



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

ANA CRISTINA DA SILVA

**NOVAS CONCEPÇÕES SOBRE O AUTISMO:
FAZENDO-SE OUVIR A PARTIR DAS ABORDAGENS
PSICANALÍTICAS**

ARIQUEMES – RO

2017

ANA CRISTINA DA SILVA

**NOVAS CONCEPÇÕES SOBRE O AUTISMO:
FAZENDO-SE OUVIR A PARTIR DAS ABORDAGENS
PSICANALÍTICAS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

Prof.^a Orientadora: Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes

Ariquemes – RO

2017

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon – FAEMA

S5861n

SILVA, Ana Cristina da.

Novas concepções sobre o autismo: fazendo-se ouvir a partir das abordagens psicanalíticas. / por Ana Cristina da Silva. Ariquemes: FAEMA, 2017.

57 p.

Trabalho de Conclusão de Curso - Bacharelado em Psicologia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Orientador (a): Profa. MSc. Ana Claudia Yamashiro Arantes.

1. Psicologia. 2. Autismo. 3. Diagnóstico de TEA. 4. Terapêutica. 5. Psicanálise.
I. ARANTES, Ana Claudia Yamashiro. II. Título. III. FAEMA.

CDD: 150.

Bibliotecário Responsável

EDSON RODRIGUES CAVALCANTE

CRB 677/11

Ana Cristina da Silva

**NOVAS CONCEPÇÕES SOBRE O AUTISMO:
FAZENDO-SE OUVIR A PARTIR DAS ABORDAGENS
PSICANALÍTICAS**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Psicologia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^a. Orientadora: Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes
FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof. Dr. Roberson Geovani Casarin
FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Prof^a. Ms. Eliane Alves Almeida de Azevedo
FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Ariquemes, 28 de Novembro de 2017

Aos meus pais Altair e Margarida, aos meus irmãos Altair Júnior e Anderson e a todos que estiveram presentes em minha vida durante esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus, que me proporcionou saúde, calma e sabedoria para que pudesse concluir este trabalho;

Aos meus pais Altair da Silva e Margarida Moreira da Silva, pelo incentivo e apoio que depositaram à mim em todos os momentos;

À minha orientadora, professora Ms. Ana Claudia Yamashiro Arantes, pela extraordinária orientação, por seu empenho ao me auxiliar com a literatura verificando cada material que foi utilizado neste trabalho e ainda pelos brilhantes pensamentos que contribuíram para que o meu trabalho fosse realizado da melhor maneira;

À Dr^a Maila Beatriz Goelhner, pelos materiais fornecidos, pela atenção oferecida durante o período em que foi minha professora e por ser uma grande incentivadora, na qual me espelho com muito orgulho;

Ao professor Dr. Roberson Geovani Casarin pela ajuda com a formatação e padronização deste trabalho e ainda pelos conselhos durante à escrita deste;

À coordenadora de curso Ms. Carla Patrícia Rambo, pela escuta e carinho que me manteve motivada.

“Não existe muita diferença entre um minuto e um dia. O que o próximo momento nos reserva nunca deixa de ser uma enorme preocupação.” (Naoki Higashida).

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso tem como tema o Transtorno do Espectro Autista, um transtorno global do desenvolvimento que está em pauta nos mais diversos estudos por mais de um século. Os estudos de forma geral procuram descrever os sintomas, hipóteses causais, dados epidemiológicos e diversos planos interventivos. A presente investigação apresentará, a partir de pesquisa de revisão bibliográfica, a história do processo de classificação nosológica do transtorno, possíveis causas que possam desencadear ou agravar os sintomas autísticos, explanando de forma sistemática fatores ambientais como: o contato e consumo de alimentos com agrotóxicos; o acúmulo de metais no organismo; o uso de medicamentos durante a gestação; a implicação de traumas na primeira infância e fatores genéticos como a herdabilidade de genes autistas. Será apresentada ainda a compreensão acerca do transtorno autista a partir das teorias psicanalíticas, considerando o termo “mãe-geladeira”, adotado em determinado período da história da teoria até chegar à compreensão atual, que considera a importância da relação mãe-bebê, mas não culpabiliza os pais pelo acometimento dos filhos. O objetivo deste trabalho é o de ampliar o conhecimento sobre o espectro autista e de viabilizar as terapêuticas nas abordagens psicanalíticas instigando para a reformulação e o repensar teórico.

Palavras-chave: Autismo; Causas do Autismo; Diagnóstico do TEA; Terapêutica para casos autistas; Autismo e psicanálise.

ABSTRACT

This dissertation is about Autistic Spectrum Disorder, a global developmental disorder that has been on the agenda for more than a century. The studies concerning the subject generally describe its symptoms, causal hypothesis, epidemiological data and various intervention plans. Thus, this research will present, from a literature review methodology, the history of the nosological classification of the disorder, possible causes that may trigger or worsen autistic symptoms, systematically explaining environmental factors such as: contact and consumption of food with pesticides; the accumulation of metals in the body; the use of medications during pregnancy; the implication of early childhood traumas and genetic factors such as heritability of autistic genes. It will also be presented the understanding about the autistic disorder from the psychoanalytic theories, considering the term "mother-refrigerator", adopted in a certain period of the history of the theory until arriving at the current understanding, which considers the importance of the mother-baby relationship, but does not blame the parents for the children's autistic affection. The objective of this work is to broaden the knowledge about the autistic spectrum and to make therapies feasible in psychoanalytic approaches by instigating and rethinking theoretical reformulation.

Keywords: Autism; Causes of Autism; Diagnosis of ASD; Therapy for autistic cases; Autism and psychoanalysis.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. METODOLOGIA	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1. CONCEITUANDO O AUTISMO.....	15
4.2. HIPÓTESES CAUSAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO	20
4.3. O OLHAR DA PSICANÁLISE ACERCA DO AUTISMO	28
4.3.1. O Tabu das mães-geladeiras	36
4.3.2. A escuta na abordagem psicanalítica contemporânea	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
ANEXOS	54

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Espectro Autista como é conhecido atualmente foi observado primeiramente pelos pesquisadores Kanner em 1943 e Asperger em 1944, e os primeiros estudos realizados acerca do TEA se deram a partir da necessidade de classificar os sintomas que as crianças esquizofrênicas apresentavam. No primeiro capítulo abordaremos de forma sistemática o surgimento do termo “autismo” nos manuais médicos, desde a explicação encontrada por Kanner para esses casos clínicos até os teóricos mais recentes como Laznik (2000) e Maleval (2009a; 2009b); neste primeiro capítulo veremos como se construiu a história do transtorno do espectro autista e, diante dessa história, observaremos as mais diferentes vertentes que se propuseram a explicar o transtorno.

Diversas são as hipóteses acerca do diagnóstico de autismo, sendo ainda hoje um desafio aos estudiosos, como veremos no segundo capítulo. Desde sua descrição por Kanner e Asperger, os estudos sobre este transtorno só aumentaram, e atualmente não se tem dados absolutos de sua causa. Winnicott (1976, *apud* SERRA, 2010) não exclui a existência de danos cerebrais em casos de autismo, mas afirma que danos cerebrais podem ser comprovados em certo número de casos, o que não significa ser uma causa incondicional. Muitos pesquisadores buscam chegar a uma determinada causa, mas o que se percebe é que atualmente as pesquisas já realizadas não excluem e não desconsideram as pesquisas anteriores (QUARESMA E SILVA, 2011). Isso faz com que muitos autores abordem as multicausalidades para o TEA. Gupta e State (2006) defendem que o TEA tenha como causa as bases genéticas e, nesta mesma perspectiva, Ronald e Hoekstra (2011) determinam que mais de 80% dos casos de TEA estão relacionados à hereditariedade. O Consumo de determinados alimentos, o acúmulo de metais e poluição no organismo também tem sido investigado por autores como Gazola e Caveião (2015). Segundo Kaczewer (2009), a exposição a agrotóxicos também pode contribuir para a ocorrência de transtornos de hiperatividade e déficit atenção, autismo e os problemas do comportamento e neuro-desenvolvimento associados.

O terceiro capítulo pretende abordar com ênfase a terapêutica a partir da psicanálise, que ainda é tabu dentro das propostas de intervenção no TEA, pois parte do pressuposto de que o autismo se dá por uma falha no ambiente (VISANI E RABELLO, 2012). Atualmente, as teorias psicanalíticas contemporâneas

compreendem que a terapêutica pode contribuir de forma significativa para o bem estar desses sujeitos.

Ainda no terceiro capítulo, discutiremos o papel da mãe para a constituição do bebê que sempre foi o alvo das investigações em psicanálise, sendo esta, por diversos momentos, culpabilizada pelo acometimento dos filhos por este transtorno. Klin (2006) relata que por volta das décadas de 1950 e 1960 era atribuído aos pais, em especial à mãe, a causa do transtorno do espectro autista, momento em que surge a hipótese de “mães geladeiras”. Segundo Akhtar (2015), desde a década de 1940 a psicanálise centrou-se singularmente na relação mãe-filho. Mas este cenário na cultura ocidental diz respeito a um paradigma que, temos de reconhecer, já não corresponde à realidade contemporânea de parentalidade. Na atualidade, são relevantes os trabalhos que atestam a importância da proposta terapêutica pela teoria psicanalítica.

A relevância deste estudo se dá por abordar discussões atuais sobre o TEA, por expor a compreensão psicanalítica do transtorno dentro do contexto histórico do estudo do autismo e apresentar o enfoque nas terapêuticas a partir das perspectivas psicanalíticas contemporâneas capazes de atender a demanda desses sujeitos, visto que atualmente existem diversas técnicas terapêuticas para o autismo, mas, na grande maioria, essas técnicas são orientadas por teorias cognitivas comportamentais, além da prescrição de medicamentos para amenizar os sintomas.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Apresentar a perspectiva psicanalítica diante das hipóteses causais elencadas nos estudos sobre o TEA e da terapêutica que a mesma oferece com relação ao autismo.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Apresentar as características diagnósticas do TEA concebidas a partir do contexto histórico;

Discutir possíveis fatores que possam desencadear a ocorrência do TEA;

Analisar a terapêutica por meio da psicoterapia de abordagem psicanalítica para os casos diagnosticados.

3. METODOLOGIA

Este trabalho se dá a partir da pesquisa bibliográfica, buscando em materiais de diversos autores que já foram publicados em revistas, anais de congresso e livros. Segundo Mancini e Sampaio (2006), revisões da literatura são caracterizadas pela análise e pela síntese da informação disponibilizada por todos os estudos relevantes publicados sobre um determinado tema.

Esta revisão bibliográfica acontece a partir de pesquisas nas bases de dados on-line: Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e Google Acadêmico, utilizando os descritores: Autismo; Diagnostico de Autismo; Causas do autismo; epidemiologia de autismo; Autismo e psicanálise.

Foram incluídos artigos e livros publicados entre os anos de 1999 a 2016, obras de referência e obras disponibilizadas pela orientadora em língua portuguesa, espanhola e inglesa. Foram excluídos textos que tratem das terapêuticas das abordagens Cognitivas-Comportamentais e Behavioristas, os que se referem a instrumentos de avaliação do TEA e os que tratam do acompanhamento familiar e escolar.

Para a construção textual foram utilizadas 74 publicações, elas: 57 artigos, sendo 9 em língua estrangeira (espanhol e inglês), 5 dissertações, 2 teses, 2 monografias. Utilizou-se, ainda 6 livros, 1 vocabulário e 1 anal de congresso.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. CONCEITUANDO O AUTISMO

Conforme Oliveira (2013), a palavra autista foi apresentada na psiquiatria no ano de 1906 por Plouller, o psiquiatra responsável por utilizar o termo pela primeira vez alegou a intenção de se referir a pacientes que apresentavam um diagnóstico de demência precoce. Segundo Ribeiro, Martinho e Miranda (2012), em uma carta de Jung a Freud no ano de 1907, o psiquiatra Bleuler cunhou o termo autismo, induzindo que se tratava de um neologismo, no qual se subtraiu o termo “eros”, contraindo “aut” com “ismo”, do termo original de Freud “autoerotismo”. Para Caramicoli (2013), Bleuler o fez pensando nos sujeitos que são excluídos do contato com a realidade, sendo uma patologia descrita dentro da esquizofrenia.

Segundo Azevedo (2006); Ribeiro, Martinho E Miranda, (2012) e Pimenta (2012), foi em 1943 no artigo “Distúrbios autísticos do contato afetivo” que Leo Kanner, pedopsiquiatra austríaco radicado nos Estados Unidos, descreveu a síndrome de Autismo Infantil Precoce, baseando-se nas observações de crianças que estavam cientes da realidade, mas não adentravam na linguagem, e ao fazer isso, reintegrou essas crianças à população humana e extinguiu qualquer selvagerismo. Dias (2015) ressalta que a tradução do artigo de Kanner pôde ser realizada ainda no mesmo ano de sua publicação, enquanto que no ano seguinte Asperger escreveu uma obra sobre uma síndrome com características semelhantes às descritas por Kanner, mas sua obra só pôde ser traduzida para o português em meados do ano de 1991. As duas descrições nosológicas podem ser vistas como pontas de extremidades que indicam o ponto mais grave e o mais leve de uma mesma patologia (DIAS, 2015).

Para Berlinck (1999), pensar no autismo é como buscar compreender a enigmática da psique humana em sua total complexidade. O autor ainda afirma que o autismo em si chama a atenção de pesquisadores, pois segundo ele, trata-se de uma doença rara que afeta pouquíssimos seres humanos e não se tem clareza sobre suas causas, de forma que os trabalhos sobre o tema se multiplicam a cada ano e é comum encontrar pacientes neuróticos com traços autísticos, e isso de certa forma contribui para o aumento de diagnósticos. Quaresma e Silva (2011) constatam que as pesquisas acerca do autismo aumentam significativamente a cada ano e esse aumento nos estudos é de grande importância para que se possa compreender as

questões etiológicas, a epidemiologia e as possibilidades terapêuticas. Mas o fato é de que os estudos são diversos e eles não excluem entre si as hipóteses levantadas, o que gera muitas contradições. Guedes e Tada (2015), nesta mesma perspectiva, consideram que os estudos indicam uma predominância na tentativa de sistematização das características e causas, o que gera muitas opiniões e divergências teóricas. Para Pimenta (2012), os relatos e as pesquisas tratam de diferentes tipos de transtorno, mas todos existem sob o mesmo rótulo.

