

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

CYNARA MARIA ANDRADE TELLES

AUTISMO: UM ACONTECIMENTO DISCURSIVO

São Carlos - SP

2016

CYNARA MARIA ANDRADE TELLES

AUTISMO: UM ACONTECIMENTO DISCURSIVO



Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Linguística.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Leiser Baronas

São Carlos – SP

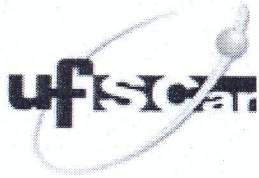
2016

Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da Biblioteca Comunitária UFSCar
Processamento Técnico
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

T274a Telles, Cynara Maria Andrade
Autismo : um acontecimento discursivo / Cynara
Maria Andrade Telles. -- São Carlos : UFSCar, 2016.
195 p.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São
Carlos, 2016.

1. Autismo. 2. Sujeito. 3. Discurso. 4.
Psicanálise. 5. Análise do discurso. I. Título.

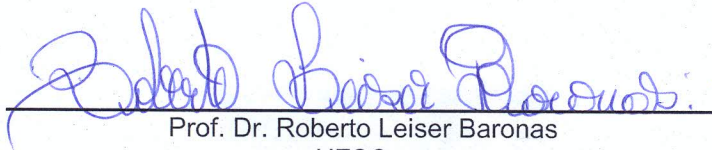



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

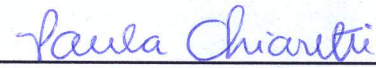
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Linguística

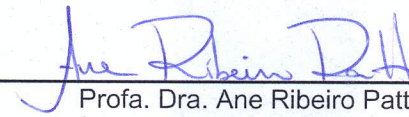
Folha de Aprovação

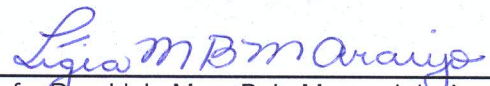
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Tese de Doutorado da candidata Cynara Maria Andrade Telles, realizada em 06/04/2016:


Prof. Dr. Roberto Leiser Baronas
UFSCar


Profa. Dra. Mônica Baltazar Diniz Signori
UFSCar


Prof. Dr. Paula Chiaretti
UNIVAS


Profa. Dra. Ane Ribeiro Patti
Barão de Mauá


Profa. Dra. Ligia Mara Boin Menossi de Araujo
UFSCar

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente meu orientador Prof. Dr. Roberto Leiser Baronas com sincera gratidão por sua generosidade, respeito, confiança e simplicidade em seu modo de ser e de agir. Minha admiração por sua competência, dedicação e seriedade em seu ofício, sempre empenhado em contribuir com seu trabalho no universo acadêmico. Agradeço a oportunidade de aprender com sua postura democrática com seus alunos e orientandos, sem deixar de lado o rigor teórico com o qual trabalha. Também agradeço o respeito ao meu desejo por esse trabalho, dando-me liberdade para abordar meu percurso teórico, e apostando em mim.

Enfim, levo destes quatro anos de doutorado, o exemplo do que é ser um Mestre! Por isso, meu eterno respeito!

Agradeço à banca examinadora, que tão generosa e prontamente, aceitou compartilhar esse momento do qual pretendo colher muitos frutos!

À Profa. Dra. Paula Chiaretti, pela parceria frutífera em vários caminhos compartilhados e tão bem aproveitados. Por seu jeito simples, desafiador, inteligente e original de falar e se por no mundo. Por sua contribuição na qualificação que foi muito rica para o resultado final deste trabalho.

À Profa. Dra. Ane Ribeiro Patti, também parceira nas andanças dentro e fora do universo acadêmico. Por seu jeito leve e poético de apresentar questões instigantes a quem queira te ouvir, sem deixar de lado a escuta que permite a riqueza da troca.

À Profa. Dra. Lígia Menossi, por seu modo discreto, gentil e delicado, sempre acompanhado de seriedade e comprometimento no que faz. Também pelos momentos em que me auxiliou nas questões acadêmicas, minha sincera gratidão.

À Profa. Dra. Mônica Baltazar Signori, professora que mostra já de início, o quanto gosta do que faz, sempre educada, gentil, afetuosa, ética e instigadora. Enfim, uma pessoa comprometida com o ofício assumido. Agradeço também sua generosa contribuição na banca de qualificação, com apontamentos que foram um grande desafio para este trabalho final.

À toda a banca, meu agradecimento pela disponibilidade e presença nesta etapa de meu caminho acadêmico. Sinto-me presenteada com a colaboração de cada uma.

Aos meus pais, Jayme e Claudette (na memória), por terem me iniciado na vida e me ensinado a seguir sozinha.

Ao meu marido Roberto, pelos momentos de dedicação e incentivo; pela tolerância em minhas ausências, e pelo meu aprendizado com as suas; enfim, por ser meu companheiro no caminhar da vida.

Ao meu filho Heitor, pela oportunidade de vivenciar momentos únicos e preciosos, desafiadores e divertidos. Por me acompanhar nessa trajetória acadêmica desde a barriga, e por hoje se mostrar interessado no que é esse trabalho que me tomou tanto tempo (perto de ti)...

Agradeço à minha família, irmãos, cunhados, sobrinhos, sogros e enteados pela alegria do querer bem, que se diverte, e que cresce, conquista coisas importantes, e me dá muito orgulho.

A cada um de meus queridos amigos, os mais presentes, os muito distantes, pessoas que dão um colorido de muitos tons em minha vida. Em especial, à amiga Lud (Ludmila Ferrarezi) que me ajudou generosamente na revisão deste trabalho.

RESUMO

Pretendemos neste trabalho abordar o autismo na perspectiva teórico-clínica, como também na discursiva, entendendo-o enquanto um acontecimento discursivo, propondo pensar os desdobramentos desde a construção de uma categoria de doença empreendida pela psiquiatria infantil na década de 1940, época em que a doença mental infantil e outros trabalhos voltados para a infância surgiram e marcaram todo o campo posterior deste universo teórico. Nosso objeto de estudo é o diagnóstico do autismo, suas nomeações e renomeações no campo da ciência, retomando os processos de denominação do sujeito com conduta que desafia o equilíbrio social. Para tanto, primeiramente abordaremos as formas de nomeação e posicionamento do sujeito dito anormal. Faremos este percurso, com o propósito de discutir o que se compõe até chegarmos ao momento histórico atual, quanto à denominação nosográfica do autismo. Portanto, retomaremos o caminho que a ciência seguiu até os dias de hoje, com seu campo conceitual e classificatório sobre o autismo, sempre priorizando o percurso seguido pelas construções teóricas e os efeitos delas no saber médico, no saber psicanalítico, no saber filosófico, como também do próprio autista. E ainda, no (não) saber do leigo, de acordo com dispositivos legais e seus efeitos sobre sujeitos que vivenciam esta condição, quer sejam os próprios *autistas*, quer sejam as pessoas que com eles convivem: pais, irmãos, professores, profissionais. O corpus se comporá de três entradas de análise, a primeira, trazendo recortes do discurso do Estado, a segunda, do discurso da ciência, e a terceira, de uma autista. Este caminho visa confirmar o autismo como um acontecimento discursivo, conforme proposto por Foucault. Nosso **objetivo**, com tal retomada, considerando as posições ocupadas por esse sujeito *desviante*, é refletir as questões históricas, sociais e políticas que configuraram os cenários e os lugares por ele ocupados.

Palavras-chave: Autismo. Sujeito. Discurso. Psicanálise. Acontecimento Discursivo.

ABSTRACT

In this research, we intend to treat autism in a theoretical, clinical and, also, a discursive perspective. We understand it as a discursive event, considering the progresses since the construction of the disorder category assumed by Child Psychiatry M.D. in the 1940's, an age when childhood mental disorder and other studies related to childhood, arisen and marked all the subsequent course of this theoretical universe. Our research's object is the autism's diagnosis, appointments and re-appointments in science, turning the designation process back to the subject with conceptions that contrasts the social balance. Further, we first approach the subject, deliberated as abnormal, and the forms of specifying and positioning him. We will do this course, with the purpose of discussing what has been created until we reach the present historical moment: the nosographic name of autism. Therefore, we will turn back the path that science has followed until the current days, with its classificatory conceptions about autism, always prioritizing the path followed by the theoretical constructions and their effects inside medical, psychoanalytic and philosophical knowledge, as, also, autistic child's itself. And yet, into the (un)knowledge non-experts person, according to legal supplies and their effects on subjects who experience this condition, whether autistics themselves, whether the people whom they live: parents, brethren, educators, professionals. This course aims to confirming autism as a discursive event, as an example, proposed by Foucault. Our intention with such retrieval, considering the positions occupied by this *divergent* subject, is to discuss the historical, social and political issues that shaped the scenarios and the places by him occupied.

Keywords: Autism. Subject. Discourse. Psychoanalysis. Discourse event

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. OS FATOS E SEUS EFEITOS: UMA ARQUEOLOGIA DAS DOENÇAS MENTAIS	17
2.1 REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE OS FATOS.....	18
2.2. O (NÃO) PODER DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	23
2.3. AUTISMO: CAMPO DE EMBATES TEÓRICO-POLÍTICOS	27
2.4. O PERCURSO DAS PATOLOGIAS MENTAIS	36
2.5. O LUGAR DO “LOUCO” NA HISTÓRIA	38
2.6. A CONQUISTA DA PSIQUIATRIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA	46
2.7. A MODERNIDADE E A PATOLOGIA DO BEM-VIVER.....	50
3. AUTISMO: UMA PATOLOGIA MODERNA	58
3.1. O ACONTECIMENTO DISCURSIVO COMO EFEITO DE SUAS MARCAS HETEROGÊNEAS.....	59
3.2. OS EFEITOS DOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS NO CAMPO DO AUTISMO	66
3.3. A POLÍTICA DA PSICANÁLISE NA CONTEMPORANEIDADE.....	73
4. LINGUAGEM E DISCURSO: REFLEXÕES SOBRE SUJEITO E AUTISMO.....	81
4.1. O PODER DA LINGUAGEM.....	83
4.2. O SUJEITO DESCENTRADO EM SAUSSURE E FREUD	87
4.3. O SUJEITO DO INCONSCIENTE	95
4.3.1. Sujeito cartesiano e sujeito lacaniano.....	98
4.3.2. O sujeito do significante.....	103
4.3.3. O sujeito desejante da linguagem.....	113
4.4 A LINGUAGEM NA PSICOSE: SUA RELAÇÃO COM A LÍNGUA E COM O MUNDO	123
4.4.1. Autismo, família e sociedade	126
4.4.2. O sujeito autista e o Outro	130

5. OS DISCURSOS SOBRE O AUTISMO E O DISCURSO DO AUTISTA.....	145
5.1. O MÉTODO DE ANÁLISE INTERPRETATIVA DO DISCURSO.....	147
5.2. O DISCURSO DO ESTADO: PROPOSTAS, CONFRONTOS E OUTRAS LEITURAS	154
5.3. O DISCURSO DA CIÊNCIA: PULVERIZAÇÃO E HOMOGENEIZAÇÃO DE UMA PATOLOGIA.....	165
5.4. O DISCURSO DE UM AUTISTA: MARCAS DE MUDANÇA DE POSICIONAMENTO DE UM SUJEITO SUPOSTO	172
6 CONCLUSÃO	180
REFERÊNCIAS	187
ANEXOS.....	197

INTRODUÇÃO

“Olha, repara, ausculta: essa riqueza sobra a toda pérola, essa ciência sublime e formidável, mas hermética”.

Carlos Drummond de Andrade

A construção teórica da clínica e de suas especialidades é um campo de saber articulado a outros campos, especialmente ao do direito e ao do Estado. Redes de saberes e poderes que se entrecruzam para tratar do atendimento de sujeitos com saúde ou conduta *desviante*. No presente trabalho, nosso tema será as formas de cuidado, de punição, de classificação e de doutrinação dos indivíduos, construídas enquanto práticas discursivas.

Delimitando melhor este campo, pretendemos abordar o lugar deste sujeito *desviante*, tendo como um representante atual, o sujeito autista. Portanto, mesmo que o destaque seja dado ao autismo, isso se fará com o desejo de realizar uma retomada histórica dos sujeitos e condutas observados, destacados, considerados, enfim, colocados em discurso.

Abordaremos a perspectiva teórico-clínica do autismo, como também a discursiva, numa espécie de *carrefour* epistemológico, propondo pensar os desdobramentos desde a construção de uma categoria de doença empreendida pela psiquiatria infantil na década de 1940, época em que a doença mental infantil e outros trabalhos voltados para a infância surgiram e marcaram todo o campo posterior deste universo teórico.

Nosso olhar se voltará para o momento dessa denominação nosográfica¹ retomando o caminho que a ciência seguiu até os dias de hoje, num movimento de olhar anterior e outro posterior à definição do autismo, numa espécie de percurso pendular, sempre priorizando o trajeto seguido pelas construções teóricas e os efeitos delas no saber médico, no saber psicanalítico, no saber pedagógico e no (não) saber do leigo, de acordo com dispositivos legais e especialmente seus efeitos sobre sujeitos que vivenciam esta condição, quer sejam os próprios “autistas”, quer sejam as pessoas que com eles convivem: pais, irmãos, professores, profissionais.

De sua denominação até o momento atual, muitas questões se colocaram, culminando em acontecimentos diversos envolvendo instâncias político-

¹ Categorização e caracterização ou definição das patologias.

governamentais em sua relação com os profissionais que pesquisam e trabalham nesse campo.

No primeiro capítulo, apresentaremos o conceito de Formação Discursiva, conforme proposto por Foucault (2001), considerado, depois de recortado, um campo limitado e finito de sequências discursivas. Para isso, serão trazidos para nosso estudo os discursos das políticas públicas de atenção ao autista, observando suas nuances de poder e imposição, que refletiram em reações de grupos que se posicionam diferentemente de tais documentos. Nossa primeira discussão transcorrerá a respeito de uma portaria da Secretaria Estadual de Saúde do estado de São Paulo, que abriu preteritamente inscrições para o credenciamento de instituições que atendam casos de autismo.

Nessa discussão, apresentaremos questões referentes ao poder de determinadas correntes teóricas, como o campo da psiquiatria e da abordagem cognitivo-comportamental, teoria psicológica que faz aliança com o discurso psiquiátrico e o discurso médico, resultando, no nosso entendimento, num excesso de poder que foge à legitimidade de direito, pois impede ao psicólogo o exercício de sua profissão. Com isso, pretendemos apontar o campo de embates, litígios políticos que marcam o discurso sobre o autismo.

A crítica dos profissionais da psicanálise terá destaque, por se tratar de teoria que compõe o campo teórico deste trabalho, em que são convocados os Conselhos de Psicologia a se manifestarem pública e politicamente, além de indicarem que é direito do usuário fazer suas próprias escolhas quanto à corrente teórica e profissionais de sua preferência, abrindo espaço para a diversidade, a pluralidade e o debate, enfim para a polifonia em torno do autismo.

Faremos, no primeiro capítulo, uma retomada do lugar do louco ao longo da história, refletindo tais questões do ponto de vista filosófico, histórico e político, a fim de destacarmos os jogos de poder implicados nesse panorama. Articularemos também a tal discussão o conceito de acontecimento discursivo proposto por Foucault (2001). E como pretendemos dar destaque ao autismo, patologia entendida por nós como sintoma moderno, refletiremos como essa patologia vem sendo constituída discursivamente ao longo da modernidade, especialmente aos olhares e denominações feitos sobre o louco, sujeito que infringe as regras de normalidade suposta.

Consideramos de grande importância, para poder (com)empreender este processo de retomada do louco no processo histórico, investigar como foi se construindo o campo da psiquiatria, e como ela foi se legitimando como especialidade médica, além de ir progressivamente se associando ao campo do direito. Destacaremos o aspecto que se refere às dificuldades da psiquiatria em delimitar seu campo de pesquisa e trabalho entre o orgânico e o psíquico.

Seguindo nesta discussão, refletiremos sobre as condições do homem pós-moderno e sua ilusória busca pela felicidade; negando sua condição faltante, ao se apoiar na tendência consumista do universo capitalista e, por consequência, perder sua essência como sujeito reflexivo. Com essa discussão, é nosso desejo apontar também a marca de heterogeneidade (AUTHIER-REVUZ, 1982, 2004) dos discursos sobre e dos autistas, que se verifica no campo científico e se amplia para além e aquém dele.

No capítulo dois, faremos primeiramente uma retomada na formalização do conceito de autismo, para verificarmos também os jogos políticos de poder que estão presentes nesse contexto, considerando essa “descoberta” um acontecimento discursivo no sentido de promover um efeito imaginário de referente produzido pelo próprio discurso (FOUCAULT, 2001). Outro fator que pode ser indicativo de um acontecimento é o fato de estar havendo um aumento progressivo dos diagnósticos de casos de autismo, o que, para nós, é efeito das renomeações e ressignificações feitas sobre o autismo, abrindo um leque cada vez maior para se encaixar esta patologia em um número cada vez maior de pessoas, desde a primeira versão do DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952) até a última, o DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Com a exposição desses documentos pretendemos acompanhar esse processo de mudança e de manutenção de olhar sobre o autista, pois entendemos que o conflito é condição *sine qua non* de produção discursiva.

Investigaremos também as contribuições da Linguística e da Psicanálise para refletirmos sobre o sujeito descentrado que faz um corte no campo científico a partir das contribuições de Descartes. Também neste capítulo abordaremos os aspectos teóricos psicanalíticos que auxiliam na constituição do sujeito do discurso, enfatizado pelo viés dos quadros de autismo, com uma tendência de distanciamento e rechaço em relação à teoria psicanalítica.

Para entendermos melhor este movimento segregador sobre a psicanálise, apresentaremos as divergências entre a teoria psicanalítica e a ciência psicofarmacológica. Enquanto a primeira que não visa erradicar sintomas, mas usá-los como curso de uma escuta, a segunda busca uma objetividade ilusória no reconhecimento de determinadas condutas ditas desviantes. A psicanálise não a concebe como possível, pois a realidade dá provas da vulnerabilidade e do desconhecimento de si quanto ao sujeito da linguagem. Nessa tentativa de negação, irrompe a demanda capitalista desenfreada, impondo sob seu julgo, sujeitos acrílicos, que atendam tal demanda.

Discorreremos, também, sobre um dos movimentos contrários dentro do próprio campo teórico da psicanálise. A psicanálise de abordagem lacaniana reconhece na obra de Freud, os fundamentos dessa teoria do sujeito que está inserido no universo da linguagem. Entende-se que é este o objeto de investigação da psicanálise, sendo as manifestações do corpo também um meio do sujeito colocar sua linguagem em demonstração.

No capítulo três, nos dedicaremos com mais afinco, a refletir sobre sujeito e autismo nos campos da linguagem e do discurso. Para isso, tomaremos o sujeito do inconsciente como aquele que está imerso no universo da linguagem, e o sujeito autista, em constante movimento de recusa de pertencimento a esse universo.

Para falar da linguagem circularmos, um pouco na direção da filosofia da linguagem, tomando-a, entre outras coisas, como um sacramento (AGAMBEN, 2011), do qual faz parte o juramento, que está em jogo o pertencimento a uma memória arcaica. Atrelado ao sacramento da linguagem está o sacramento do poder, pois uma afirmativa, para ser legitimada precisa ser reconhecida como tal.

A Linguística introduz o lugar do sujeito na linguagem e a psicanálise incorpora a linguística ao campo do sujeito, assim a linguagem tem função de aparelho, pedaço do corpo ou da própria imagem, é feita uma metamorfose dos símbolos em significantes (LACAN, 2003a).

Prosseguindo, trataremos das investigações de Saussure e Freud, que concebem a linguagem como aquela que nunca há nada que se encerre num só termo, considerando-a um campo movediço de significações. Saussure se embrenhou nas pesquisas dos anagramas, investigando uma linha estrutural do discurso (STAROBINSKY, 1975). Já Freud realizou um trabalho de escuta do discurso das históricas, além de seu interesse nos atos falhos e no esquecimento de

nomes próprios (FREUD, 1996b, 1996c). Ambos buscavam seguir um fio de compreensão da produção de sentidos.

Quanto ao sujeito do inconsciente, é aquele que, segundo Lacan (1998a), se produz em fala, concepção diferente da psicologia que compreende o ser do consciente, da intenção e da razão. Pela concepção lacaniana, o inconsciente que possui uma escrita, deve ser dito e escutado em fala e discurso. Faremos também a diferenciação entre sujeito cartesiano e sujeito lacaniano, sendo o primeiro substancial e consciente, enquanto o segundo um efeito da castração, da entrada no simbólico da língua. Para Freud, o que constitui o inconsciente é aquilo que é recusado pela consciência. Na Carta 52 (FREUD, 1996a), endereçada a Fliess, fica estabelecida uma separação definitiva entre percepção e consciência, pois algo só passa para a memória se foi apagado da percepção. Desse modo, o mecanismo psíquico se forma por um processo de estratificação em forma de traços de memória.

A respeito do funcionamento do significante no sujeito, para a linguística, ele se define em oposição a outro, é linear. Na concepção psicanalítica, o significante representa o sujeito para outro significante: existe uma barra entre eles onde algo não passa na operação de passagem de um para outro. É também um indicativo que designa o sujeito da enunciação, sendo articulável em sua estrutura, organizada em forma de uma cadeia ordenada e fechada, promovendo assim seu movimento de produção de novos significantes.

O sujeito, a partir daí, seria o efeito de sentido do significante, e por isso, sem conteúdo. O primeiro significante desta cadeia, o S1, é extraída do Outro, e por isso, sempre inacessível, a dívida simbólica com a qual o sujeito terá de se haver por toda a vida. A dívida simbólica faz advir o sujeito do desejo, e consideramos que só é possível advir o desejo, pela falta, sendo ela a que o sustenta. Esta falta é denominada por Lacan de *objeto a*, causa de desejo. Junto do desejo participam numa dinâmica constante a angústia e o gozo, fazendo o sujeito circular por essas três posições.

Na relação de dependência ao Outro, o sujeito passa por etapas para se constituir, como o Estádio do Espelho, no qual ocorre um gesto prematuro de reconhecimento. Pela identificação, a criança se vê pelos olhos de quem dela cuida. Na psicose, a criança se mantém nessa condição, de se ver por intermédio do outro, não fazendo uma distinção entre eu e outro, mantendo uma relação de

indiscriminação. Existe uma recusa do sujeito de entrada no universo simbólico, e o que é recusado na ordem simbólica, reaparece no real sob a forma de delírios e alucinações. Por isso o Nome-do-Pai, lei simbólica, não opera, provocando a inércia do significante. Já no autismo, ocorre a não invocação do Outro, impossibilitando a transmissão de uma mensagem. Se o significante pai não opera, ocorre a redução paterna a uma imagem, e não a um representante simbólico.

Adiante, ainda neste capítulo, trataremos especificamente da linguagem na psicose, retomando os modos de denominação do autismo, passando por nomeações e renomeações como: idiotia, retardo, deficiência, transtorno. A loucura seria a liberdade às avessas, por não permitir o uso da linguagem dialética, pela ausência do terceiro que relativiza a relação binária mãe-filho.

Também discutiremos as questões referentes ao autismo na sociedade atual, bem como nas estruturas familiares, discutindo o trauma do diagnóstico para uma família, os riscos do uso de medicação pelos efeitos colaterais, o uso mais frequente de profissionais cuidadores que assumem o lugar dos pais, criando um abismo cada vez maior entre eles e a criança.

