressupostos que os justificam é que é neles que se desenha a criança em análise do comportamento: aquela criança/habilidade/ comportamento/variável que é até referida como quem pode aprender, produzir, desenvolver novos movimentos, seguir regras com base em um registro inicial. Aliás, a partir de certo ponto do atendimento, ela é esse registro; ou melhor, de certa forma, pode ter seu desenvolvimento substituído (visível unicamente) pelos dados de registro, tamanha a transparência e a coincidência afirmada entre o dado registrado e o desempenho da criança.

Daí na hora que a gente percebe que a criança — o dado mostra pra gente, né —, que a criança está respondendo sem ajuda, então pronto, então ela aprendeu esta habilidade. Então agora eu vou pra próxima, pra próxima, pra próxima. E junto com isso a gente pensa num plano de intervenção também pra casa e pra escola. Então não adianta, que é aquilo que eu já falei, não adianta a criança seguir regra comigo e não seguir regra na escola. Então a gente diz “olha, ela está seguindo regras mais ou menos desse jeito, estas regras ela já tá sabendo seguir”.

Cumpramos indicar que essa fala foi a resposta da entrevistada à questão sobre um atendimento específico: pedimos para que contasse como teria sido desde o contato com os pais até a sessão com a criança. Como se pode notar, a criança citada é aquela genérica, desde como relatada pelos pais até como registrada em uma base de dados. Falada ou fixada em um dado, observada em seu comportamento e ensinada na aquisição de novas ações, essa criança não dirige palavra, não inicia comunicação, não dispara por si ou de si um desenvolvimento social/afetivo/relacional, e é essa a criança sujeito desse discurso. Ou seja, esse é o lugar que o discurso da análise do comportamento, nas entrevistas, delineia para ela.

Nesse momento da entrevista (embora a criança com autismo seja afirmada como diferente de uma criança com desenvolvimento típico) o planejamento da intervenção garante a mudança do comportamento e, se necessário, sua erradicação; daí as condições de

generalização. Tudo isso é tido como efeito da ação do terapeuta. Como se verá em um dos extratos que se seguem (o segundo), a criança se dispersa na fala da psicóloga, em repetições e contagens de um comportamento as quais visam à efetividade, para além da eficácia da intervenção. E, nisso, não se mostra qualquer intencionalidade de anular a criança por parte da terapeuta. Tudo parece ser questão de ter um olho no alvo e outro no procedimento que habilite chegar lá. Tudo parece ser uma questão de creditar a força da ação para a mudança e pronto!

[...] Com a criança autista é diferente. A tendência é que, se ela tem uma forma de aprender que aprender diante desse contexto vai fazer com que ela emita essa resposta só diante daquele contexto. Se você não planeja, ela não vai emitir em novos contextos.

[...] Aí você registra lá e fala “olha ela batia 20 vezes, 100 vezes a mão na cabeça, agora ela bate 8”. Melhorou? Melhorou. Está bom? Não! Ela bate a mão na cabeça. Aquilo que era algo relevante na vida dela, é danoso, continua existindo, e a tua intervenção está sendo efetiva? Ela está sendo eficaz, mas efetiva talvez não. Por quê? Porque não mudou completamente. Então aí a gente vai pensar em procedimentos pra ajudar a mudar completamente.

Destacamos que na resposta à pergunta “O que mais chama a sua atenção no seu trabalho?”, Ângela usa uma vez apenas a palavra “criança”, seis vezes a palavra “comportamento”, acompanhada de três vezes a palavra “variáveis”.

Acho que a análise do comportamento faz uma contribuição que é imensa pro tratamento, que é a forma como a gente entende comportamento. A partir desse discurso a gente consegue perceber quais são as variáveis que interferem no comportamento e em quantas variáveis a gente consegue produzir mudanças. Como a gente pega crianças muitas vezes muito novas e com um repertório muito restrito de comportamento, ou seja, quando ela chega aqui e a gente começa a ensinar e a ver um avanço gigante na aprendizagem de novos comportamentos de uma forma muito rápida.

Esse destaque apenas ilustra o que acontece na fala das analistas do comportamento: a ação do terapeuta, dos procedimentos, do método, enfim, é sobre o comportamento, ou um conjunto de comportamentos; da mesma forma é à sua mudança que se visa, como resultado do trabalho.

Assim, a criança, inclusive aquela com autismo, pode ser pensada pela presente análise como uma dispersão em habilidades, comportamentos e variáveis. Uma dispersão que tem seus contornos nos procedimentos de avaliação e programas para a aprendizagem.

Os pais: o paradoxo

Os pais fazem parte dos contextos a que visa a ação do terapeuta. Invariavelmente surgem como figuras que dificultam o tratamento, mas que também podem apresentar atitudes de colaboração, aceitação e retorno. Renata, inclusive, fala sobre dois tipos de pais, os que “compram o tratamento” e os que “não compram”, e para isso dá o exemplo de uma mãe que: descobre o autismo da criança; chega até a clínica; remaneja estereotípias com brincadeiras e leveza; e ainda “[...] ela ajudava a gente a organizar os dados, a fazer os gráficos. Quando a gente chegava estava tudo pronto. Ela entendia os profissionais, tinha cuidado, ia até a escola [...]”. E contrapõe a essa mãe “[...] outros casos que doem [...] que a criança tem um potencial grande, que os profissionais querem fazer muita coisa, mas que a família não compra o tratamento [...]”. Esses outros pais são pais genéricos, não aparecem em nenhum exemplo específico. Eles são aqueles que se frustram quando entram para desenvolver o programa de bloquear estereotípias, de ensinar a comer com talher, pegar no lápis e a imitar. “Então assim, não admitem o diagnóstico [...]”.