O autismo é algo que está em pauta na atualidade, seja pelo aumento de diagnósticos, seja pelo desconforto que tal transtorno provoca. Martinez (2015) afirma que nos últimos anos o número de crianças autistas subiu consideravelmente, contudo não é possível afirmar se a incidência desse tipo de transtorno cresceu ou se mais diagnósticos foram fechados. Rios *et al.* (2015) consideram que o autismo chama a atenção por suas incógnitas, sendo a principal incógnita a sua etiologia. Para Catão e Vivès (2011), trata-se do paradigma da psicopatologia infantil, sendo o autismo um lugar de debates sobre suas possíveis causas e propostas de cuidados.

As divulgações sobre o autismo se organizam em uma estrutura narrativa de indignação com o descaso do poder público, em que o autismo não tratado configura uma crise de saúde pública - o tratamento oferecido pela rede pública é inexistente ou inadequado (RIOS *et al.*, 2015). Conforme Rios *et al.* (2015), a complexidade e a heterogeneidade nas formas que se manifesta o transtorno gera incertezas e dificulta o diagnóstico, prorrogando o início do tratamento. Segundo Ribeiro, Martinho e Miranda (2012), Kanner, indicou cinco sinais clínicos que permitiriam reconhecer o surgimento precoce do transtorno, sendo eles: o extremo isolamento, a necessidade de imobilidade, as estereotípias e os distúrbios de linguagem e ausência de vínculo. Almeida (2015) enfatiza que em 1943 Kanner definiu uma quantidade de três sintomas padrão para o Autismo, sendo a dificuldade em usar a linguagem para se comunicar, um desenvolvimento anormal da reciprocidade social e o desejo pela monotonia. Baptista (2012) afirma que o conceito de Autismo Infantil já se alterou muito desde a descrição feita por Kanner, e atualmente é observado como um transtorno com uma série de condições clínicas. Conforme Dias (2015), os sintomas essenciais da esquizofrenia e do autismo podem ser observados sob um denominador comum, sendo a ruptura nas relações entre eles e o mundo. O autismo é dotado pela heterogeneidade que o cerca, e inclui múltiplos sintomas, várias formas de manifestação, diversos níveis de desenvolvimento e funcionamento, de modo que

recentemente a Associação de Psiquiatria Americana tentou delimitar e simplificar os critérios do TEA (GUEDES E TADA, 2015). Conforme Almeida (2015), o Transtorno do Espectro Autista e os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento compreendem a uma série de distúrbios do desenvolvimento neurológico, sendo tais transtornos: o Autismo, Síndrome de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento – Sem Outras Especificações, segundo a 5ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM-V), publicado no ano de 2013.

Marques e Arruda (2007) apresentam de acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 10 (OMS – Organização Mundial de Saúde, 1993), que o autismo infantil manifesta-se antes dos três anos de vida e caracteriza-se por anormalidades na interação social, na comunicação e comportamento restritivo ou repetitivo. Marteleto *et al.* (2011) afirmam que os comportamentos atípicos característicos da síndrome se manifestam de maneira heterogênea, sendo observado que algumas crianças falam, outras não, algumas mantêm algum tipo de contato social, outras nenhum contato, e além disso, algumas crianças podem apresentar retardo mental e outras apresentar um desenvolvimento cognitivo normal. Segundo Cavalcanti e Rocha (2015), referindo-se à descrição feita por Kanner, estas crianças são inteligentes, possuem capacidade de memorização, mas não são capazes de estabelecer contatos afetivos. O autismo é uma psicopatologia grave proveniente da não estruturação sucessiva do psiquismo, sendo assim, um risco para a instalação de deficiências irreversíveis no desenvolvimento psíquico (VISANI E RABELLO, 2012).

Conforme as observações de Cavalcanti e Rocha (2015), esses sujeitos acometidos pelo transtorno autista são tidos como tomadas desligadas, conchas, fortalezas vazias, carapaças, ovos, buracos negros, entre outros termos utilizados pelas autoras para expressar metáforas que definem o déficit autista pela ausência de relação com o mundo. Para Pacheco (2012), as concepções de deficiência e de autismo surgem para, a partir da legalidade, garantir uma série de direitos civis aos sujeitos acometidos pelo transtorno, mas não são importantes para a elaboração de dispositivos de tratamento.

A respeito das características, Cavalcante e Rocha (2015) situam que Kanner concluíra que a linguagem dos autistas é metafórica e seus processos linguísticos não diferem dos empregados pelas pessoas em geral. Para Kanner, os enunciados dessas crianças são reconhecidos como pertencentes a uma língua estrangeira e necessitam

de uma tradução, mas esta informação traz divergências com outros autores, como Laznik (2000), que afirmam não haver linguagem no autista e muito menos processos metafóricos. Essas crianças apresentavam características singulares individuais, e por tais singularidades foram classificadas primeiramente como portadoras do distúrbio autístico de contato afetivo, e, posteriormente, como autistas (CAVALCANTE E ROCHA, 2015). Caramicoli (2013) afirma que essas crianças têm interesses específicos, são observadoras, atendem a impulsos, não possuem relações sociais; algumas apresentam dificuldades mecânicas e de aprendizagem, não possuem senso de humor para compreender piadas e desconhecem os sentimentos vividos por outras pessoas; algumas crianças são extremamente rígidas e possuem dificuldades para adaptação a ambientes ou rotinas novas.

Conforme Caramicoli (2013), as crianças acometidas pelos distúrbios autísticos são cautelosas em um mundo que lhes é estranho desde a mais precoce experiência de vida. Cavalcante e Rocha (2015) completam que não há contato afetivo nessas crianças e que é possível perceber uma incapacidade de sentir. Tal incapacidade corrobora para a ausência de sentimentos como raiva, alegria ou tristeza, o que finalmente resulta em manifestações puramente físicas, centradas no real. A perda de contato com as sensações corpóreas acaba por bloquear a capacidade de movimentar-se de forma imediata (LHEUREUX-DAVIDSE 2015). Segundo Berlinck (1999), acontece uma compreensão peculiar em relação à dor e à doença; é percebido ainda que raramente ocorrem manifestações de sintomas de doença em seu corpo, da mesma forma que os autistas não demonstram angústia, terror ou depressão. A partir de tais características, acredita-se que a sensorialidade acontece de forma a perceber a ausência ou a presença de questões ambientais. Segundo Maleval (2009b) a criança autista não chora e age sempre como se estivesse em perigo frente aos próprios traços de afeição.

Sobre os comportamentos de isolamento social, Marteleto *et al.* (2011) e Berlinck (1999) acreditam que tais comportamentos são uma forma de defesa encontrada pelo próprio sujeito para lidar com suas dificuldades. O isolamento torna-se um mecanismo de proteção ao meio que lhe causa terror de aniquilamento, e conforme Lheureux-Davidse (2015), a angústia pelo dilaceramento é real no autismo, pois a representação do corpo pode estar até certo nível intacta, mas a consciência de unidade corporal corre perigo real de anulação. Sanini, Sifuentes e Bosa (2013) avaliam que o comportamento de isolamento é proposital e decorre em especial na ausência da

compreensão sobre o que se espera da própria criança, como as questões transversais presentes na vida de todos os indivíduos: as crenças, pensamentos e sentimentos. Diante dessa espera, o autismo é tido como uma cegueira mental. Tal isolamento tende por si só prejudicar o desenvolvimento da criança autista, pois é a partir das interações sociais que o sujeito aprende com os pares; a interação é capaz de fornecer experiências e aptidões capazes de suprir um desenvolvimento do autoconhecimento e da aprendizagem (SANINI, SIFUENTES, BOSA, 2013).

Segundo Baptista (2012), os pais de crianças com diagnóstico de transtorno do espectro autista relatam ter de lidar com desafios diários em relação ao comportamento atípico dos filhos. Frequentemente esses pais expressam uma preocupação exacerbada com a hora das refeições, já que seus filhos são seletivos e não são adeptos de muitos tipos de alimentos. Almeida (2015) afirma que muitas crianças com autismo sofrem de problemas alimentares e a seletividade alimentar ocorre de maneira que a criança escolhe os alimentos pela cor, textura ou aroma, excluindo vários alimentos de seu cardápio por não corresponder à sua preferência. Outra preocupação, conforme Lheureux-Davidse (2015) é a angústia e o terror de perder o conteúdo interno do corpo pelos orifícios, como os olhos, boca ou feridas abertas. Em alguns casos, surgem os comportamentos de autoagressão na tentativa de verificar a existência de suas extremidades, causando dor e provando o quão concreto este corpo é (LHEUREUX-DAVIDSE, 2015).

Apesar da sua heterogeneidade de manifestar-se como conceito, bem como a multifatorialidade de sua etiologia, o transtorno do espectro autista é uma condição definida pela literatura como permanente e persistente, ou seja, não há cura (GUEDES E TADA, 2015). Bianchini e Souza (2014) defendem que na maioria das vezes a criança com diagnóstico de autismo não difere fisicamente de outras crianças, porém apresenta um perfil atípico de desenvolvimento, sendo que algumas desenvolvem hiper habilidades¹, enquanto outras têm um desenvolvimento deficitário. Azevedo (2006) considera que, ao abordar o autismo, nota-se uma patologia marcada pela ausência: ausência da fala, ausência de demanda, ausência de reflexo no espelho. A mesma autora pontua a forma da criança referir-se a si mesma, que ocorre

¹ Em alguns casos de autismo é possível observar um nível limitado de habilidades especiais, a esses indivíduos é atribuído a Síndrome de Savant e popularmente são chamados de “idiotas sábios”, pois são inaptos à socialização e interação social, mas ao mesmo tempo aptos no quesito de habilidades próprias como cálculos e engenharia por exemplo (MUNOZ-YUNTA *et al.*, 2003).

de maneira curiosa, sendo que não há o emprego do eu, mas de uma terceira pessoa. Certos casos em que as crianças desenvolvem hiper habilidades, elas passam a ser classificadas como autistas de alto funcionamento. Conforme Maleval (2009b), normalmente esses casos não são tidos como autistas por aqueles que convivem com eles por notarem o desenvolvimento de habilidades. Segundo indicam os estudos de Catão e Vivès (2011), essas crianças não possuem doenças mentais nem tampouco intelectuais.

4.2. HIPÓTESES CAUSAIS PARA O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO

O autismo é considerado um transtorno invasivo do desenvolvimento. O diagnóstico é dado à crianças com comprometimento qualitativo na integração social e na comunicação, comportamentos restritivos, estereotipados e repetitivos (AZEVEDO, 2006). Conforme esta mesma autora, o transtorno acontece em níveis e esses variam do mais leve ao mais severo; para serem definidos tais níveis é crucial a identificação da fase em que o transtorno é desencadeado. Lucero e Vorcaro (2015) destacam em seu trabalho que as características marcantes no transtorno do espectro autista são relacionadas à interação social, visto que as crianças com esse diagnóstico apresentam dificuldades para interagir com outras pessoas, inclusive com pessoas próximas; tal observação leva diversos autores a considerarem os autistas como indivíduos fechados em si mesmos. Flores e Smeha (2013) indicam ainda que existem outros sinais característicos do transtorno, como distonia muscular, recusa do olhar, perturbações no sono e intolerâncias alimentares. As considerações sobre os autistas coexistem lado a lado da observação do uso que essas crianças fazem de objetos encontrados em seu ambiente, sendo então percebido que, na maioria dos casos, as crianças com o diagnóstico de autismo trocam as relações interpessoais pelo uso de objetos (LUCERO E VORCARO, 2015).

Conforme Almeida (2015) e Hallmayer *et al.* (2011), o diagnóstico se dá por volta dos três anos de vida e é observável na maioria dos casos que os sintomas surgem desde o nascimento. Outra observação é que comumente, mais crianças do sexo masculino são diagnosticadas com transtorno do espectro autista, no entanto, as crianças do sexo feminino são acometidas em graus mais severos do transtorno.

No Brasil, nota-se que os profissionais de saúde da atenção primária precisam ser mais bem capacitados para reconhecer os sintomas em idades precoces

(ZAQUEU *et al.*, 2015). Conforme Zaqueu *et al.* (2015), os atrasos no desenvolvimento podem ser observados e detectados precocemente, indicando a existência de grupos mais vulneráveis que devem ser observados de forma mais atenta para um diagnóstico correto. Flores e Smeha (2013) afirmam que o que afasta os profissionais de saúde de um diagnóstico precoce é o fato de os médicos dirigirem seu olhar apenas às patologias orgânicas que são passíveis de cura, e olhar para um bebê cujo diagnóstico não possui sintomas orgânicos e não há muitas possibilidades de cura é um trabalho difícil por si só. Outro fator que dificulta o diagnóstico precoce, segundo as mesmas autoras, é a inexistência de exames que apontem ou descartem a existência do transtorno; isso causa demasiada angústia aos médicos que atendem essas crianças e seus pais, já que é observado que há algo errado, mas não se pode constatar o que exatamente se passa.

Os sinais ou sintomas deveriam ser traduzidos e ensinados aos médicos da primeira infância, visto que esses profissionais têm contato desde os primórdios da vida das crianças. A parceria interprofissional é indispensável para o diagnóstico precoce; contudo, é importante notar que na maioria das vezes são os médicos que têm acesso privilegiado às crianças nos primeiros anos de vida (VISANI E RABELLO, 2012). O estudo realizado por Visani e Rabello (2012) observou que em 78,6% dos casos de autismo os pais haviam percebido algo errado antes mesmo que o diagnóstico fosse fechado, sendo que 36,4% se deu quando a criança tinha um ano ou menos, 27,3% aos dois anos e 18,2% quando a criança tinha três anos de vida. Oliveira (2013) afirma que quando se trata de transtorno do espectro autista o diagnóstico é uma tarefa nada fácil; os sintomas mais comuns, como aponta Pimenta (2012), são: falta de interação, a rejeição a ruídos e a intolerância a mudanças, entre outros.

Atualmente não existem instrumentos capazes de identificar o TEA de forma isolada, mas existem testes e exames capazes de excluir outros transtornos do desenvolvimento (GUEDES E TADA, 2015). Marques e Arruda (2007) destacam que o diagnóstico se dá a partir da observação clínica dos sintomas e do olhar sob a estrutura psíquica da criança. Os métodos disponíveis para a detecção precoce do autismo, segundo Visani e Rabello (2012), permitem identificar traços em bebês a partir dos três meses de idade, mas o fechamento do diagnóstico só ocorre a partir dos dois anos. Conforme Marteleto *et al.* (2011), um dos instrumentos mais utilizados para o rastreio de comportamentos problemáticos em crianças é o Child Behavior

Checklist – CBCL: trata-se de um questionário dirigido aos pais, responsáveis, cuidadores e até professores. Sobre o check list, Pimenta (2012) indica os principais itens a serem observados:

Algumas atitudes evidentes são: risos ou risadinhas inconvenientes; ausência de medo real do perigo; aparente insensibilidade à dor; evitação de contato físico ou visual; brincadeiras estranhas ou repetitivas; aptidões físicas ou verbais incomuns; preferência por estar sozinho; dificuldade em expressar necessidades, podendo usar gestos; apego inapropriado a objetos; insistência na repetição; resposta inadequada ou ausência de resposta a sons; repetição de palavras ou frases; giro de objetos ou de si próprio; dificuldade de interagir com outros. (PIMENTA, 2012 p.23).