Sobre a relação do autista com o Outro, a palavra, por não ser efetivamente simbolizada, não carrega efeitos de sentido, não é ressignificada. A fala do Outro é recebida como perturbadora, e o gesto necessário de se ofertar ao gozo desse Outro não acontece. No autismo falha a voz que não se constitui junto dos outros objetos parciais, como boca, olhos e ânus, ficando o *objeto a* inapreensível material ou visualmente.

No capítulo 4, nos dedicaremos ao trabalho de análise de recortes que compõem o corpus do presente trabalho. Para isso, voltaremos nossa atenção para diferentes discursos sobre o autismo, a partir de fatos ocorridos na década atual, com o que pretendemos postular como um acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008), e que indica os dispositivos de poder engendrados no campo médico, com o qual a abordagem cognitivo-comportamental faz parceria.

Na composição do corpus elegemos três entradas discursivas: a primeira traz recortes de documentos do Estado legitimando as leis de direito à atenção integral do sujeito autista, esclarecendo e orientando os usuários quanto a seus direitos. Na segunda entrada, faremos a análise de versões do DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças (Mentais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), seguindo os

deslocamentos e mudanças de nomeação e renomeação até chegarmos à atual denominação: Transtorno do Espectro do Autismo. Na terceira entrada, apresentaremos o discurso de uma autista, Temple Grandin, em duas entrevistas dadas à Folha de São Paulo (ALMEIDA, 1997) e à revista Isto é (TIRABOSCHI, 2013), apresentadas, respectivamente, nos anexos XIV e XV, com recortes que abordam o mesmo assunto: a máquina do abraço criada por ela, para contê-la em momentos de sentimentos aniquiladores.

No trabalho de análise, nos apoiaremos nos fundamentos metodológicos da análise interpretativa de Pêcheux (1995). Para ele, o material de análise se compõe de textos, depoimentos e documentos, que pertencem ao campo de uma determinada Formação Social. A Formação Discursiva na concepção de Foucault (2008) está referida mais ao processo histórico do que ao discursivo, e para Pêcheux (2009) ela é a materialização do discurso de uma determinada Formação Ideológica. Desse modo, a castração simbólica se efetiva no campo discursivo quando é capaz de indicar a impossibilidade de tudo ser lembrado, denominado, controlado, no discurso do sujeito. Efetuado o trabalho de análise, verificaremos a diversidade, importância e amplitude do discurso sobre e do autista. A escolha do corpus se deu seguindo especialmente discursos sobre o tema em questão, pois com ele, acreditamos ser possível, dar visibilidade à hipótese de tratar-se de um acontecimento discursivo.

1. OS FATOS E SEUS EFEITOS: UMA ARQUEOLOGIA DAS DOENÇAS MENTAIS



Hospital Psiquiátrico de Barbacena. Disponível em:
<http://estranhofenomenos.blogspot.com.br/2013/12/o-manicomio-de-barbacena.html>

“Vi-os nus, cobertos de trapos, tendo apenas um pouco de palha para abrigarem-se da fria umidade do chão sobre o qual se estendiam. Vi-os mal alimentados, sem ar para respirar, sem água para matar a sede e sem as coisas mais necessárias à vida. Vi-os entregues a verdadeiros carcereiros, infectados, sem ar, sem luz, fechados em antros onde se hesitaria em fechar os animais ferozes, e que o luxo dos governos mantém com grandes despesas nas capitais”.

Esquirol

No presente capítulo, retomaremos as conjunturas atuais das políticas de atendimento aos autistas. Para isso, nos apoiaremos teoricamente nas contribuições de Foucault (2008) sobre o conceito de acontecimento discursivo e na leitura feita desse conceito pela Análise do Discurso de vertente francesa. O sujeito a se abordar é o sujeito descentrado do inconsciente conforme proposto pela Análise do Discurso e pela Psicanálise. Ademais, faremos uma retomada político-histórica do lugar do louco na sociedade (FOUCAULT, 2001).

1.1. REFLEXÃO TEÓRICA SOBRE OS FATOS

Os fatos são considerados, de acordo com um universo em que o discurso é produzido, sob o efeito de variados poderes que interferem no seu modo de produção e circulação. Segundo Foucault (2008), o discurso é composto por um conjunto de enunciados que constituem uma determinada formação discursiva e assim esse, a partir de certo número de enunciados, semelhante sistema de dispersão, e no caso em que os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, se puder definir uma regularidade (uma ordem, correlações e posições) (FOUCAULT, 2008). Esses enunciados são delimitados por algumas condições de existência, para que o discurso seja produzido.

A noção de tradição pretende apontar e agrupar um conjunto de fenômenos organizando a tendência dispersiva da história na formação de um determinado conjunto enunciativo, aliado também às noções de desenvolvimento e evolução, que favorecem o reagrupamento de uma sucessão de acontecimentos dispersos, relacionando-os a um determinado princípio organizador (FOUCAULT, 2008). Essas noções permitem ainda descobrir “um princípio de coerência e o esboço de uma unidade futura; controlar o tempo por uma relação continuamente reversível entre uma origem e um termo jamais determinados, sempre atuantes” (FOUCAULT, 2008, p. 24). Seria algo com movimentos de retomada do já conhecido e lançamentos ao novo, ao inesperado e desconhecido, ao ainda não nomeado ou denominado, seguindo um fio condutor que mantém a coerência entre os fenômenos já ocorridos e os que virão, a fim de que o já dito ampare e legitime ou se contraponha ao que surge de novo.

Por isso que, antes de se ocupar de uma Formação Discursiva específica do campo da ciência, da política, da literatura, podemos dizer que o material que teremos à mão são os acontecimentos presentes partir de inúmeras Formações Discursivas, que sustentam o tema que se investiga, ou seja, a questão diagnóstica do autismo e seu percurso discursivo até o presente. O autismo foi destacado como nosso foco sem deixar de considerar uma questão maior, que são as políticas presentes no discurso que sobre o tema circula. Ele é o que permeia o trabalho, por se tratar de assunto especialmente polêmico na atualidade e que se refere ao sujeito da linguagem, questão especialmente relevante no autismo, por sua posição paradoxal diante de seu pertencimento ao universo da linguagem. É por esse caminho que se organiza a descrição de acontecimentos discursivos:

O campo dos acontecimentos discursivos é o conjunto sempre finito e efetivamente limitado das únicas sequências linguísticas que tenham sido formuladas (...). Segundo que regras um enunciado foi construído e, conseqüentemente, segundo que regras outros enunciados semelhantes poderiam ser construídos? A descrição de acontecimentos do discurso coloca uma outra questão bem diferente: como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar? (FOUCAULT, 2008, p. 30).

O discurso está limitado a um número de enunciados proferidos, não havendo neste campo neutralidade, domínio ou totalidade de algo a que se pretende dizer. No autismo, por exemplo, as características desta denominada patologia mental infantil, a rede discursiva que se produz, está referida à própria condição desse sujeito autista, que implica cuidados diferenciados e dispendiosos para seus familiares, para o Estado e para a ciência.

Existem determinadas condições sociais, de poder e controle que favorecem o destaque a um enunciado em detrimento de outro. Lembremos, pois, que um enunciado é inesgotável em seu sentido e em sua prática, em uma determinada língua, sempre retomado em sua memória e materialidade em qualquer forma de registro. Quando retomado, o enunciado está sujeito a transformações, reativações, por estar relacionado não apenas às situações diretas, e às conseqüências que pode provocar. Ou seja, “fazer aparecer, em sua pureza, o espaço em que se desenvolvem os acontecimentos discursivos não é tentar restabelecê-lo em um isolamento e nem fechá-lo em si mesmo; é torná-lo livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações” (FOUCAULT, 2008, p. 32). Assim, o acontecimento

discursivo não apenas não pode ser separado do contexto social e histórico do qual faz parte, como também é tomado pelo movimento contínuo intrínseco a esses contextos sendo, portanto, um efeito deles.

De acordo com o que se propõe, a análise dos acontecimentos discursivos não se limita ao domínio das ciências humanas, tampouco pode ser considerada como algo definitivo, nem válido *ad infinitum* (FOUCAULT, 2008). Ela pode abarcar todos os campos discursivos científicos, políticos, sociais, artísticos ou leigos, de uso cotidiano e comum. Nosso foco de interesse são os discursos autorizados, especialmente o da ciência, que se diferenciam dos discursos não autorizados, o qual muitas vezes desorganiza ou deslegitima o privilegiado discurso autorizado, também por estar inserido em uma sociedade sempre em mudança, pode implicar novas reflexões com enfrentamento de novos enigmas e desafios.

Observamos algumas mudanças causadas por essa dinâmica social, por exemplo, na maneira como a clínica médica foi organizando, categorizando e construindo seu campo de saber. De acordo com Foucault (1977), grande parte das revoluções da medicina se deram a partir da prática, da experiência, que disponibilizava a informação, suas nuances e constâncias. Entretanto, este espaço no qual essa prática ocorria, e que estava sempre em modificação, podia se atrelar a elementos analisáveis, encontrando aí, uma formulação discursiva.

O elemento em constante mudança era o teórico, ponto a partir do qual se constrói as variações do saber médico, o lugar de disputas e apagamentos. Neste elemento teórico o saber médico marca sua frágil realidade, como nas mudanças de nomeação que ocorrem periodicamente nos critérios diagnósticos do autismo, e que analisaremos adiante. Em contrapartida, a clínica foi um elemento de acúmulos: “olhar constante sobre o doente, atenção milenar, e, no entanto, nova a cada instante” (FOUCAULT, 1977, p. 59). Esta atenção milenar indica uma memória retomada no processo histórico, seguindo numa tentativa de manutenção e reafirmação do já conhecido, mas delatada e deflagrada pelo que de inesperado e imprevisível se apresenta, fazendo cair constantemente a crença ilusória de estabilidade. No autismo há, por um lado, um acontecimento discursivo que tenta cercar a condição do autista e, por outro lado, há uma subjetividade prevista, mas recusada. Seu caráter previsível pode ser constatado no trabalho periódico de verificação dos manuais de diagnóstico médico e na produção de novas edições.

Existe uma tentativa incessante em conservar a identidade de determinada patologia, com pequenas mudanças.

Vemos assim que, no campo do discurso, o movimento de construção de seu domínio de saber, o discurso da clínica produz-se em duas etapas, uma de *constituição*, e uma de *conservação*, ou seja, mudanças de situações e protagonistas podem variar, mas eles serão sempre remetidos a sua origem semântica, a qual garante a identidade de uma formação discursiva (FOUCAULT, 1977).

A semântica discursiva não tem o compromisso de explicar porque um discurso se constituiu em lugar de outro, mas “em compensação, ela deveria poder dizer a quais restrições está submetida tal constituição, em quais condições o “novo” é possível” (MAINGUENEAU, 2007, p. 44). Com relação ao nosso objeto de investigação, vemos se descortinar uma *nova* nomenclatura para uma *nova* doença mental em uma determinada época em que os olhos da sociedade se voltavam mais e mais para a infância.

A proposta de pensar o discurso remetido a um contexto histórico de denominação e significação permite acompanhar a história da clínica, e é por ela que a medicina promove seu verdadeiro movimento histórico, pois apesar de ter sua fundamentação delimitada, cada teoria se orienta no sentido de novas construções, a partir do que já foi produzido, seguindo um fio de articulações, e um campo conceitual que vai sendo construído. Ou seja, para tratarmos do discurso, levamos em conta uma *formação discursiva*, o sistema da boa semântica, que se opõe aos enunciados que são produzidos segundo este sistema, a *superfície discursiva* (MANGUENEAU, 2007). Portanto, é na *superfície discursiva* que o discurso se manifesta, e a *formação discursiva*, por sua vez, abarca toda a filiação que a define e compõe.

A clínica e sua construção teórica de quadros específicos com características peculiares a cada um, para ser reconhecida como um campo discursivo, deve constituir um campo nosográfico estruturado e legitimado como tal. Existem mecanismos de poder imbricados em uma determinada formação discursiva com os objetos a ela relacionados, e sua relação de poder e interesse político e social associado, especialmente quanto à ciência (FOUCAULT, 1977). O hospital, por exemplo, que no século XVIII era o espaço reservado aos desassistidos e pobres, se vê modificado rapidamente pela desospitalização dessa população, abandonada à

própria sorte, para dar lugar aos feridos de guerra, para os quais o governo pagava pensão (FOUCAULT, 1977). Um movimento político e social provoca, nesse caso, mudança no campo da saúde e de sua ciência, por resultar também numa mudança de população de doentes, novas investigações para o tratamento dos enfermos de guerra foram necessárias, o que resultou no avanço da ciência com novas terapêuticas que atendessem à necessidade dessa população.

Nesse sentido, o clínico deve escutar para poder falar: a experiência clínica representa um momento de equilíbrio entre a palavra e o espetáculo. Equilíbrio precário, pois repousa na crença da totalização do visível como enunciável e do enunciável como visível. Esta crença de ausência de um resto do visível e do enunciável, “ficou na clínica mais como exigência e limite do que como um princípio originário. A descrição total é um horizonte presente e recuado; sonho de um pensamento, muito mais do que estrutura conceitual de base” (FOUCAULT, 1977, p. 131). O olhar e a escuta carregam por si só um traço de inexatidão, podendo ser concebidos como movimentos interpretativos e de leituras que longe ficam da exatidão de uma resposta, portanto, o caráter intrínseco de resíduo, de algo que não compõe o todo almejado.

A ausência de resíduo se apóia na ideia contrária aos estudos do campo discursivo (MAINGUENEAU, 2007) em que não se reconhece a possibilidade de apreensão da totalidade de um discurso. Em análise do discurso:

Os corpora que, em um momento dado, são objeto de análises, por tudo o que excluem, definem obliquamente os interesses de uma coletividade; eles não podem ter a pretensão de resultar de uma tomada de posse metódica de um espaço claramente balizado. Comparado ao universo dos possíveis, o campo dos discursos recortados e estudados por uma área social dada é apenas uma ilhota de resíduos de uma exiguidade extrema (MAINGUENEAU, 2004, p. 26).

Esses campos recortados, além de não garantirem o que pretendem, são geralmente, obstáculos de troca entre campos, por se afirmarem com seu jargão peculiar e desconhecido para os que não compartilham dele.

1.2. O (NÃO) PODER DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Ainda que se pretenda a clareza e objetividade sempre buscada, o que é possível é o que se delimita como tal, pelo qual se recorre segundo determinada formação discursiva e que esteja atrelado ao universo discursivo, ou seja, ao conjunto de formações discursivas. Temos ainda, o campo discursivo, que se constitui pelo conjunto de Formações Discursivas que se encontram em concorrência. Novamente aqui, ao nos remetermos ao tema a que nos propomos articular, verificamos que o campo discursivo da clínica é extremamente heterogêneo, cada campo defendendo seu discurso e se contrapondo ao discurso do outro. Por exemplo, o edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), publicado em 12 de setembro de 2012, pelo Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo, ao colocar uma determinada abordagem teórica e de tratamento como exigência para o trabalho, refuta e desconsidera toda e qualquer validade das outras teorias e práticas que vigoram (ANEXO I). Vejamos um recorte do edital:

O atendimento aos pacientes com TEA inclui:

a) Avaliações iniciais:

a.1 - Diagnóstico Médico

a.2 - Avaliação Psicológica do **Nível cognitivo e Comportamental**;

a.3 - Diagnóstico psicopedagógico;

a.4 - Diagnóstico em Fonoaudiologia

a.5 - Avaliação em terapia ocupacional;

a.6 – Diagnóstico em fisioterapia

b) Elaboração do plano terapêutico individualizado.

c) Execução do plano: inclusão nos grupos, oficinas e atendimentos individuais (SÃO PAULO, 2012, p. 13, grifos nossos).

O edital transgride o direito de o psicólogo exercer seu trabalho, segundo a abordagem que escolheu. Além disso, lembramos que a abordagem Cognitivo-Comportamental se ampara na nomenclatura utilizada pelos manuais de Diagnóstico Mental, fazendo parceria com o campo médico, e assim se beneficiando no campo de trabalho seletivo e segregador, conforme proposto pelo edital em questão. Desse modo, profissionais médicos e psicólogos fazem uma aliança favorecedora para seus serviços no mercado. Observemos que esse detalhe da abordagem promove uma conduta proibitiva e a sobreposição de duas formações discursivas, por meio

da aliança entre médicos e psicólogos, bem como, a aliança desses profissionais com o poder público, o qual os representa e favorece.

O recorte seguinte reafirma o caráter segregador do edital, que segrega também o trabalho dos psicanalistas, a singularidade e responsabilização do sujeito, a ética do desejo, enfim, a radical distinção de cada sujeito. Quando trata da Qualificação Técnica do psicólogo que compõe a equipe técnica multidisciplinar, determina:

1 profissional em fonoaudiologia com conhecimentos em linguagem pragmática;
1 profissional em fisioterapia;
2 psicólogos (**especialidade em Terapia Cognitivo Comportamental**);
1 Terapeuta Ocupacional;
1 enfermeiro;
1 médico com experiência em TEA (SÃO PAULO, 2012, p.8, grifos nossos).

Observemos primeiramente, que o único profissional a quem se exige nível de formação de especialista com especialidade específica é o psicólogo, portanto, além de transgredir o direito do profissional em psicologia que arca com suas responsabilidades profissionais, caso tenha alguma especialização ou ainda, titulação superior à de especialista, este profissional não atenderá às exigências do edital, tendo seus direitos de exercer sua atividade profissional impedido, avançando os limites de direito do psicólogo. Enfatizamos no recorte, duas exigências que caracterizam o discurso do edital: exigência de especialidade apenas ao profissional de psicologia, diferenciando o nível de exigência para uma mesma equipe de trabalho; exigência de abordagem e especialização em abordagem específica, contrariando até as normas de regularização profissional do Conselho Federal de Psicologia, que reconhece como prática profissional todas as teorias comprovadamente substanciais para essa legitimação, e que não é respeitada no edital. Vejamos como a Petição Pública (ANEXO II), que conseguiu fazer cair o edital, avalia esse aspecto:

Na cláusula destacada acima, o referido edital escancara sua DETERMINAÇÃO/INJUNÇÃO ao trabalho do psicólogo e, ao mesmo tempo, uma única maneira de tratar os autistas, no âmbito público, configurando, a nosso ver, um ABUSO DE PODER, um ato

antidemocrático, antiético, servindo a uma "reserva de mercado" e a um "lobby profissional público" (PETIÇÃO..., 2012).

A Petição apresenta acusações e críticas pesadas que se referem especialmente ao que verificamos anteriormente em relação à DETERMINAÇÃO do trabalho do psicólogo e outro aspecto, a INJUNÇÃO, apresentando o posicionamento político de nossos representantes, e denunciam um ato de ordem precisa e formal, e mais, de influência coercitiva de leis, regras, costumes ou circunstâncias.

No edital (ANEXO I), há também referência à abordagem e ao uso de métodos específicos a serem utilizados pelo psicólogo como segue abaixo:

c) declaração do responsável legal pela Instituição de que utilizará métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por figura; ABA (Applied Behavior Analysis)– Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação) (SÃO PAULO, 2012, p. 4, grifos nossos).

O excesso de poder e exigência, que se caracterizam, a cada ponto do documento: a assinatura do responsável que se coloca numa posição de grande poder; a determinação de uso dos métodos cognitivos comportamentais e de acréscimo a indicação de alguns desses métodos. Já na Petição (ANEXO II), o discurso produzido convoca os órgãos de poder e proteção da prática profissional do psicólogo e faz um apelo aos Conselhos de Psicologia:

A maneira como vamos avaliar e tratar nossos pacientes, de que lugar teórico/prático/ético vamos olhá-los e escutá-los, é uma escolha nossa! E AQUI PEDIMOS ATENÇÃO REDOBRADA AOS PSICÓLOGOS E AOS CONSELHOS REGIONAIS E FEDERAL DE PSICOLOGIA: consentir com isso, ou seja, que um edital público exija do psicólogo com especialização em uma dada abordagem é abrir um precedente para que novos editais sejam criados determinando que em hospitais, por exemplo, os psicólogos trabalhem com a abordagem X; nos fóruns, com a abordagem Y, com pacientes depressivos, na abordagem K e assim por diante (PETIÇÃO... 2012).

O documento tenta chamar a atenção para a categoria em geral, representantes e representados, alertando para o fato de que a aceitação do edital pode provocar novas dificuldades na prática profissional do psicólogo, abrindo precedente para muitos outros editais segregadores e incoerentes, que transgridem a regulamentação da profissão. Este movimento indica o favorecimento de legitimação e poderio de uma determinada formação discursiva, segundo os critérios de exigência de formação do psicólogo que o edital indica, tentando enfraquecer várias outras formações discursivas compostas por diferentes abordagens teóricas. Entretanto, o efeito do que se verifica é o embate entre campos de saber, a luta de espaço e legitimidade dos sujeitos que as compõem.

Mais um aspecto importante a se destacar, é a finalidade explícita da busca de resultado para o tratamento, que está associada à construção teórica e técnica da abordagem cognitiva. Vejamos:

b) A entidade deverá apresentar **plano terapêutico individual com o objetivo de desenvolver no paciente assistido capacidades nas atividades de vida diária**, tais como higiene, alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, **visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, autocuidado e autonomia** (SÃO PAULO, 2012, p. 4, grifos nossos).

O plano terapêutico padroniza objetivos, mesmo sendo planos individuais, o foco do tratamento está no desenvolvimento de habilidades que promovam a autonomia do sujeito atendido. Um dos destaques é dado à *melhoria da socialização*, aspecto mais marcante das manifestações de autismo. Se lembrarmos da variedade de manifestações desse quadro, consideramos fundamental que se pense haver a possibilidade de um trabalho que possa visar o caso a caso, ou mesmo os aspectos subjetivos de cada sujeito autista, tentando respeitar suas particularidades e preferências.

Foi nosso objetivo apresentar os recortes acima, para apontar um primeiro aspecto que configura o acontecimento discursivo sobre o autismo, considerando não apenas o edital isolado, mas os conflitos que vêm ocorrendo em caráter internacional (LAURANT, 2014), como também em outras instâncias que acolhem a questão do autismo, como a educação, a inclusão social, as políticas públicas de

saúde, dentre outras. Retomemos adiante, como os acontecimentos sobre o autismo foram se formalizando, desde sua denominação.

1.3. AUTISMO: CAMPO DE EMBATES TEÓRICO-POLÍTICOS

Para abordar as questões teóricas que se referem ao autismo, nos apoiaremos em outro documento, que disponibiliza a esclarecer os cuidados aos autistas, segundo as Leis do Sistema Único de Saúde – SUS. O documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015 – ANEXO III) intitulado “Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde” retoma historicamente a construção deste saber, lembrando os nomes de Leo Kanner e Hans Asperger, como os precursores do Transtorno do Espectro do Autismo, sendo posteriormente, considerado o Transtorno de Asperger uma subcategoria do transtorno. Entretanto, a partir do momento em que autistas e Aspergers foram agrupados em uma mesma patologia na quinta e última versão do *DSM Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais (Diagnostic and Statistical Disorders Manual Mental Disorders - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013 - ANEXO VII)* a atribuição a quem “descobriu” esta patologia é silenciada, descontextualizada de fatores históricos. Anteriormente atribuída a Kanner, tal referência é silenciada neste documento, pois é retirada desta versão, a subcategoria Transtorno de Asperger. Este Manual é utilizado como instrumento de categorização das patologias psiquiátricas, para realizar o diagnóstico de pacientes, assim como ocorre em outras especialidades na área médica.