De maneira geral, há sempre referência aos pais em situações com resultados positivos, o que implica a extensão da análise do comportamento aplicada e seus procedimentos de acompanhamento, avaliação e registro para além do atendimento da criança. Familiares, babás, cuidadores e outros funcionários são alvo de treinamento, orientação e acompanhamento, e, se por um lado causa certa surpresa a linearidade de resultados positivos, sugerindo uma única saída em benefício da aprendizagem e da regularização dos comportamentos da criança com autismo, por outro os pais fazem parte do cenário da modificação, ainda como que alvo de um olhar que vem de fora, que observa e registra a conspicuidade do comportamento, age sobre ele e lhe atribui todos os sentidos, as exigências e as necessidades de ocorrência.

Assim, os pais são uma extensão do lugar do terapeuta e da criança ao mesmo tempo; eles ocupam um lugar paradoxal. Por um lado eles são treinados, orientados, aprendem coisas, por outro eles é que vão garantir a generalização dos comportamentos da criança.

“[...] os pais muitas vezes são treinados. Os pais precisam saber de todo o programa porque eles precisam, mesmo que eles não vão multiplicar formalmente esses procedimentos, eles precisam saber o que fazer.”

[...] a gente orienta paralelamente a babá, pais e afins, quem estiver com a criança. Ou não. Ou a gente coloca a babá dentro de sessão pra aprender. [...] Então, assim, “ah, eu vou colocar a criança pra comer, então deixa eu te mostrar como é que eu faço”, ou então na hora que a criança fizer xixi no chão eu falo “não, deixa que ela vai limpar”.

“[...] a gente também tem um super *feedback* da família.”

5 DA CRIANÇA AO TRATAMENTO, LUGARES NA CENA DO AUTISMO

Feita a análise do discurso das psicanalistas e das analistas do comportamento, podemos, agora, dar início à discussão. Para tanto, dividimos esta seção em duas partes.

Na primeira delas apresentaremos as semelhanças e as diferenças entre o discurso da psicanálise e o da análise do comportamento aplicada; como veremos a seguir, em alguns momentos há apenas uma linha muito tênue que separa um discurso de outro, chegando quase a não existir, e em outros a diferença entre eles aparece de forma categórica, não deixando dúvida quanto aos pressupostos e aos princípios de que partem.

Na segunda parte, faremos uma análise da psicanálise e da análise do comportamento aplicada como instituições, ou melhor, como práticas institucionais de tratamento de crianças com autismo.

Essa ordem/divisão, pela análise do *corpus* discursivo, foi a que melhor nos permitiu justificar o estudo que fizemos, do modo como o fizemos, em um área que demanda ainda tantas respostas sobre a questão (do autismo) em si.

Deixamos para as considerações finais a afirmação do âmbito de positividade de nossa pesquisa — isto é, de que maneira ela pode contribuir para as respostas ao bem daqueles que as demandam.

5.1 “TUDO O QUE É SÓLIDO SE DESMANCHA NO AR”²¹

Começaremos pelas diferenças entre os discursos das duas formas de tratamento, uma vez que são mais recorrentes do que as semelhanças, e também mais visíveis.

Durante as entrevistas, as psicanalistas mostraram ter em mim uma interlocutora; faziam-me perguntas, queriam saber se estavam respondendo ao que fora perguntado, se estavam sendo claras. Das entrevistadas da análise do comportamento, apenas uma, Elis, teve a mesma atenção e mostrou diretamente que notava minha presença. Curiosamente, era a que tinha um discurso mais cotidiano, do senso comum, e menos preche do método. Uma hipótese, apoiada nessa variação apresentada pela análise do discurso de Elis, é de que o discurso do método é imperioso na determinação da atenção do terapeuta, inclusive quando ele está na condição de entrevistado.

²¹ K. Marx (1956), em agradecimento pela propriedade da nomeação.

Como pudemos acompanhar na análise, as psicanalistas fundamentam a psicanálise e os procedimentos desta em autores de referência e em casos desses autores e delas mesmas, o que não ocorre no discurso das analistas do comportamento. A análise do comportamento aplicada é determinada e tem procedimentos garantidos por uma “recomendação internacional para o trabalho em análise do comportamento”, o que oferece uma retaguarda ao método e, conseqüentemente, faz com que este seja creditado como mais potente. Então, embora as psicanalistas tenham seu discurso superposto pela psicanálise ao citarem autores, conceitos e termos específicos, é no discurso das analistas do comportamento que o ABA figura como uma entidade. E isso nos leva a pensar que talvez esse fato contribua para que as analistas falem com tanta certeza e façam afirmações categóricas quanto aos efeitos da terapia, o que não ocorre na fala das psicanalistas.