A autora ainda considera que o diagnóstico é alicerçado pelo déficit na interação social, mas é observada a presença de outras características peculiares, como carência da unidade corporal, a iminência de sensações de despedaçamento por não haver a internalização do todo em seu aparelho psíquico, capacidade imaginativa deficitária - dificultando a prática da brincadeira de faz de conta - e obsessões por objetos cujo uso é feito fora da funcionalidade original. Outra observação realizada por Pimenta (2012) é que diante da figura de pessoas o olhar desvia dos olhos indo em direção a outros objetos externos ao rosto, como objetos, árvores, cenário. A autora ressalta que não existe um modelo padrão de autismo, pois alguns podem falar enquanto outros não, alguns podem olhar e outros não, mostrando que o diagnóstico deve ser único e exclusivamente clínico. Para Brazão (2015), a falha no dispositivo de conexão afetiva é a responsável pelo comprometimento nas funções cognitivas e de interação nas crianças com TEA, e tal falha se dá no desenvolvimento precoce.

Não é possível afirmar que exista apenas uma causa. Conforme Rios *et al* (2015), considerar apenas os critérios diagnósticos do CID-10 e do DSM não é suficiente para atender as diversas formas deste mesmo transtorno. Diversas são as hipóteses causais para o transtorno do espectro autista, “a ação de fatores ambientais como as infecções pré-natais, teratogenia e exposição aos poluentes do ar parecem também estar associados com o risco de autismo.” (ALMEIDA, 2015, p.9). Segundo Pacheco (2012), o movimento “Psicanálise, autismo e saúde pública” acredita que para a gênese desta patologia estão imbricados multifatores de causalidade. Conforme indica o estudo de Caramicoli (2013), as pesquisas sobre o autismo avançam em número e velocidade com o passar dos anos. A cada pesquisa realizada, novos fatores que corroboram a gênese do transtorno são considerados e novos tratamentos são indicados; estes, pois, variam conforme a hipótese causal observada

em cada caso. A medicina entende que metade das causas são ambientais e a outra metade são genéticas. Gazola e Caveião (2015), assim como Loparic (2001), concordam que é certa a relação entre o ambiente e o transtorno do espectro autista. Araújo (2003, p.7) considera ainda que “as consequências da falha ambiental para a saúde psíquica da criança podem ser relacionadas de acordo com o momento em que a falha acontece”.

Entre as mais diversas hipóteses causais para o TEA, Baptista (2012) indica que doenças gastrointestinais são relatadas com frequência por pacientes autistas. Paksepp (1979 *apud* BAPTISTA, 2012) havia apresentado uma teoria neuroquímica que visava verificar a absorção excessiva de alguns alimentos no organismo do autista, mas na época tal teoria não era capaz de explicar totalmente essa hipótese. Recentemente pesquisas realizadas por Dias (2016) e Vedovato (2015) constataram que as crianças com autismo apresentam uma deficiência em alguns aminoácidos, como o triptofano e a tirosina, os quais são precursores de neurotransmissores, a deficiência desses aminoácidos pode estar relacionada à má alimentação, mas verifica-se ainda que haja nesses casos a existência de uma população de bactérias patogênicas na microbiota intestinal em quantidades anormais, o que culmina para um processo de disbiose, e como consequência se tem um desequilíbrio imunorregulatório. E por implicação, a disbiose aliada ao desequilíbrio imunológico impostas às ações ambientais e a permeabilidade da mucosa intestinal podem se agravar os comportamentos autísticos (GAZOLA E CAVEIÃO, 2015). Conforme as pesquisas de Dias (2015) e Vedovato (2015), cerca de 95% da serotonina é produzida no trato gastrointestinal pelas células enteroendócrinas ou enterocromadins a partir da produção de triptofano.

Os alimentos que agravam os comportamentos autísticos são geralmente ricos em glúten, tais como a cevada, o centeio e a aveia; o glúten, por ser na maioria constituído por carboidratos contribui significativamente para as estereotipias, que tendem por si só consumir demasiada energia. Gazola e Caveião (2015) observaram ainda que ao excluir alimentos com essas substâncias da dieta dos pacientes com autismo os sintomas comportamentais poderiam apresentar uma representativa melhora. Conforme os autores supracitados, os sintomas gastrointestinais observados em crianças com TEA são: constipações, diarreias, dores abdominais, vômitos frequentes, insuficiência pancreática exócrina, intolerância alimentar, gases, refluxo gastresofágico e dificuldades para controlar o esfíncter anal.

Outros fatores ambientais tais como a exposição a agrotóxicos durante a gestação, podem contribuir para a ocorrência de transtornos do desenvolvimento; estes podem se configurar como hiperatividade e déficit de atenção, autismo e outros problemas de comportamento e neuro-desenvolvimentais associados (KACZEWER, 2009; BEECHAM E SENEFF, 2016). Segundo Kaczewer (2009), o uso de agroquímicos produz efeitos tóxicos agudos e crônicos; os impactos sobre a saúde podem resultar tanto em uma única exposição quanto no contato com altas doses, além da exposição à longo prazo. Beecham e Seneff (2016) observam que os pesticidas são altamente tóxicos, até porque este é o objetivo de seu uso, e para eles é impossível descartar a possibilidade de uma relação entre as desordens do desenvolvimento e a exposição a produtos químicos. Estes autores, contudo, concordam com as conclusões do estudo de Kaczewer (2009), que afirma que quantificar os impactos da exposição aos agroquímicos sobre o neuro-desenvolvimento infantil seja uma tarefa difícil. Dados de Beecham e Seneff (2016) corroboram para que seja possível uma relação qualitativa entre os agrotóxicos e o autismo:

Neste artigo, nós desenvolvemos a hipótese de que potencial vínculo do glifosato com o autismo pode ser explicado em parte por um efeito adverso na glândula tireoide da mãe e da criança durante a gestação. No desenvolvimento do cérebro humano, para formar circuitos neuronais adequados e arquitetura cortical, os neurônios devem migrar e unir-se de forma organizada. (BEECHAM E SENEFF, 2016, p.2. Original em inglês no rodapé)².

Reafirmando tais dados, Peper (2015) verifica que o aumento no uso de glifosato ao longo dos últimos 25 anos é perfeitamente igual ao aumento na incidência nos casos de autismo, diabetes e outras doenças no mesmo período. Em seu estudo, o autor observou que o glifosato é capaz de interromper de forma seletiva o equilíbrio das bactérias intestinais, além de ser um disruptor endócrino. Logo, Peper (2015) e Beecham e Seneff (2016), consideram que a deficiência de iodo e a supressão da produção de hormônios da tireoide podem contribuir para a gênese de autismo, e tais alterações são resultados da exposição ao glifosato e a outras substâncias como

² “In this paper, we develop the hypothesis that glyphosate’s potential link to autism can be explained in part through an adverse effect on the thyroid gland of both the mother and the child during gestation. In the developing human brain, in order to form proper neuronal circuits and cortical architecture, neurons must migrate and assemble in an organized manner” (BEECHAM E SENEFF, 2016, p.2).

chumbo, mercúrio, alumínio, timerosal, flúor e partículas de poluição no ar durante a gestação.

Observa-se ainda sintomas ligados ao ambiente pré-natal e pós-natal inicial, pois acredita-se que a origem do transtorno pode se dar durante a gestação e cogita-se que pode ocorrer ainda uma regressão após o nascimento (BEECHAM E SENEFF, 2016). Hallmayer *et al.* (2011) nos apresentam uma hipótese que leva em consideração fatores ambientais que exercem determinado efeito durante os períodos críticos da vida. Tais fatores não são genéticos e geralmente são observados nos casos onde os sintomas do transtorno surgem por volta do primeiro ano de vida. Indo mais além, Mahler, Pine e Bergman (1975)³ acreditam na possibilidade da perda das funções autônomas já alcançadas pela criança, e acrescentam ainda que uma fragmentação psíquica pode ocorrer em qualquer momento a partir do primeiro ano e no decorrer do segundo ano de vida, a partir de traumas ou perdas inesperadas. Outras considerações acerca das causas do autismo revelam que ele pode ocorrer devido uma falha ou fracasso na relação do bebê com a mãe. É percebido um desequilíbrio causado pelas condições psíquicas da mãe que impede que o bebê seja inserido no campo simbólico e imaginário, afastando-o das representações afetivas (AZEVEDO, 2006; ISOTTON, 2014). Esta hipótese será mais demoradamente abordada no próximo capítulo.

Por outro lado, Winnicott (1966) enfatiza que em parte dos casos existe sim o acometimento por processos degenerativos no sistema cerebral, mas isso é observado apenas em parte da população autista, e, segundo o mesmo autor, olhar para todos os casos com apenas um olhar, o organicista, acaba por reduzir a criança aos sintomas, impedindo o desenvolvimento de sua capacidade intelectual; Winnicott concebia que, para além do dano cerebral, “a doença é uma perturbação do desenvolvimento emocional.” (WINNICOTT, 1966, p.181). Nesta mesma perspectiva, Serra (2010) observa o autismo não como uma doença, mas como um problema do desenvolvimento emocional.

Pensando na procedência do autismo a partir de danos cerebrais e psicológicos, Croen *et al.* (2011) verificaram em um estudo que há evidências de histórico de

³ “However, it seems to fit very well the observable clinical data-which are not hypothetical but descriptive-regarding loss of already achieved autonomous functions and a halt to subsequent development. This fragmentation may occur any time from the end of the first and in the course of the second year of life. It may follow a painful and unexpected trauma but often follows upon a seemingly minor event, such as a brief separation or a minor loss.” (Mahler, Pine e Bergman, 1975, p.11)

transtornos psiquiátricos, como a depressão, na família do autista; geralmente a depressão é mais comum em suas mães, contudo, percebe-se um risco genético preexistente de transtornos psiquiátricos em geral. Para esses autores, a preexistência destes transtornos e o uso de psicotrópicos dão fortes indícios para a causa de autismo:

Alterações fisiológicas relacionadas ao estresse ou a depressão da mãe durante a gravidez, em combinação com a exposição aos ISRS [Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina], podem contribuir para mudanças do desenvolvimento fetal do cérebro, levando a um diagnóstico posterior de Transtorno do Espectro Autista [...], especialmente durante o primeiro trimestre da gravidez pode aumentar o risco de T.E.A. (CROEN *et al*, 2011, p.7 original em inglês no rodapé).⁴

Também há indícios de que é eminente o risco de autismo e outras desordens do desenvolvimento em crianças de mães acometidas por obesidade e diabetes tipo II (ALMEIDA, 2015). Ronald e Hoekstra (2011) estimam a herdabilidade em mais de 80% dos casos de autismo, enquanto Hallmayer *et al.* (2011) estabelecem que cerca de 90% dos casos de autismo são relacionados a fatores genéticos. Endres *et al.* (2015) indicam que esses estudos concluíram que alguns pais de crianças com TEA tenderam a apresentar traços de personalidade comuns entre os sintomas do transtorno, como rigidez à mudanças, perfil perfeccionista e dificuldades nas relações ou desinteresse sociais, por exemplo; tais considerações sugerem uma possibilidade da presença de um fenótipo autista nestes pais, embora não pronunciado o bastante a ponto de enquadrá-los no espectro autista. Sendo assim, Gupta e State (2006) atribuem ao autismo a forte evidência da causalidade genética, mesmo que não seja possível verificar um gene responsável pelos transtornos do desenvolvimento. Acredita-se que ocorra uma mutação nos cromossomos 2 e 7, mesmo nos casos que não se configuram síndrome do X Frágil⁵ nos pacientes com o diagnóstico de autismo, mas para ser um dado relevante é necessário que os testes de DNA sejam realizados por todos os pacientes (GUPTA E STATE, 2006).

A partir da identificação de uma causa orgânica na etiologia do transtorno do espectro autista, o objetivo do tratamento tende a buscar meios de diminuir ou

⁴ “Physiologic changes related a mother’s stress or depression during pregnancy, in combination with SSRI exposure, may contribute to changes in fetal brain development leading to a later diagnosis of ASD [...] especially during the first trimester, may modestly increase the risk of ASDs.” (CROEN *et al*, 2011, p. 7)

⁵ “Síndrome do X frágil (SXF) é a forma de atraso mental hereditário mais frequente e a segunda forma de retardo mental de origem genética após a síndrome de Down.” (ANDREO E HEINE-SUÑER, 2009).

erradicar os sintomas comportamentais por meio do uso de medicamentos (AZEVEDO, 2006). Sendo assim, Flores e Smeha (2013) conjecturam que não se pode negar a eminência de fatores orgânicos e genéticos no autismo, mas, além disso, é necessário observar os danos provocados no desenvolvimento psíquico dessas crianças e na maneira com que os próprios pais lidam com o diagnóstico dos filhos.

Estudos epidemiológicos mostram que nos últimos 50 anos ocorreu um aumento nos casos de autismo. Um estudo realizado em Santa Catarina por Ferreira (2008, *apud* GUEDES E TADA, 2015) verificou a prevalência de 1,31 autistas a cada 10.000 pessoas. Dados alarmantes como de 1 autista a cada 123 habitantes foram observados em algumas regiões dos Estados Unidos (RABELLO, 2012) Croen *et al.* (2011) verificaram em estudos uma prevalência de aproximadamente 1 caso a cada 100 habitantes no estado da Califórnia - EUA. Segundo Almeida (2015), acredita-se que essas variações nos dados epidemiológicos podem se dar de acordo com o nível de desenvolvimento e pela cultura alimentar de cada região. Outro dado epidemiológico relevante, segundo Pimenta (2012) apresenta, a cada quatro meninos com o diagnóstico de autismo, uma menina tem o mesmo diagnóstico, e cerca de 2% dos irmãos de crianças autistas são afetados pela mesma doença. Pimenta (2012) afirma que os números de crianças autistas atualmente estão acima dos casos de diabetes e de doenças cardiovasculares. O aumento no número de casos de autismo pode se dar a partir de um maior reconhecimento dos fatores que englobam o espectro e a atual abrangência que se tem os transtornos do desenvolvimento (BIANCHINI E SOUZA, 2014).