O apagamento do nome de Kanner indicia um movimento de pulverização de um saber, de uma memória que se desloca e se atualiza na produção discursiva do referente. O termo Asperger, que com tal nomeação impede o apagamento de seu “descobridor”, sofre um efeito metafórico por uma substituição significativa, sendo associado a um quadro maior, ele é deslocado para os termos Síndrome e Transtorno, tendo também neste caso o apagamento de todo um contexto histórico.

A respeito das correntes teóricas que foram se desenvolvendo a partir daí, diz o mesmo documento:

Apesar da diversidade de influências teóricas, descrições clínicas e denominações existentes naquela época será a **concepção psicogênica que tomará conta do campo psiquiátrico**, pelo menos até parte dos anos 1970, **respaldada pelo saber psicanalítico naquela época** (...). As concepções psicanalíticas, assim como as várias correntes teórico-clínicas sobre o autismo sofreram importantes modificações com o passar dos anos (BRASIL, 2015, p. 21, grifos nossos).

Destacamos o papel que teve na construção de teorias sobre o autismo, a teoria psicanalítica, fato que, parece ter sido denegado com o documento da Secretaria de Saúde de São Paulo ao emitir portaria para cadastro de instituições que atendem esta população, exigindo que a abordagem de tratamento fosse a comportamental cognitiva. A aliança teórica entre psiquiatria e psicanálise, e principalmente, a contribuição da teoria psicanalítica no processo de formalização do autismo, é substituída posteriormente pela aliança entre psiquiatria e teoria cognitivo-comportamental. Portanto, os saberes privilegiados no campo médico fazem alianças com pares que lhes convenham. Se, no início, o foco de interesse era a relação do autista com seus pais, especialmente com sua mãe, hoje ele é encarado como um sujeito de direitos garantidos, para que, recebendo o tratamento adaptativo, possa atender às demandas do Estado que os “financiam”. Verificamos este efeito, na materialidade da língua, em que os objetivos de tratamento são especialmente de *busca de autonomia e socialização*. Indagamos nós: de quem seria essa busca?

Apresentamos no recorte abaixo, uma audiência que visava a promulgação da referida, lei. Na discussão, os pais de filhos usuários do serviço, desejavam que o item c fosse retirado, por não aceitarem que seus filhos fiquem assistidos primariamente pelas leis do SUS, e com isso, necessitar utilizar desses serviços para o atendimento de seus filhos, de acordo como a proposta de Lei 12.764/2012 (ANEXO IV) a qual garante atendimento aos portadores de autismo pelo SUS – Sistema Único de Saúde. Vejamos a lei:

Minuta de Decreto-Lei 12.764/2012

Art. 3º Será garantido à pessoa com transtorno do espectro do autismo o direito à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, respeitadas as suas especificidades.

§1º Ao Ministério da Saúde compete:

I. Promover a qualificação e articulação dos pontos de atenção da Rede SUS para atenção adequada das pessoas com transtorno do espectro do autismo, garantindo:

a) o cuidado integral no âmbito da atenção básica, especializada e hospitalar;

b) a ampliação e o fortalecimento dos cuidados em saúde bucal das pessoas com espectro do autismo na atenção básica, especializada e hospitalar;

c) a qualificação e o fortalecimento da rede de atenção psicossocial no atendimento das pessoas com o transtorno do espectro do autismo (BRASIL, 2012, p.1, grifos nossos).

A resistência dos pais aos serviços públicos de saúde se manifesta claramente com a tentativa de veto deste item do decreto, portanto os efeitos de memória de segregação dos filhos desses pais indicam uma incredulidade deles de atendimento adequado realizado pelo serviço público de saúde desses cidadãos. Para quem passa pela experiência de convívio com estes sujeitos, é de conhecimento que existem casos extremamente complexos em que o atendimento deve comportar uma série de recursos para uma simples intervenção, como por exemplo, quando um determinado usuário com diagnóstico de autismo, precisou passar uma extração de dente, foi necessário o uso dos serviços públicos de saúde, por se tratar de um autista jovem, com severo comprometimento e extremamente forte. Por esse exemplo, podemos ter ideia de quantos obstáculos esses pais enfrentam e temem enfrentar, retomando a memória da posição de pais, e das experiências que os reposicionam continuamente nesse lugar, produzindo movimentos de recuo e proteção. Mas vejamos ainda, que todos os serviços utilizados no exemplo dado acima, foram oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, que apesar de muito criticado, oferece serviços diferenciados para muitos usuários. Esta é uma questão na qual poderíamos verificar se não nos desviássemos demais de nosso tema, que as opiniões diversas sobre o SUS promovem a organização de formações discursivas também diversas.

As abordagens teóricas sobre o autismo são em grande número (TELLES, 211). A este respeito, destacamos a contribuição de pesquisadores que possuem como fundamentação teórica a psicanálise, e apontando a tentativa de apagamento e de silenciamento, bem como a contradição dos órgãos públicos em todas as suas esferas, nas propostas de pesquisa e atendimento aos autistas. Trazemos para isso, um recorte de instrumentos de rastreamento/triagem de indicadores clínicos de alterações de desenvolvimento, organizado pelo Ministério da Saúde, denominado

“Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)”. (ANEXO V):

IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil): instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros (...) (KUPFER et al., 2009; LERNER, 2011 apud BRASIL, 2013, p. 31).

Como a psicanálise foi a pioneira também no atendimento a bebês e crianças de pouca idade (KLEIN, 1969; RIVIÉRE, 1975; FREUD, 1971; MANNONI, 1980; DOLTO, 1988; BOWLBY, 2006; LBOVICI, 1987) é natural que esse instrumento tenha sido indicado por um documento do Ministério da Saúde. Mas, o que podemos observar é a afirmação de que a abordagem psicanalítica se restringe ao trabalho de identificação de fatores de risco de doença mental precoce, uma vez que o documento faz referências a outra abordagem teórica com relação ao tratamento em si, conforme podemos ver:

A escolha do método a ser utilizado no tratamento, bem como a avaliação periódica de sua eficácia devem ser feitas de modo conjunto entre a equipe e a família do paciente (...). A avaliação sistemática do processo de habilitação/reabilitação deve ser pautada pela **melhora** e pela **ampliação das capacidades funcionais do indivíduo** em vários níveis e ao longo do tempo (...). Em síntese, os **ganhos funcionais são indicadores centrais na avaliação da eficácia do tratamento** (BRASIL, 2013, grifos nossos).

Verificamos por meio dos grifos, uma tendência forte ao uso de termos de uso comum da abordagem cognitivo-comportamental, marcando com isso, uma contradição entre o que é proposto e o que é indiciado no discurso de forma semi-velada. Isso porque, para um analista do discurso, esse é o tipo de dado que salta aos olhos, como indicamos nos termos destacados, especialmente capacidade e funcionalidade, que remetem ao âmbito de eficiência e da expectativa de retorno do trabalho investido nessa população. No trecho abaixo, fica ainda mais clara essa posição tendenciosa:

O tratamento deve ser (...) acolhedor e humanizado, considerando o estado emocional da pessoa com TEA e seus familiares, direcionando suas ações ao **desenvolvimento de funcionalidades**

e à compensação de **limitações funcionais**, como também à prevenção ou retardo de possível deterioração das **capacidades funcionais**, por meio de processos de habilitação e reabilitação focados no acompanhamento médico e no de outros profissionais de saúde **envolvidos com as dimensões comportamentais, emocionais, cognitivas e de linguagem** (oral, escrita e não-verbal), pois estas são dimensões básicas à circulação e a pertença social das pessoas com TEA na sociedade (BRASIL, 2013).

Destacamos de início a evocação dos termos *funcionalidade/funcional*, conceitos muito utilizados na teoria cognitivo-comportamental, além dos termos dimensões comportamentais e cognitivas, também característicos desta abordagem e distantes dos conceitos utilizados por outras correntes teóricas, especialmente a psicanálise, no qual podemos verificar a ausência de termos como sujeito, subjetividade e singularidade, por exemplo. Uma outra questão que vale destacar é que o não-dito (PÊCHEUX, 1995), compõe o dito, pois, o silêncio também significa, provoca interpretações e posicionamentos dos sujeitos produtores e receptores do discurso.

No longo recorte acima, observamos que o diagnóstico diferencial sempre feito por profissional médico, em detrimento de um diagnóstico multiprofissional, em que, somente após o diagnóstico de médico especialista devidamente documentado é que o diagnóstico dos outros profissionais deve ser realizado. Esta disposição hierárquica de profissionais, em que o médico ocupa um lugar de maior poder, tem se manifestado em diversos modos do discurso. A contradição está presente ao verificarmos que, ao mesmo tempo em que se propõe um trabalho articulado de equipe profissional, se determina quem é autorizado a fazer um diagnóstico.

Novamente destacamos um mesmo aspecto já acima mencionado: no item a.2 do Parágrafo Segundo, que determina apenas uma abordagem teórica no campo da psicologia, o que, além de sectário, choca-se com as propostas do documento acima analisado do Ministério da Saúde. Se o órgão maior reconhece o trabalho da psicanálise e de outros campos da ciência no atendimento aos autistas, a Secretaria da Saúde de São Paulo aponta uma outra direção para os cuidados. Foi essa portaria que causou a mobilização de várias instituições de psicanálise resultando, entre outros movimento políticos, na criação do MPASP – Movimento Psicanálise Autismo Saúde Pública, que se apresenta ao lançar o documento com o título: “Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública lança manifesto e destaca o papel

da Psicanálise na detecção e intervenção precoce (ANEXO VI)”, lembrando que essa mobilização, feita com a assinatura de psicanalistas afetados por essa causa, fez cair a referida portaria. Tal movimento criou um manifesto em repúdio à mesma, do qual trazemos alguns recortes:

Diante de tentativas recentes de excluir as práticas psicanalíticas de políticas públicas para o atendimento da pessoa com autismo, os profissionais de Saúde Mental associados ao Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública vêm a público para afirmar seus princípios de ação e sua posição ética frente ao atendimento de pessoas com autismo e suas famílias.

1. (...) considera que as famílias das pessoas com autismo devem ter o direito de **escolher** as abordagens de tratamento para seus filhos.
2. (...) considera fundamental acompanhar e acolher a família, considerando-a como parceira fundamental no tratamento.
3. (...) apóia e recomenda vivamente a **pluralidade, a diversidade e o debate, científico e metodológico, das abordagens de tratamento da pessoa com autismo e também dos critérios diagnósticos empregados em suas avaliações.**
4. (...) considera fundamental que o tratamento e a educação de pessoas com autismo leve em conta a **singularidade do sofrimento** da pessoa com autismo e de sua família.
5. (...) **o principal objetivo do tratamento da pessoa com autismo é o estabelecimento de seu vínculo com os outros, ponto sobre o qual há consenso de todas as abordagens de tratamento (MOVIMENTO... 2013, grifos nossos).**

Aqui verificamos o uso de palavras muito diferente dos recortes acima. De início, pelo termo *escolha*, pois devemos, antes de tudo, garantir o direito dos usuários à escolha dos profissionais, e isso, muitas vezes, independente da linha de trabalho, mas principalmente pelo tipo de vínculo estabelecido com determinados profissionais, que sabemos, favorece muito a evolução do trabalho. E o que aqui afirmamos, conflituosamente se apresenta no recorte da página 20, referente à linha de cuidado aos autistas, proposta pelas leis do SUS (BRASIL, 2012). Em contraposição à funcionalidade, temos o termo *singularidade* que em nenhum momento aparece no documento municipal anteriormente apresentado. Destacamos também os termos *pluralidade, diversidade e debate científico e metodológico*. Isso porque, antes de tudo, os quadros de autismo exigem um trabalho articulado de profissionais com experiência nessa área, e, muitas vezes, com embates e conflitos, as investigações prosseguem, auxiliando no trabalho com essa população. Por fim, queremos enfatizar também, o destaque dado no documento, ao favorecimento e ampliação do vínculo afetivo.

Trouxemos até aqui, recortes de textos e documentos com a intenção de mostrar a materialidade desses discursos em que a diferença e o embate sempre aparecem, por ser este um outro dado que pode fundamentar nossa ideia de que esse conflito pode confirmar a questão do autismo como um acontecimento discursivo.

Outro dado que queremos destacar é o ordenamento das doenças, sendo, portanto, o Autismo, ou Transtorno do Espectro do Autismo, uma denominação dada aos anormais. Se pretendemos considerar que o Autismo seja um acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008), este é um dado que pode confirmar esta questão, pois é uma denominação de patologia mental infantil de grande destaque que surgiu na década de 1940, conforme já falamos antes.

Se considerarmos com Maingueneau (2007) que o interdiscurso é anterior ao discurso, observamos que nosso objeto de análise não é o discurso propriamente, mas o espaço onde ocorrem as trocas de vários discursos escolhidos de acordo com a conveniência e interesse dos envolvidos. Além disso, o aspecto constitutivo do interdiscurso expõe a maneira com que os discursos interagem. Nos termos de Maingueneau (2007), como um processo de tradução de um discurso para outro, deflagrando uma *interincompreensão* regrada. Para cada um, há um campo fechado que se volta ao que determina o Outro, impedindo, por essa determinação, a intercambialidade discursiva, por mais que se tente provar o contrário. Apoiados nas contribuições do autor, trazemos um recorte do DSM – *Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais* (*Diagnostic and Statistical Disorders Manual Mental Disorders* - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952 - ANEXO VII), onde o termo autismo aparece pela primeira vez, pertencendo, nesta versão, à manifestação esquizofrênica, uma subcategoria da psicose:

Neste caso serão classificadas aquelas reações esquizofrênicas que ocorrem antes da puberdade. O quadro clínico pode diferir das reações esquizofrênicas, que ocorrem em outros períodos de idade, em virtude da imaturidade e plasticidade do paciente no momento em que o quadro se manifesta. Reações psicóticas que se manifestam em crianças, principalmente o autismo, serão aqui classificadas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952, p.58).

A primeira versão do DSM, classificava as doenças mentais em três grandes categorias, neurose, psicose e perversão, com suas respectivas subcategorias,

sendo a esquizofrenia uma delas, compondo os quadros de psicose. O autismo, portanto, é considerado um quadro de psicose, enquadrado na subcategoria de esquizofrenia. Atualmente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), as neuroses não são classificadas como doenças mentais e nenhum desses três conceitos está presente. Estes três quadros, neurose, psicose e perversão, foram formulados pela teoria psicanalítica de Sigmund Freud, e constatamos com isso, portanto, ela ocupava um espaço muito mais privilegiado do que nos dias atuais em que as classificações diagnósticas são categorizadas. O interdiscurso permite o acesso a essa memória silenciada pelo discurso da psicanálise e substituída por outro discurso. Observamos nesse movimento de nomeação de doenças mentais, uma memória que pode ser resgatada interdiscursivamente pela concretude das palavras utilizadas as quais nomeiam os quadros apresentados no Manual.

Vejamos agora os critérios principais para diagnóstico do quadro de autismo de acordo com o DSM V, buscando marcas no interdiscurso, dos discursos referidos à teoria psicanalítica no DSM, e à Teoria Cognitivo-Comportamental.

- A - Déficit na comunicação social e na interação social.
- B - Padrões restritos e repetitivos de comportamento.
- C - Os sintomas devem estar presentes na primeira infância, mas podem não se manifestar plenamente, até que as demandas sociais ultrapassem as capacidades limitadas.
- D - Os sintomas causam alterações clinicamente significativas em nível social, ocupacional ou em outras áreas importantes do desenvolvimento.
- E - Essas alterações se explicam melhor com a presença de uma incapacidade intelectual (Transtorno do Desenvolvimento Mental) ou um atraso global do desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Na atual versão, o DSM V apresenta um discurso que define especialmente o que há de patológico e de impedimento no desenvolvimento do autista. Esse discurso se distancia demasiadamente do discurso do DSM que considerava as potencialidades e possibilidades de um sujeito tomado como criança em desenvolvimento. Em lugar disso, destaca-se os prejuízos e comprometimentos do quadro. Vemos assim, que a versão atual do DSM, se mantém numa linha discursiva que aponta as dificuldades, os impedimentos, os prejuízos e não se interessando em abordar qualquer forma de peculiaridade ou capacidade. É no campo do discurso

comum e heterogêneo que essas características possuem espaço para serem discursivizadas. Para o discurso médico, tudo isso fica silenciado, não havendo qualquer referência ao fato de se manifestar em crianças. Este termo é substituído por *primeira infância*, intensificando ainda mais o olhar patologisante, restritivo e incapacitante do quadro.

A primeira versão do DSM (1952) é enxuta em sua definição, mas em contrapartida, abre espaço para se pensar possibilidades para esses sujeitos autistas. A última versão segue a linha de um padrão criterizante, que se contradiz, pois, apesar de apresentar características mais pontuais, fecha seu discurso na patologia.

A relação polêmica que se estabelece denuncia uma incompatibilidade radical, que torna o discurso possível, pois o conflito se inscreve em suas próprias condições de possibilidade. “Não existem, de um lado o sentido e, de o outro, certos ‘mal-entendidos’ contingentes na comunicação do sentido, mas, num só movimento, o sentido como mal-entendido” (MAINGUENEAU, 2007, p. 22). O sentido como uma infinidade de sentidos construídos e naturalizados, como também, de discursos desautorizados.

Existe ainda neste universo, no qual o interdiscurso se manifesta, um sistema de restrições semânticas globais, reconhecido como um modelo de competência interdiscursiva, ou seja, é preciso que o discurso adquira legitimidade no campo em que se constitui, para que possa ser retomado e reconhecido posteriormente. Enfim, não pensamos aqui o discurso como um conjunto de textos, mas como uma *prática discursiva* (FOUCAULT, 2008) que subjetiva os indivíduos.

No entendimento de Maingueneau (2007), o interdiscurso se compõe de três esferas. A primeira é o universo discursivo: conjunto de todos os tipos que interagem num determinado contexto, possui um universo com limites, ainda que não se percorra todos eles, constituindo o campo a partir do qual se construirão os domínios a serem explorados. A segunda esfera é o campo discursivo: formações discursivas que concorrem entre si e restringem-se mutuamente; em seu interior, o discurso se constitui com regularidades e cortes, sobre as formações discursivas existentes. O terceiro elemento é o espaço discursivo, subconjunto de formações discursivas que o analista elege para colocar em relação. Estas restrições se fundam na apreensão de determinados textos e um saber histórico, que confirmarão ou não a hipótese levantada (MAINGUENEAU, 2007). Portanto, é no campo discursivo do autismo que

serão elencados determinados recortes para se confirmar ou não os desdobramentos desse discurso para reafirmarmos a composição do universo discursivo como um acontecimento discursivo.

No presente capítulo, indicamos um discurso que reverbera em vários outros campos de um mesmo universo discursivo, ou seja, uma determinação do governo estadual, originado no campo da ciência, segregando todas as outras práticas construídas e reconhecidas pelo mesmo universo discursivo, o qual denominaremos “saúde mental”. Também indicamos a existência de outra formação discursiva dentro desse universo, o discurso dos próprios autistas. Destaque-se o posicionamento político desses sujeitos diante do Manual de Classificação das Doenças Mentais. Portanto, além de produzirem seus próprios discursos, posicionam-se também politicamente, reivindicando os direitos que consideram ter.

Faremos agora uma retomada histórica do lugar ocupado pelo doente mental, louco, anormal, denominações utilizadas para tratar de sujeitos desajustados com seus pares e consigo mesmos, causando com isso, vários problemas e discussões ao longo da história, e de acordo com cada momento histórico e que sempre implicam o posicionamento dos sujeitos pertencentes a uma determinada sociedade que estabelece regras, deveres e direitos de seus membros.

1.4. O PERCURSO DAS PATOLOGIAS MENTAIS

Se considerarmos o autismo uma patologia mental moderna, já que desde seu surgimento indica reposicionamentos na estrutura familiar, de onde partiremos, em nosso processo histórico, para chegar até aqui?

Na sociedade atual, a tendência é quantificar estatisticamente o ônus e o bônus de modo que a incerteza científica seja suturada em todos os campos do saber, tal como é possível para a física matemática. “Assistimos, assim, ao mesmo tempo, a fenômenos ‘epidêmicos’ difíceis de controlar e a uma busca de provas e de causas muito heterogêneas conforme as diferentes escolas” (LAURENT, 2014, p. 150).

Ironia ou condição intransponível, a verdade dos fatos demonstra que quanto mais essa certeza é buscada, mais o campo do autismo apresenta seus furos. Discursivamente o que ocorre é a abertura de novos sentidos e o fechamento de

outros. Campo fértil de batalhas e polêmicas, a identificação e o diagnóstico do autismo, provocam discórdias não nos fatores inatos e ambientais que supostamente desencadeiam o autismo, o que se busca é encontrar o fator precipitante, o fator desencadeante que esclareça toda a problemática da patologia: causa genética ou epigenética que surge no período gestacional? Anomalia imunológica ou uso de psicotrópicos pelas mães? Existem nesse universo discursivo sobre o autismo, várias formações discursivas, como por exemplo, a da abordagem cognitivo-comportamental, as que compõem os discursos médicos, a psicanalítica, dentre outras, nas quais se inscrevem esses discursos. Um exerce uma grande pressão social, se organizam em associações com uma ideologia radical, e defendem a ruptura da abordagem relacional, como também com a dimensão dos cuidados; outras, consideram o atendimento caso a caso, com a consideração das particularidades dos casos, e outras ainda, definem e determinam o modo de se trabalhar e atender com essa população. Mas, como foi possível observar nos recortes trazidos anteriormente, existem contradições em uma mesma formação discursiva, como nos documentos dos governos federal e estadual (São Paulo). Verificamos nesse campo de embates, uma força que tende à produção de uma Formação Discursiva que faz parceria com o discurso capitalista, que pretende promover condições de produção nos sujeitos em que se investiu.

Mas, antes dos autistas, quem eram os doentes que ocupavam essa posição de destaque, e quais eram as condições que propiciavam a organização da realidade e do discurso em vigor?

Lembremos antes que nosso objeto de investigação no nosso caso emerge sob condições favoráveis de um feixe complexo de relações. Portanto, o autismo se presentifica na contemporaneidade atrelado à problemática da infância, do dispêndio necessário para os cuidados de um filho, das novas configurações familiares e das novas demandas sociais de produção e consumo. Uma criança vale realmente à pena para a sociedade capitalista moderna se não lhe dá trabalho. A unificação e a descaracterização das relações e dos lugares ocupados pelos sujeitos do discurso contemporâneo, por um lado, eleva a criança a uma posição de privilégio e poder, por outro, de desempenho e boa conduta. A solução para isso é “domar” essas crianças com instrumentos químicos, calando-as em seu lugar de particularidade, em seus aspectos de inquietude, curiosidade, agitação, que não se articule aos interesses do discurso de disciplinariedade, desempenho e produtividade. Nas

palavras de Foucault (2008, p. 52): “as relações discursivas não são internas ao discurso; (...) essas relações caracterizam não a língua que o discurso utiliza nem as circunstâncias que ele se desenvolve, mas o próprio discurso enquanto prática” possível em uma determinada realidade e com seus contornos característicos.