Assim, no discurso das analistas do comportamento, o método ocupa um lugar de extrema potência. E elas, como porta-vozes dele, ungidas por ele e pela equipe de trabalho, operam mudanças no comportamento da criança em uma relação que permite um planejamento antecipadamente fadado a alterar qualquer rota de comportamento.

Essa se mostra, portanto, uma fortíssima comunidade discursiva²², no dizer de Maingueneau (1989) e Foucault (1996), apoiada na competência dos procedimentos de uma disciplina rigorosamente regrada e exercida (FOUCAULT, 1996).

Os comportamentos que precisam ser trabalhados com as crianças são identificados, pela análise do comportamento, por meio de observações nos ambientes que elas mais frequentam (em casa e na escola, por exemplo) e pelas avaliações dos programas postos em prática com elas. Já na psicanálise, o foco do tratamento é apresentado como sendo o vínculo, a construção da subjetividade e do circuito pulsional; de certo modo, como se esses termos tivessem a concretude, a materialidade do comportamento observável. Não se trata, no entanto, de observar a criança e, com base no observado, desenvolver o trabalho; há pressupostos que direcionam o trabalho psicanalítico de volta para eles, ou para as crianças que eles configuram. Tais pressupostos é que ganham a visibilidade, a tangibilidade e a exterioridade equivalente ao comportamento observado.

²² Comunidade discursiva, como Maingueneau (1989 , p. 56): “[...] o grupo ou a organização de grupos no interior dos quais são produzidos, gerados os textos que dependem da formação discursiva.”. Em Foucault (1996, p. 39), as sociedades discursivas são formas de circulação de certa ordem do discurso “[...] cuja função é conservar ou produzir discursos, mas para fazê-los circular em um espaço fechado, distribuí-los somente segundo regras estritas, sem que seus detentores sejam despossuídos por essa distribuição”. É um procedimento que permite o controle dos discursos, determinando as condições de seu funcionamento, impondo, aos indivíduos que pronunciam, certo número de regras e, assim, não permitindo que todo mundo tenha acesso a eles: “[...] ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo.” (FOUCAULT, 1996, p. 37).

Desse modo, as psicanalistas observam o autismo da teoria aprendida e apreendida — o qual assume formas visíveis que se desenham — menos no comportamento e mais no pressuposto. O que não acontece com as analistas do comportamento, que falam mais de criança e de comportamento do que de autismo, prevalecendo a potência da ação planejada, do procedimento metodológico, que age sobre comportamentos, de maneira geral. Outra vez, a ordem do discurso é a da disciplina, a do procedimento, que vai controlar o acaso e dar a certeza do resultado (FOUCAULT, 1996).

Na psicanálise a criança fica encoberta pelo autismo e por seus pressupostos, e na análise do comportamento o autismo e a criança (que é uma criança genérica em termos de procedimentos) ficam encobertos pelos procedimentos e pelos registros. Então, se na psicanálise o autismo é a instituição da criança, na análise do comportamento a instituição é o próprio procedimento/registro.

Outra diferença que pudemos notar com a análise foi que na análise do comportamento a individualidade da criança aparece no que lhe é reforçador e, com isso, quem produz os limites da individualidade, ao poder “olhar para o evento reforço”, é a analista. Na psicanálise, a individualidade da criança e seus limites se mostram na relação com a psicanalista.

Em ambas as formas de tratamento é feita uma observação da criança, mas, além do que é observável (ainda que as psicanalistas não se deem conta disso), a finalidade dessa observação é que é diferente. As analistas do comportamento observam com a finalidade última de verificar a mobilidade do reforçador para o avanço do tratamento, isto é, para a modificação do comportamento. As psicanalistas observam para se posicionarem diante da criança, fazerem interpretações, construírem um vínculo, fazerem contato (assim o dizem, sem se dizer da determinação que os pressupostos teóricos exercem na definição de cada um desses termos: interpretação, vínculo, contato).

Outro ponto a ser destacado são os limites que as profissionais apontam na forma de tratamento com que trabalham. Os limites da psicanálise aparecem sempre instrumentados pelas exigências dos pais em relação à frequência e à duração do tratamento, o que faz com que essa abordagem fique, de acordo com as psicanalistas, em constante risco de ataque em relação ao método da análise do comportamento aplicada. Em compensação, as analistas do comportamento não apresentam limites para o método, dando a entender que fora do método não há potência possível. O que dificulta o método, segundo elas, é algo que está fora dele,

como a criança com idade avançada para o início do tratamento; o erro devido a algum mau planejamento de procedimentos e/ou registros, por exemplo.