Apesar de ser observado um aumento no número de casos diagnosticados, observa-se vários resultados de prevalência, e as diferenças entre eles é explicada por Swanson *et al.* (2014) como sendo fruto da falta de estudos, visto que não há estudos em todas as populações e os métodos de diagnóstico estão constantemente mudando. Para os autores, há discussões sobre se o aumento é real ou subproduto das mudanças nosográficas. Para Croen *et al.* (2011), o aumento dos dados epidemiológicos é explicado pelas variações nos padrões de diagnóstico, o aumento na disponibilidade de serviços e maior consciência pública sobre o transtorno. Esses índices podem estar ligados à evolução dos critérios diagnósticos expressos no Manual Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (PACHECO, 2012). Teixeira *et al.* (2010) afirmam que os estudos do Transtorno do espectro autista são de extrema importância para se adotar políticas de organização e intervenção, mas o

que se percebe atualmente é a inexistência de estudos conclusivos sobre a epidemiologia sobre o autismo.

O autismo ainda pode estar associado a outras condições patológicas, como deficiência intelectual, epilepsia, deficiência auditiva, síndrome de Down, distúrbios do sono, transtorno de atenção e hiperatividade, ansiedade e comportamento infrator⁶ (GUEDES E TADA, 2015; BIANCHINI E SOUZA, 2014).

O diagnóstico de transtorno do espectro autista é cerceado por incógnitas, e conforme Flores e Smeha (2013), ao serem diagnosticadas com autismo, essas crianças passam a ser cercadas de obstáculos que param total ou parcialmente o curso de seu desenvolvimento, sem dizer que a maneira como os pais lidam com os filhos também é afetada por esse rótulo. Outro impasse observado no momento em que acontece os diagnósticos, por volta dos três anos, é conseqüentemente a desconsideração dos processos de desenvolvimento psíquico que estão a todo vapor nesta etapa da vida; logo, essas crianças são engessadas para que se tenha um diagnóstico. Pacheco (2012) considera ainda que o erro diagnóstico tem como consequência imediata os efeitos na direção ao tratamento, fortalecendo o que vem sendo chamado de epidemia de autismo, indo, conforme a autora, na contramão da ética que preserva a singularidade humana. Torna-se necessário a fomentação de mais discussões; conforme Rios *et al.* (2015), é a partir dessas discussões que se pode ampliar as estratégias em saúde e educação para os sujeitos com autismo no Brasil.

4.3. O OLHAR DA PSICANÁLISE ACERCA DO AUTISMO

Para falarmos sobre o olhar que a psicanálise dirige ao longo dos anos sobre o transtorno do espectro autista é necessário que primeiro possamos compreender como se dá a constituição do sujeito neurótico, para que posteriormente alcancemos esses sujeitos autistas apresentados até aqui como sujeitos vazios de si mesmos (CAVALCANTE E ROCHA, 2015).

⁶ Os sujeitos acometidos pelo TEA não compreendem a lógica que regula o âmbito social, pois mantêm-se isolados e não estabelecem nenhum nível de reciprocidade. É comum nesses casos a presença de impulsividade, agressividade e auto agressividade, tais comportamentos explicam a conduta do sujeito infrator (WING, 1982 *apud* BRAGA, 2002, p. 13).

Seguindo o pensamento de Martinez (2015), é observado que o ser humano é o único animal que nasce incapaz de sobreviver sem os cuidados de um outro, sendo completamente dependente do outro para viver. Conforme Mahler, Pine e Bergman (1975), o nascimento psicológico de um sujeito se dá pelo processo de separação e individuação, ou seja, o estabelecimento do contato com o mundo real separando-se do mundo representado pelo objeto de amor primário - geralmente a mãe -, o qual apresenta o mundo subjetivo ao bebê. Esse movimento de individuação é contínuo ao longo dos ciclos do desenvolvimento, entretanto o processo fundador da separação-individuação acontece entre o quarto e o quinto mês de vida. A diferenciação, por sua vez, é uma subfase da separação-individuação que, para Marques e Arruda (2007), seria um mecanismo que demarca o eu do não-eu; é o processo que permite que o bebê possa explorar o rosto da mãe, afastar-se do seu objeto primário para conhecer o mundo além do corpo materno e identificar-se no reflexo do espelho. Simultaneamente ao processo de separação-individuação, Flores e Smeha (2013) indicam que a constituição psíquica se dá por três tempos pulsionais: ativo, onde o bebê vai em direção a um objeto externo para existir; reflexivo, quando o bebê tem seu corpo como objeto; e o último é eminentemente ativo, pois o bebê passa a se fazer o objeto do outro. Para Pokorski (2012), o eu só passa a ser um sujeito na medida em que passa do simbólico para o imaginário. Para isso, é indispensável que o ambiente, as funções paternas e maternas, assim como de outras pessoas próximas, sejam bem estabelecidas para uma evolução progressiva da estruturação psíquica.⁷

O bebê, nos seus primeiros meses de vida, vivencia e experiencia tudo através da pele; é a partir da pele propriamente dita que se torna possível desenvolver a “pele psicológica”, que tem a função de unir as partes do corpo e delimitar o eu interno do seu meio externo. Quando o bebê passa por alguma perturbação, o desenvolvimento dessa pele psicológica é incisivamente lesado (SERRA, 2010). Brazão (2015) explica que a integração dos estímulos sensoriais são inatos aos seres humanos, e tal fato é chave para que seja compreendida a capacidade de interação com o ambiente no início da vida. A partir dessa interação, juntamente com as trocas afetivas, o

⁷ “A assunção jubilatória de sua imagem especular por esse ser ainda mergulhado na impotência motora e na dependência da amamentação que é o filhote do homem nesse estágio de *infans* parecer-nos-á pois manifestar, numa situação exemplar, a matriz simbólica em que o [eu] se precipita numa forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro e antes que a linguagem lhe restitua, no universal, sua função de sujeito” (LACAN, Jacques. p. 97, 1998).

desenvolvimento humano se torna propício, e é por meio dos sentimentos de segurança e pelo contato físico com um cuidador que é garantida a continuidade da existência e a regulação dos afetos pode ser mantida. A comunicação nesse período se dá basicamente pelo corpo, o que se compreende pelo diálogo tônico ou motricidade emocional. A pele, enquanto órgão limite entre o bebê e o mundo, conforme Metzger (2006) teria então três premissas básicas: reter as boas experiências; delimitar o interno e o externo do eu, servindo de proteção; e servir como pontes de comunicação com os outros.

Todo o processo de constituição do sujeito é permeado pela angústia de descontinuidade e as crianças estão sujeitas à ansiedade, que não se dá pelos mecanismos inatos, mas pela ação do meio ambiente em que habitam (LOPARIC, 2001). Conforme Araújo (2003), o desenvolvimento psicológico do indivíduo é ameaçado constantemente pela possibilidade de não completar um dos três tempos pulsionais, o que resultaria em uma catástrofe. Logo, no caso dos autistas, o público alvo desse trabalho, são acometidos pela incompletude do terceiro tempo pulsional, visto que não existe a interação com o outro de forma ativa nesses casos (FLORES E SMEHA, 2013). Contudo, pode-se inferir uma possibilidade de falha no segundo tempo pulsional, levando em consideração que o bebê autista acometido em níveis de gravidade severa não tem em seu corpo as estruturas unidas, devido uma falha do processo de consciência da unidade corporal estabelecida pela formação da pele psicológica.

Melanie Klein, em 1930, inaugura a clínica psicanalítica no tratamento de autistas ao fazer o relato do caso Dick, no qual foram observados sintomas semelhantes aos da esquizofrenia, porém, com a ausência da fantasia. Foi compreendido pela autora, na época, que se tratava de uma criança a qual chamou de *ensimesmada*, devido à ausência de interesse pelo contato com o outro (JANUÁRIO E TAFURI, 2010). Loparic (2001) considera que a psicose, ao passar dos anos e com a evolução dos estudos em psicologia, tornou-se um processo natural que é causado pela relação com o mundo externo e não pelos processos internos e simbólicos. Nesta perspectiva, Goldgrub (2010) explica o autismo e a esquizofrenia como transtornos incompatíveis com a aquisição da linguagem, mas, ao mesmo tempo, toma como apoio para a diferenciação entre os dois transtornos o conceito de desejo, observando que no autismo não acontece de forma plena o surgimento do Ego que faz emergir o desejo, enquanto que na esquizofrenia o sujeito se perde na medida em que o superego impõe

o desejo do outro sobre o seu próprio desejo. Mesmo havendo esta diferença, Catão e Vivès (2011) observam que há os que estimam pela integração do autismo na clínica diferencial das psicoses, mas existem outros, como Isotton (2014), que tomam o autismo como uma quarta estrutura de personalidade, ao lado da neurose, psicose e perversão, alicerçando a ideia na observação da realidade posta e ao mesmo tempo negada pelo psicótico, enquanto que o autista é totalmente excluído da realidade externa, nesta perspectiva, o psicótico é capaz de criar alucinações e delírios por não ter acesso ao superego⁸, enquanto que o autista é totalmente incompleto, não tendo acesso sequer ao seu próprio ego devido às falhas do transmissor dos significantes.

O debate em psicanálise acerca do TEA inicia-se ao deixar o foco das causas genéticas e comportamentais que, conforme Martinez (2015), é altamente condenável, e é redirecionado para as dificuldades e impasses da linguagem existente nesses sujeitos, dada pela falha na função primordial de reconhecimento (RIBEIRO, MARTINHO E MIRANDA 2012; MARTINEZ, 2015). Para Isotton (2014), o desejo é criado pela relação com Outro a partir do uso da linguagem, e é pela linguagem que se torna possível existir uma relação onde o bebê pode se tornar sujeito que virá a apropriar-se da linguagem, dos significantes e do próprio circuito de desejo, ou seja, sendo capaz de produzir a sua própria história. Campanário, Vorcaro e Pinto (2013) acreditam que mesmo sem participar de um discurso o autista está no campo da linguagem. Para explicar a linguagem nos autistas, Lucero e Vorcaro (2015) afirmam que:

O autista é afetado pela linguagem, tal como todos os seres humanos, o que inclusive faculta a possibilidade da alucinação e do auto-erotismo; algo da pulsão circula pelo corpo do autista, mas há uma dificuldade em direcioná-la para o exterior, uma vez que os objetos, sentidos como partes do corpo, são investidos pulsionalmente de forma auto-erótica, o que oblitera a função de intermediar a realidade. (LUCERO E VORCARO, 2015 p.3).

Dessa forma, percebe-se que a psicanálise compreende que para um sujeito apropriar-se da linguagem de fato é preciso desejar esta apropriação e perceber a linguagem como algo que lhe pertence naturalmente (LUCERO E VORCARO, 2010), muito embora autores como Rabello (2012) afirmem que no autismo não se inscreva uma lógica erótico-pulsional e o sujeito autista não seja capaz de ir em direção à

⁸ Na estrutura psicótica há um conflito entre o Id e a realidade, visto que seu Ego não foi constituído de forma que possa suportar os conflitos entre as instâncias psíquicas. No autismo o Id é falho ou insuficiente, pois nele não é fundado o desejo (ISOTTON, p. 3, 2014).

subjetivação por não haver uma relação com o Outro que imprime no sujeito o circuito do desejo. Observa-se neste caso um grande paradoxo: a linguagem, que é a responsável pela mediação entre o eu e o outro, é também necessária em si mesma para que o sujeito vá além do interno em direção ao externo (POKORSKI, 2012). Diante de tal paradoxo, Rabello (2012) considera ainda que pensar no TEA é arriscar-se em terras estrangeiras, na tentativa incansável de inscrever o que não se inscreve. Verifica-se ainda que existem teorias psicanalíticas com bases na teoria winnicottiana que têm o objetivo principal de desconstruir a ideia de autismo enquanto síndrome, e visam aumentar as possibilidades de atendimento ao incitar que se olhe para o sofrimento psíquico nesses sujeitos ainda crianças (CAVALCANTE E ROCHA, 2015).

Segundo Maleval (2009b), a abordagem psicanalítica se opõe aos métodos inflexíveis e às rotinas instituídas como forma de aprendizado da criança autista porque, segundo ele, estes são métodos que não pensam a ética, e porque desconsideram o papel protetor dos objetos, da ecolalia e das estereotípias que são adotados por esses sujeitos. Os objetos serão abordados posteriormente de forma mais completa, mas cabe aqui introduzir que no momento em que a criança autista manipula um objeto percebe-se nela que há uma espécie de gratificação, permitindo a circulação de um prazer orgânico em seus corpos por acreditarem que são protegidas por seus objetos (OLIVEIRA, 2013). A respeito da abordagem psicanalítica, Cavalcante e Rocha (2015) indicam que assim como a histeria foi considerada para a constituição da obra freudiana, as psicoses para os kleinianos e os lacanianos, é notável que atualmente o autismo é um objeto privilegiado para a psicanálise contemporânea. Caramicoli (2013, p.21) assinala ainda que “são várias as psicanálises, variadas são as formas com que o discurso psicanalítico antecede, antecipa e recobre a figura da criança com autismo.”

Diante da heterogeneidade dos sintomas e dos níveis deste mesmo transtorno, tal como fora observado no capítulo anterior, Serra (2010) apura que essas crianças são enquadradas em critérios padronizados de diagnósticos e isso as impede de serem vistas como crianças que, apesar das limitações, podem atingir um nível considerável no desenvolvimento, pois nelas é reprimido o impulso, é bloqueado o desenvolvimento da personalidade e o circuito de qualquer energia é cessado. Como já foi mencionado, a identificação do TEA tem sido feita com base nas dificuldades na interação social e na ausência da linguagem (BRAZÃO, 2015); contudo, Flores e Smeha (2013) indicam que, para a psicanálise, além dos sintomas físicos é importante

observar a troca de olhares entre o bebê e a mãe e se há alguma resposta do bebê ao ser chamado pela mãe. Neste sentido, Pimenta (2012) conclui que não há o abandono da observação dos comportamentos descritos nos manuais diagnósticos, mas é acrescentado o olhar sobre a relação que o sujeito tem com o Outro e com os objetos.

A respeito das características do transtorno do espectro autista, Isotton (2014) indica que as crianças autistas permanecem voltadas à necessidade orgânica e não tomam para si o componente do desejo, resultando no que Martinez (2015) constata ao dizer que o autista é o sujeito da ausência, tendo, como a principal delas, a ausência da fala. A linguagem pode ser tida como um objeto de angústia, e recusá-la é a forma que os autistas encontram para lidar frente tal angústia; trata-se, portanto, de uma resistência (VORCARO E LUCERO, 2010). Bailer (2014b) faz uma importante interpretação a respeito da linguagem do autista.