A infância, desde que foi destacada como etapa determinada do desenvolvimento humano, vem se organizando discursivamente, de forma tal que se coadune com os interesses do mercado e o modo de ver e posicionar a criança no tempo atual. Isso se refere à relação com seus pais, à educação formal de que dispõe, todos orientados segundo leis e regras cada vez mais rigorosas visando o suposto bem-estar dessas crianças.

Façamos então uma retomada desse processo, acompanhando as formas que o discurso sobre o louco foi aparecendo tomando-o como um sujeito com conduta desviante, fora dos padrões esperados de normalidade, ou seja, o lugar do anormal, daquele que demanda uma assistência, um olhar precisamente por conta dessa conduta que foge à regra. Diferente do doente mental, o louco é tomado em termos discursivos, pois diferentemente dele, o doente mental é objeto de investigação da ciência e produzido a partir dos conhecimentos e conceitos que a ciência cria, comprova, criteriza, etc. Já o conceito de louco se refere ao uso comum da língua, e remete a um campo muito mais amplo de significação que o doente mental, já que circula por campos conceituais diversos como veremos a seguir.

1.5. O LUGAR DO “LOUCO” NA HISTÓRIA

Anterior à formalização da condição do anormal, do louco, do desajustado, até os séculos XVII-XVIII, a figura deste “monstro” se atrelava a uma tendência de criminalidade. A partir do século XIX, essa relação se inverte, e haverá então a suspeita de monstrosidade no fundo de qualquer criminalidade (FOUCAULT, 2001). Observamos que neste período a que nos referimos, existe uma grande diferença da forma que hoje o louco é concebido pelo senso comum, pelo modo como é falado nos discursos sobre ele produzidos, sendo que história seguiu ressignificando o modo de dizer sobre o louco.

Mas “qual foi o operador dessa transformação? Como é que se pode admitir o caráter virtualmente criminoso da monstrosidade sem estabelecer ou formular a

recíproca, que era o caráter virtualmente monstruoso da criminalidade” (FOUCAULT, 2001, p. 102) em que se tolerava muito mais a monstruosidade involuntária e não se admitia no ato criminoso um mecanismo de um ser perturbado? Ocorre que, até o século XVIII, o crime era denominado como tal quando afetava os direitos e a vontade do soberano. A punição não era pagamento de um ato a ser reparado, mas mera vingança do soberano, como prova da manutenção de sua força.

Nessa lógica de funcionamento, não havia nenhum movimento na produção de um saber do crime. Tudo se restringia a uma estratégia de manutenção do poder, e até o fim do século XVII, ninguém se interessou em investigar a natureza do criminoso (FOUCAULT, 2001). Sendo o poder centralizado nas mãos de uma pequena minoria, a força de controle era mais rigorosa e impositiva, assim como suas punições. Mas esse domínio concentrado nas mãos dos reis teve seu limite, e as determinações dos reis e condições disponíveis aos sujeitos que compunham a classe dos plebeus, provoca uma reação, um manifesto popular, reivindicando melhores condições de vida, o que culminou na Revolução Francesa, provocando mudanças também em outros países.

A partir do século XVIII, com a Revolução Francesa, essa realidade se modificou e uma nova tecnologia de poder se instalou: a disciplina passou a ser o ponto principal de penalidade e organização (FOUCAULT, 2001). A cada crime se estabelecerá uma pena aplicada publicamente, para que fique bem exposta a todos. A punição terá como critério, uma amplitude equivalente ao crime cometido, visando exclusivamente à eliminação do ato.

Para Foucault (2001, p.115), o “primeiro monstro moral que apareceu foi o monstro político. Ou seja, a patologização do crime operou a partir de uma nova economia do poder”, primeiro *monstro moral* coloca em primeira ordem sua postura despótica, fazendo valer seu interesse pessoal, seja ele representado por um rei ou por um governante escolhido por poucos ou por muitos. Assim é que se formula por volta dos anos de 1760, o tema, que será tão importante, durante a Revolução Francesa do parentesco essencial entre o criminoso e o tirano, entre o infrator e o monarca despótico.

O primeiro monstro jurídico que vemos surgir, delinear-se no novo regime da economia do poder de punir, o primeiro monstro que aparece, identificado e qualificado, é o que infringe o pacto social fundamental. O primeiro monstro é o rei. O rei é o grande modelo do qual derivarão historicamente, todos os monstros que vão povoar

a psiquiatria e a psiquiatria legal do século XIX (FOUCAULT, 2001, p. 118).

O rei é quem impede a realização de uma sociedade democrática, uma Formação Social específica. Se essa sociedade não funciona, o sistema não se movimenta. A função se contrapondo ao sistema – célula básica do sujeito moderno: trabalhador/sociedade capitalista. A realidade da monarquia, anterior à revolução francesa, foi deflagrada e largamente problematizada pela figura do rei Luiz XVI, ocorrida também em um contexto de condições de vida entre os (pobres) plebeus, e a monarquia que cometia todos os tipos de excessos que desejasse, resultando numa descendência de monstros humanos. O monstro pobre tinha uma conduta revoltosa e o monstro rico, representado pelo rei, era de natureza incestuosa. Esses dois monstros reaparecerão na problemática do indivíduo anormal. Foi com esses dois monstros que a medicina legal começou a ser construída, como foi também a temática jurídico-médica do monstro do século XIX.

Durante o século XIX, o monstro carregará ainda como características a conduta incestuosa e os hábitos antropofágicos (FOUCAULT, 2001). Estas condutas se modificaram significativamente desde então, com leis que proíbem e punem tais hábitos. Mas lembremos que ainda assim, tais condutas se mantêm de forma velada, mas sempre sujeita a punição, por serem reprovadas social e juridicamente.

É também nesse contexto que, ainda no século XIX, se deu um corte cronológico com a instalação de um novo modo de exclusão: a inserção do louco nos hospitais psiquiátricos, segundo os modelos propostos por Esquirol e Pinel e que se pode observar se repetindo em certas noções atuais (FOUCAULT, 2001). Verificamos nesse momento, um reposicionamento do louco, não mais associado ao criminoso, mas ao que não goza de condições mentais que sigam a normalidade em geral. O caráter segregador da anormalidade, com seus preconceitos arraigados das mais variadas formas diante dos sujeitos anormais, se mantêm, sempre com suas especificidades.

A partir de Pinel, o louco passa de um insensato com discurso sem sentido, para um alienado estranho a si mesmo. Não sendo mais considerado tal qual um animal enjaulado, é então tomado como um homem referido apenas por sua loucura. Pinel é o primeiro a considerar a loucura uma doença. Ele se utilizava de recursos nosográficos, ou seja, de um critério de caracterização e classificação de doenças,

para a indicação do tratamento correto. O lugar social do louco, do anormal, também sofre nesse momento da história, uma grande mudança: antes exposto aos olhos de todos, circulando entre seus semelhantes, se vê segregado, retirado do convívio social. O manicômio e depois o hospital psiquiátrico foram criados para afastar o louco dos outros doentes do hospital geral (ROUDINESCO, 2000). Em relação a isso, destacamos um aspecto que se mantém: o caráter de ameaça desses sujeitos, desde o rei, até o paciente psiquiátrico, num jogo de poder de um sobre o outro.

Segundo Foucault (1987, apud DUNKER, 2011), o trabalho de Descartes marca a transição do louco como sujeito de uma experiência trágica para o louco como objeto de uma consciência crítica. Descartes “inaugura o processo de silenciamento da loucura, seu enclausuramento e invisibilização por sucessivas camadas de discurso: desse gesto, a loucura não fala mais por si, mas aparece sempre pelas vias de um porta-voz de sua desrazão” (DUNKER, 2011, p. 291). De um lugar onde era respeitado e temido, passou a representar o agente de um saber como ocorria na Antiguidade e na Idade Média, tornando-se o negativo da razão, como também um grande mal, lugar ocupado anteriormente pela lepra.

Junto a essa mudança ocorre também a estruturação do Estado Moderno e suas estratégias disciplinares de controle, vigilância e punição. O aspecto que se levanta é que a constituição da loucura como objeto individualizado, é contemporânea a um processo de mudança na forma do poder, e sua articulação aos diferentes regimes de verdade. Por isso o silenciamento da loucura é também o apagamento de uma maneira característica de relação do ser do sujeito com a verdade (DUNKER, 2011). A verdade tende, a partir daí a ser tomada como absoluta, ou seja, é tomada como totalidade e não como particularidade de cada um. O que é verdade para um, deve ser verdade para todos, fazendo assim, mais um movimento de homogeneização, de criterização do que é verdade e do que é mentira, numa tentativa de normatização e controle do que não é possível controlar.

Se acreditamos que Descartes seja o representante da ciência moderna, desumanizador da experiência humana, a razão sem subjetividade nem corpo, devemos lembrar que ele acabou se tornando o último representante das antigas práticas do cuidado de si, e representante da nova maneira de se refletir a experiência subjetiva, campo que deu abertura para uma abordagem clínica do sujeito. Portanto, o antagonismo das teorias contrárias à fundamentação cartesiana, só se fez possível por um posicionamento discursivo de oposição a esta concepção

de ciência. Pêcheux (1995) aborda a ciência régia afirmando haver nesse projeto, a tentativa de asseguramento de um controle do saber sem risco de interpretação, sem vacilo, sem falta, e em total objetividade e controle.

Referimo-nos ao conflito que sempre está presente num determinado campo discursivo, ou seja, somente com as construções de Descartes, foi possível pensar sua oposição, o que lhe era ausente: a subjetividade, o discurso, a incompletude do sujeito em sua condição fundante, e em sua apreensão linguajeira (DUNKER, 2011).

Um século depois de Pinel, Charcot introduz neste modelo nosográfico, primeiramente a neurose histérica, caracterizando-a como uma doença funcional por ele tratada com o método da hipnose (ROUDINESCO; PLON, 1998). Posteriormente, outras subcategorias compuseram o quadro de neurose, como a neurose fóbica, de angústia e psicossomática. Ainda nessa época, o sistema manicomial estava em plena atividade, com tratamentos cruéis e desumanos, indicando o caráter punitivo e segregador para com tais sujeitos com condutas configurando nesse contexto, uma corrente de formações discursivas que sustentavam a produção de diferentes discursos para os quadros de alteração mental, bem como o que se mantinha com a determinação do poder dos governantes. Vemos nesse movimento, uma Formação Discursiva que abre para a produção e a sustentação de um novo discurso. O fio discursivo sobre esses sujeitos é o posicionamento segregador e diferenciador no sentido de incapacidade, inabilidade e temor por seus atos.

No fim do século XIX, a psiquiatria não demonstra nenhum interesse no sujeito, dando mais importância à classificação das doenças, em lugar da escuta do sofrimento (ROUDINESCO, 2000). Um distanciamento da condição do sujeito, no olhar e escuta sobre ele se coloca, e tomamos como um produtor de sentidos, o termo *funcionalidade*, por entendermos que o olhar sobre esse sujeito é de alguém que não funciona, não é eficiente, e em muitos casos, mais do que “inúteis”, dão trabalho, onerando a máquina governamental. Esta concepção de doente mental se manteve, e foi se acentuando cada vez mais, seguindo num olhar cada vez mais reducionista e ilusoriamente objetivante.

Retomando todo o processo de denominação e construção de teorias e categorias de doenças mentais, seria possível esclarecer de que maneira estes objetos foram acumulados, num campo todo cheio de falhas e fragmentos? Como a

Psicopatologia garantiu sua existência em seus objetos de estudos é o que questiona Foucault (2008).

O primeiro passo dado foi delimitar as superfícies iniciais de seu surgimento, indicar *em que espaço podem surgir determinadas patologias, para serem designadas e analisadas seguindo códigos conceituais e racionalizações*, tipos de teorias, caracterização e nomeação da doença: anomalia, demência, psicose, cretinismo, melancolia, depressão, transtorno mental, síndrome... O discurso psiquiátrico exerce o papel de limitar seu domínio, de esclarecer aquilo de que fala, tornando-o seu objeto de estudo, em que terá como atribuição, nomeá-lo e descrevê-lo (FOUCAULT, 2008). Neste processo, o referente de doença mental é construído, causando assim, com a conquista de legitimidade de um discurso, um efeito de realidade. A psiquiatria se ocupa de categorizar doenças, definindo suas variáveis, características, sintomatologia, etc., numa tentativa de defini-la com objetividade, o que de forma especial, no autismo, não se confirma, por se tratar, como temos apontado de patologia com quadros variados, mas colocados em um mesmo critério de definição na última versão do DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013).

Com todas essas atribuições, a medicina, instituição regulamentada e legitimada por seus profissionais com seu saber e prática, como entidade reconhecida pela opinião pública, pela justiça e pela administração, acabou se tornando a instância superior que, na sociedade distingue, designa, nomeia e instaura a loucura como objeto. Tratamos desses aspectos de forma contextualizada e pontual, quando mencionamos as complexas produções dos manuais de classificação das doenças mentais. Entretanto, a medicina não estará sozinha, com ela segue a justiça, especialmente a penal, a autoridade religiosa, separando o místico do patológico, o espiritual do corporal, o sobrenatural do anormal, como, por exemplo, a questão das convulsões que poderiam ser reconhecidas ou como possessão demoníaca ou um fator patológico (FOUCAULT, 2008). Um significado atribuído a uma determinada manifestação pode parecer completamente sem sentido em outro contexto social.

Outra atribuição que cabe a essa categorização é a especificação de sistemas que são separados, opostos, associados, reagrupados, subclassificados. Mas essa classificação é e sempre será insuficiente, uma vez que nunca se saberá, com clareza, as relações existentes entre elas, como se escolheu tal definição e não

outra, crendo, pois, que um conjunto definido e fechado circunscreva todo seu universo, desconsiderando determinações distintas e heterogêneas, sem ligações determinantes (FOUCAULT, 2008). A ambição cartesiana de clareza e objetividade cai por terra pela simples mudança que a história vai empreendendo no curso de sua produção científica. O principal desafio é saber o que criou tais condições e como essas “descobertas” puderam ser seguidas de outras que as retomaram, retificaram, transformaram, ou eliminaram.

É adequado levar em conta o fato de esses novos objetos, como a medicina reconhecida como competente para designar e nomear a loucura, a justiça penal e a autoridade religiosa que é retirada do campo da ciência com a concepção cartesiana de ciência. “Sem dúvida, todos esses processos efetivamente ocorreram, mas não puderam por si mesmos, formar a descrição nesse nível, permaneceríamos desta vez, aquém do que se procura” (FOUCAULT, 2008, p. 49). Observamos que mesmo circulando pela mão de seus detentores, o poder estabelece critérios de avaliação e julgamento da conduta de cidadãos de uma determinada sociedade. Ainda assim, esses critérios não são estabelecidos pelos sujeitos da referida sociedade, mas por sujeitos que possuem posições de poder legitimado e com autoridade para tal, sofrendo em determinados momentos e contextos, pressão da classe dominada.

Refletir essa questão, é seguir a partir de uma arqueologia que dirige o discurso para sua construção original, não se busca com esse gesto, um discurso oculto sobre outro discurso. O que a arqueologia pretende é definir as especificidades dos discursos, mostrar como os jogos das regras utilizadas é predominante sobre qualquer outra, seguir seu percurso para assim destacá-lo. Pode-se dizer que se trata aqui de uma reescrita, isto é, uma transformação regulada do que antes foi escrito: descrição sistemática de um discurso-objeto (FOUCAULT, 2001). A legitimidade das posições dos que proferem discursos e que mantém um fio de coerência sempre está atrelada às regras que dão ou não poder aos que ocupam suas posições.

O movimento de imputar ou responsabilizar o Estado, na posição legitimada que ocupa das condições do sujeito é recente, conforme é possível verificar retomando seu processo histórico. No caso dos autistas, as AMAS – Associações dos Amigos do Autista surgiram para oferecer espaço de ensino para sujeitos autistas que eram recusados nas instituições de ensino regular. Hoje, o Estado, em suas variadas instâncias, se compromete a atender essa população, como

mostramos anteriormente. A Lei 8.080 do SUS (BRASIL, 1990) que segundo sua própria definição, “*Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*” foi a primeira lei brasileira a garantir atendimento à saúde para toda a população. Diante desse compromisso assumido pelo Estado, é possível articulá-lo à questão da funcionalidade, sendo a saúde mental, um cuidado de responsabilidade (e de cobrança de resultado) de nossos dirigentes.

Com o trabalho aqui proposto, buscamos observar a regularidade de uma prática discursiva, por seus sucessores e antecessores. Neste campo, a homogeneidade e a heterogeneidade enunciativas se entrecruzam, com continuidades e mudanças linguísticas, com identidades e diferenças lógicas, cada uma produzindo à sua maneira, devendo haver entre elas, incondicionalmente, relações e interdependências (FOUCAULT, 2001). O ponto em comum do “doente mental”, seja qual for sua subcategorização, sempre terá um aspecto de conduta que foge ao padrão normal, conduta rejeitada pelas regras que um determinado meio estabelece para a convivência entre seus pares, inclusive para que se possa manter a ordem e integridade do grupo em questão. Mas isso se dá à custa do estabelecimento de saber e poder em determinados grupos, como já citamos.

Se existe heterogeneidade, a contradição está presente, e a análise, nesse sentido, terá como função, tentar verificar a variação do discurso. Existem dois níveis de contradição: o da aparência e o dos fundamentos. No das aparências, separa-se a figura ideal de sua presença e corpo visível; na dos fundamentos, o discurso é o que será levado para o campo da experiência em que as contradições podem ser confirmadas. De acordo com Foucault (2008, p.176):

Uma formação discursiva não é o texto ideal, contínuo e sem aspereza, que corre sob a multiplicidade das contradições e as resolve na unidade calma de um pensamento coerente (...). É (...) um conjunto de oposições diferentes, uma contradição que tem seu modelo na afirmação e na negação simultânea de uma única e mesma proposição (...). Trata-se de demarcar, em uma prática discursiva determinada, o ponto em que elas se constituem, definir a forma que assumem, as relações que estabelece entre si e o domínio que comandara.

É com essa concepção de discurso que abordamos a construção do saber médico sobre a doença mental, e é sob esse viés que apresentamos até aqui, e seguiremos adiante na retomada da construção do saber na clínica, especialmente da clínica em saúde mental, conforme denominado com frequência, ou seja, a definição de louco, de anormal, estará sempre aqui atrelada a um universo discursivo, do qual fazem parte campos discursivos e formações discursivas que se refratam e confluem no percorrer de sua produção. Vejamos agora como a psiquiatria obteve seu espaço no campo médico-clínico.

1.6. A CONQUISTA DA PSIQUIATRIA COMO ESPECIALIDADE MÉDICA

No século XIX, houve a criação de uma série de especialidades clínicas, cada uma com seu objeto de estudo, com sua maneira de particularizar seu campo de saber e suas formas de operar, além de cada uma dessas especialidades conjugar a experiência e a estrutura da clínica com a positivação social de sua prática no campo médico (FOUCAULT, 2001). A construção da clínica está atrelada ao contexto e aos acontecimentos sociais, pois determina e reflete a direção de sua prática-clínica.

Nesse sentido, a psiquiatria enfrenta uma grande dificuldade no movimento de especialização, parte dela resulta no fato de que os principais fenômenos que podem organizar os tipos de loucura se expressam no corpo, e no uso da linguagem. Ou seja, a realidade do delírio é de natureza linguística, portanto se compõe de linguagem e não de tecidos e outras disfunções do corpo (FOUCAULT, 2001). Ou seja, mesmo que se confirme fatores orgânicos atrelados aos quadros de delírio, sua verificação se faz apenas pela via de produção da linguagem, ou ainda, os fatores orgânicos também compõem um modo de linguagem.

Para o discurso psiquiátrico do século XIX, estão em campo os impulsos, as pulsões, as tendências, as propensões, os automatismos (FOUCAULT, 2001). Processos abstratos como a atenção, a memória, o pensamento, a vontade, a consciência, forçam uma concepção artificial de totalidade, tentando fazer uma analogia do corpo orgânico com o psíquico, transportando a este campo as leis de equilíbrio, funcionalidade e homeostase, à maneira como é feito com os tecidos. Para Foucault, “o problema não se limita ao fato de que a mente é um objeto ideal e

os tecidos, um objeto real, mas em como passar da substância narrativa, na qual se expressa o sofrimento, para a substância descritiva, na qual se define o sintoma” (FOUCAULT, 2001, p.426). Ou seja, existe um grande abismo que separa o que se observa do que se é possível demonstrar e esclarecer, provocando uma fenda, um descompasso entre o orgânico e o psíquico, entre o físico e o mental, entre o que é observado e o que é definido, e por fim, entre o que é vivido e o que é possível transmitir desse vivido.

Com o desenvolvimento do conceito de instinto, trazido pela psiquiatria do século XIX, associam-se, a partir de então, todos os distúrbios e pouco relevantes irregularidades de comportamento que não se enquadram à loucura em si.

Com a noção de instinto, não é somente todo esse campo de novos problemas que vai aflorar, mas também a possibilidade de reinscrever a psiquiatria não apenas num modelo médico que ela havia utilizado, mas de reinscrevê-la também numa problemática biológica. O instinto do homem é o instinto do animal? O instinto mórbido do homem é a repetição do instinto animal? O instinto anormal do homem é a ressurreição de instintos arcaicos do homem? (FOUCAULT, 2001, p. 166-167).

Esse aspecto biológico será o recurso para se desenvolver todo um campo de estudos e pesquisa sobre o funcionamento dos neurotransmissores e de toda a psicofarmacologia que se desenvolveu e se apropriou com determinação neste campo discursivo.

O instinto é usado também no campo jurídico, possuindo um duplo elemento que faz essa engrenagem funcionar. As máquinas da justiça e da psiquiatria se associaram neste momento da história, pois o desrespeito à regra e ao padrão de normalidade se aproximam e se auxiliam. O instinto permite reduzir a termos inteligíveis essa espécie de escândalo jurídico que seria um crime sem motivo e, portanto, não punível, e ainda transformar, cientificamente a ausência de razão de um ato num mecanismo patológico positivo (FOUCAULT, 2001, p. 174-175). Observemos como existe intrínseco a esse movimento, um mecanismo de poder inerente a sua condição, ou seja, se a regra de comportamento e conduta é determinada por lei, os órgãos de verificação e controle dessas condutas precisam ser eficientes para justificar sua posição (de poder).

É com esse movimento, que a psiquiatria passa a participar de regulamentações administrativas. Uma lei promulgada na França, em 1838 faz valer a chamada internação *ex officio*, que era a internação de um alienado num hospital psiquiátrico, por determinação do representante do município. De acordo com essa lei, a internação deveria ser feita numa instituição especializada, que primeiro cumpria a tarefa de receber os doentes mentais e depois de curá-los. Assim, a psiquiatria é consagrada disciplina médica especializada, sendo responsável pelo domínio de uma determinada técnica científica e especializada da higiene pública, papel novo para essa especialidade (FOUCAULT, 2001).

A administração acaba por estabilizar a relação entre loucura e perigo, pois é ela quem determina a internação *ex officio* nos casos em que o sujeito represente, com sua alienação, algum perigo para o homem ou para a segurança pública (FOUCAULT, 2001). O direito de defesa é retirado desses sujeitos, considerados incapazes de responderem por si. A loucura se afasta da ideia de um sujeito contraventor, para um que cause risco à sociedade. Observemos que o caráter de contravenção se mantém interdiscursivamente na substituição pela denominação de risco à sociedade.