Em relação aos pais das crianças com autismo, as duas formas de tratamento apresentam semelhanças e diferenças. Tanto a análise do comportamento como a psicanálise se colocam como tarefa fazer dos pais uma parte produtiva no atendimento da criança e consideram que eles precisam ser educados. Nas duas formas de tratamento os pais a princípio fazem oposições. A diferença é que o meio que a psicanálise tem para agir sobre essa oposição é um genérico manejo da transferência, enquanto a análise do comportamento se dispõe a ensinar com os mesmos recursos que ensinam as crianças — buscando generalizar o trabalho feito pelo terapeuta com as crianças com autismo —, apresentando objetividade declarada e promessa de resultados rápidos. Inclusive, nas análises que pudemos caracterizar, os pais ocupam, no discurso das terapeutas da análise do comportamento, um lugar de extensão da criança e do terapeuta; portanto, um lugar sede e alvo do ensino que faz avançar a melhora das crianças.

Passaremos agora para as semelhanças entre as formas de tratamento, que, embora sejam poucas, não são menos importantes.

A primeira delas é que nos dois discursos as “crianças maiores” (nenhuma das entrevistadas especificou a idade) aparecem como aquelas com as quais é mais difícil de se trabalhar.

Outra semelhança se verifica quando a criança oferece algum tipo de oposição ou resistência — nomeada seja de “recusa ativa”, seja de “comportamento de esquiva” — que promove uma mudança no comportamento da psicanalista e da analista do comportamento. Ou seja, chama a atenção que é na resistência que o jogo de forças se desequilibra e o vetor da mudança aponta para o lugar do terapeuta. Nessa posição, tem vez para alterar a situação, inverter o ponto de origem da ação que age sobre a ação do outro (FOUCAULT, 1985, 2004).

O *setting* clínico não faz parte da primeira lembrança de atendimento a uma criança com autismo nem para as psicanalistas, nem para as analistas do comportamento. Isso leva à configuração de lugares muito diferentes para a criança no discurso desses dois grupos de profissionais.

A analista do comportamento (Elis) que fala sobre um acompanhamento terapêutico descreve um olho que observa e registra, e a psicanalista (Lídia) descreve-se como um radar para o que a criança sente e diz que lhe agrada compreender o contato e o vínculo estabelecido com ela. Aparentemente fazem coisas distintas, entretanto é na situação descrita

pela analista do comportamento que algumas águas se turvam e algumas semelhanças parecem se destacar: ela se cansa de repetir instruções, se cansa de ter de evocar seu paciente para cumprir as exigências, e ela se surpreende quando, com muita facilidade, a criança atende ao chamado de um colega. Provavelmente, para que isso tudo ocorra, Elis tenha tido de deslocar o olhar do procedimento para a criança e para a relação desta com o contexto. Isso pode nos levar a pensar que as diferenças entre o lugar atribuído à criança na análise do comportamento e na psicanálise não sejam assim tão radicais quanto aparentam ser. Tanto em uma quanto na outra, é sempre em uma linha direta, imediata, que se admite uma transparência naturalizada do sentir (radar para sentir) até o avaliar (registrar e avaliar). Um reconhecimento que faz desconhecer, no mesmo ato, a teoria ou o método como ocasião dessa “transparência”. De qualquer forma, tanto em uma forma de tratamento quanto em outra, a criança pode passar sem discurso. Ou melhor, seja na psicanálise ou na análise do comportamento aplicada, a criança com autismo, tudo indica, não ocupa um lugar de enunciação.

5.2 AS TENSÕES NA APROPRIAÇÃO DO AUTISMO COMO OBJETO INSTITUCIONAL

Há, conforme se pode apontar, tensões na correlação de forças terapeuta-paciente, terapeuta-pais, terapeuta psicanalista-terapeuta comportamental que reverberam a cada situação de ensino sobre (e de atendimento às) crianças com autismo — e com direito a comentários das terapeutas, que, durante as entrevistas, criticam abordagens que não orientam a sua prática. O resultado, então, não poderia ser outro senão o paradoxo de uma “solidez que se desmancha no ar”; o paradoxo do lugar de enunciação da criança em cena.

Os comentários que fizemos, ao final do item anterior, trazem luz a esse movimento das forças. O que se nota é que, para lá da **eficácia declarada** e **certeira** da análise do comportamento aplicada, encontramos a **incompreendida, mas correta**, ordem psicanalítica, ambas reconhecidas como potentes pelas profissionais que as fazem; uma potência atribuída como que por unção dos discursos a quem os diz; e de tal forma se legitima que autismo **é** isso, que **é assim** que se trata, que as melhoras se dão **nesse sentido**; e que não há por que relativizar ou levantar outras hipóteses, dada a obviedade que o reconhecimento confere ao **dado comportamental** registrado ou ao **sentimento inferido**. Tudo isso joga para uma região de desconhecimento esse campo de outras possibilidades; não de forma intencional, mas com

a naturalidade das certezas incorporadas, não pensadas, não confrontadas, não delineadas na consciência.

Ora, essa é uma maneira possível de demonstrar o caráter institucional dos atendimentos de crianças com autismo: são práticas que se instituem pela ação mesma de seus agentes e pelos efeitos de reconhecimento e desconhecimento que nela se produzem; práticas que se instituem no fazer concreto, na relação agente/clientela, na apropriação de um objeto imaterial, como monopólio daquela instituição (o objeto institucional).

É também um modo de fazer entender tais práticas como discursos-ato que reinstauram jogos de verdade, que reproduzem verdades sobre aquilo que vivem/fazem; que apresentam regiões de tensão sempre produtivas de novos embates, lá onde parece que o jogo está perdido para a reprodução do mesmo.