A estrangeirice da linguagem pode ser remetida à falta de incorporação do significante primordial no autismo, o que o torna, efetivamente, um estrangeiro para a linguagem. A relação do autista com a linguagem pode se manifestar pela prevalência de signos, alicerçando uma linguagem factual que pode se alternar ao surgimento de frases espontâneas que emergem de modo irruptivo e manifestam o objeto voz marcado de afeto. (BAILER, 2014b p.4).

Além do período da aquisição da linguagem propriamente dita, autores como Pimenta (2012) notam que existe um déficit anterior que impede inclusive que os bebês balbuciem, e neste sentido o déficit é explicado por Maleval (2009b) como uma angústia frente à escuta do próprio gozo que o sujeito é incapaz de apreender; neste movimento, o sujeito autista passa a viver na posição de ser o objeto de gozo do Outro, na tentativa de proteger-se daquilo que não lhe pertence. O uso da ecolalia surge como alternativa à angústia frente ao uso da linguagem; logo, é repetindo termos a princípio desconexos que o sujeito pode relacionar-se com o que é dito; é a partir da manifestação repetitiva de uma fala solitária que o autista pode autorizar-se a falar (BAILER, 2014a). Por outro lado, Berlinck (1999) considera a ecolalia como uma ressonância do vazio, tendo no som das palavras o eco com a ausência de Eros⁹.

Outro impasse observado pelas crianças com autismo é a falta ou total inexistência de experiências prazerosas, como por exemplo ao saborear um alimento.

⁹ Conforme o vocabulário de Psicanálise, Eros é o termo pelo qual os gregos designavam o amor e o deus Amor. Freud utilizava-o na sua última teoria das pulsões para designar o conjunto das pulsões de vida em oposição às pulsões de morte (LAPLANCHE E PONTALES, 2001).

Nota-se nesta lacuna que não há a gênese da libido, o que explica ainda a falta de prazer na troca de olhar com a mãe (RABELLO, 2012). Laznik (2000) afirma que os bebês com autismo só podem dirigir o olhar para a mãe ou ao Outro primordial ao meio que ouvem a voz desse Outro; entretanto, é necessário que essa voz garanta segurança a esse bebê, afinal existe o medo de ser tomado pelo Outro, e conforme Rabello (2012) o bebê autista não possui mecanismos capazes de controlar a frustração e o medo, que é real. É comum ao falarmos de autistas serem associados sintomas de obsessão, estereotípias e autoagressão. A psicanálise explica parte de tais fenômenos como modalidade de relação com o mundo exterior e o corpo; Bailer (2014a; 2014b) indica que as estereotípias criam barreiras de proteção corporal, sendo capazes de fornecer bordas que protegem a criança da invasão do Outro, embora sejam ainda uma forma de comunicação para os autistas. Uma forma mais metafórica capaz de explicar as estereotípias é dada por Lheureux-Davidse (2015), que considera o brilho e as sombras produzidas pelos movimentos como algo equivalente à troca de olhares entre uma mãe e seu bebê, sendo a estereotípia um movimento que o autista é capaz de suportar.

Outra característica diz respeito às pulsões e a noção corporal que é claramente desregulada nos autistas. Como apresenta Maleval (2009a), é possível encontrar na clínica crianças que temem pela perda de parte do corpo ao defecar; outras apresentam transtornos alimentares ao considerar que podem ser invadidas pelos alimentos que adentram seu organismo pela via oral. Essa desregulação se explica pela retirada maciça de investimento, fazendo com que a existência de um objeto possa desaparecer a ponto que a existência própria não possa ser reconhecida, como se ela nunca tivesse existido para a criança (BERLINCK, 1999). Nesta perspectiva, é possível assimilar a autoagressão como um mecanismo primitivo que tem a intenção de unir o corpo e fazer florescer os limites que não existem devido ao déficit nos recursos psíquicos. Metzger (2006) explica o ato de bater em si como uma tentativa de discriminar o interno do externo, atribuindo a dor a função de limite.

Ao falar da clínica com essas crianças, Bailer (2014a) observa um vazio impactante que exclui o outro das atividades. Outros autores, como Maleval (2009a), verificam também que não há diferenças significativas entre as pessoas e os objetos para essas crianças, pois todos são usados pelo autista como uma extensão de seu corpo e servem como continente de segurança. Os objetos são complexos e encontrados no mundo que, segundo Ribeiro, Martinho e Miranda (2012), fala do

inconsciente; eles não só são sentidos, mas fazem de forma real parte do corpo, de modo que seu uso foge de suas funções originais. Neste sentido, Maleval (2009a) observa que os objetos possuem grande valor e são capazes de fornecer ao sujeito o que seu aparelho psíquico não está apto a prover contra suas angústias. Os objetos surgem pela necessidade dos autistas em apoiar as suas ideias que fogem constantemente; eles auxiliam a organizar o fluxo de pensamento, e, diferente dos objetos transicionais que servem de referência para o não-eu, os objetos autísticos representam o totalmente-eu. Em um estudo, Klinger e Souza (2013) observaram que os objetos podem significar mais do que é observável, e podem, inclusive, transitar de uma função a outra.

Conforme Oliveira (2013), existe algo que impede que a criança autista vá além do real e alcance a dimensão simbólica, ou seja, essas crianças falam no real, do jeito que lhe surge de forma mecânica e fria, parecendo inclusive não fazer parte do mundo da realidade. Bruder e Brauer (2007) verificam a partir da compreensão da constituição do sujeito em uma perspectiva lacaniana, que, no autismo, há uma alienação que consiste no fato de ocorrer uma escolha forçada do significante, sendo notável que o desejo emerge a partir do Outro e o resultado é o desaparecimento ou anulação do indivíduo. É neste processo de constituição que se forma o limite entre o eu e o não eu, assim como entre o interno e o externo (METZGER, 2006). Ao estudar a constituição do sujeito e buscar meios capazes de explicar o TEA, Freire e Oliveira (2010) apoiam sua pesquisa também na teoria lacaniana e consideram que o autista está em um gozo fechado, impossibilitando a existência do outro e a interação social. O estudo realizado pelos autores explica que existe um significante mestre que dá origem a outros significantes, formando um articulado de significantes permitindo que o sujeito se aproprie de seu próprio significante. Bailer (2014b) também conjectura a respeito dos significantes e o seu papel para a fundação da psique do sujeito em tenra idade:

No ser humano, é o significante que permite esta imbricação entre o corpo e a mente em decorrência da incorporação do Outro da linguagem. No caso do autista, o significante não é incorporado pela falta do traço do gozo do Outro na apreensão de si mesmo e na sua estruturação, e por consequência, a estruturação do autista na relação com o campo da linguagem se dá por uma não marcação do corpo próprio pelo campo do significante primordial. (BAILER, 2014b p.3-4).

Em suma, percebe-se que há algo petrificado no autista que congelou o desejo do sujeito, e há ainda um outro paradoxo: o Outro não existe, e seu imaginário permite apenas duas situações, sendo a primeira a possibilidade de assimilação e a segunda a ameaça de desintegração (VORCARO E LUCERO, 2010; CAMPANÁRIO, VORCARO E PINTO, 2013). O sujeito só pode se tornar indivíduo a partir do Outro primordial, como vimos anteriormente; neste sentido, Loparic (2001) afirma que não tem como falar do indivíduo sem falar do sujeito que lhe forneceu os cuidados básicos, ou seja, sem falar da mãe. A criança, para Jerusalinsky (1984 *apud* QUARESMA E SILVA, 2011), não nasce constituída desde o princípio; cabe ao Outro construir no bebê o sujeito. Autores como Brazão (2015) defendem que o ser humano é essencialmente social, e é a partir da interação afetiva entre o bebê e o Outro que o desenvolvimento se torna propício. A interação entre a mãe e o bebê é complexa e carregada de processos inconscientes; esses processos influenciam no desenvolvimento desde o nascimento do bebê, e ao mesmo tempo afeta também a mãe para garantir que a maternagem ocorra de forma suficiente, capaz de garantir o crescimento biológico e psicológico do bebê e servindo de base para a construção da auto-estima e da subjetivação; logo, pode-se perceber uma interação bi-direcional entre mãe-bebê (AKHTAR, 2015). Neste sentido, Marques e Arruda (2007) e Oliveira (2013) indicam que o vínculo entre a mãe ou a pessoa que assume as funções maternas e o bebê vai interferir nos demais relacionamentos posteriormente desenvolvidos pela criança, na medida em que o vínculo mãe-bebê é o mais profundo e o fundador, sendo indispensável para fornecer à criança um modelo relacional.

Ao perceber que a tarefa de transmitir e engendrar os significantes é de responsabilidade do sujeito da linguagem, ou seja, do cuidador - mais especificamente da mãe -, Klin (2006) indica que durante muito tempo a etiologia do autismo foi associada à impotência do significante S1, ou seja, dos pais, e era comum a crença de que esses pais eram emocionalmente fragilizados e não tinham condições de inserirem no filho o circuito do desejo. Tal hipótese será melhor explicada a seguir, ao apresentar a hipótese das mães geladeiras e dos pais intelectuais.

4.3.1. O Tabu das mães-geladeiras

Observando a importância do vínculo entre a mãe e o bebê, assim como a importância da interação entre essa dupla, a teoria psicanalítica indica que há uma

transferência do desejo que antecipa o sujeito, ou seja, o desejo da mãe faz o bebê desejar existir enquanto sujeito. Nascimento, Silva e Dazzani (2015) acrescentam que todo o processo de antecipação do sujeito é imaginário, e é supondo a capacidade de existir que a mãe pode inserir o bebê na linguagem, e a partir da apropriação da linguagem o sujeito pode conhecer o mundo que existe além do grande Outro primordial. Sendo assim, Metzger (2006) e Martinez (2015) dão aos pais a responsabilidade de inserir o bebê na cultura, de colocá-lo na linguagem e de apresentar o mundo. A mãe é quem estabelece o desejo de existir e fornece mecanismos para a conclusão de todos os tempos do circuito pulsional. Logo, as dificuldades na relação mãe-bebê podem aumentar o risco de gênese de problemas no desenvolvimento da criança (Zaqueu *et al.*, 2015).

A teoria das mães geladeiras foi posta por Kanner (1943 *apud* CAVALCANTE E ROCHA, 2015), que afirmava ter observado mães com dificuldades de realizar os cuidados aos filhos. Nesta observação, Kanner definiu um perfil de mães emocionalmente frias e de pais intelectuais, incapazes de transmitir afeto e desejo aos seus bebês. Esse perfil traçado por Kanner contribuiu para a formulação da hipótese genealógica casos de autismo, indicando que o fator etiológico era a falha dos pais. A psicanálise apropriou-se de tal hipótese acrescentando ainda que nesses casos os filhos não eram objeto de desejo dos pais, como se esses filhos não tivessem sido inventados no nível parental-afetivo. As mães geladeiras eram, então, mães incapazes de transmitir ao seu bebê qualquer gozo, sendo por vezes consideradas mães frias e distantes de seus filhos desde o nascimento. Os pais nomeados de pais intelectuais contribuíram ainda mais para a inexistência de transferências afetivas entre os pais e os bebês; logo, sem afeto era impossível que o bebê pudesse por si só alcançar os mecanismos de integração e de desejo (MARTINEZ, 2015).

Bruder e Brauer (2007), embasados pela teoria lacaniana, puderam cogitar uma possível alienação nos casos de autismo, percebendo que não há nos autistas o processo de separação. A falha ocorreria por parte do sujeito que domina a linguagem, ou seja, o Outro primordial “mãe” não foi capaz de permitir que o bebê pudesse existir por si próprio, permanecendo colado e não diferenciado do Outro. Notaram que eram crianças que não falavam, mas de certo modo estavam inseridos no campo da

linguagem¹⁰, pois antes mesmo de seu nascimento já estavam imersos em uma cultura falante. Os autores observaram ainda que o significante do Outro não permite a ascensão do significante do bebê, ficando apenas o significante da mãe totalizante. No lugar deste Outro fundamental, a mãe impede que o bebê possua o acesso ao próprio significante (FREIRE E OLIVEIRA, 2010). Logo, o quadro autístico a partir de uma perspectiva psicanalítica estava intimamente ligado à falha na interação entre a mãe e a criança, e a falha na maioria era pela ocorrência de um desequilíbrio por parte da mãe (QUARESMA E SILVA, 2011).

Alguns autores como Oliveira (2013) concebem as mães de autistas como deprimidas e solitárias, tendo como base os casos onde os pais abandonam as mulheres grávidas e posteriormente a criança recebe o diagnóstico de autismo. Berlinck (1999), de forma mais dura, afirma que o autista tem genitora, mas não tem quem faça a função materna. Em alguns casos de autismo o referido autor notava que a mãe não era percebida, nem mesmo seus cuidados eram diferenciados. Na tentativa de explicar tais fenômenos, o mesmo observa a existência de um ego rudimentar e inacabado nas crianças autistas, e imagina que se porventura esses bebês pudessem perceber essa mãe, esta percepção se daria por um movimento invasivo da parte dela (OLIVEIRA, 2013).

Durante muito tempo essa apropriação dos problemas na relação mãe-bebê feita pela psicanálise foi tomada como uma culpabilização das mães. A partir do pensamento de Flores e Smeha (2013), essa falha na mãe deve ser compreendida como tomando parte de um processo inconsciente. Mas tomar esta hipótese ambiental como único fator etiológico do autismo só dificultaria o tratamento e afastaria a psicanálise da possibilidade de atestar a eficácia das intervenções possíveis.

Atualmente, a participação dos pais no tratamento de crianças autistas é de extrema importância. Hoje, a psicanálise, além de não culpar os pais pelo quadro patológico dos filhos, busca auxiliar os mesmos a enfrentarem os impasses e acolherem as evoluções dos filhos (ARAÚJO, 2003; PACHECO, 2012). No próximo tópico veremos a proposta de intervenção que vem sendo realizada atualmente pela psicanálise, juntamente com esses pais ou cuidadores.

¹⁰ “[...] trata-se do homem como um ser falante, mergulhado em uma cultura antes mesmo de seu nascimento.” (BRUDER E BRAUER, 2007, p. 516).