Em fins do século XIX, a psiquiatria se torna a representante de duas grandes tecnologias: a tecnologia do instinto, com um de seus participantes empenhados na tentativa de purificação da raça (eugenismo), na figura de Hitler; “a tecnologia da correção e da normalização da economia dos instintos. A eugenia e a psicanálise são as duas grandes tecnologias que se ergueram, no final do século XIX, para permitir que a psiquiatria agisse no mundo dos instintos” (FOUCAULT, 2001, p. 167), entretanto, com posições muito diferentes.

Com o destaque dado aos instintos e à hereditariedade, as relações familiares se tornarão o grande campo de interesse nas investigações e intervenções que a psiquiatria mais se dedicará. O psiquiatra transforma-se assim, no médico da família: é solicitado por ela e tem que tratar de algo que acontece no interior da família. Além de sua tarefa corretiva, terá também a de recuperação da justiça nas famílias. Junto desse, outros campos disciplinares são o foco da psiquiatria interventiva, como a escola, os vizinhos, as casas de intervenção, atravessando, transpondo e patologizando todas elas.

Não amar a mãe, judiar do irmãozinho passam a constituir, os elementos patológicos. Portanto, as relações intrafamiliares, em vez de remeter à loucura pelo caráter positivo que elas têm, constituem agora elementos patológicos por causa das suas lacunas (FOUCAULT, 2001, p. 190).

Observamos nesse movimento uma tendência à profusão de produções de patologias, ou melhor, de denominação de patologias mentais, que surgem como efeito de fatores históricos, políticos e sociais.

Ao contrário das outras especialidades médicas, o psiquiatra precisa escutar seu paciente. Sua intervenção depende do relato do sujeito em primeira pessoa. Mas esse relato é invisível. É seu olhar que poderá estabelecer a diferença entre uma agitação maníaca de uma manifestação neurológica, uma tristeza de uma depressão. Ocorre que a impossibilidade de claro acesso ao agente etiológico, levou a se recorrer a uma infinidade de categorias classificatórias. Ainda assim, essa tentativa de conexão causal entre o discursivo e o orgânico tornou-se inviável, pois semiologia, diagnóstico e tratamento não foram capazes de operar de maneira convergente, como efeito de uma heterogeneidade marcante entre o agente etiológico e seus sintomas (DUNKER, 2011). Muitos dos diagnósticos de doenças mentais se restringem ao diagnóstico clínico, como é o caso do autismo, o que expõe este aspecto lacunar, e nesse caso, não orgânico, desse quadro.

A psiquiatria sempre se utilizou da prescrição de psicofármacos. Vistos, a princípio, como um meio de recuperação da liberdade, começaram a circular em 1952 os neurolépticos que devolveram a fala ao louco e reintroduziu-o ao meio social. A partir desta descoberta, os tratamentos bárbaros e ineficazes foram severamente criticados, e, apesar da diminuição dessas técnicas, elas ainda são utilizadas. Como representante de um poder, a psicofarmacologia acabou por fazer o sujeito retornar a uma nova alienação, tentando curá-lo de sua essência de condição. Por meio de suas ilusões, alimentou um novo irracionalismo. O inventor dos psicotrópicos, Henri Laborit, nunca considerou a psicofarmacologia a solução dos problemas do homem, mas, diante da realidade social do pós-guerra insuportável, muitas vezes, que produziu muitas pessoas insones e angustiadas, as drogas tornaram-se então, ao menos é no que se acredita, condição de sobrevivência do homem moderno. A vida a partir de então, só é suportável com seu uso. “A psicofarmacologia tornou-se o estandarte de uma espécie de imperialismo

(...), ela permite que todos os médicos abordem da mesma maneira todo tipo de afecções, sem que jamais se saiba de que tratamento elas dependem” (ROUDINESCO, 2000, p. 23). Vemos assim, se configurar uma realidade em que o imperialismo produtivo do capitalismo, exige que o sujeito pertencente a seu universo, tenha uma condição de existência que garanta sua contribuição para seu consumo, como também para a criação em escala acelerada de novas necessidades de itens de consumo ou dispositivos, segundo Agamben (2009), ao retomar Foucault.

Os mecanismos de poder sempre estiveram presentes nesses efeitos epistemológicos e tecnológicos, de um lado, os que se embasam na instituição judiciária, de outro, os que se articulam ao poder e ao saber médico. A partir do jogo entre esses dois poderes, se deu o princípio da transformação: da psiquiatria do delírio passou-se para a psiquiatria dos instintos (FOUCAULT, 2001). Vemos, com isso, que não é possível falar de qualquer coisa em qualquer época. O objeto não existe a si mesmo, retido por algum obstáculo aos primeiros contornos da luz, mas existe sob as condições positivas de um feixe complexo de relações (FOUCAULT, 2008), como também de ordenações e reorganizações nas estruturas que compõem uma determinada sociedade e um determinado momento da história. Assim, a conquista da psiquiatria como especialidade médica, compõe um campo dinâmico e com disputas de poder e legitimidade que organizam e compõem a construção desse saber e a prática a partir dele.

Abordaremos a seguir, os aspectos constitutivos da sociedade e do discurso contemporâneo, tentando refletir as condições do sujeito contemporâneo e os modos que se manifestam aqueles que compõem os critérios classificatórios de patologia mental.

1.7. A MODERNIDADE E A PATOLOGIA DO BEM-VIVER

As imposições e as exigências demandadas pela sociedade geram ao sujeito uma suposição de que as mesmas sejam reduzidas ou abolidas para que possa emergir a “promessa de felicidade”, que pode distanciar o sujeito de sua relação com o desejo.

A fragilidade do homem sempre foi assunto de interesse na busca de respostas sobre a precariedade de nossa existência. Um esforço nesse sentido vemos em um dos últimos trabalhos de Freud (1996h), *O Mal-Estar da Civilização*, que trata de tal questão afirmando que a vida que temos é árdua demais, causando-nos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. Para podermos suportá-la recorreremos a três medidas: derivativos poderosos, como por exemplo, a atividade científica; satisfações substitutas, como as artes e as substâncias tóxicas. Vemos, portanto, certa coerência entre o discurso de Freud e o do inventor dos psicotrópicos, Henri Laborit. Nessa direção, o homem segue a produzir conhecimento e arte em uma velocidade cada vez maior; as produções acadêmicas se proliferam, as vagas para o ingresso na carreira acadêmica são cada vez mais disputadas; as criações artísticas também seguem esse curso nas obras de pintores e escultores, atores e cineastas. Os paliativos tóxicos, como também os ideológicos, servem ao mesmo objetivo, sendo utilizados em grande escala produzem efeitos de apagamento dos sujeitos pensantes, responsáveis por suas escolhas.

Se, dentro das leis atuais, as duas primeiras saídas que Freud aponta fazem avançar nossa civilização, a terceira segue em sentido contrário, levando-nos a uma direção anti-civilizatória. Vemos o narcotráfico crescendo assustadoramente, recrutando nossos adultos, jovens, crianças e marginalizados a fazer parte dele.

Outra contribuição do trabalho de Freud, quanto a esse mal-estar, foi nos apresentar a questão política atrelada à teoria. Mesmo que o senso comum considere o indivíduo um objeto político, na verdade, é o grupo, ou mais caracteristicamente, a *massa* que o é.

Toda e qualquer relação pulsional com o outro implica uma parte de si perdida, que pode retornar no contexto social em forma de sacrifício de partes de si. Além de seu movimento de identificação, de membros unidos a um determinado líder, Freud também indica a necessidade de se situar em que medida cada um precisa sacrificar parte de si para pertencer a tal classe (GOLDENBERG, 2006). O impasse do sujeito entre o individual e o coletivo seria, pois, a boa medida entre a manutenção de sua liberdade em oposição à colagem da massa. É este, portanto, o ponto nodal entre o direito e o dever, entre o que se espera do Estado, e o que esta instituição cobra do sujeito.

O tempo atual é marcado pela fugacidade de nossas escolhas. Mas o que nos leva a seguir nessa direção? Agamben trata dessa questão, propondo a

ampliação do termo dispositivo, definido por Foucault. Tomando tal termo do pensamento filosófico, amplia-o e o eleva à categoria fundamental que permite compreender o mecanismo político contemporâneo, sendo a partir de então, algo que captura, orienta, modela, determina e assegura os gestos, condutas e opiniões dos seres humanos (AGAMBEN, 2009). De acordo com o autor:

Diferentemente do que acontecia com os dispositivos ditos tradicionais (a confissão, a prisão, as escolas, etc.), isto é, um ciclo completo de subjetivação (um novo sujeito que se constitui a partir da negação de um velho), nos dispositivos hodiernos (a internet, os telefones celulares, a televisão, as câmeras de monitoramento urbano etc.), não é mais possível constatar a produção de um sujeito real, mas uma recíproca indiferenciação entre subjetivação e dessubjetivação, da qual não surge senão um sujeito espectral (AGAMBEN, 2009, p.13-14).

Relevante destacar o conceito de sujeito espectral, que nos remete à definição diagnóstica da psiquiatria do autismo: Transtorno do *Espectro* do Autismo. Acreditamos se tratar de um fator do contexto histórico atual em que a marca significativa espectro-espectral, remeta a um sujeito sem contorno, a um fantasma, uma sombra, que se mantém vivendo como mero objeto de produção e de consumo do sistema em que está inserido.

Em sua conceituação original, de acordo com Foucault, o dispositivo exerce função estratégica entre elementos de um conjunto heterogêneo de discursos, instituições, estruturas arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais e filantrópicas, compostos tanto pelo dito quanto pelo não dito. Outra característica do dispositivo é estar inscrito, incondicionalmente, num jogo de poder, como também estar sempre atrelado aos limites do saber, que dele derivam e o condicionam em um movimento recíproco. E ainda, o dispositivo é um conjunto de estratégias de relações de força que condicionam e são condicionados por determinados tipos de saber (FOUCAULT apud AGAMBEN, 2009).

Mas, de que maneira os dispositivos podem nos auxiliar na reflexão que temos nos proposto, e como se relacionam ao período atual, um momento de desenvolvimento capitalista extremo? Nesse movimento desenfreado, ocorre uma produção exorbitante de novos dispositivos. Mesmo que date de período antigo da história, o dispositivo dos tempos atuais exerce constante interferência na vida do

sujeito, modelando, contaminando e controlando-o. Estariam, portanto, ao lado do sujeito, os seres vivos ou substâncias, de um lado, e os dispositivos de outro. Este posicionamento estabelece um contato próximo, inclusive sobre o corpo, entre os viventes e os dispositivos (AGAMBEN, 2009). Os viventes se utilizando de tais dispositivos em ampla escala, mantém em movimento a máquina capitalista que só faz aumentar o número de dispositivos que disponibiliza aos viventes.

E ainda, os dispositivos com os quais temos que lidar no contexto capitalista atual, se constituem por dois processos de subjetivação e dessubjetivação indiferenciados, que não dão espaço à atualização de um novo sujeito. “Na não-verdade do sujeito, não há mais, de modo algum, a sua verdade” (AGAMBEN, 2009, p. 47). O sujeito se apaga em seu desejo, mantendo-se marcadamente na linha do gozo de mero objeto do sistema capitalista.

A tendência ao individualismo apregoado nos tempos modernos, em substituição à subjetividade, reflete uma sociedade em que a solidariedade está em declínio crescente e constante. Nesta realidade dura e sofrida, contar com a ajuda de Deus significa se associar à máquina consumista. Para agregar a solidariedade aos valores considerados pelo sujeito, é necessário reconhecer no outro sua *diferença e singularidade* (BIRMAN, 2014). Na cultura do individualismo narcisista, admirar a subjetividade alheia em sua diferença radical é algo inconcebível. Em lugar disso, a escolha é pela ilusória busca de liberdade irrestrita, de uma autonomia destituída de desejo e de uma história sem relação com seu percurso anterior.

Acreditando ser um sujeito livre, sem ligação com suas raízes, ele escolhe ligar-se a redes, a grupos, a coletivos, incapaz de destacar nesse meio sua diferença (ROUDINESCO, 2000). O outro, na cultura do espetáculo e do autocentramento, é apenas um objeto de uso ou de consumo, facilmente descartado. O corpo do outro se torna, neste contexto, mero objeto de gozo.

O individualismo moderno, num mundo marcado pela morte de Deus e atrelado a um racionalismo social acentuado, acabou por provocar desamparo e masoquismo diante dos quais o sujeito se sente petrificado. Neste contexto, o sujeito perverso atua sobre a pobreza erótica e simbólica que caracteriza a sociedade de massa, transformando a energia ainda pulsante em impulso de violência. “Para isso, oferece aos masoquistas símbolos fálicos a que podem se colar – a sexualidade, a cor da pele, a ideologia política, etc. – e atacar para acreditarem na consistência de suas crenças e escolhas” (BIRMAN, 2014, p. 52).

A subjetividade que antecedeu a individualidade dava ao sujeito a noção de limite e de um percurso histórico do qual faz parte. Na era do individualismo, o homem tornou-se um anti-sujeito. A idéia de anti-sujeito pode se aproximar à definição dada ao autismo, pois o autista, fazendo um movimento contrário à entrada no universo linguístico, coloca um obstáculo em seu contato com o outro. No autismo, uma maneira muito peculiar de fazê-lo, nos sujeitos supostos normais, outros dispositivos são utilizados, especialmente os dispositivos eletrônicos.

Longe de construir seu ser a partir da consciência das determinações inconscientes que o perpassam à sua revelia, longe de ser uma individualidade biológica, longe de pretender-se sujeito livre, desvinculado de suas raízes e de sua coletividade, ele se toma por senhor de um destino cuja significação reduz a uma reivindicação normativa (BIRMAN, 2014, p. 14).

Nesse contexto cultural, um paciente é reconhecido por sua patologia, e não por sua história, ou subjetividade. O que é olhado antes de tudo é sua realidade anônima, no qual é prescrita, em série, uma quantidade considerável de medicamentos.

Na atual sociedade moderna, na realidade em que se apregoa o sucesso do bem viver, não existe espaço para o infortúnio, a morte, a tristeza. A concepção de uma realidade de globalização e sucesso financeiro tenta abafar os conflitos sociais, que irrompem à revelia do interesse do mercado, de maneira pulverizada e virulenta (BIRMAN, 2014; ROUDINESCO, 2000). Estas irrupções se apresentam quer na forma de conduta fria e desrespeitosa diante do semelhante, quer na forma de abusos de poder de nossos representantes governamentais.

Ao sujeito, não é mais permitido expressar seu sofrimento, que além de tudo é extremamente temido por ser algo pesadamente refutado. Ao indivíduo de direito é disposta uma rede de atendimento, ao preço de se manter em posição pacífica e normativa de moralismo humanitário. Com isso, o outro se torna vítima, presa do jogo perverso de seu semelhante, e a intolerância vem disso, pois sendo semelhante, fica em posição de igualdade, causando-lhe ameaça.

O sofrimento mental, explicado como simples disfunção das células nervosas, cria a falsa ideia de uma solução fácil para os problemas dessa natureza. Entretanto, se a contenção química é capaz de apaziguar o homem consigo mesmo, em sua convivência social esta condição não se mantém: ela retorna de forma irracional ao

culto da semelhança, da valorização da imagem em primeira instância (ROUDINESCO, 2000). Esta posição coloca o sujeito como sujeito da demanda imaginária e não do desejo possível de simbolizar e de cavar faltas.

O capitalismo, com Benjamin (apud AGAMBEN, 2013), pode ser concebido nos tempos atuais como mais um fenômeno religioso, que se desenvolve parasitariamente desde o início do cristianismo, religião da modernidade. Uma religião absolutista e extremista, pois tudo nela só pode ter significado se estiver de acordo com um culto, e não com um dogma ou uma ideia. Ele também é uma ininterrupta celebração de festa e trabalho, pois o trabalho é equivalente à celebração do culto. Além disso, o culto não exerce a tarefa de redenção ou expiação de uma culpa, mas à própria culpa, ou seja, o capitalismo tornou-se um caso de culpa extremamente culpabilizante que nunca encontra redenção, tornando essa culpa universal. Portanto, Deus não morreu, em lugar disso ele foi incorporado no destino do homem. A fé do capitalismo é sem objeto: o crédito ocupa o lugar de Deus, portanto, Deus é o dinheiro. Com isso, o banco passou a ocupar o lugar da igreja, e, passando a governar o crédito, começou também a manipular e gerar fé, promovendo assim, a culpa universal que aparece na fala do sujeito da era cristã (AGAMBEN, 2013).

O contemporâneo pode ser entendido como o tempo presente do homem, ao qual está amarrado e agarrado. Ele impõe uma relação singular com o tempo atual, ao qual o homem se associa e dissocia num movimento anacrônico, de um olhar de si e um olhar para fora de si. Um sujeito contemporâneo é capaz de manter um olhar fixo em seu próprio tempo, buscando localizar sobre ele, não a luz, mas o escuro, pois viver no contemporâneo é determinadamente viver na obscuridade. Dar conta dessa penumbra impõe uma atitude e uma habilidade que equivalem a neutralizar as luzes provindas dessa época para descobrir as suas trevas, o seu escuro especial, inseparável das luzes (AGAMBEN, 2009). Ou ainda:

Perceber no escuro do presente essa luz que procura nos alcançar e não pode fazê-lo, isso significa ser contemporâneo. Por isso os contemporâneos são raros. E por isso ser contemporâneo é, antes de tudo, uma questão de coragem: porque significa ser capaz não apenas de manter fixo o olhar no escuro da época, mas também de perceber nesse escuro uma luz que, dirigida para nós, distancia-se infinitamente de nós. Ou ainda: ser pontual num compromisso ao qual se pode apenas faltar (AGAMBEN, 2009, p. 65).

Esta coragem pode ser representada pelo reconhecimento do inexato, do que claudica, do que surge sem intenção, tomando o sujeito em seu ato. O tempo presente nunca nos será atingível. O contemporâneo urge do tempo cronológico e o transforma de forma intempestiva, um desencontro entre o precoce e o tardio, um agora e um depois, se desafiando ainda a reconhecer a luz nas trevas do presente que nunca nos alcança, e sempre se movimentando em nossa direção (AGAMBEN, 2009). Não existe nada mais inesperado e imprevisível que o contemporâneo, assim como, perturbador e desorganizador.

No contemporâneo, está também o arcaico, aquele que está próximo da origem, que não está referida apenas ao passado cronológico. É no contemporâneo que o arcaico se presentifica com mais vivacidade. A vanguarda segue próxima ao arcaico e primitivo. O acesso ao presente tem a forma de uma arqueologia que regride a tudo o que não podemos viver no presente, e por não ser vivido, é, constantemente, relançado à origem, não mais podendo alcançá-la. Se o presente não é senão a parte não vivida do que foi vivido, o que marca a vida do contemporâneo é esse não vivido, é a volta a um presente nunca vivido (AGAMBEN, 2009). A memória do vivido se manifesta de forma falha e lacunar, é disso que o sujeito precisa dar conta, e é disso que o sujeito se sente ameaçado e por isso, o nega. Além disso, a falta inerente a qualquer experiência e constitutiva no sujeito, é recusada como tal.

Para o sujeito contemporâneo estão em jogo tanto a escuridão quanto a luz, pois ele apreende a luz, se dando conta do escuro; é também aquele capaz de colocar o tempo em relação com outros tempos, lendo nele e o transformando, e ainda, lendo nele o inédito da história. “É algo do gênero que devia ter em mente Michel Foucault, quando escrevia que as suas perquirições históricas sobre o passado são apenas a sobra trazida pela sua interrogação teórica do presente” (AGAMBEN, 2009, p. 72). São as marcas, os traços que se apagam e os que se mantêm, formando assim o mosaico do qual o sujeito é seu efeito.

Viver o contemporâneo nos tempos atuais é viver um duplo desafio: por um lado, esse movimento pendular de identificação e individuação numa realidade determinantemente capitalista, por outro, a necessidade de o sujeito manter-se segundo a norma, levando-o a escolher o silêncio em lugar da linguagem, causando assim angústia e vergonha. Os remédios do espírito são o sintoma de uma

sociedade que tenta abolir do homem seu desejo de liberdade, além da ideia em si de colocar à prova seu próprio desejo.

Desse modo, fizemos um percurso sobre o lugar e a denominação do louco na história, como também nos propusemos a refletir sobre as condições do sujeito atual em termos filosóficos, históricos, linguísticos e psicanalíticos. Prosseguiremos tratando das questões referentes ao autismo e sua produção científica como uma patologia moderna.

2. AUTISMO: UMA PATOLOGIA MODERNA



Foto: Timothy Archibald. Disponível em: <http://frigideira.soubh.com.br/2013/05/09/pai-capta-universo-particular-do-filho-atraves-de-fotos/>

*Uso a palavra para compor meus silêncios.
Não gosto das palavras
fatigadas de informar.(...)
Dou respeito às coisas desimportantes
e aos seres desimportantes.(...)
Sou um apanhador de desperdícios:
Amo os restos
como as boas moscas.
Queria que a minha voz tivesse um formato de canto.
Porque eu não sou da informática:
eu sou da invencionática.
Só uso a palavra para compor meus silêncios.*

Manoel de Barros

O autismo teve sua inserção nas categorias nosográficas das doenças mentais em 1943 e sua formalização foi atribuída a Leo Kanner, psiquiatra infantil, de origem austríaca, naturalizado americano e que realizava suas pesquisas na Universidade Johns Hopkins (EUA). Muito próximo desta data, 1944, Hans Asperger, médico alemão que trabalhava no departamento de pediatria da Universidade de Viena, também isolou alguns tipos de condutas peculiares em determinados tipos de criança, denominando-as de Síndrome de Asperger, casos em que se observava uma alta habilidade desses sujeitos em uma determinada área, como memória prodigiosa, grande habilidade para cálculos, entre outros.

Kanner foi reconhecido como o primeiro autor a tratar do tema, após a publicação, em 1947, de seu trabalho: *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo*, no qual descreveu os casos de onze crianças com algumas das seguintes características: incapacidade de estabelecer relações, fechamento autístico desde o início da vida, fazendo com que a criança negligencie, ignore ou recuse tudo o que lhe vem do exterior; limitação na variedade de atividade espontânea, boa relação com os objetos, interesse por esses sujeitos, podendo passar horas brincando juntos, geralmente com objetos duros (KANNER, 1997).

Como poderíamos articular o termo *descoberta* ao campo discursivo? Consideramos o aspecto de se tratar de um efeito de sentido do referente, produzido pelo próprio discurso. Esse efeito é o que denominamos como acontecimento discursivo, não no que se refere à nomeação, mas aos desdobramentos deste diagnóstico ou denominação, que no campo da Linguagem implica no atravessamento da língua e da história resultando num efeito de realidade, de existência de um referente, de apreensão do real pela língua, pelo texto, pela ciência. Efeito esse imaginário que o próprio discurso produz. Descreve um objeto frente a diversos outros, em relações de oposição (como o valor do signo), sendo o diagnóstico feito por exclusão. Assim, a cada descoberta realizada no campo da ciência do autismo, há a emergência de novos acontecimentos discursivos, que não são simples denominações, mas a convergência da língua com a história.

2.1. O ACONTECIMENTO DISCURSIVO COMO EFEITO DE SUAS MARCAS HETEROGÊNEAS

Não é a definição do quadro de autismo que consideramos um acontecimento discursivo, mas os múltiplos e heterogêneos discursos produzidos no campo onde circula o discurso sobre o autismo e de autistas, tomando uma dimensão que vai muito além da questão do diagnóstico e do tratamento, circulando nas mais variadas instâncias.