Notam-se, inclusive, a reverberação dos discursos de autores e pesquisadores que compilamos na seção “Sobre os tratamentos” e as falas dos profissionais nas entrevistas.

Outra vez, porém, Elis confirma a regra da resistência à uniformidade de submissão a uma ação característica do acompanhante terapêutico na análise do comportamento.

Retomemos aqui, então, a título de esclarecimento, os pressupostos do método que orientou nossa pesquisa, a Análise Institucional do Discurso, para alargamento da discussão.

E pra quê essa confirmação do quadro teórico, nesse momento? Para, acompanhadas por ele, trabalharmos uma outra hipótese.

É na extensão de seu âmbito de ação, esbarrando nos limites de âmbitos de outras instituições, forçando-os para demarcar monopólio de legitimidade sobre algum objeto imaterial (objeto institucional), que uma instituição alarga seus próprios limites. De onde vem a força motriz? Em princípio, dos efeitos de reconhecimento e desconhecimento que selam certezas e naturalizações como verdades incontestes. Depois, pelos resultados concretos que tendem a injetar novas certezas, como profecias autorrealizadoras, que sejam!

Se, do interior das práticas, a convicção faz o milagre da multiplicação, de fora, o público cumpre um importante papel. É uma categoria de ator que pode, ora mais e ora menos diretamente, ser aliado de parte da clientela e demandar ou exercer pressão sobre a instituição.

Agora, com tais suposições, advindas do modelo/conceito de instituição com que trabalhamos e da própria análise institucional do discurso, podemos voltar às análises dos discursos de psicanalistas e analistas do comportamento.

No plano do que é fato há um confronto entre os tratamentos, com argumentos e defesas de ambos os lados, sobretudo das psicanalistas; um confronto de mérito e excelência

na consecução de avanços e melhoras do quadro de autismo ou de comportamentos da criança. No plano do dizer, mostra-se uma ação de extensão do âmbito das instituições terapêuticas em jogo: quem pode melhor atender uma criança com autismo? Os que falam a psicanálise ou os que discursam ABA? Todos, indistintamente, buscam, até o fim, mostrar sua eficácia. As psicanalistas, muitas vezes, no ataque à brevidade e à simplificação de metas e procedimentos das analistas de comportamento. Estas, centrando-se na supremacia de seus modos e meios de ensinar e divulgar resultados.

É nesse momento que o público tem um papel inusitado: ele pode referendar e dar visibilidade aos que falem a sua língua; não necessariamente ao melhor; mas ao que chegue mais perto de sua demanda, com alvos mais tangíveis para o tratamento; ao que lhe atribua algum lugar como interlocutor.

Esse público pode ir dos pais à mídia, passando pelas instâncias oficiais e suas políticas.

O autismo se torna, assim, uma coisa pública. Do isolamento, à coisa pública. Com a criança ainda sem um lugar de enunciação...

Talvez aqui esteja um valor de nosso trabalho: colocar no discurso o que resiste, insiste e, assim, existe.

6 DIREÇÃO E SUSTENTAÇÃO DO OLHAR NO TRATAMENTO DO AUTISMO: CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqueles que têm algum tipo de contato com pais e familiares que têm seus filhos em fase de diagnóstico, ou com a hipótese/suspeita de autismo, sabem o que significa uma demanda por respostas diretas. Que relação podem manter com o discurso (cada vez mais recorrente, mas nem por isso mais transparente) sobre o autismo de seus filhos e com seus filhos com autismo? Eles que não têm informação sobre as previsões teórico-metodológicas e que na maioria das vezes são colocados na posição de decodificadores de diagnósticos, frequentemente díspares, incompletos ou inconclusivos, como poderiam se colocar diante de — ou na relação com — seus filhos? Como poderiam lidar com os efeitos desse quadro? Que vínculos seriam possíveis entre eles e seus filhos ou entre seus filhos e os outros?

Um campo de tensões, assim tão palpáveis, não foi diretamente tocado nas páginas desta dissertação. Isto porque os discursos dos pais, na pesquisa, não foram alvo de análise. Também porque, no discurso dos agentes das práticas de tratamento, não foi a feição de legítima aflição a que lhes coube, por razões previsíveis: pela rede de relações imaginárias e de poder constitutivas dos discursos em análise, um terapeuta vê a criança e os pais a partir do lugar que ocupa na cena discursiva, do lugar que exerce no contexto do tratamento, sempre, ele também, ponto de tensão e do jogo de forças das práticas instituídas.

Este fato pode ter carreado para o texto um tom de aparente crítica aos discursos dos profissionais. Em realidade, apenas se marca uma inevitável posição que lhes favorece o re(des)conhecimento daquilo que fazem, dos outros em relação, da direção e dos efeitos de seu trabalho.