4.3.2. A escuta na abordagem psicanalítica contemporânea

Como mencionado anteriormente, o TEA é uma patologia precoce marcada pela ausência da linguagem e com déficits persistentes na interação social. Diante de tais características, a clínica psicológica dirigida a este público por muito tempo ficou presa nas descrições que são comumente sustentadas pelos déficits e pelas impossibilidades de desenvolvimento, o que interferiu de forma negativa sobre o olhar dos mais diversos profissionais que atendem às crianças autistas (CAVALCANTE E ROCHA, 2015). Para Pacheco (2012), a teoria psicanalítica foi por muito tempo afastada do tratamento devido à culpabilização das mães pela explicação da etiologia do autismo, mas agora ela passa a acreditar que o problema do autismo se dá pelo desencontro no modo de se relacionar com os outros. A inserção da teoria e da técnica psicanalítica no tratamento do autismo é apresentada por Pacheco (2012), versando sobre o desenvolvimento teórico e prático:

Nos anos 1950, 1960, a psicanálise avançou muito nas pesquisas clínicas e trouxe importantes contribuições para o desenvolvimento das abordagens terapêuticas. [...] os psicanalistas nunca desistiram dessas crianças, nunca desistiram de procurar saídas e não pretendem desistir porque entendem como princípio ético o direito aos cuidados e ao convívio com os semelhantes para cada uma dessas pessoas. Os psicanalistas foram os responsáveis por tirar os autistas da condição de exílio, pois não havia tratamento para a criança autista. Na prática, os psicanalistas foram os primeiros a defender que as crianças autistas têm o que dizer; elas têm um sofrimento; uma presença; e estão no mundo à maneira delas. E, mais importante: não são crianças deficientes. (PACHECO, 2012 p.10).

Atualmente, autores como Pimenta (2012), apoiados na abordagem psicanalítica, propõem a aceitação das particularidades dessas crianças, buscando considerar o tempo que cada criança leva para atingir progressos e a necessidade de provisão de um ambiente facilitador que atenda às necessidades do desenvolvimento de cada paciente. Pacheco (2012) indica que a medicalização é um dos recursos mais indicados no tratamento do TEA, contudo, não é bem vista pelo movimento “Psicanálise, Autismo e Saúde Pública”, pois segundo o mesmo essa medida corrobora para uma falsa epidemia de autismo. Outra consideração importante que o movimento aborda é a adoção de diagnósticos em processo, que se difere dos diagnósticos fechados, e que são necessários ao privilegiar a percepção do sujeito em sua totalidade e levar em consideração a constante dinâmica envolvida no processo de amadurecimento.

Araújo (2002) apresenta um tratamento que busca ir além das causas biológicas, observando o ambiente onde está inserida a criança e como este ambiente pode prover um desenvolvimento saudável capaz de influenciar de forma positiva na constituição do sujeito. É importante para o tratamento que a criança seja vista como um ser que tem uma subjetividade, fazendo-a nascer de suas potencialidades e caminhar rumo às possibilidades (PACHECO, 2012). Neste mesmo sentido, Caramicoli (2013) considera que as terapêuticas em uma perspectiva psicanalítica têm se baseado na formação de relacionamentos interpessoais e tem o objetivo de dar apoio a esses relacionamentos, pois, segundo a autora, estes são os alicerces que suportam o desenvolvimento normal das crianças. Diferente de outros momentos na história das terapêuticas psicanalíticas, a autora vê o presente como a possibilidade de melhorar a relação entre pais-filhos, tendo este relacionamento como o ponto chave para a psicoterapia de crianças com autismo, além de motivar a ampliação da parte saudável da personalidade desses pacientes. Este modelo de tratamento busca o extrato mais complexo acerca da função da linguagem, entendida não apenas como treino de identificação e reprodução de signos, mas enquanto construto que institui e constitui o sujeito, fazendo nascer na criança o desejo, o mal-estar, os sintomas, entre outros (RABELLO, 2012). Antes de falar do papel do terapeuta que emprega a abordagem psicanalítica, é importante salientar o que Vorcaro e Lucero (2010) indicam na constituição das crianças; segundo eles, as crianças autistas e as outras crianças se tornam sujeitos na medida em que conversamos com elas e as ouvimos.

Freire e Oliveira (2010), apoiadas na teoria lacaniana, consideram que os autistas articulam muitas coisas e é importante que se busque compreender essas articulações, geralmente consideradas estranhas aos olhos de quem as vê. O analista precisa estar disposto a ouvir os pacientes autistas, ouvir o que vem de seu significativo congelado - isso é a essência da escuta psicanalítica, segundo as autoras. Diversos autores, como Visani e Rabello (2012), Campanário, Vorcaro e Pinto (2013), Catão e Vivès (2011) e Milani, Tomael e Greinert (2014), conferem ao terapeuta o papel de ouvir as produções sonoras, por mais sem nexos que pareçam ser: escutar o vazio, a quem não fala, escutar o ser constituído, incompleto; pura e simplesmente ouvir, respeitando o ritmo e as características singulares, afim de (re) estabelecer qualquer nível de comunicação e o gozo nesses sujeitos. Essa escuta precisa ser

ainda singular para cada paciente, visto que o transtorno se manifesta de várias maneiras (QUARESMA E SILVA, 2011).

Quaresma e Silva (2011) orientam que no atendimento psicanalítico é interessante que aconteçam as provisões da relação inicial mãe-bebê a partir do jogo lúdico para que o olhar materno converse com o bebê, lhe ensine sobre as cores, os objetos e possa lhe apresentar o ambiente. Não cabe nesta prática o uso das interpretações, mas a busca pela compreensão de suas invenções, fazendo emergir a esperança de fazer com que essas crianças se sintam reais (JANUÁRIO E TAFURI, 2010). Nesta lógica, Marques e Arruda (2007) e Catão e Vivès (2011) acrescentam que o terapeuta tem que estar munido de sua ignorância para poder auxiliar nas invenções do paciente, e tem ainda que aprender a conviver com os comportamentos ritualísticos, respeitando acima de tudo as individualidades e sendo capaz de assegurar um *setting* seguro, protetor e acolhedor. Acerca do ambiente clínico, este precisa suprir as necessidades que surgem pelo próprio processo de amadurecimento, permitindo a atuação do ego, o abandono das medidas defensivas inconscientes e a retomada do processo dinâmico do crescimento. Visto que não se trata aqui de restaurar alguma capacidade, logo, o terapeuta assume a maternagem, sendo o sujeito capaz de auxiliar no controle das angústias desses pacientes (JANUÁRIO E TAFURI, 2010). Marques e Arruda (2007) situam como ponto inicial para um tratamento de abordagem psicanalítica a construção de um vínculo, no qual o terapeuta precisa buscar ocupar a função de Outro, e, por conseguinte, oferecer o manejo suficiente para suprir as necessidades do desenvolvimento. Araújo (2003) completa que ter conhecimento sobre os cuidados básicos é o que garante um tratamento eficiente. Caramicoli (2013) concorda que há no tratamento psicanalítico a ênfase no vínculo, na construção da subjetividade e na possibilidade de se estabelecer o circuito pulsional.

No atendimento desses pacientes, o psicoterapeuta tem lugar importante, conforme enaltece o trecho: “é necessário que o terapeuta introduza Eros no corpo do paciente, emprestando a ele seu próprio erotismo, ou seja, é necessário que o psicoterapeuta realize, em ato, no tratamento, a função materna.” (BERLINCK, 1999 p. 11). O analista ocupa o lugar de Outro da transferência, e esse movimento torna-se por si só um movimento delicado, pois corre-se o risco de ser invasivo e afastar ainda mais o sujeito da possibilidade de qualquer interação (AZEVEDO, 2006). O terapeuta, no papel de Outro, precisa compreender e ajudar a criança a existir no

mundo que a cerca, criando uma interação estruturante, fazendo florescer o gozo, o desejo e a voz do significante (SERRA, 2010; OLIVEIRA, 2013). Em outra perspectiva, mas ainda sobre o papel do psicoterapeuta, pontua-se que este surja como um objeto e a extensão do corpo do autista, como um órgão apercebido pelo autista, a fim de que o manejo dessa transferência possa se tornar essencial para a condução do tratamento (MALEVAL, 2009a; BAILER, 2014a). Conforme Bailer (2014a) elucidada, é preciso que o terapeuta identifique as estratégias defensivas adotadas por cada paciente, o uso da ecolalia, e ao mesmo tempo trabalhe como secretário das invenções do paciente, para que haja um investimento libidinal da parte deste.

No decorrer do tratamento, nota-se que retirar os objetos utilizados pelos autistas é uma atitude condenável, pois é uma medida drástica tomada pelo terapeuta frente a sua angústia ao atender o paciente que não o vê (KLINGER E SOUZA, 2013). Cabe então, segundo Lucero e Vorcaro (2015), focar o olhar diretamente para os objetos; desta forma não causará incomodo ao paciente e poderá utilizar o próprio objeto como intermediador de um diálogo. Neste jogo, o terapeuta pode conversar com o objeto e ouvir a criança. As autoras supracitadas afirmam que compreender as defesas e o uso dos objetos não é o bastante para um tratamento eficaz, e complementam que é preciso fazer valer tudo o que o paciente usa, desde a evitação ao contato, a ecolalia, o uso dos objetos, pois é por estes movimentos que o sujeito existe, e é nisso que sua existência é singular. A criança precisa tomar posse do que é, ou seja, ela precisa ter posse de sua subjetividade (MARQUES E ARRUDA, 2007). Neste trabalho, conforme esclarece Martinez (2015), o terapeuta deve buscar algo que permita uma identificação, e para isso pode-se utilizar a reprodução dos movimentos, a imitação dos sons, com o objetivo de alcançar o sujeito e o mesmo se fazer sentir semelhante. Brazão (2015) completa que há a necessidade durante o atendimento de se buscar compreender as peculiaridades e os desvios de cada criança e prover meios de fornecer alguma conexão afetiva.

Ao buscar o tratamento, com frequência os pais pensam também nas questões relacionadas à educação. Desta forma, é comum encontrar pais de crianças autistas que buscam escolas adaptadas para receber suas crianças para promover sua inserção social com base no treino de habilidades de reconhecimento e requisição diretiva. Nesses casos, a escola é vista como um local aquém do desenvolvimento psíquico-afetivo do autista, mas um local que precisa tratar essas crianças para que sejam capazes de responder as expectativas sociais (RIOS et al, 2015). Nesta

perspectiva, Sanini et al (2013) identificaram que mesmo sendo uma visão reducionista do ambiente escolar, existem métodos e estratégias utilizadas na escola que podem de fato auxiliar a criança autista de forma positiva; uma dessas estratégias é a integração de pares de crianças autistas com o uso de jogos e brincadeiras que forçam a socialização entre elas, reforçando os comportamentos socialmente aceitos. Outra estratégia, segundo Bailer (2014b), é o emprego da construção de autobiografias, que surge como um auto tratamento capaz de dar luz ao que é incipiente da singularidade e conferir uma voz a essas crianças a partir da alfabetização. O uso da escrita autobiográfica permite que estas manifestem seus sentimentos e todas as suas facetas por trás do espectro; permite que essas crianças passem a pertencer à sociedade como narradoras de sua história e possam inclusive se organizar na realidade externa ao eu; logo, tais estratégias operacionalizam o circuito pulsional e oferecem a significação necessária, funcionando como um auto tratamento. Quando essa estratégia se insere no ambiente terapêutico, o terapeuta tem algo concreto para fomentar sua compreensão destes pacientes e meios de oferecer melhores resultados no tratamento (BAILER, 2015; BAILER, 2014b). Bernardino (2015) vê na escrita a oportunidade do encontro com o simbólico, permitindo que o sujeito domine a linguagem que antes lhe causava angústia. A autora observa ainda que é comum nas autobiografias um endereçamento, por meio do qual o autista direciona sua escrita a alguém que precisa saber do que se passa consigo. A escrita permite, então, a existência de uma relação com o Outro a partir dos símbolos escritos.

Outra estratégia bem vinda é o trabalho multiprofissional, integrando todos os profissionais que lidam diretamente com os pacientes autistas, como professores, fisioterapeutas, pediatras, para que sejam reunidos os pedaços de um mesmo indivíduo e todos estes sejam atendidos, embora de modo fragmentado (MARQUES E ARRUDA, 2007; NASCIMENTO, SILVA E DAZZANI, 2015).

Diante da importância de se fazer um tratamento, vários autores como Flores e Smeha (2013), Zaqueu *et al.* (2015) e Martinez (2015) consideram que quanto mais cedo se iniciar o tratamento, melhores são os resultados. Para isso, é importante que se observe ainda os casos onde há tão-somente o *risco* de autismo. Contudo, observam que o tratamento na maioria das vezes começa tarde devido os descaminhos até o diagnóstico, pois se espera a cronificação dos sintomas, em especial o atraso na fala e os déficits na interação social, para se confirmar a identificação nosológica.

Ao pensar nas várias formas de tratamento disponíveis ao autismo diante do trabalho em psicanálise, Martinez (2015) salienta que, independente dos fatores etiológicos, o trabalho do terapeuta é o mesmo. Em uma perspectiva psicanalítica a intervenção precisa resgatar o desenvolvimento e auxiliar na reconstrução do circuito pulsional. Independente do diagnóstico e do momento em que este foi dado, é necessário ir além do que é aparente; é preciso olhar - afinal, na abordagem psicanalítica “olhar” é muito mais que visualizar o sujeito, é resgatá-lo (FLORES E SMEHA, 2013).

Para concluir, Nascimento, Silva e Dazzani (2015) indicam que a clínica psicanalítica pretende enfatizar a constituição do sujeito para pensar em uma possível cura. Novamente, enfatiza-se a individualidade e a subjetividade de cada criança, e, diante disso, o terapeuta precisa inclusive questionar sua atuação constantemente, para que não corra o risco de solicitar da criança o que ela não pode fazer, ou enquadrá-la em padrões que não lhe cabem (MALEVAL, 2009b). Pacheco (2012) oferece uma importante contribuição ao pensar na teoria psicanalítica: “a psicanálise procura novos caminhos, singulares para cada um e ajuda o paciente a fazer o uso das palavras a fim de representar seus afetos, seus sentimentos e o que quer dizer sobre si para poder compartilhá-los com as outras pessoas” (PACHECO, 2012 P.11).

As discussões sobre as práticas das intervenções psicanalíticas, comumente fazem com que os próprios psicólogos considerem seu trabalho limitado nas questões de duração e instrumentalização, visto que há uma exigência dos pais com relação à cura (CARAMICOLI, 2013). Neste sentido, Vorcaro e Lucero (2013) determinam que o terapeuta precisa também ter conhecimento de suas limitações e do uso que faz de seus operadores teóricos para que possa atuar com maior precisão, sem o abandono de uma abordagem. Sobre essa prática, uma contribuição de Winnicott (1962/1983):

A prática de uma boa técnica psicanalítica pode por si só ser uma experiência corretiva e, por exemplo, na análise um paciente pode, pela primeira vez na vida, conseguir a atenção total de outra pessoa... ou estar em contato com alguém que é capaz de ser objetivo. (WINNICOTT, 1962/1983 p. 225-233).