Com estas breves definições, verificamos a legitimação de um determinado discurso que tenta esclarecer o que ocorre com crianças que apresentam maneiras radicalmente diferentes de se posicionarem diante do outro. Nas palavras de Kanner, a marca fundante se materializa ao afirmar que:

Desde 1938 nossa atenção foi atraída por certo número de crianças cujo estado difere tão marcadamente e distintamente de tudo o que foi descrito anteriormente, que cada caso merece (...) uma consideração detalhada de suas **fascinantes particularidades** (KANNER, 1997, p. 111, grifos nossos).

Observamos nesse material, duas correntes antagônicas que se produzem simultaneamente, a homogeneidade e a heterogeneidade, ou melhor, a tentativa de homogeneização, e o efeito heterogêneo do discurso, pois o particular implica em diferença, e a diferença se refere aos aspectos heterogêneos desse discurso. Como nos esclarece Authier-Revuz (1990, p. 33): “O paradoxo da expressão ‘heterogeneidade constitutiva’ capta a ameaça de se desfazer a todo momento o que sujeito e discurso dão por feitos: no que se constitui e em quem se constitui, por heterogêneo, lhe escapa”. Assim, o discurso é constitutivamente heterogêneo, pois quando se produz um enunciado a voz do Outro está sempre presente e, algumas vezes, é possível identificá-la com mais clareza (heterogeneidade mostrada marcada) e outras vezes não (heterogeneidade não-marcada).

Com a denominação do conceito e definição de patologia mental do autismo, se instala uma memória discursiva sobre crianças com essas semelhanças, e por se tratar de um discurso especialista, em detrimento de outros possíveis saberes que acabam silenciados, a legitimidade desse discurso da ciência acaba por afetar ideologicamente o sujeito, interpelando-o a reproduzir os modos de significar esse “tipo” de criança. A memória discursiva que possibilita a produção de um enunciado, é entendida pelo entrecruzamento das memórias mítica, social e construída pelo historiador. É ela que, diante de um texto permite “restabelecer os “implícitos” (quer dizer, mais tecnicamente, os pré-construídos, elementos citados e relatados,

discursos-transversos, etc.) de que sua leitura necessita: a condição do legível” (PÊCHEUX, 1999, p. 52). Por exemplo, o modo de posicionamento no contexto social da criança, as mudanças e particularidades de considerá-la nesse processo histórico, foi condição para se definir as patologias mentais infantis.

Abordar a autoria é importante nesse momento, por termos materializada uma contingência em que dois pesquisadores, quase simultaneamente, “descobrem” patologias muito semelhantes. Levando-se em conta o fato de viverem em lugares distantes, constatamos que os acontecimentos históricos e as conjunturas sociais refletem as formas de ser do sujeito, que se coloca em determinada posição diante do outro, a partir das conjecturas que refletem em sua vida, como é o caso também da questão autoral.

A legitimação da autoria de um determinado discurso se dá na sua instauração e reconhecimento. Estes últimos elaboram grupos de discursos com modos particulares de se produzirem. “A função autor é, assim, característica do modo de existência, de circulação e de funcionamento de alguns discursos no interior de uma sociedade” (FOUCAULT, 1992, p. 46).

Dessa maneira, tem início o discurso científico que se desdobrará e circulará em outros campos de saber, sendo retomado, repetido e/ou ressignificado por outros sujeitos, conforme veremos adiante. Ainda sobre a autoria, o quadro definido por Asperger compôs posteriormente, o que passou a chamar autismo de alta funcionalidade, os *savants*, que tanta curiosidade foram provocando à medida que suas habilidades brilhantes eram postas em circulação no universo discursivo. Assim, a cada autor é atribuído um tipo de quadro de patologia mental infantil, sendo o quadro de Asperger, uma definição que sob alguns aspectos, se insere no quadro de autismo, como a recusa ao contato e dificuldade em manter relações de afeto.

O reconhecimento autoral, nesse caso, nos remete aos espaços políticos que se destacam em detrimento de outros. Kanner, por exemplo, ocupava um lugar de destaque na Universidade John Hopkins, período em que a sociedade científica americana florescia, enquanto a europeia vivia um período de crise, especialmente em virtude do nazismo. Neste momento da história, houve uma migração para os Estados Unidos, de judeus europeus perseguidos que iam buscar refúgio no continente americano. Ou seja, mesmo se considerarmos as especificidades da definição de cada quadro, observamos o favorecimento da posição de Kanner para que seu trabalho circulasse muito mais facilmente que o de Asperger. Para a Análise

do Discurso, “se se admite que todo acontecimento tem um panorama singularizável numa situação histórica, deve-se imediatamente acrescentar que sua maneira discursiva de ser lhe é imanente, revelando-se irreduzível à situação histórica” (COURTINE, 2014, p. 49). Por isso, a posição de cada um dos dois cientistas, é fator a causar efeitos nos modos de circulação desses discursos, que nunca se esgotam em suas tentativas de interpretação ou de esclarecimento.

O autismo se constitui um quadro que se manifesta precocemente e afeta várias áreas de desenvolvimento. Nesse sentido, sempre se propôs e se reconheceu como necessidade, estabelecer um trabalho com o envolvimento de profissionais de várias especialidades. Isso acabou por provocar um vasto e diversificado campo de pesquisas, bem como várias abordagens teóricas, o que já tratamos em trabalho anterior (TELLES, 2011).

Verificamos, entretanto, uma profusão de enunciados sobre o assunto que vão muito além do campo da ciência. Na década de 1980, por exemplo, esse assunto apareceu pela primeira vez no universo cinematográfico. De lá para cá, são muitos os filmes que relatam a experiência de um autista, e/ou das pessoas que com ele convivem; autistas se tornaram pesquisadores, autores de livros, profissionais do governo, entre outros. Os casos mais famosos são o de Temple Grandin, que teve o diagnóstico de autismo na infância, e pode ser considerada uma das pioneiras a desbravar o universo aterrorizante a seu redor, e principalmente, relatar esta experiência. Professora universitária no Colorado, com especialização em zootecnia, desde o mestrado interessou-se em estudar dispositivos que pudessem evitar o sofrimento do gado no momento do abate. No livro *Thinking in Pictures*², Grandin relata que seu modo de pensar podia ser comparado ao funcionamento de um computador e que era capaz de resgatar da memória qualquer detalhe ou imagem que evocasse. Por exemplo, se lhe diziam, pense em um sapato que você tem, automaticamente lhe vinham à mente todos os sapatos que possui sem se esquecer de um sequer. Afirma ainda que suas decisões não são comandadas por emoções, mas nascem do cálculo (LAURENT, 2014).

² GRANDIN, T. **Thinking in Pictures: My Life with Autism**. New York: Vintage Books, 2010.

Sean Barron é outro autista que publicou um livro chamado *There's a Boy in here*,³ em que conta o motivo de ter perguntado incansavelmente sobre as emissoras de Rádio que nos Estados Unidos são designadas por letra. Sean explica que as letras serviam de anteparo para o contato com as pessoas ao seu redor. O som das letras era capaz de acabar com suas inquietações, era o para ele que barrava a experiência invasiva com o outro (LAURENT, 2014). Observamos assim, um processo de simbolização de um gesto interpretado pelos critérios diagnósticos como a repetição do mesmo como tentativa de se manter longe das pessoas ao seu redor.

A ausência de emoção relatada por Grandin pode ser observada em outros exemplos como o de Kamran Nazeer, autista que se tornou alto funcionário do governo inglês como analista de discursos políticos, e o de Daniel Tammet que ganhou reputação mundial por ter quebrado a banca de um cassino em Las Vegas, ganhando no Black Jack, jogo essencialmente baseado no cálculo. Em *Born on a Blue Day*, ele relata sua infância como a época em que os números eram seus únicos amigos (LAURENT, 2014).

Se de fato verificamos uma mudança radical no universo discursivo sobre o autismo, como por exemplo, a manifestação de muitos dos sujeitos que tiveram confirmado para a ciência e para eles mesmos o “diagnóstico”, é relevante considerar que isso é possível pela legitimação do discurso que define o que venha a ser o autismo. Com referência a esta questão, destacamos também que, o aumento alarmante de casos está diretamente e condicionalmente atrelado a esta condição de legitimidade do discurso sobre o diagnóstico.

Um programa do Chanel 4, apresentado em 2010⁴ exibiu uma série mostrando a história de nove jovens autistas que tiveram a iniciativa de produzir seu próprio espetáculo sob a direção de profissionais que nunca haviam tido contato com atores autistas. Várias outras iniciativas parecidas apontam a presença cada vez maior do sujeito denominado autista em nosso mundo (LAURENT, 2014), para a apropriação de um lugar no espaço discursivo, ocupando lugares que antes não eram seus, não apenas por permanecerem à margem da sociedade, mas também sem delimitação e legitimidade no campo do discurso científico.

³ BARRON, J.; BARRON, S. **There's a boy in here**. Emerging from the Bonds of Autism, 1992. Disponível em: <<https://itunes.apple.com/us/book/theres-a-boy-in-here/id486549905?mt=11>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

⁴ Chanel 4. **Young, Autistic & Stagestruck** [Jovem, autista e louco por teatro], Reino Unido, 2010.

Mas como podemos entender seu aumento em nível epidêmico, a partir da década de 1990, com a publicação do DSM-IV? O que poderia explicar o fato de, nas duas últimas décadas, terem sido agrupados à categoria de “autismo” dez vezes mais itens? “Embora seja difícil incriminar uma mutação na espécie humana, o autismo é de fato o espectro que ronda as burocracias sanitárias” (LAURENT, 2014, p. 60-61). Entendemos não se tratar de uma epidemia, primeiramente porque não é contagioso, mas esse tema vem produzindo um discurso relacionado à dimensão simbólica e não imaginária. Isso podemos constatar com a circulação cada vez maior e mais ampla desse tema como temos exemplificado, ampliando assim o universo discursivo e as formações discursivas.

No processo histórico que temos abordado sobre o lugar do louco, nossa reflexão se faz sobre a possibilidade de se destacar os conceitos de *reocupação/atualização* de um conceito que ocupa o lugar do outro, na cadeia de funcionamento.

Um aumento de 600% gera consequências e cobra mudanças da máquina administrativa, financeira e governamental, quanto à rede de atendimento público. Por exemplo, para se ter o direito de atendimento, é necessário que o “usuário” receba o diagnóstico prévio. Estamos falando de uma realidade que se manifesta de forma semelhante em vários países, sempre com questões referentes à legitimidade do direito, e às mudanças efetuadas pelos responsáveis em categorizar as patologias mentais, que fazem parcerias com os laboratórios, sustentando um mercado de consumo das denominações patológicas e das drogas cada vez mais diversificadas.

Foi o que ocorreu com o DSM-V, que teve sua publicação adiada, por conta de uma mudança realizada na categorização nosográfica da patologia:

Estava prevista a retirada do item “Asperger” dos “transtornos não especificados” para reintroduzi-lo no “espectro do autismo” – espectro entendido, aqui, não mais no sentido de fantasma, mas como a decomposição, a difração de um feixe luminoso. Durante uma conferência de imprensa, as associações de sujeitos ditos Asperger fizeram questão de expressar sua angústia ante a perda de sua especificidade diagnóstica – demonstravam, ao mesmo tempo, o absurdo da oposição que se pretende atribuir a eles, ao dissociar suas faculdades cognitivas, intactas, e sua suposta incapacidade de ler as emoções ou os afetos dos outros. Ao se recusarem a ser confundidos com aqueles carentes de capacidades cognitivas, opuseram resistência reivindicando sua **especificidade**

para escapar de um espectro que não cessa de se ampliar (LAURENT, 2014, p. 62).

Primeiramente apontamos uma contradição do documento: se o diagnóstico adquiriu um aspecto amplo, pulverizado, os sujeitos que se encaixam nos “transtornos não especificados” são mais específicos do que os que se enquadram no espectro do autismo que abarca uma variedade muito maior de quadros. O diagnóstico principal hoje apresenta características inespecíficas e o não especificado, se refere a todos que não se enquadram no diagnóstico principal.

Se o significativo é aqui destacado, um fator a se considerar é o fato de se denominar a reação de angústia desses autistas e o modo que o enunciado aparece, desloca a posição desses sujeitos no panorama social atual, que durante as primeiras décadas de seu surgimento, não se pronunciavam em hipótese alguma. De acordo com o que observamos anteriormente (TELLES, 2011), no discurso circulante sobre o autista, havia a elisão do sujeito, um sujeito sempre falado, nunca, ou quase nunca falante, ao menos aos olhos do discurso científico. Destacamos então aqui, a ampliação do discurso do autismo de maneira astronômica, sempre conduzido pelo discurso científico e seus mecanismos de poder. E é por esse viés que propomos pensar o autismo no momento atual, como acontecimento discursivo. Articulamos o conceito com o contexto apresentado ao projeto de uma *descrição dos acontecimentos discursivos*, a qual,

antes de se ocupar de uma ciência, ou de romances, ou de discursos políticos, ou da obra de um autor, ou mesmo de um livro, o material que temos a tratar, em sua neutralidade inicial, é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral (FOUCAULT, 2008, p. 30).

Consideramos que o amplo e diverso material que trazemos para análise na forma de documentos, editais, portarias, leis, etc. são suficientes para compor o corpus de um discurso que se manifesta por enunciados que compõem formações discursivas que confirmam esse acontecimento discursivo.

Tais consequências parecem estar diretamente atreladas, entre outras coisas, ao movimento de globalização econômica, que faz operar a lógica narcísica, que se distancia, cada vez mais, da visão subjetivante do sujeito dito portador de determinado sofrimento mental. Nesse mecanismo econômico, o que interessa é

encarar o sujeito sofredor como uma vítima, que terá seu déficit supostamente codificado, sua deficiência medida e seu trauma quantificado, suplantando qualquer abertura para que o próprio sujeito se implique minimamente quanto à origem de seu sofrimento (ROUDINESCO, 2000). Observamos assim uma contradição entre o dito e o acontecimento, uma vez que existem posicionamentos antagônicos de auto-suficiência narcísica e oferta de si ao outro como mero objeto. A tendência individualista que se caracteriza por marcas narcisistas, de adoração à própria imagem, na verdade, acaba produzindo sujeitos vulneráveis e ensimesmados, em que o laço com o outro se estabelece ou pela via da subserviência, da cola, mera reprodução do discurso dominante, como ao mesmo tempo, de um vazio existencial, no qual a reflexão sobre a própria condição de existência e seus golpes narcísicos, como a morte, frustração, o não domínio sobre si, desmonta todo esse ideal imaginário de domínio e perfeição.

Além disso, temos observado o quanto vem aumentando o apelo ao campo do Direito, para que ele invada a vida privada e decida a respeito de questões que antes eram resolvidas nesse espaço privado. Vivemos num momento de extrema *judicialização* das práticas dos indivíduos, uma das maneiras possíveis de se considerar essa realidade, é o fato de que a Lei comporta em si a vacância, que sempre deixa algo de fora, algo a ser interpretado, obrigando, pela demanda de soluções, a criação incessante de leis que possam atender ao todo inatingível. Portanto, a autoridade e poder do Estado fazem valer o discurso científico nesse momento, sendo o Direito convocado a legislar no lugar da autoridade simbólica da lei que se transmite, a qual se encontra esvaziada e desautorizada em nosso momento histórico atual (VESCOVI, 2009).

2.2. OS EFEITOS DOS MANUAIS DIAGNÓSTICOS NO CAMPO DO AUTISMO

Com o surgimento da clínica moderna, a noção de tratamento adquire o sentido de uma prática referente a um método. Ou seja, o tratamento se realiza nas intervenções que são colocadas em prática. “A expressão *tratamento* possui valor metafórico quando designa o conjunto deste processo e valor metonímico”, (DUNKER, 2011, p. 402), ou seja, o tratamento tem resultado, se a terapêutica apresenta resultados, ou ainda, o tratamento se efetiva como tal *a posteriori*.

Previamente não há garantia, apenas os dados estatísticos dão apoio ao tipo de tratamento a ser empreendido.

A justificativa de nos interessarmos pelos acontecimentos históricos da psiquiatria se deve ao fato de ser essa prática médica que dá início à tecnologia, na medida em que é por esse viés que os discursos teóricos ou especulativos mantêm ou ampliam os efeitos de poder e os efeitos de saber dessa ciência.

“No último terço do século XIX, assiste-se à consolidação das excentricidades em síndromes bem especificadas, autônomas e reconhecíveis. Tudo o que pode ser patológico ou desviante, no comportamento ou no corpo” (FOUCAULT, 2001, p. 395).

Para Pêcheux (1995), é um efeito da etapa de um processo tal, relacionado à produção econômica, e não a novas mentalidades ou desordens de pensamentos. Só é possível produzir determinado enunciado ou denominação como neurose, depressão, autismo, segundo conjunturas tais, estas relacionadas, segundo Foucault, à tecnologia, à patologização do corpo. Já a leitura de Pêcheux indica a questão econômica que envolve toda a produção discursiva do campo da ciência.

A produção dos Manuais Diagnósticos de Doenças Mentais, pode ser considerada um efeito dessa nova perspectiva. Vejamos, por exemplo, o que foi se sucedendo a cada versão do DSM. A primeira surgiu em 1952 (ANEXO VII), e sua categorização nosográfica considerava os conceitos da psicanálise e da psiquiatria dinâmica. Esta versão se apoiava nos princípios de que os distúrbios psíquicos e mentais decorriam fundamentalmente da história inconsciente do sujeito, sua posição no contexto familiar e sua relação com o meio sócio-cultural. As versões subsequentes foram revisadas pela APA – Associação Americana de Psiquiatria, deixando, cada vez mais, à margem, a síntese realizada pela psiquiatria dinâmica (ROUDINESCO, 2000), promovendo assim, um gradual apagamento da psicanálise no DSM.

Apoiado no esquema sinal-diagnóstico-tratamento, cada versão nova desse manual, DSM II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968 - ANEXO VIII); DSM III (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980 - ANEXO IX); DSM III-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987) DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994 - ANEXO X), DSM IV-R (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1997), DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC

ASSOCIATION, 2013 – ANEXO XI) foi progressivamente empreendendo uma operação de limpeza, dita, “ateórica”, resultando visão que demonstrava a redução do distúrbio psíquico ao equivalente de um mal funcionamento de um motor.

No DSM I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), a Nomenclatura diagnóstica estava muito voltada para a experiência dos psiquiatras na II Guerra Mundial. Utilizando-se dos conceitos propostos pela Psicanálise, se organizava em três grupos principais: *com reação psicótica, com reação neurótica e com reação de comportamento*. Estes três eixos indicavam a gravidade do quadro e o tipo de reação para cada diagnóstico feito, elaborado nessa versão com um olhar muito biológico para os quadros mentais, com denominação de quadros como: *Autonomia Psicofisiológica e Desordem visceral*. A relação entre doença mental e causalidade física é muito expressiva nesta versão do DSM. No DSM II, elas sofrem uma pequena alteração, mantendo ainda a nomenclatura psicanalítica, sendo denominadas: Psicoses, Neuroses e Desordem de personalidade, mas deixam de ser os eixos da nomenclatura composta por 11 itens:

- I – Retardo Mental
- II – Síndromes Cerebrais Orgânicas
- III – Psicose não atribuída a condições físicas previamente apontadas
- IV – Neuroses
- V – Distúrbio de Personalidade e algumas outras Desordens Mentais não psicóticas
- VI – Distúrbio Psicofisiológico
- VII – Sintomas especiais
- VIII – Distúrbio Situacional Transitório
- IX – **Distúrbio de Comportamento na Infância e Adolescência**
- X – Distúrbio Psiquiátrico sem quadro manifesto e condição não especificada
- XI – Termos Não-Diagnósticos para uso Administrativo (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968, grifo nosso).

Esta é a primeira versão em que um item sobre as “desordens” na infância e na adolescência ficam separadas dos outros itens. Além de observarmos o gradual movimento de destaque da criança nessa nomenclatura, observamos também uma ampliação na denominação desses quadros. Entretanto, o autismo ainda não aparece como quadro isolado, ainda associado à esquizofrenia. Observamos também nessa versão, a amplitude dos temas abordados em uma mesma categorização.

Este movimento de limpeza resultou ainda na eliminação da terminologia elaborada pela psiquiatria e pela psicanálise, como os conceitos de psicose, neurose e perversão, todos substituídos pela noção vaga de distúrbio, e, posteriormente, de Transtorno. A histeria, por sua vez, passa a ser nomeada de distúrbio dissociativo ou conversivo. Os conceitos (psicose, neurose, perversão) foram substituídos pela noção frouxa de distúrbio. A histeria passa a ser chamada de distúrbio dissociativo ou conversivo. A partir dos anos 80 do século passado, todos os tratamentos psíquicos racionais, inspirados na psicanálise, foram violentamente atacados em nome do avanço espetacular da farmacologia, a ponto de os próprios psiquiatras sentirem-se inquietos e criticaram duramente seus aspectos nocivos e perversos (ROUDINESCO, 2000, p. 46). Sendo reconhecida como especialidade médica, a psiquiatria compõe um campo científico atravessado pela indústria farmacológica a qual desenvolve novos medicamentos em nível astronômico. O sujeito em desordem, possuidor de um diagnóstico, a partir do crescimento da indústria farmacológica, é um consumidor em potencial destas drogas que o manterão silenciado. No ato de uma consulta médica, é o código da doença colocado na receita ou no diagnóstico, que autoriza a circulação das inúmeras medicações produzidas pela indústria farmacológica e indica um lugar para aquele sujeito. É por esse aspecto que o sujeito diagnosticado (de medicamentos), volta a fazer parte do sistema: pela via do consumo sob a forma-sujeito consumidor, mesmo que isso exija um outro predicado: autista, psicótico, ou qualquer outro nome que se pretenda dar. Estes aspectos podem nos esclarecer a gradual transformação do DSM em atóxico.

É de grande relevância o fato de ser o autismo, em especial, um quadro que não possui medicamento que cuida da causa, mantendo uma etiologia obscura, e um diagnóstico clínico, se detendo aos sintomas, para fazer o diagnóstico.

Vejamos como o DSM IV classifica os Transtornos Mentais infantis, dentre eles, o autismo e suas subcategorias. Destacamos que é nessa versão que esta categoria diagnóstica abre a definição classificatória dos transtornos, observando com isso, a ênfase cada vez maior que se tem dado à criança, no que há de protetivo e de potencial mercadológico de consumo com uma considerável ampliação de categorias e uma mudança na tradução da versão brasileira, passando os distúrbios a serem nomeados, a partir de então, de transtornos:

Transtornos geralmente diagnosticados na Primeira Infância, Infância, ou Adolescência

- Deficiência Mental
- Transtornos de Aprendizagem
- Transtornos da Habilidade Motora
- Transtornos de Comunicação
- **Transtornos Invasivos do Desenvolvimento:**
 - 1 - Transtorno Autístico;
 - 2 - Transtorno de Rett;
 - 3 - Transtorno Desintegrativo da Infância;
 - 4 - Transtorno de Asperger;
 - 5 - Transtorno Invasivo do Desenvolvimento sem outras especificações.
- Déficit de Atenção e Transtorno Disruptivo do Comportamento
- Transtorno do Comportamento
- Transtorno alimentar da Primeira Infância ou Tenra Infância
- Transtorno de Tic
- Transtorno de eliminação
- Outros Transtornos da Primeira Infância, Infância, ou Adolescência (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, p. 13-14, grifo nosso).