E, é nesse sentido que nosso trabalho tem contribuições a dar. Com ele, podemos prosseguir pensando, para além da questão da relação com a clientela/pais e das disputas de território, na apropriação de um “mais saber-fazer”, o lugar da criança e a visibilidade que lhe atribui o olhar do terapeuta, preenhe que está do saber-fazer que professa. É com isso que o resultado da pesquisa desafia uma das mais recorrentes caracterizações do autismo: a criança não dirige o olhar para aquele com quem interage. Sem invalidar tal condição, toda a cena se altera se puder ser marcado que o próprio tratamento é constituído por uma espécie de dispersão geral do olhar, ou de sua direção, de seu foco no interlocutor.

É o que a análise institucional do discurso apontou, dirigindo, agora, nosso olhar, para essa curiosa produção de uma relação em que a ação do terapeuta sobre a da criança se orienta menos pelo que esta (a criança), de sua posição, enuncia como desafios e resistências, do que

pelo que ele (terapeuta) já sabe fazer para ensinar-lhe habilidades e comportamentos ou já pressupõe sobre seu sentir e seus sentidos.

Do mesmo modo, em vários momentos, a análise destacou o que os discursos mostravam, forçando a reconsideração de um certo dizer já naturalizado sobre o autismo e a criança.

Para que essas considerações não se perdessem nos limites de sua apresentação acadêmica, insistimos no impacto que poderiam ter se ganhassem lugar e visibilidade na formação de profissionais na área. Isto poderia acontecer se, a título de exemplo, a discussão de qualquer tratamento e ou diagnóstico pudesse se centrar neste lugar entre a teoria e a criança com autismo; a bem dizer, se se pudesse estabelecer o “hábito” de fazer, em ato, na formação de profissionais uma análise institucional dos discursos que constituem as práticas de atendimento. Assim, nós, que tratamos, evitaríamos padecer do mal do isolamento autístico: desmistificaríamos certos cânones discursivos que antecipam a relação, quer com a criança, quer com seus pais.

Os discursos do tratamento em uma área para a qual não se tem respostas definidas poderiam, justamente por essa razão, se lançar ao disciplinado movimento de desenvolver trabalhos com conceituações mínimas e atenção constante às condições contextuais de produção de verdades sobre a criança e o autismo.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-I)**. Washington, DC: American Psychiatric Association and Mental Hospital Service, 1952.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-II)**. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1968.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-III)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1980.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-III-R)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

_____. **Diagnostic and statistical manual of mental disorder (DSM-IV-TR)**. 4th ed. rev. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

AMY, M. D. **Enfrentando o autismo**: a criança autista, seus pais e a relação terapêutica. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1995.

ANDERSON, D. K. et al. Patterns of growth in adaptive social abilities among children with autism spectrum disorders. **Journal of abnormal child psychology**, Tuscaloosa, v. 37, n. 7, p. 1019-1034, 2009.

ARAÚJO, C. A. S. Winnicott e a etiologia do autismo: considerações acerca da condição emocional da mãe. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 8, n. 14. p. 146-163, 2003.

ASPERGER, H. "Autistic psychopathy" in childhood. In: FRITH, U. (Ed.). **Autism and Asperger syndrome**. London: Cambridge University Press, 1991. p. 37-92.

_____. Die 'Autistischen Psychopathen' im Kindesalter. **Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten**, Berlin, v.117, p. 76-136, 1944.

BETTELHEIM, B. **A fortaleza vazia**. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

CAMPANÁRIO, I. S. **Espelho, espelho meu**: a psicanálise e o tratamento precoce do autismo e outras psicopatologias graves. Salvador: Ágalma, 2008.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca**: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

_____. Voz, fala e linguagem: a clínica psicanalítica com os que não falam. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. (Orgs.). **O bebê e seus intérpretes**: clínica e pesquisa. São Paulo: Instituto Langage, 2011. p. 197-204.

- DINGFELDER, S. F. A dilemma of definition. **Monitor on Psychology**, Washington, v. 35, n. 11, p. 48, 2004.
- DOLTO, F. Autismo: “dói-me o pai”. In: _____. **Solidão**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 93-102.
- _____. Curar os autistas. In: _____. **A causa das crianças**. 2. ed. São Paulo: Idéias e Letras, 2005. p. 335-344.
- DRASH, P. W.; TUDOR, R. M. An analysis of autism as a contingency-shaped disorder of verbal behavior. **The Analysis of Verbal Behaviour**, Portage, v. 20, n. 1, p. 5-23, 2004.
- DURKIN, M. S. et al. Advanced parental age and risk of autism spectrum disorder. **American Journal of Epidemiology**, Oxford, v. 168, n. 11, p. 1268-1276, 2008.
- ELDEVIK, S. et al. Outcomes of behavioral intervention for children with autism in mainstream pre-school setting. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, New York, v. 42, n. 2, p. 210-220, 2012.
- FÉDIDA, P. **Nome, figura e memória**: a linguagem na situação psicanalítica. São Paulo: Escuta, 1992.
- FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.
- _____. **A história da sexualidade I**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- _____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.
- _____. **Ditos e escritos V**: ética, sexualidade, política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- GLICKSMAN, E. Catching autism earlier. **Monitor on Psychology**, Washington, v. 43, n. 9, p. 56, 2012.
- GUILHARDI, C.; ROMANO, C.; BAGAILOLO, L. Análise aplicada do comportamento (ABA). In: MERCADANTE, M. T.; ROSÁRIO, M. C. (Eds). **Autismo e cérebro social**. São Paulo: Segmento Farma, 2009. p. 91-95.
- _____. Análise aplicada do comportamento – ABA. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ARAÚJO, C. A. (Orgs.). **Transtornos do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011. p. 278-296.
- GUILHON-ALBUQUERQUE, J. A. **Metáforas da desordem**. São Paulo: Paz e Terra, 1978.
- _____. **Instituição e poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- GUIRADO, M. **A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade**. São Paulo: FAPESP; Annablume, 2010.