Nota-se que o autista ocupa um lugar no imaginário cultural que o torna impossibilitado de possuir qualquer habilidade ou potencialidade definidas pelo diagnóstico tomado como rótulo, e esse mesmo rótulo é posto à prova quando alguma criança deixa o espectro por meio de um tratamento; nesta situação, é comum ouvir que não se tratava de um autista “de verdade” (CAVALCANTE E ROCHA, 2015). Silva

(2014) revela que esta clínica em especial é capaz de desconcertar, inquietar e testar os limites do terapeuta. Por fim, é essencial que o terapeuta que pretende trabalhar com autistas tenha confiança no potencial humano, acredite na existência do inconsciente, e se permita ser o objeto-subjetivo do seu paciente (MILANI, TOMAEL E GREINERT, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados obtidos nesta pesquisa, podemos observar que o estudo sobre o autismo não é algo novo na literatura, sendo alvo das mais diversas pesquisas por mais de cem anos, e ainda hoje as suas causas e o diagnóstico é enigmática. Tal enigma é o que move os pesquisadores a estudar este transtorno, e assim ocorreu nesta pesquisa que a partir da temática: psicopatologia infantil, estudada no curso de Psicologia, despertou grande interesse por aprofundar neste transtorno das multicausas e da heterogenia de sintomas, do transtorno que não tem uma face específica e que a olho nu se assemelha a outra meia dúzia de transtornos do desenvolvimento.

Os estudos sobre as causas são os mais diversos, e, como visto nesta pesquisa, todos os estudos realizados não excluem resultados obtidos em estudos anteriores, o que acaba por somar informações de várias bases científicas acumulando controvérsias e confirmando cada vez mais que se trata de um transtorno misterioso. As hipóteses ambientais, como vimos, retratam problemas advindos do consumo de metais nos cosméticos, dos alimentos processados ricos em corantes e conservantes, dos vegetais pulverizados com agrotóxicos contra pragas, da contaminação do ar, entre tantos outros resultados da industrialização. Mas pensar que esse avanço industrial é prejudicial significa ser contra o avanço? A resposta talvez nunca seja dita, visto que vivemos em uma sociedade capitalista. No decorrer desta pesquisa, constatou-se que grande parte dos artigos de revisão e de pesquisas quantitativas realizadas no Brasil indica para que se promovam mais pesquisas sobre a etiologia e a epidemiologia no país, sendo que muitos estudos são custeados por Organizações Não Governamentais, o que acaba por enviesar os estudos de acordo com o aporte teórico adotado por cada ONG; uma possível solução seria o aumento nos investimentos do Estado nas pesquisas universitárias.

A proposta de discutir as terapêuticas com base nas abordagens psicanalíticas contemporâneas se faz importante para que a sociedade acadêmica, bem como responsáveis por crianças diagnosticadas com TEA, possam repensar as demais propostas de intervenção, passando a considerar que essas crianças tem algo a ser despertado - o que vai além de ensiná-las a seguir os padrões típicos de desenvolvimento e socialização. Esta proposta tende a trazer maior humanização para com essas crianças, que, além de aprender novos comportamentos e

organização, precisam ser incentivadas a criar, a subjetivar e a sentirem-se reais e completas. Conforme visto na literatura psicanalítica, esse trabalho só é possível a partir da escuta e do manejo que promova a liberdade de atribuir significado à existência dessas crianças. Como recurso de facilitação, temos o diagnóstico em processo, que vai contramão à cristalização do desenvolvimento, as autobiografias e o trabalho com pares.

Notou-se que em toda a história da pesquisa e estudo sobre o autismo os grandes métodos criados para intervenções o foram por pesquisadores/pais de autistas; logo, pode-se inferir a eficácia dos métodos a partir do afeto presente na realização dos mesmos, já que foram aplicados pelos próprios pais. Isso explica a participação dos pais nas intervenções, e esse é o ponto que tem sido tomado pela psicanálise atualmente, teoria que por muito tempo responsabilizou os pais pelo acometimento dos filhos e os afastou do tratamento. Daí nota-se a necessidade de que as teorias sejam constantemente reformuladas e repensadas, para que sejam capazes de atender todas as demandas, inclusive as demandas que surgem com a ascensão da globalização e da industrialização.

REFERÊNCIAS

- AKHTAR, Salman. The New Motherhoods –patterns of early child care in contemporary culture. Lanham/Boulder/New York/London ROWMAN & LITTLEFIELD, 2015.
- ALMEIDA, Ângela Maria Magalhães. Cuidados alimentares e nutricionais em perturbações do espectro do autismo. Monografia - Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Fernando Pessoa/Portugal, 2015.
- ANDREO, J. Rosell; HEINE-SUÑER, D. Síndrome X frágil. **Revista Española de**, v. 65, n. 1, p. 37-41, 2009.
- ARAÚJO, Conceição A. Serralha de. O ambiente na obra de Winnicott: Teoria e prática clínica. **Winnicott e-prints**, v. 2, n. 2, 2003.
- AZEVEDO, Flavia Chiapetta De. A construção do Lugar do analista na direção do tratamento com autistas na psicanálise. Tese, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.
- BAILER, Marina. A escrita terapêutica no autismo. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia**, Fundação São Paulo, v. 18, n. 2, p. 221-233, junho 2015.
- BAILER, Marina. Algumas estratégias de (auto) tratamento do autista. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 150-162, jan/abr 2014a.
- BAILER, Marina. A lógica do autismo: uma análise através da autobiografia de um autista. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 645-655, out/dez 2014b.
- BAPTISTA, Patricia Fukuda de Siqueita. Avaliação dos sintomas gastrointestinais nos transtornos do espectro do autismo: relação com os níveis séricos de serotonina, dieta alimentar e uso de medicamentos. Dissertação – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2012.
- BRAGA, Maria Cecília Bérghamo. A interação professor-aluno em classe inclusiva: um estudo exploratório com criança autista. Dissertação – Universidade Estadual Paulista “Júlio Mesquita Filho”, Campus Marilha (SP), 2002.
- BEECHAM, James E.; SENEFF, Stephanie. Is there a link between autismo and glyphosate-formulated herbicides?. **Journal of Autism**, v. 3, n. 1, p. 1, 2016.
- BERLINCK, Manoel Tosta. Autismo, paradigma do aparelho psíquico. **Estilos da Clínica**, v. 4, n. 7, p. 30-42, 1999.
- BERNARDINO, Leda Mariza Fischer. A importância da escrita na clínica do autismo. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v. 20, n. 3, p.504-519, set/dez 2015.
- BIANCHINI, Natallie do Carmo Prado; SOUZA, Luiz Augusto de Paula. Autismo e comorbidades: achados atuais e futuras direções de pesquisa. **Distúrbios de Comunicação**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 624-626, setembro 2014.

BRAZÃO, José Carlos Chaves. A Importância do afeto na psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva contemporânea. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 35, n. 2, p. 342-358, 2015.

BRUDER, Maria Cristina Ricotta; BRAUER, Jussara Falek. A Constituição do Sujeito na psicanálise Lacaniana. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 513-521, set/dez. 2007.

CAMPANÁRIO, Isabela Santoro; VORCARO, Angela Maria Resende; PINTO, Jeferson Machado. Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo: uma clínica ao avesso?. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 35, n. 65, p. 47-56, julho 2013.

CARAMICOLI, Luisa Guirado. Autismo: Uma análise institucional do discurso dos tratamentos. Dissertação – Universidade de São Paulo, 2013.

CATÃO, Inês; VIVÈS, Jean-Michel. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. **Estudos de Psicanálise**, Belo Horizonte (MG), n. 36, p. 83-92, dez 2011.

CAVALCANTI, Ana Elizabeth; ROCHA, Paulina Schmidtbauer. Autismo: Contribuições e desconstruções. **Casa do Psicólogo**, São Paulo, 4ª reimpressão da 3ª edição, 2015.

CROEN, L. A. et al. Antidepressant use during pregnancy and childhood autism spectrum disorders. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 11, p. 1104-1112, 2011.

DIAS, Bianca Pereira. Relação entre a microbiota intestinal e o autismo. Monografia, Centro Universitário São Lucas, Porto Velho (RO), 2016.

DIAS, Sandra. Asperger e sua síndrome em 1944 e na atualidade. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamentos**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 307-313, jun. 2015.

ENDRES, Renata Giuliani et al. O fenótipo ampliado do autismo em genitores de crianças com transtorno do espectro autista – TEA. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, jul/set 2015.

FLORES, Mariana Rodrigues; SMEHA, Luciane Najjar. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 141-157, abril 2013.

FREIRE, Ana Beatriz; OLIVEIRA, Elisa Carvalho de. Sobre o tratamento analítico de um caso de autismo: linguagem, objeto e gozo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 257-268, Maio/Ago. 2010.

GAZOLA, Franciele; CAVEIÃO, Cristiano. Ingestão de Lactose, caseína e glúten e o comportamento do portador de autismo. **Revista Saúde Quântica**, v.4, n. 4. Jan–Dez 2015.

GOLDGRUB, Franklin. As teorias da ansiedade e das pulsões em Freud. **Psicologia em Revista**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 11-32, 2010.

GUEDES, Nelzira Prestes da Silva; TADA, Iracema Neno Cecilio. A produção científica brasileira sobre autismo na psicologia e na educação. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 303-309, jul/set 2015.

GUPTA, A. R. STATE, MW Autismo: genética. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. supl 1, p. 29-38, 2006.

HALLMAYER, J. et al. Genetic heritability and shared environmental factors among twin pairs with autismo. **Archives of general psychiatry**, v. 68, n. 11, p. 1095-1102, 2011.

ISOTTON, Rogério. Psicose e autismo: Discussão sobre a diferença entre as duas estruturas. Jornada de Estudos do CPRS, junho 2014.

JANUÁRIO, Livia Milhomem; TAFURI, Maria Izabel. A relação transferencial com crianças autistas: uma contribuição a partir do referencial de Winnicott. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 57-70, 2010.

KACZEWER, Jorge. USO DE AGROQUÍMICOS EN LAS FUMIGACIONES PERIURBANAS Y SU EFECTO NOCIVO SOBRE LA SALUD HUMANA. **Grupo de Reflexión Rural: Pueblos Fumigados: Informe sobre la problemática del uso de plaguicidas en las principales provincias sojeras de la Argentina**, p. 177-207, 2009.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral Autism and Asperger syndrome: an overview. **Revista Brasileira Psiquiatria**, v. 28, n. Supl I, p. 3-11, 2006.

KLINGER, Ellen Fernanda; SOUZA, Ana Paula Ramos de. O brincar e a relação objetal no espectro autístico. Relato de experiência, **Fractal Revista de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 191-206, jan/abr 2013.

LACAN, Jacques. **Escritos**. Ed. Zahar, Rio de Janeiro, 1998.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand. Vocabulário da psicanálise. In: **Vocabulário da psicanálise**. Martins Fontes, São Paulo, 1988.

LAZNIK, Marie-Christine. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. **Estilos da clínica**, v. 5, n. 8, p. 80-93, 2000.

LHEUREUX-DAVIDSE, Chantal. Autismo e vícios. **Ágora**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 25-38, jan/jun 2015.

LOPARIC, Zeljko. Esboço do paradigma Winnicottiano. **Cadernos de história e filosofia da ciência**, v. 11, n. 2, p. 7-58, 2001.

LUCERO, Ariana; VORCARO, Angela. Os objetos e o tratamento da criança autista. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 27, n. 3, p. 310-317, set/dez 2015.

MAHLER, Margaret S.; PINE, Fred; BERGMAN, Anni. The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. Karnac London New York, 1975.

MALEVAL, Jean-Claude. Os objetos autísticos complexos são nocivos?. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 2, p. 223-254, agosto 2009a.

MALEVAL, Jean-Claude. Qual o tratamento para o sujeito autista?. **Revista Inter Ação**, v. 34, n. 2, p. 405-452, 2009b.

MARQUES, Carla Fernandes Ferreira da Costa; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. Autismo infantil e vínculo terapêutico. **Estudos de psicologia**, Campinas. v. 24, n. 1, p. 115-124, jan/mar 2007.

MARTELETO, Marcia Regina F. et al. Problemas de comportamento em crianças com transtorno autista. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 1, p. 5-12, jan/mar 2011.

MARTINEZ, Luiza Leal. O lugar do filho autista no desejo materno: impactos e possibilidades na intervenção clínica. Dissertação, Universidade de Brasília, 2015.

METZGER, Clarissa. Contornos e fragmentação do eu na psicose: reflexão a partir do acompanhamento terapêutico de uma adolescente. **Psychê**, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 41-52, setembro 2006.

MILANI, Rute Grossi; TOMAEL, Mercês Maria; GREINERT, Bruna Rafaela Milhorini. Psicodiagnóstico interventivo psicanalítico. **Estudos interdisciplinares em psicologia**, Londrina, v. 5, n. 1, p. 80-95, junho 2014.

MUÑOZ-YUNTAA, J. A. et al. El síndrome de savant o idiot savant. **Rev Neurol**, v. 36, n. Supl 1, p. S157-S161, 2003.

NASCIMENTO, Verônica Gomes; SILVA, Alan Souza Pereira; DAZZANI, Maria Virgínia Machado. Acompanhamento terapêutico escolar e autismo: caminhos para a emergência do sujeito. **Estilos Clínicos**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 520-534, set/dez 2015.

OLIVEIRA, Eliane Nunes de. Entrando no ritmo: a música na relação entre a criança "autista" e a fala do Outro. Dissertação – Universidade Federal de Pernambuco, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças**. 1993.

PACHECO, Ana Laura Prates. Autismo, psicanálise e saúde pública. **A Peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 101-113, jul/dez 2012.

PEPER, Erik. Food for thought: are herbicides a fator for the increase in allergies and autismo?. **NeuroRegulation**, v. 2, n. 4, p. 162, 2015.

PIMENTA, Paula Ramos. O objeto autístico e sua função no tratamento psicanalítico do autismo. Tese, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas (MG), 2012.

POKORSKI, Maria M. Wagner F. O imaginário e o simbólico na constituição do sujeito. **Círculo Psicanalítico do Rio Grande do Sul** [artigos], 2012.

QUARESMA, Humarah Danielle Verissimo; SILVA, Valdeci Gonçalves da. Autismo infantil: concepções e práticas psicológicas. **Revista brasileira de ciências da saúde**, V. 14, n. 4, p. 85-90 2011.

RABELLO, Silvana. Os impasses na subjetivação-construção do corpo no autismo. In: V Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XI Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental, Fortaleza (CE), 2012.

RIBEIRO, Maria Anita C.; MARTINHO, Maria Helena; MIRANDA, Elisabeth da Rocha. O sujeito autista e seus objetos. **A Peste**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 77-89, jul/dez 2012.

RIOS, Clarice et al. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 19, n. 53, p. 325-335, 2015.