Observamos que ainda se mantém uma relação muito acentuada entre os transtornos mentais e fatores físicos, como o Transtorno de Eliminação, que apresenta subcategorias de quadros de alteração no funcionamento do intestino, o que é de certa forma condição de existência destes manuais, pois, apenas fatores biológicos, via de regra, justificam a prescrição de medicação, o que no caso dos quadros mentais, abre lacunas que são muitas vezes negadas. O autismo é definido, com as subcategorias acima apresentadas, como Transtorno Global do Desenvolvimento, em que se mantém a subcategoria da Síndrome de Asperger.

Outro dado que merece nossa atenção é o aumento progressivo de número de patologias a cada versão do DSM. O DSM-I categorizava cem patologias, o DSM IV - quatrocentas patologias e o DSM-V – quinhentas patologias. Portanto, este é um fato que permite que cada vez mais os sujeitos caiam sob o jugo das decisões médico-legais ou dos critérios diagnósticos cada vez mais específicos (ROUDINESCO, 2000, p. 173), numa tentativa de cercar o real, e poder dizer tudo, apagando assim a insuficiência inerente ao significante e ao simbólico. Esse aumento no número de doenças codificadas nos DSMs, evidenciam o poder do discurso na nomeação de novas patologias. E mais, o número de itens da categoria de Asperger, DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) é quatro, mas com apenas duas dessas características presentes na avaliação, já se pode determinar que o sujeito em questão é portador dessa patologia. Apesar disso, a

quarta edição do manual, de 1994, tentou conter a inflação diagnóstica. Mas, ela teve sucesso apenas com os adultos, pois o excesso se manteve no diagnóstico do autismo, bem como dos transtornos do déficit de atenção e dos transtornos bipolares nas crianças, que desde então cresceu (LAURENT, 2014). Mais uma vez, verificamos que o foco das últimas versões do DSM sobre a infância, cria um olhar patologizante sobre a conduta de muitas crianças, descaracterizando e desconsiderando aspectos que não necessariamente precisem ser tomados como patológicos.

Vejamos como foi organizada a classificação do autismo na quinta versão do DSM:

Transtornos de Neurodesenvolvimento

- Transtornos Intelectuais
- Transtornos de Comunicação

Transtorno do Espectro do Autismo:

Específico se: conhecida condição médica ou genética ou fatores ambientais; Associado a outro transtorno de neurodesenvolvimento, mental ou comportamental;

Especifica a gravidade atual de critério A e critério B: Requer apoio muito substancial, requer apoio substancial, requer apoio;

Específico se: associado ou não a comprometimento intelectual; associado ou não com comprometimento de linguagem; com catatonia (p. XV)

- Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
- Transtorno Específico de Aprendizagem
- Transtorno Motor
- Outros Transtornos do Desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, grifo nosso).

O critério diagnóstico para o Transtorno do Espectro do Autismo, com essa nova versão, abre ainda mais o leque de possibilidades de “enquadramento” no diagnóstico do autismo com um movimento claro de pulverização dos critérios diagnósticos. Outro aspecto observável é a questão colocada, pela primeira vez, sobre as necessidades de cuidado do sujeito diagnosticado, o que confirma o que já apontamos anteriormente e que se refere à questão dos compromissos do Estado com esses sujeitos.

Um contexto epidêmico de casos de autismo denuncia a crise da clínica psiquiátrica e neurológica com o *DSM*. As manipulações que comandam a caracterização dos “transtornos” e das categorias deste Manual diagnóstico e estatístico levam-nos a questionar o que de fato essa ferramenta mede (LAURENT, 2014). No DSM V, “a quantidade de itens do critério (A) reduz-se a três (problemas

de reciprocidade socioemocional, uso de comportamentos comunicacionais não verbais, problemas de vínculos), mas os três têm de estar presentes” (LAURENT, 2014, p. 174).

Este distanciamento, essa postura determinista e segregadora acabou culminando em várias manifestações, dentre elas no fato ocorrido em 2012, já mencionado anteriormente, quando em 4 de setembro de 2012, foi publicado um Edital de Convocação Pública, no Diário Oficial do Estado de São Paulo, abrindo oportunidade para o credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), para eventual parceria de trabalho na forma de convênio ou contrato. O Secretário da Saúde na ocasião, Giovanni Guido Cerri, convocava instituições que estivessem aptas a receber pacientes com os seguintes diagnósticos, como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID X: F84.0 (Autismo Infantil); F84.1 (Autismo Atípico); F84.4 (Transtorno Global com Hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados); F84.5 (Síndrome de Asperger); F84.8 (Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento); F84.9 (Transtornos Globais do Desenvolvimento não especificados) (LAURENT, 2014). A CID 10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996), mais antiga que a última versão do DSM (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013), mantém as subcategorias, e é muito mais utilizada no Brasil, do que o DSM. Entendemos que um dos motivos desta diferença seja o fato de a CID ser organizada pela Organização Internacional de Saúde (OMS), e o DSM, pela Associação Americana de Psiquiatria. Portanto, as políticas internacionais de saúde seguem a orientação da OMS, dispendo de uma amplitude maior de articulação e poder. Ainda assim, pelo que temos apresentado, as questões que provocam conflitos se estendem em relação a ambos manuais. Isso indica, mais uma vez, a centralização de poder e interesses entre os membros que comandam ou representam estes órgãos.

Com base nesse edital, várias instituições de abordagem psicanalítica se mobilizaram, circulando um abaixo assinado, fazendo cair o referido edital. A partir dessa mobilização, criou-se então o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) que se propôs a efetuar um trabalho epistêmico, clínico e político em torno do tema, com a participação de mais de cem instituições de psicanálise do Brasil, com centenas de profissionais inscritos nesse movimento.

Não há como negar que certa subjetividade seja fruto de seu tempo se no momento em que a histeria e a depressão apontam a solidariedade entre os campos sociais e singulares, no autismo observa-se certa maneira imutável da condição da estrutura psicótica. Os predicados dessa estrutura variam, pois a própria noção de espectro parece tentar fazer borda a isso que é irreduzível ao simbólico: espectro, sombra, fantasma, não-específico, denunciando uma condição especial de impossibilidade de determinação.

Desde a derrubada do edital, o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP), vêm organizando jornadas, artigos, revistas e livros. Sua participação efetiva também ocorre nas Audiências com autoridades responsáveis pelos rumos políticos do tratamento do autismo, resultando, muitas vezes, no reconhecimento de seus direitos e reivindicações.

A atualidade é marcada por um universo globalizado em que os comandantes são o capitalismo e os comandados, a subserviência, provocando a “necessidade” de consumo de sujeitos acríticos, como meros instrumentos que fazem operar as ilusórias verdades exatas e o poder massificante da mídia. Para a psicanálise, esse é um grande desafio, em que sempre esteve pautada no descentramento e subjetividade do sujeito e no não domínio do discurso (LAURENT, 2014). Diante disto, é possível constatar que a abordagem psicanalítica não atende às demandas consumistas do momento histórico atual, e daí, portanto, a tentativa de exclusão desse campo de saber.

Para a psicanálise interessa a escuta da singularidade de cada sujeito, pelo discurso que ele produz. Oferecendo esta escuta, ela promove outras demandas, diferentes das consumistas e objetalizantes do sujeito.

Retomaremos adiante, o surgimento, a inserção e as inúmeras tentativas de expulsão da Psicanálise nesse universo discursivo.

2.3. A POLÍTICA DA PSICANÁLISE NA CONTEMPORANEIDADE

Até aqui temos tratado da realidade atual e de como essa atualidade se relaciona ao que pertence à história e à memória do ser humano. Além disso, tentamos deixar claro que esse posicionamento, especialmente no que se refere aos desvios de conduta e doenças mentais, estará sempre atrelado a uma prática

política e como toda prática tem sua ética, também estamos nos orientando nessa direção. Portanto, uma prática implica estabelecer finalidades e meios para colocá-la em ação, seguindo sempre seus princípios. Para a psicanálise não existe um sistema de equivalência, e se este não existe, não é possível se pensar, em uma coesão social e uma justiça distributiva.

O que tem relevância para o psicanalista é a parte que não encaixa, é o sem medida, o insubstituível. A psicanálise se ocupa em refletir a complexa relação entre individual e coletivo, problema crucial de qualquer ação política (GOLDENBERG, 2006). E é exatamente esse princípio, a concepção de ciência que não é aceita pelo discurso médico dominante, sempre buscando exatidão em seus princípios.

Se Freud nunca se ocupou da política como objeto, isso se deu porque ele fazia dela acima de tudo uma prática. Sua política se refere ao que o psicanalista alemão sempre disse, sobre o doente, que é ele mesmo quem adoece, e é somente ele quem pode tomar para si a responsabilidade do que lhe ocorre (GOLDENBERG, 2006), outro aspecto com posição tangencialmente oposta à da psiquiatria e da farmacologia. Interessa ao sistema capitalista um sujeito consumista, acrítico, alheio aos interesses, e, portanto, alheio a sua própria condição, que visa a solução dos conflitos do sujeito pela contenção química.

No campo da ciência, a psicanálise se opõe à tendência de se tentar colocar a singularidade de lado, pois o que nos humaniza é

“a necessidade de fazer a vida excessiva que trazemos sempre conosco, conviver e funcionar com a necessária regulação social dos desejos e dos gozos. Cada um sustenta, a seu modo, a arte de viver esse desafio” (LAURENT, 2014, p. 9).

Desafio cada vez mais distante do homem atual, afoito por soluções rápidas e práticas, pelo engodo da satisfação pela via do consumismo; em lugar de se haver com seu sofrimento, o sujeito coloca-se mais uma vez como objeto de consumo de drogas lícitas.

Em sua prática, a psicanálise assume uma posição crítica que tenta manter a distância ética necessária com relação às tentativas de erradicar a qualquer preço sintomas que incomodam, ou aos quais se acomoda. Ela faz frente ao autoritarismo que surge como falsa solução para os problemas que cabem às burocracias sanitárias administrar. Para a psicanálise, a ciência é apenas um meio de

investigação de novas alternativas de trabalho, mas nunca algo que dê conta de encontrar soluções infalíveis para determinado problema. Essas tentações autoritárias encontram fortes obstáculos, quando existe uma variedade de alternativas e soluções. O autismo é um caso típico, onde podemos observar uma disfuncionalidade democrática, com o posicionamento particular de cada sujeito autista com o outro (LAURENT, 2014). Falamos, por exemplo, dos poucos avanços na descoberta do fator desencadeante do quadro, e acabamos por nos contentar com uma infinidade de hipóteses. O próprio tratamento medicamentoso praticamente não teve qualquer avanço, pois não existe um remédio específico para o autismo, o que se disponibiliza para esses casos são medicamentos que tentarão diminuir ou eliminar os sintomas do quadro, como alteração de sono, agitação ou outro fator. Ainda assim, é muito comum nessa população, um efeito paradoxal do medicamento, variando muito de caso para caso.

Considerar a política um princípio ético para a psicanálise implica abrir mão de considerar a ciência capaz de trazer “a” solução, envolvendo nesse campo o fator humano, singular, contingente (GOLDENBERG, 2006). A psicanálise não tem a pretensão de construir a situação histórica e antropológica, mas pode se posicionar diante disso, de seu lugar e tomando para si apenas o que lhe diz respeito. Além disso, essa disciplina pode compreender de que forma o *desamparo* do homem aumentou com o fim das utopias. Foi, aliás, essa tomada de consciência que causou ainda mais desespero e busca por soluções individualistas aliviadoras.

É em *O mal-estar na Civilização* que Freud (1996h) reconhece a impossibilidade de se atingir a felicidade. No ponto em que chega o discurso psicanalítico, ele aponta a condição de fragilidade estrutural do sujeito, na relação com seu corpo, nas ameaças naturais e nos conflitos e embates provocados nas relações ambivalentes com o outro. “O registro psíquico do desamparo é algo de ordem originária, marcando a subjetividade humana para todo o sempre, de maneira indelével e insofismável” (BIRMAN, 2014, p. 39).

Para a psicanálise, os modismos não fazem parte de seus princípios, assim como os ideais de adaptação, e das pretensões ideológicas dominantes. Nesse aspecto, a psicanálise se aproxima da posição do sujeito autista, que se coloca na vida, independente de regras de conduta e normatização, buscando e mostrando o que há de mais particular de si, especialmente na sua relação com o semelhante.

O movimento da psicanálise é contrário ao discurso das correntes normatizadoras.

Somente quando o discurso freudiano se desgarrou do ideal cientificista – promovendo o luto de não pretender mais ser uma ciência – é que se constituiu a condição de possibilidade para que uma leitura crítica do mal-estar na modernidade pudesse ser realizada com radicalidade. Somente então a psicanálise pôde se apresentar como um discurso crítico sistemático sobre a cultura (BIRMAN, 2014, p. 43).

Observamos esse ponto de virada com as produções de cunho social de Freud, a partir de 1915. Antes disso até, em *Totem e Tabu* (1996e), numa tentativa de retomar as origens da cultura e da sociedade, tem início a desconstrução da modernidade, com a exposição da questão da *morte* já presente na cena originária. Ou seja, para a psicanálise, a vida só é possível se contrapondo à morte. Foi o primado da morte sobre a vida que tornou possível a Freud reconhecer a autonomia da força pulsional sobre a vida do sujeito (BIRMAN, 2014). É exatamente o que vacila no sujeito, o que caracteriza seus limites por meio da morte, do gozo desenfreado pelo consumo em geral, que é insistentemente negado pelo sistema atual, de governo e de consumo.

Frente à condição inerente de desamparo, cabe ao sujeito construir circuitos pulsionais que possam dominar a intensidade que lhe perpassa, assim como buscar recursos simbólicos diante dos excessos da pulsão, sempre contínua e reiterada.

É nessa condição que o sujeito se depara com a *angústia do real*, e sem a capacidade de uso desses recursos diante da força das pulsões, ela não pode ser transformada em angústia do desejo, pois o efeito do impacto pulsional é sempre a angústia. A simbolização das forças pulsionais em representantes e representações é a única saída e a que impede a instalação no sujeito, do horror do trauma (BIRMAN, 2014). O sujeito é o produto do real que bate e insiste, é esse real que fica fora do campo das ciências positivistas. É esse real que se apresenta no sujeito autista, sem anteparo simbólico nem imaginário, diante da presença do Outro invasivo.

Mesmo que Freud tenha pontuado com clareza o distanciamento da psicanálise aos saberes psiquiátrico e médico, uma tentativa de retorno, de suplantação da angústia constituinte se manifesta de tempos em tempos entre os ditos freudianos. A edição inglesa das obras de Freud, por exemplo, publicadas pela

Standard Edition, recebeu o título de “Obras psicológicas completas de Sigmund Freud” indicando uma aproximação forçada da psicanálise à psicologia. Se o corpo foi excluído nesse momento, isso se deu primeiramente porque ele era o outro do psiquismo, e porque o corpo organismo foi colonizado pela medicina. Com isso, o sujeito foi repartido entre os saberes e as especialidades clínicas, refletindo no empobrecimento de seu processo de subjetivação, bem como, da própria psicanálise (BIRMAN, 2014). Dentro do próprio campo discursivo da psicanálise, existem movimentos contrários e conflituosos quanto aos seus princípios e proposições. A tentativa de solução, de tamponamento de sua condição é inerente ao humano, sempre buscando alternativas para encontrar tranquilidade, equilíbrio, solução e respostas claras, e disso, nem mesmo os próprios psicanalistas escapam.

Se o organismo é de ordem biológica, o corpo é de ordem sexual e pulsional, remetendo à ideia de carne, ligada a uma longa tradição mítica e religiosa como tratamos acima. Nos tempos atuais, o que a tradição científica buscou fazer foi colonizar a carne com pressupostos objetivantes, mas não foi capaz de alcançar seu intento. O corpo se constitui quando rompe com a natureza, abrindo-se diante e sobre o Outro, portanto, aqui se concebe a existência de um corpo-sujeito (BIRMAN, 2014). Outra questão que se observa é a desculturalização do sujeito que não se importa mais com sua história pregressa, detendo-se nos interesses atuais, nas concepções mágicas de atingir uma posição de destaque e valor aos olhos do universo capitalista, em que o sujeito possuidor de maior número de bens é o mais valorizado e respeitado.

Freud conferiu à pulsão uma conceituação que tangencia o psíquico e o somático. “Todo esse remanejamento conceitual é fundamental para que se possa conceber a ideia de um corpo tecido na encruzilhada dos destinos pulsionais, constituído pelo campo das pulsões, manifestado pelas excitações pulsionais” (BIRMAN, 2014, p. 65). O movimento natural da pulsão é de condução da descarga. A alteração desse movimento só é possível com a intervenção do Outro em seu movimento originário, nomeando a pulsão e lhe oferecendo um campo de objetividade, e assim, provocando um circuito entre organismo e experiência de satisfação. É esse movimento inicial que dará condições ao sujeito de a ela retornar, de lhe conferir uma marca originária, um traço no corpo e no psiquismo. Por ser a pulsão uma força constante, a repetição desse processo, produz traços superpostos (BIRMAN, 2014). Para a psicanálise, corpo e psiquismo se confluem, não ficam

compartimentados em campos de pesquisa isolados, mas um provoca efeitos no outro pelo efeito do movimento pulsional.

O psicanalista se posiciona de duas maneiras: sustentando sua prática e fazendo dela seu meio de reflexão. Na sociedade contemporânea atual, em que ocorre o apagamento do sujeito que se coloca como objeto do Outro, o sujeito objetualizado só tem valor se tiver uma “etiqueta”, tal qual os objetos de consumo. É o excesso amplamente ofertado que torna o homem contemporâneo, presa da ordem capitalista, que faz sua máquina funcionar no sentido apenas de produzir mais e mais demandas de consumo. O que está em questão, portanto, é o reconhecimento da necessidade de limitar o gozo, para que assim possa ser bem gozado. No limite disso, há o excesso, e, com ele, o fracasso, ou ainda, o mais-de-gozar.

Oliveira (2008) destaca que Lacan, refletindo sobre o conceito de mais-valia proposto por Marx, descreve um campo enquanto estrutura, por se tratar do mercado e do modo como nele se situa o trabalho, mercadoria como qualquer outra, que é mercantilizada, negociada. Com essa descoberta, as concepções de trabalho e mercado se modificam completamente, com a instauração de um sistema econômico e com a força de trabalho tomada como mercadoria, sendo esse um marco da história, e do qual surge o discurso capitalista. A esse respeito diz Lacan (2008, p.17):

Assim como o trabalho não era novo na produção da mercadoria, a renúncia ao gozo também não é nova. Desde o começo é ela que constitui o senhor, o qual faz dela o princípio de seu poder. O que há de novo é existir um discurso que articula essa renúncia, e que faz evidenciar-se nela a função do mais-de-gozar. É essa a essência do discurso capitalista.

Lacan aponta que no campo do **Gozo** existe: um Outro sem barra (A) e um Sujeito sem barra (S), gozo esse inerente aos seres inseridos na linguagem, que aparece na tentativa de se atingir um ponto de suficiência, de basta, porém, ao invés disso aparece uma falha, um “rasgo”. Na **Angústia**, existe o *objeto* causa de desejo (a) e o Sujeito barrado (\$), que se relaciona a um sinal de perigo ligado ao caráter de cessão do momento constitutivo do *objeto a*, em que o sujeito indaga que objeto é para o Outro. E, no **Desejo**, temos o sujeito barrado (\$) com o vazio de aporte, sujeito esse que nunca será capaz de apreender seu fugidio desejo que o coloca em movimento. Evitando a angústia, o sujeito envereda para o mais-de-gozar,

colocando-se como objeto, ou ainda, colocando seu trabalho apenas como valor-de-troca e o que não é pago, retorna como sintoma.

Lacan se refere ao *discurso capitalista*, como uma transformação do discurso do mestre, resultante de seu contato com as ciências que se designa como uma escrita de fórmulas matemáticas e, de modo prático, como objetos técnicos que se inventam a partir delas, as quais batiza de *latusas* em seu Seminário *O avesso da Psicanálise* (LACAN, 1992).

Se Marx, desenvolvendo o conceito de mais-valia como um trabalho em que existe uma perda não paga para o trabalhador, o mais-de-gozar também tem uma perda de valor, e por isso mesmo, um ato não realizado. É com essa perda do sujeito/trabalhador, que a empresa capitalista se mantém, e expõe por essa posição, seu empenho em criar demandas de consumo e produção para garantia do funcionamento dessa máquina. O discurso capitalista, ou discurso do mestre moderno, em sua lógica discursiva mercadológica, com um fluxo de capital em alta potência, produtora desse mais-de-gozar, é impositivo e silencioso. Para Braunstein (2010, p. 55-56), se o discurso capitalista substituiu o discurso do mestre,

Lacan deixou indicada a resposta que estamos desenvolvendo: o saber que antes pertencia ao escravo (S2); esse 'saber fazer' e esse saber inconsciente que este manifestava quando o mestre lhe fazia as perguntas que permitiam revelá-lo, esse saber está agora incorporado no objeto.

O efeito dessa incorporação é a indiscriminação entre sujeito e objeto, e com isso a servidão ao capitalismo, pois abre mão de seu próprio saber.

Agamben (2013) menciona um evento ocorrido em 15 de agosto de 1971, quando o governo norte-americano de Richard Nixon derrubou a conversibilidade do dólar em ouro. Com isso, o dinheiro passa a ter um valor auto-referencial, o que impossibilita o deslocamento para outro lugar, tendo "um crédito que se funda em si mesmo e que não corresponde senão a si mesmo", assim como as produções de infindáveis S1's, no que diz respeito à cadeia significativa, assunto que retomaremos mais adiante.

Observamos a incompatibilidade entre o que demanda a ordem capitalista, e o que se refere à prática política e à política da psicanálise, com sujeitos que se apropriam e produzem seus discursos, com a marca de singularidade que lhe é própria. Esta diferenciação entre a psicanálise e as outras ciências e a tentativa de

deixar a psicanálise à margem denuncia e esclarece o desinteresse dos sujeitos detentores de poderes, em garantir os direitos e legitimidade da teoria e técnica psicanalítica, em nosso caso, no que se refere ao trabalho com sujeitos autistas.

Foi nossa intenção até aqui, apresentar as questões referentes ao campo discursivo sobre o autismo, com destaque ao discurso científico, tanto na leitura que a psiquiatria faz deste saber, como da psicanálise, apresentando deste modo, as questões conflituosas que nos propusemos a refletir sobre a posição do sujeito na contemporaneidade diante de uma realidade na qual o discurso capitalista se impõe aos demais, utilizando de outros discursos, para nós, o discurso da ciência que, em alguns aspectos, representa o discurso capitalista. Também nos utilizamos de questões filosóficas para pensar o homem na realidade contemporânea.

Prosseguiremos, no capítulo seguinte, abrindo para a discussão do sujeito da linguagem, recorrendo agora, à teoria linguística saussuriana e à psicanalítica, especialmente representada pelas contribuições de Sigmund Freud e Jacques Lacan, sempre articulando tais contribuições às construções teóricas do autismo e os modos de circulação de saber sobre ele.

3. LINGUAGEM E DISCURSO: REFLEXÕES SOBRE SUJEITO E AUTISMO



Hospital Psiquiátrico de Barbacena.