_____. A clínica psicanalítica como análise do discurso. In: GUIRADO, M.; LERNER, R. **Psicologia, pesquisa e clínica: por uma análise institucional do discurso**. São Paulo: FAPESP; Annablume, 2007. p. 195-222.

_____. **A clínica psicanalítica na sombra do discurso: diálogos com aulas de Dominique Maingueneau**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

_____. **Psicanálise e análise do discurso**. São Paulo: EPU, 2006.

HEMSLEY, R. et al. Treating autistic children in a family context. In: RUTTER, M.; SHOPLER, E. **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum, 1978. p. 379-411.

HOBSON, R. P. On the relations between autism and psychoanalytic thought and practice. **Psychoanalytic Psychotherapy**, New York, v. 25, p. 229-244, 2011.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **The Nervous Child**, New York, v. 2, p. 217-250, 1943.

KAR, R. B. **Cognition and brain development: converging evidence from various methodologies**. Washington: APA Books, 2013. (Human Brain Development Series).

KESTENBAUM, C. J. Autism, Asperger's and others oddities: thoughts about treatment approaches. **The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry**, Bloomfield, v. 36, p. 279-294, 2008.

LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Textos compilados por Daniele Wanderley. Rio de Janeiro: Ágalma, 2004.

LE MUR. Direction: Sophie Robert. Production: Ocean Invisible Production et Autistes sans Frontières. Paris: Ocean Invisible Production; Autistes sans Frontières, 2011. 1 DVD (52 min).

MAINGUENEAU, D. **Novas tendências na análise do discurso**. Campinas: Pontes, 1989.

MALOTT, R. W. Autistic behavior, behavior analysis, and the gene. **The analysis of verbal behavior**, Portage, v. 20, n. 1, p. 31-36, 2004.

MARX, K.; ENGELS, F. Manifesto do partido comunista. São Paulo: Anita Garibaldi, 2001.

MITRANI, J. Minding the gap between neuroscientific and psychoanalytic understanding of autism. **Journal of Child Psychotherapy**, London, v. 36, p. 240-258, 2010.

NAPOLITANO, D. et al. Increasing response diversity in children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Lawrence, v. 43, n. 2, p. 265-271, 2010.

PEACOCK, G.; YEARGIN-ALLSOP, M. Autism spectrum disorders: prevalence and vaccines. **Pediatric Annals**, Chicago, v. 38, n. 1, p. 22-5, 2009.

PERRONE, C. M. A polêmica do autismo na França. **SIG: revista de psicanálise**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 99-102, ago. 2012.

PIRES, L. **Do silêncio ao eco: autismo e clínica psicanalítica**. São Paulo: Edusp, 2007.

REEVE, S. et al. Establishing a generalized repertoire of helping behavior in children with autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Lawrence, v. 40, n. 1, p. 123-136, 2007.

REMYINGTON, B. et al. Early intensive behavioral intervention: outcomes for children with autism and their parents after two years. **American Journal of Mental Retardation**, Albany, v. 112, n. 6: 418-38, 2007.

RUBLE L. A.; ROBSON, D. M. Individual and environmental determinants of engagement in autism. **Journal of Applied Behavior Analysis**, Lawrence, v. 47, n. 8, p. 1457-68, 2007.

RUTTER, M.; SHOPLER, E. **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum, 1978.

SCHOPLER, E. Changing parental involvement in behavioral treatment. In: RUTTER, M.; SHOPLER, E. **Autism: a reappraisal of concepts and treatment**. New York: Plenum, 1978. p. 413-421.

SÉRIO, T. M.; MICHELETTO, N.; ANDERY, M. A. Definição de comportamento. In: ANDERY, M. A.; SÉRIO, T. M.; MICHELETTO, N. (Orgs.). **Comportamento e causalidade**. Laboratório de Psicologia Experimental do Programa de Estudos de Pós-Graduados em Psicologia Experimental – Análise do Comportamento. São Paulo, 2009. p. 1-9. Disponível em:
<http://www.pucsp.br/pos/experimental/graduacao/Downloads/comportamento_causalidade_2009.pdf>. Acesso em: 29 jan. 2013.

SHAPIRO, T. Psychoterapy for autism. **Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy**, London, v. 8, p. 22-31, 2009.

SICILE-KIRA, C. **Autism spectrum disorders: the complete guide to understanding autism, Asperger's syndrome, pervasive developmental disorder, and other ASDs**. New York: Perigee, 2004.