RONALD, Angélica; HOEKSTRA, Rosa A. Distúrbios do espectro autista e traços autistas: uma década de novos estudos gêmeos. **American Journal of Medical Genetics Parte B: Genética Neuropsiquiátrica**, v. 156, n. 3, p. 255-274, 2011.

SANINI, Claudia; SIFUENTES, Maúcha; ROSA, Cleonice Alves. Competencia social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 29, n. 1, p. 99-105, jan/mar 2013.

SERRA, Sonia Caldas. Autismo: uma abordagem psicoterápica. **Cadernos de Psicanálise**, p. 181-192, 2010.

SILVA, Maria Cecília Pereira da. Três analistas e um paciente: diálogos analíticos sobre uma criança com autismo. **Jornal de Psicanálise**, v. 47, n. 87, p. 143-161, 2014.

SWANSON, N. L. et al. Genetically engineered crops, glyphosate and the deterioration of health in the United States of America. **Journal of Organic Systems**, v. 9, n. 2, p. 6-37, 2014.

TEIXEIRA, Marla Cristina Triguero V. et al. Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Revista Associação de Medicina Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010.

VEDOVATO, Kleber *et al.* O eixo intestino-cérebro e o papel da serotonina. **Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR**. v. 18, n. 1, 2015.

VISANI, Paola; RABELLO, Silvana. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamentos**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, junho 2012.

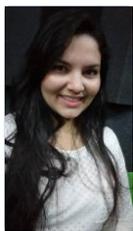
VORCARO, Angela; LUCERO, Ariana. Entre real, simbólico e imaginário: leituras do autismo. **Psicologia Argumento**, v. 28, n. 61, p. 147-157, abr/jun 2010.

WINNICOTT, D. W. Autismo, 1966, In: Pensando sobre crianças, **Porto Alegre: Artmed**, 1997.

WINNICOTT, D. W. Dependência no cuidado do lactente, no cuidado da criança e na situação psicanalítica. In: O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional (pp. 225-233). **Porto Alegre: Artmed**, (1962/1983).

ZAQUEU, Livia da Conceição Costa et al. Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos no desenvolvimento infantil. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, v. 31, n. 3, p. 293-302, jul/set 2015.

ANEXO – Currículo Lattes



Ana Cristina da Silva

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7888392868384125>

Última atualização do currículo em 04/12/2017

Resumo informado pelo autor

Cursando a graduação de Psicologia, com ênfase em Psicologia Clínica
(Texto informado pelo autor)

Dados pessoais

Nome	Ana Cristina da Silva
Nome em citações bibliográficas	SILVA, A. C.
Sexo	Feminino
Cor ou Raça	Branca
Filiação	Altair Silva e Margarida Moreira da Silva
Nascimento	13/12/1994 - Brasil
Carteira de Identidade	1144581 SESDC - RO - 04/05/2009
CPF	042.293.401-17
Endereço residencial	Avenida Jarú - 5079 Colonial - Ariquemes 76873739, RO - Brasil Telefone: 69 35364186 Celular 69 992223534
Endereço eletrônico	E-mail para contato : anna.cris_silva@hotmail.com E-mail alternativo annacrissilva94@gmail.com

Formação acadêmica/titulação

- 2013 Graduação em Psicologia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Ariquemes, Brasil
- 2010 - 2012 Ensino Médio (2o grau) .
EEEEFM HEITOR VILLA LOBOS, HVL, Brasil, Ano de obtenção: 2012

Áreas de atuação

1. Psicologia

Idiomas

Inglês	Compreende Pouco , Fala Pouco , Escreve Pouco , Lê Razoavelmente
Espanhol	Compreende Razoavelmente , Fala Pouco , Escreve Razoavelmente , Lê Razoavelmente
Português	Compreende Bem , Fala Bem , Escreve Bem , Lê Bem

Produção

Produção bibliográfica

Apresentação de trabalho e palestra

1. ★ SILVA, A. C. ; MOURA, M. D. Desmistificando o suicídio , 2017. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: SUICÍDIO, BALEIA AZUL, FILMES, SÉRIES
Áreas do conhecimento : Psicologia
Setores de atividade : Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais : Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro
Palestra direcionada a jovens de uma instituição religiosa; Local: Centro Social Cristo Rei; Cidade: Ariquemes; Evento: Palestra Desmistificando o suicídio; Inst.promotora/financiadora: FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

2.  **SILVA, A. C.; ROCHA, C. A.; FERNANDES, M. S.; MOURA, M. D.; ANDRADE, V. S.; ARANTES, A. C. Y.**
A Indústria Farmacêutica e a Produção de Doença, 2015. (Outra, Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: medicalização e patologização, indústria farmacêutica e produção de doença, uso de medicamentos e adocimento, fármacos e psicopatologia
Áreas do conhecimento: Psicologia, Farmácia, Farmacologia
Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Outro. Home page: https://l.facebook.com/l.php?u=http%3A%2F%2Fwww.faema.edu.br%2Frevistas%2Fplugins%2Fgeneric%2Fpdf.jsViewer%2Fpdf.js%2Fweb%2Fviewer.html%3Ffile%3Dhttp%253A%252F%252Fwww.faema.edu.br%2FAEMA%252Farticle%252Fdownload%2FAEMA%252Farticle%252Fdownload%2F360%2F400%2F#page=24&zoom=auto,40,679
Apresentação de pôster e publicação de resumo expandido nos anais do I Encontro Científico FAEMA; Local: FAEMA; Cidade: Ariquemes; Evento: I Encontro Científico FAEMA; Inst.promotora/financiadora: FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente
3. **SILVA, A. C.; CORREA, T. M.; ARANTES, A. C. Y.; CORDEIRO, O. H. G.; SILVA JUNIOR, N. P.**
Educador Físico e Psicólogo: trabalho de uma equipe multiprofissional para integração sensorial e social do autista, 2015. (Outra, Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: Autismo e Intervenção, Educação física e autismo, Etiologia do autismo, Psicoterapia para autistas, Diagnóstico de autismo
Áreas do conhecimento: Educação Física, Psicologia
Setores de atividade: Atividades esportivas e de recreação e lazer, Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Meio digital. Home page: http://www.faema.edu.br/revistas/plugins/generic/pdf.jsViewer/pdf.js/web/viewer.html?file=http%3A%2F%2Fwww.faema.edu.br%2Frevistas%2Findex.php%2FRevista-FAEMA%2Farticle%2Fdownload%2F360%2F400%2F#page=24&zoom=auto,40,679
Apresentação de Pôster e publicação de resumo expandido nos anais do I Encontro Científico da FAEMA; Local: FAEMA; Cidade: Ariquemes; Evento: I Encontro Científico FAEMA; Inst.promotora/financiadora: FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente
4.  **SILVA, A. C.; SOUZA, A. S. G.; GOMES, B.; GONCALVES, E. M.; CAREN, M.; KERN, C. A. R.**
A Internação Compulsória de Viciados em Crack no Brasil, 2013. (Conferência ou palestra, Apresentação de Trabalho)
Palavras-chave: internação compulsória, crackolândia, políticas de higiene
Áreas do conhecimento: Serviço social, Psicologia
Setores de atividade: Administração pública, defesa e segurança social, Atividades de atenção à saúde humana
Referências adicionais: Brasil/Português. Meio de divulgação: Impresso
Apresentação de Banner educativo na III Jornada Científica e Cultural da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA); Local: FAEMA; Cidade: Ariquemes; Evento: III Jornada Científica e Cultural da Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA); Inst.promotora/financiadora: FAEMA - Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Educação e Popularização de C&T

Participação em eventos, congressos, exposições, feiras e olimpíadas

1. **EXTENSÃO: PSICOLOGIA E SAÚDE: UMA INTERFACE NECESSÁRIA**, 2017. (Outra)
 DISCRIMINAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.
2. **I CONGRESSO ONLINE DE PSICOLOGIA MAIS PSICÓLOGOS**, 2017. (Congresso)
3. **PROJETO BEIJA FLOR**, 2017. (Outra)
 PROJETO BEIJA FLOR.
4. **SIMPOSIO CIDADANIA E DIVERSIDADE SEXUAL**, 2017. (Simpósio)
5. **III CONFERENCIA MUNICIPAL DE POLITICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - LGBT**, 2016. (Encontro)
6. **NOVEMBRO AZUL**, 2016. (Simpósio)
7. **PSICOLOGIA JURIDICA E DEPOIMENTO ESPECIAL: RESPONSABILIDADE E ETICA PROFISSIONAL**, 2016. (Oficina)
8. **CAMPANHA DO DIA 18 DE MAIO - DIA NACIONAL DE COMBATES AO ABUSO E À EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**, 2015. (Outra)
9. **CURSO DE EXTENSÃO "INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO DE DONALD W. WINNICOTT"**, 2015. (Oficina)
10. **DIA MUNDIAL DA CONSCIENTIZAÇÃO DO AUTISMO**, 2015. (Outra)
11. **I ENCONTRO CIENTÍFICO FAEMA**, 2015. (Encontro)
12. **I GINCANA VIRTUAL FAEMA**, 2015. (Olimpíada)
 OLIMPIADAS RIO/2016 UM TRABALHO MULTIDISCIPLINAR.
13. **IV SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA DA UNIR**, 2014. (Seminário)
14. **MINI CURSO: A PSICOLOGIA SOCIAL NA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL**, 2014. (Seminário)
15. **MINI CURSO: O LÚDICO COMO ESTRATÉGIA SIGNIFICATIVA NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM.**, 2014. (Oficina)
16. **CURSO DE CAPACITAÇÃO BIBLIOTECA JÚLIO BORDIGNON**, 2013. (Outra)
17. **III JORNADA CIENTÍFICA E CULTURAL DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**, 2013. (Outra)
18. **Apresentação de Poster / Painel no(a) III JORNADA CIENTÍFICA E CULTURAL DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE**, 2013. (Encontro)
 A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE VICIADOS EM CRACK NO BRASIL.
19. **MINI CURSO: PSICOLOGIA JURÍDICA**, 2013. (Oficina)
20. **PROJETO "A PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: A PRÁTICA E A VIVÊNCIA EM UM LAR DE CRIANÇAS"**, 2013. (Outra)
 A PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: A PRÁTICA E A VIVÊNCIA EM UM LAR DE CRIANÇA.
21. **SEMINÁRIO: CONHECER PARA DEFENDER**, 2013. (Seminário)

Eventos

Participação em eventos

1. EXTENSÃO: PSICOLOGIA E SAÚDE: UMA INTERFACE NECESSÁRIA, 2017. (Outra) DISCRIMINAÇÃO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.
2. I CONGRESSO ONLINE DE PSICOLOGIA MAIS PSICÓLOGOS, 2017. (Congresso)
3. PROJETO BEIJA FLOR, 2017. (Outra) PROJETO BEIJA FLOR.
4. SIMPOSIO CIDADANIA E DIVERSIDADE SEXUAL, 2017. (Simpósio)
5. III CONFERENCIA MUNICIPAL DE POLITICAS DE DIREITOS HUMANOS DE LÉSBICAS, GAYS, BISEXUAIS, TRAVESTIS E TRANSEXUAIS - LGBT, 2016. (Encontro)
6. NOVEMBRO AZUL, 2016. (Simpósio)
7. PSICOLOGIA JURIDICA E DEPOIMENTO ESPECIAL: RESPONSABILIDADE E ETICA PROFISSIONAL, 2016. (Oficina)
8. CAMPANHA DO DIA 18 DE MAIO - DIA NACIONAL DE COMBATES AO ABUSO E À EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES, 2015. (Outra)
9. CURSO DE EXTENSÃO "INTRODUÇÃO AO PENSAMENTO DE DONALD W. WINNICOTT", 2015. (Oficina)
10. DIA MUNDIAL DA CONSCIENTIZAÇÃO DO AUTISMO, 2015. (Outra)
11. I ENCONTRO CIENTÍFICO FAEMA, 2015. (Encontro)
12. Apresentação de Poster / Painel no(a) I ENCONTRO CIENTÍFICO FAEMA, 2015. (Encontro) A INDUSTRIA FARMACEUTICA E A PRODUÇÃO DE DOENÇA.
13. Apresentação de Poster / Painel no(a) I ENCONTRO CIENTÍFICO FAEMA, 2015. (Encontro) EDUCADOR FÍSICO E PSICOLOGO: TRABALHO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL PARA INTEGRAÇÃO SENSORIAL E SOCIAL DO AUTISTA.
14. I GINCANA VIRTUAL FAEMA, 2015. (Olimpiada) OLIMPIADAS RIO/2016 UM TRABALHO MULTIDISCIPLINAR.
15. I MOSTRA DE TALENTOS DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FAEMA, 2014. (Exposição) COMPOSIÇÃO E APRESENTAÇÃO DE PARÓDIA.
16. III MOSTRA DE TALENTOS DO CURSO DE PSICOLOGIA DA FAEMA, 2014. (Exposição) PREPARAÇÃO E ENCENAÇÃO DE TEATRO: SPIN OFF DO ALTAS HORAS.
17. IV SEMINÁRIO DE PSICOLOGIA DA UNIR, 2014. (Seminário)
18. MINI CURSO: A PSICOLOGIA SOCIAL NA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES ÉTNICO-RACIAIS NO BRASIL, 2014. (Seminário)
19. MINI CURSO: O LÚDICO COMO ESTRATÉGIA SIGNIFICATIVA NO PROCESSO DE ENSINO APRENDIZAGEM., 2014. (Oficina)
20. CURSO DE CAPACITAÇÃO BIBLIOTECA JÚLIO BORDIGNON, 2013. (Outra)
21. III JORNADA CIENTÍFICA E CULTURAL DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE, 2013. (Outra)
22. Apresentação de Poster / Painel no(a) III JORNADA CIENTÍFICA E CULTURAL DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE, 2013. (Encontro) A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA DE VICIADOS EM CRACK NO BRASIL.
23. MINI CURSO: PSICOLOGIA JURÍDICA, 2013. (Oficina)
24. PROJETO "A PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: A PRÁTICA E A VIVENCIA EM UM LAR DE CRIANÇAS", 2013. (Outra) A PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO: A PRÁTICA E A VIVENCIA EM UM LAR DE CRIANÇA.
25. SEMINÁRIO: CONHECER PARA DEFENDER, 2013. (Seminário)

Totais de produção

Produção bibliográfica

Apresentações de trabalhos (Conferência ou palestra)	2
Apresentações de trabalhos (Outra)	2

Eventos

Participações em eventos (congresso)	1
Participações em eventos (seminário)	3

Participações em eventos (simpósio)	2
Participações em eventos (oficina)	4
Participações em eventos (encontro)	5
Participações em eventos (outra)	7