SILVA, M. C. P.; ALMEIDA, M. M.; BARROS, I. G. O investimento subjetivante do analista na clínica dos transtornos autísticos: cenas de uma intervenção conjunta pais-criança. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D. (Orgs.) **O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa**. São Paulo: Instituto Langage, 2011. p. 205-215.

SMITH, T. Evolution of research on interventions for individuals with autism spectrum disorder: implications for behavior analysts. **Behavior Analysis in Practice**, Portage, v. 35, n. 1, p. 101-113, 2012.

WALSH, M. B. The top 10 reasons children with autism deserve ABA. **Behavior Analysis in Practice**, Portage, v. 4, n. 1 p. 72-79, 2011.

WINDHOLZ, M. H. Autismo infantil: terapia comportamental. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO-JÚNIOR, F. B. (Eds.). **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon, 1995. p. 179-210.

WING, L. The relationship between Asperger's syndrome and Kanner's autism. In: FRITH, U. (Ed.). **Autism and Asperger syndrome**. London: Cambridge University Press, 1991. p. 93-121.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____. **Pensando sobre crianças**. São Paulo: Artmed, 1997.

ZEPF, S.; ZEPF, F. D. Autism in infancy: the psychodynamics from a Freudian viewpoint. **Canadian Journal of Psychoanalysis**, Toronto, v. 16, p. 194-223, 2008.

ZIMMERMAN, V. B. O que está acontecendo com a clínica do autismo? **SIG: revista de psicanálise**, Porto Alegre, v. 1, p. 119-122, 2012.

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido

Proposta: Eu, Luisa Guirado Caramicoli, orientada por Marlene Guirado, respectivamente, mestranda e professora/pesquisadora do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, estou realizando a pesquisa *Autismo: uma análise institucional do discurso dos tratamentos*. O trabalho consiste na realização de seis entrevistas com profissionais, sendo três delas com psicanalistas e três delas com analistas do comportamento. As entrevistas serão gravadas em áudio e transcritas para podermos realizar a análise do material, e tanto as transcrições como as gravações serão mantidas em sigilo sob minha posse.

Sigilo: Sua identidade será resguardada, bem como qualquer tipo de identificação mencionada, direta ou indiretamente.

Ressarcimento: Sua participação é voluntária e não compreende nenhum ganho financeiro, bem como nenhuma despesa de mesma natureza. Informamos, ainda, que, conforme a resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia, nos responsabilizamos por eventuais consequências de nosso instrumento de pesquisa e dispomos de meios e competências para identificá-las e com elas lidar.

Resultados: Os resultados serão utilizados para elaborar a dissertação de mestrado e possivelmente para produzir materiais de divulgação científica, tais como artigos e/ou livros. Fica assegurado o anonimato, tal como mencionado no item “Sigilo”.

Questões: Todos poderão pedir os esclarecimentos que desejarem e/ou deixar a pesquisa a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem quaisquer consequências, penalizações ou prejuízos. Faça todas as perguntas que achar necessárias antes de decidir participar e de assinar este documento.

Caso haja qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 – Bloco G – Sala 22 – Cidade Universitária – 05508-030 – São Paulo – SP – Brasil. Telefone: (11) 3097-0529 – E-mail: ceph.ip@usp.br.

Mais esclarecimentos poderão ser obtidos com a pesquisadora Luisa Guirado Caramicoli (telefone: (11) 7333-1633; e-mail: guirado.luisa@usp.br) ou com a prof^a dr^a Marlene Guirado (telefone: (11) 5051-0020; e-mail: mguirado@terra.com.br).

Consentimento: Declaro que, após ter sido convenientemente esclarecido(a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente projeto de pesquisa.

Identificação:

Nome:

RG:

Sexo:

Data de nascimento:

Endereço:

Bairro:

CEP:

Telefone:

São Paulo, ____ de _____ de 2012

Assinatura: _____

Luisa Guirado Caramicoli

Mestranda IP-USP

Marlene Guirado

Prof^a Associada IP-USP

Este TCLE trata-se de um documento feito em duas vias. Uma delas permanecerá em poder do participante e a outra sob posse do pesquisador.

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

1. Conte-me como é um atendimento seu (como é com a criança, onde você atende).
2. O que mais chama a sua atenção no seu trabalho?
3. O que você mais gosta de fazer no seu trabalho?
4. E o que você menos gosta de fazer?
5. Você se lembra dos primeiros, ou do primeiro atendimento que você fez?
6. Pensando em um atendimento específico, conte como foram e como são, desde o primeiro contato com os pais, as sessões com as crianças.
7. Tem algum fato, alguma situação que tenha ocorrido e que você tenha considerado muito significativo(a) no seu trabalho? Por quê?
8. Você tem informações sobre os efeitos do trabalho que você desenvolve com a criança? De onde essas informações vêm?
9. (Se o profissional atender na casa da criança) Como você descreveria a participação de familiares no atendimento? E de babás e empregados? E de outros técnicos?
10. Fale um pouco sobre o seu percurso nesse trabalho (formação, se sempre trabalhou com crianças com autismo, se sempre fez uso desse método).
11. Como foi a escolha desse método de trabalho?
12. Como você chega à conclusão de que uma criança será beneficiada por um atendimento com esse método?
13. O amanhã..?