Disponível em: <http://estranhofenomenos.blogspot.com.br/2013/12/o-manicomio-de-barbacena.html>

*“Nana nana.
Se acaso disserem
Que não tens juízo,
Não dês importância:
Sorri o teu sorriso.*

*Nana nana.
Nana, dorme o adulto
E a criança dorme”.*

Elizabeth Bishop

Pretendemos agora tratar das mudanças no campo das ciências, especialmente no que se refere ao sujeito do discurso e à questão do autismo neste contexto.

O conceito de sujeito será ainda referido ao sujeito do inconsciente, imerso no universo de linguagem do qual participa e por meio do qual garante sua posição de troca e interdependência com o Outro. No autismo, a relação com a linguagem se estabelece de forma peculiar, pois a castração que faz emergir o sujeito da linguagem, condição característica dos neuróticos, não opera nos autistas. Pensamos esses como uma estrutura psicótica, cuja característica diferencial é sua incessante tentativa de manter o outro distante de seu universo isolado. O autista fica cativo dos significantes e à margem do universo discursivo em muitos dos casos. Os quadros de autismo são muito variados, mas a característica fundamental do sujeito autista é a de recusa maciça e que se diferencia de qualquer outro quadro. Entendemos que esta recusa é que provoca todo o movimento social, aqui proposto como acontecimento discursivo, pois desafia a ciência com suas enigmáticas e espectrais características, a buscar respostas para essa condição. Por este motivo, é importante apresentar a concepção de autismo para a teoria psicanalítica.

Os objetos que fazem borda com o corpo, como as roupas e sapatos, para os sujeitos autistas, esses envoltórios não os protegem apenas, mas fazem a função de pele. O autista se sente tão aterrorizado, que não é capaz de tomar a voz como borda do corpo. Falar, para ele, não é gozo intermediado pelo outro a quem se endereça essa experiência. Para ele, é mutilação (LAURENT, 2014) uma vez que não passou pelo processo de erogeneização dos objetos parciais, boca, olho, ânus e genitais, pela experiência de cuidado e higiene nele empreendida na tenra idade. Sem cavar um vazio que relativiza, o autista não cria um espaço entre eu e outro, as experiências com o corpo não são simbolizadas, com isso, são vividas em sua forma bruta e avassaladora. O autista faz um movimento de se manter alheio ao universo da linguagem, outro aspecto que é característico deste quadro e que tanto desafia a ciência, pois pretende-se, pela via do resultado eficiente, encontrar maneiras de (re)posicionar esse sujeito alienado ao outro e do outro paradoxalmente, pois ele evita massivamente o contato já que essa experiência é avassaladora para estes sujeitos.

Como poderíamos tomar a linguagem nesse universo simbólico? É o que pretendemos discutir abaixo, percorrendo, para isso, os campos da filosofia, da linguística e da psicanálise.

3.1. O PODER DA LINGUAGEM

Agamben (2011) toma a linguagem como sacramento do qual faz parte o juramento em que está em jogo não uma garantia de promessa nem uma afirmação, mas o pertencimento a uma memória arcaica, sobre a qual ele garante a própria consistência da linguagem humana, e ainda, a natureza dos homens como seres falantes. O que o juramento devia impedir era uma fraqueza referente à própria linguagem, com a possibilidade de palavras se remeterem às coisas e aos homens se reconhecerem como seres falantes (AGAMBEN, 2011). Recusar o pertencimento no universo da linguagem seria como negar-se a participar da natureza do homem, mais uma questão que talvez esclareça a mobilização que causam os casos de autismo, pois as regras e normas sociais pouco interessam para os autistas em sua condição fundamental, mas possível de ser alterada. Além disso, para o sujeito autista, este processo de simbolização entre palavras e coisas não opera adequadamente, pois não existe um espaço entre uma e outra, tendo assim uma experiência de realidade de concretude.

O que se pode retomar de mais antigo sobre o juramento na tradição latina é que se trata de “um ato verbal destinado a garantir a verdade de uma promessa ou de uma asserção, que apresenta as mesmas características mostradas mais tarde pelas fontes e que precisamos definir como mais ou menos religioso ou jurídico” (AGAMBEN, 2011, p. 26). O juramento está bem no limiar entre estes dois campos o religioso e o jurídico e implica no comprometimento do sujeito com as pessoas que com ele compartilham esse juramento, mantendo uma relação de respeito e poder simultaneamente.

O juramento é resultante da relação entre três elementos: uma afirmação, a invocação dos deuses como testemunhas e uma maldição dirigida para o perjúrio. Trata-se de um ato verbal, prova de um testemunho que poderá se concretizar ou não (AGAMBEN, 2011, p. 40). Junto da maldição, o juramento equivale a um “sacramento de poder”, portanto, qualquer afirmativa que precise de reconhecimento

de seu meio, tem o poder de um juramento, tal qual os manuais classificatórios de doenças mentais, ou os documentos regularizadores de atenção e cuidado do sujeito autista.

O ato da palavra implica na exposição tanto da verdade quanto da mentira, tanto do bem-dizer, quanto do mal-dizer, e todo juramento é proferido sobre o nome de Deus, uma vez que:

“O juramento é a experiência de linguagem que trata toda língua como um nome próprio. A pura existência do nome, não é nem o resultado de uma constatação, nem uma dedução lógica, mas algo que não pode ser significado, apenas jurado” (AGAMBEN, 2011, p. 63-64).

A palavra é um meio de poder que compõe todo o universo discursivo e que se caracteriza por uma parte que se mantém obscura, por se caracterizar por determinações impossíveis de se esclarecer ou justificar. Algo de impositivo compõe este universo, como as regras gramaticais, a composição material das palavras, ou seja, implica num posicionamento ativo do sujeito.

O que destacamos é o fato de que a oposição entre fé e razão, muito discutida na cultura moderna, corresponde a duas características fundantes do *logos*: a busca pela verdade, de onde derivam o direito e a religião positiva; e a asserção, de onde derivam a lógica e a ciência. Vemos, portanto, a origem inerente ao homem da política e da referência a Deus, representante da lei de garantia da vida, lei de civilidade.

Antes mesmo de ser o sacramento do poder, o juramento é consagração do ser vivo à palavra, por intermédio da palavra. Ele pode servir como sacramento do poder, na medida em que é, antes de mais nada, o *sacramento da linguagem* (AGAMBEN, 2011, p. 77).

Compondo a lei de garantia da vida, a linguagem é recusada pelo autista, pois o coloca numa condição de vulnerabilidade e risco, em virtude da noção de perigo e de regras, em muitos casos, não opera. O que existe de sagrado e de lei de ordem na linguagem, manca no autista, pois ele recusa o pertencimento.

A linguagem concebida como um sacramento apresenta marcas de disputas de poderes entre o bem e o mal, entre o certo e o errado, entre o céu e o inferno. Este é o pano de fundo de toda a discussão proposta sobre a construção da clínica

e das ciências para chegarmos ao autismo, quadro característico da modernidade. É na linguagem que a natureza do homem entra em jogo. *O homem é o ser vivo cuja língua está em questão a sua vida*. Toda a história retomada do louco, do anormal, nos dá prova disso (AGAMBEN, 2011), e de como o sujeito anormal, a exceção à regra do que se concebe como homem da razão, torna-se objeto de rechaço e cuidado, tornando além de tudo, esta questão polêmica por seu aspecto antagônico inerente.

Muitos conceitos da psicanálise são retirados do campo da linguagem, cujo domínio chega a uma função de aparelho, miragem da consciência, um pedaço do corpo ou de sua própria imagem, um fenômeno social ou uma metamorfose dos próprios símbolos dos quais são produzidos significantes para que o sujeito do inconsciente possa se expressar (LACAN, 2003a). Este complexo percurso é necessário para o advento da linguagem no sujeito suposto. E é este percurso que não ocorre com todos esses movimentos necessários nos casos de autismo. Mas lembremos que, para a psicanálise, o sujeito é lógico e não cronológico, e que outras novas operações são possíveis em qualquer momento da vida do sujeito, considerando-se certamente, os efeitos que lhe causam marcas, ou seja, mudanças, avanços e conquistas podem operar em qualquer momento da vida do sujeito autista, assim como, de qualquer outro sujeito. Os melhores prognósticos são em casos que o atendimento se inicia precocemente, pois a relação com o outro da linguagem e com a própria linguagem exerce interferências que afetam profundamente o sujeito e sua relação com o mundo.

A língua impõe que o sujeito tome uma posição diante dela, define o valor dos atos de uma criança, e, por consequência, sua posição no meio em que vive. É esta constelação que estabelecerá as condições para a articulação da criança ao discurso e à sua entrada na linguagem (JERUSALINSKY, 2004). Deste confronto, ninguém escapa sem consequências. Para o autista, por exemplo, é necessário um movimento constante de manutenção do outro distante dele.

Se a linguística tem se ocupado em reconhecer o lugar do sujeito na linguagem, a psicanálise faz o movimento de incorporar a linguística ao campo do sujeito. Por se tratar de movimentos em direções opostas, abre-se aí um campo pelo qual foi possível avançar, pois ocorre do lado da linguística uma redefinição de objeto, bem como uma melhor precisão na compreensão da estrutura do sujeito. E do lado da psicanálise, a reflexão sobre o sujeito advindo do universo da linguagem.

Dois grandes avanços científicos em torno da linguagem são indicados por Jerusalinsky (2008): no campo da linguística a palavra deixa de ser a unidade de referência nas pesquisas; em seu lugar, estuda-se a lógica de produção das significações e, por esse motivo, aparecem novos objetos de estudo. O segundo avanço, este no campo da psicanálise, refere-se à ampliação da escuta do sujeito, que cada vez mais se distancia da ideia de se tratar de uma arte intuitivo-emocional, adquirindo em seu lugar, uma capacidade de precisão no ato da interpretação. Num trabalho de atualização dos trabalhos de Freud, Lacan se utiliza das construções empreendidas pela linguística contemporânea, tornando assim, a prática clínica um rigoroso campo de pesquisa, ampliando, com isso, a reflexão sobre as relações do sujeito com a linguagem.

Nas pesquisas sobre o autismo, o foco de interesse é investigar as transformações da linguagem: de que modo ela vai sendo apropriada, e como se dá a transformação de uma criança em sujeito (JERUSALINSKY, 2008). São esses dois campos, da linguística e da psicanálise que se destacam nestes questionamentos. Além disso, abrem caminho para a ampliação teórica de outras disciplinas, como a psicologia, a neurologia, a biologia, entre outras. É nesses dois campos, que se investiga as relações entre o sujeito e a linguagem.

Ao estabelecer uma clara distinção entre significante e significado, Saussure promove uma mudança radical sobre qualquer consideração possível quanto ao signo linguístico. Essa mudança abalou tanto a pesquisa estrutural das transformações ocorridas na linguagem, como as que permitem que o homem dela se utilize (JERUSALINSKY, 2008). Saussure apontou que o signo linguístico não é capaz de unir uma coisa a uma palavra, mas um conceito a uma imagem acústica. A diferença dessa mudança de concepção é que entra em jogo a impressão psíquica da imagem acústica: “tal imagem é sensorial e, se chegamos a chamá-la “material”, é somente neste sentido, e por oposição ao outro termo da associação, o conceito, geralmente mais abstrato” (SAUSSURE, 1995, p. 80). A intencionalidade descritiva objetivante do signo linguístico é afetada segundo a concepção de que:

Os supostos racional-positivistas que comandavam os estudos sobre a linguagem ficam acuados diante de uma dialética complexa onde nem a natureza nem a mera experiência externa bastam para explicar as vicissitudes da linguagem (...). A teoria saussuriana da linguagem muda por completo a epistemologia do signo linguístico e

do estatuto da palavra. O reconhecimento das ordens diacrônica e sincrônica da linguagem questiona radicalmente qualquer posição anterior apoiada numa suposta fixidez da relação do significante e seu sentido, e ao mesmo tempo abre um vasto campo para os estudos lógicos das relações entre a linguagem, a língua e a fala (JERUSALINSKY, 2008, p. 25).

A consequência dessa mudança é que, a partir daí, a questão do sujeito passa a surgir cada vez mais nas proposições das teorias linguísticas. Esclarecemos que para Saussure (1995) sincrônico se refere ao caráter estático da ciência, e diacrônico, ao que evolui, sendo a sincronia o estado da língua e a diacronia, seu processo evolutivo, tomado sob duas perspectivas: prospectiva que acompanha o curso do tempo e retrospectiva que faz esse movimento em sentido contrário, retomando o curso da história.

Por sua vez, Lacan (2002) afirma que é num conjunto diacrônico composto por várias linhas, que o discurso se inicia. O movimento sincrônico do significante caracteriza a fala delirante por carregar o peso de ganhar um valor elevado, uma ausência de movimento, na qual a significação é apenas isso: significação.

Portanto, mesmo havendo infundáveis e incontornáveis diferenças entre cada um desses campos, linguística, psicanálise e filosofia, seu objeto de estudo continua sendo o mesmo, o sujeito e o uso que faz da linguagem. Seguiremos adiante nesta discussão, tomando o viés dessa perspectiva que vimos apresentando.

3.2. O SUJEITO DESCENTRADO EM SAUSSURE E FREUD

Em cada momento ou período da história em que vivemos, realizamos sempre um olhar para o passado, acreditando numa continuidade dos acontecimentos e dos fatos, pois esta crença é a função que funda o sujeito. Esse sujeito precisa da ilusão de que sempre poderá recuperar seu passado e restaurar os domínios sobre todas as coisas (FOUCAULT, 2008). Mera ilusão, pois o conceito de signo para a semiologia moderna se baseia em uma redução metafísica do significar (AGAMBEN, 2007), sendo impossível resgatar todo o passado vivido, sem um efeito de modificação, de transformação, de forças que se opõem.

A linguagem é um caso particular de teoria dos signos, em que nunca há nada que se encerre num só termo, pois os símbolos linguísticos não possuem relação fixa, estanque, com o que devem designar. No algoritmo semiótico, S/s a

barreira que separa o significante do significado aponta para a impossibilidade do signo, concebido como unidade positiva entre significante e significado (AGAMBEN, 2007), uma resultante da operação entre um e outro. A barra não permite uma transposição exata entre representação acústica e representação sonora, entre o que se emite e o que se escuta. A concepção positivista não se articula às principais formulações de Saussure quanto à objetividade da língua.

Quando as pesquisas apontaram o descentramento do sujeito, na condução de seu desejo, de suas palavras, de seus atos, enfim, quando o homem se viu incapaz de esclarecer, para si, as questões referentes à sua sexualidade e seu inconsciente, a regularidade da língua, a firmeza de seu ato, a visão de uma história contínua se modificou. Isso se deu destituindo a crença na continuidade da história, com as pesquisas da psicanálise, da linguística e da etnologia (FOUCAULT, 2008). Sob esse aspecto, Linguística e Psicanálise também se esbarram em suas investigações. Ambas se dedicam a pesquisar o funcionamento da língua em sua produção material, em seu uso e seus efeitos.

Com esta mudança, houve o incômodo reconhecimento de que a consciência não mais está em um lugar preciso e seguro, a clareza de sentidos totalizantes já não convence, outra consequência da descoberta da relação entre significante e significado estabelecida por Saussure. Este princípio da não existência de uma consciência clara e segura, marcante nas contribuições de Ferdinand de Saussure e Sigmund Freud às Ciências Humanas, tem seu reconhecimento mesmo entre seus opositores. Cada um deles, em seu campo de conhecimento, refletia questões que os inquietavam, e muitas vezes, mais obscureciam do que esclareciam suas indagações, especialmente para Saussure, que não dispunha de recursos práticos que o auxiliavam em suas elaborações, já que Freud construiu sua teoria do inconsciente apoiado na prática clínica que se iniciou com o atendimento de mulheres histéricas. Tais mulheres histéricas foram deixadas de lado pela medicina, pois os tratamentos convencionais não solucionavam seus sintomas. O que Freud se propôs foi escutar o discurso dessas mulheres, o modo que significavam e representavam seus sintomas.

Saussure, considerado o Pai da Linguística Moderna, enquanto a formalizava como uma ciência, em suas aulas proferidas na Universidade de Genebra, que resultaram na edição do *Curso de Linguística Geral - CLG*, empenhava-se, entre outras investigações, nas pesquisas sobre os anagramas, com

os quais podemos ter contato pela obra de Starobinski (1975), *As palavras sob as palavras* em que são apresentados ao leitor grandes recortes dos trabalhos inéditos de Saussure sobre os anagramas que pesquisou obstinadamente. Nessa obra, conhecemos um Saussure que reconhece a complexidade de seu campo de pesquisa sobre a Linguística e acredita que, nesta ciência, não haja sequer um termo fundado sobre uma ideia clara, o que nos leva a retomar várias vezes uma fala para melhor dizê-la (SAUSSURE apud STAROBINSKI, 1975). A imprecisão da linguagem é investigada sob outra ótica nessas pesquisas.

É clara, portanto, a inquietação de Saussure quanto à formalização da Linguística como uma teoria que, ao criticar a forma como ela vinha sendo construída, seguindo um modelo historicista de ciência, reconhece a amplitude e a obscuridade desse campo, pois não podemos nos apoiar em evidências, e a formulação de uma lei é imprescindível (STAROBINSKI, 1975, p. 9). As indagações de Saussure nos são assim apresentadas:

A língua só é criada com vistas ao discurso, mas o que separará o discurso da língua ou o que, num dado momento, permitirá dizer que *a língua entra em ação como discurso?*

Em que momento, ou em virtude de qual operação, de qual jogo que se estabelece entre elas, de quais condições formarão estes conceitos o *discurso?*

A sequência destas palavras, por mais rica que seja pelas ideias que evoca, não indicará jamais a um ser humano que outro indivíduo ao pronunciá-las, queira *significar-lhe* alguma coisa (STAROBINSKI, 1975, p. 9).

Entendemos que o autor questiona aqui os movimentos que permitem instaurar um simples ato de fala num discurso como o discurso político, o discurso médico, o discurso, enfim, reconhecido em termos discursivos, como uma determinada formação discursiva. Nela, os sentidos das palavras podem variar de acordo com a posição dos sujeitos de determinada formação discursiva, como também de acordo com as formações discursivas em jogo no campo discursivo. Para um psicólogo cognitivo-comportamental, o sentido de autismo, e suas definições não se alinham com o discurso psicanalítico, mas com o discurso médico.

Para Saussure, a *langue* é uma parte da linguagem, o resultado social de sua transmissão, organizado por um conjunto de convenções adotadas de um princípio de classificação. A linguagem não é classificável, pois sua unidade não é passível

de cálculo, determinação ou definição. A *parole* é concebida como particular a cada indivíduo, e ainda:

A língua (...) é o produto que o indivíduo registra passivamente; não supõe jamais premeditação, e a reflexão nela intervém somente para a atividade de classificação. A fala é, ao contrário, um ato individual de vontade e inteligência, no qual convém distinguir: 1) as combinações pelas quais o falante realiza o código da língua, no propósito de exprimir seu pensamento pessoal; 2) o mecanismo psico-físico que lhe permite exteriorizar essas combinações (SAUSSURE, 1995, p. 22).

Concebida por seu caráter particular, a fala não tende à generalização, ou seja, cada um, em seu ato de fala, traz os traços individuais da apropriação de tal ato.

Consideramos, pois, que o discurso não se produz em uma “superfície de confronto entre a realidade e a língua. (...). Analisando os próprios discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente fortes entre as palavras e as coisas” (FOUCAULT, 2008, p. 54), e surgem conjuntos de regras que se encaixam com determinada prática discursiva. Agamben, retomando Saussure (apud AGAMBEN, 2007, p.248):

O núcleo originário do significar não reside nem no significante e nem no significado, nem na escrita e nem na voz, mas na dobra da presença sobre a qual eles se fundam: o *logos*, que caracteriza o homem (...) é esta dobra que recolhe e divide cada coisa na conjunção da presença, que abre um mundo e sobre o qual se sustenta a linguagem.

Observamos o que há de impreciso e indefinível sobre o significado exato dos conceitos e palavras, como também, um movimento de tentativa de silenciamento, de tamponamento dessa condição, na busca por definições claras, sem ambiguidade. Mas, segundo Agamben (2007), existe uma dobra que não se faz presente nem na escrita e nem na voz, portanto, um ponto de imprecisão neste campo.

Saussure se debruça numa pesquisa junto a versos e poemas gregos e latinos, constatando a estrutura anagramática desses versos, que resultaram em 99 cadernos de manuscritos. Seu processo de investigação dos anagramas apontava que o poeta, na construção de seus versos, seguia os seguintes passos:

primeiramente destaca-se o Tema, composto de algumas poucas palavras-tema. Depois disso, observa-se o maior número de *fragmentos fônicos*, que o poeta utiliza com o maior número possível de combinações para compor o verso. E ainda, a sequência vocálica sempre deverá ser respeitada. Este é apenas o início que deverá seguir uma série de regras para compor. Portanto, Saussure investiga uma linha estrutural do discurso, em que o verso segue um percurso de portar um subconjunto de fonemas e a direção para um novo sentido, sendo este processo regulado pela reprodução da palavra-tema (STAROBINSKI, 1975). A ousadia das pesquisas de Saussure se refere ao fato de que a forma de pensar a língua e seu funcionamento, é completamente inovadora nos estudos linguísticos.

A similitude, o eco possível de se capturar, de forma sistemática e semelhante, as linhas de um primeiro corpo são observadas nesta investigação. “Em cada exemplo, os fonemas da palavra-tema redobram-se, difracionam-se, de modo a constituir uma presença em dois níveis” (STAROBINSKI, 1975, p. 30). A divisão entre palavra e som, e seu efeito no sentido destas palavras é uma questão que Saussure sempre levantou em suas pesquisas, quer na questão das palavras-tema, quer na relação entre significante e significado.

Enquanto Saussure se dedicava aos anagramas, na mesma época era publicado o segundo trabalho de Freud com maior número de publicações, *A Psicopatologia da Vida Cotidiana* (1996c), texto este dedicado ao público leigo, em que o autor germânico, nos apresenta um vasto exemplo de atos falhos. Especialmente em um dos textos que compõem esse trabalho denominado *O esquecimento de nomes próprios*, Freud segue sua investigação sobre as substituições que são feitas quando do esquecimento de um nome próprio com o qual se tem muita familiaridade. Este exemplo foi anteriormente apresentado em um trabalho chamado *O mecanismo psíquico do esquecimento*, o primeiro a tratar dos atos falhos, onde afirma que “a experiência ensinou-me a insistir que todo produto psíquico é elucidável e até mesmo sobredeterminado”. (FREUD, 1996c, p. 279).

Observamos também nas investigações de Saussure, a sobredeterminação da palavra-tema, e não nos é possível fazer maiores aproximações com as pesquisas de Freud pelo fato de cada um ter um objeto distinto de observação: enquanto Saussure se empenhava na investigação dos fonemas linguísticos, sendo seu objeto a língua, Freud seguia esse caminho para investigar o funcionamento

mental, e mais especificamente as formações do inconsciente. Saussure tomava o homem consciente como seu objeto, Freud, o inconsciente do homem.

O editor do trabalho de Freud, *A Psicopatologia da vida cotidiana* (1996c) destaca que “a especial simpatia com que Freud encarava os atos falhos se devia ao fato de eles serem, juntamente com os sonhos, o que lhe permitiu estender à vida psíquica normal, as descobertas que antes fizera em relação às neuroses” (FREUD, 1996a, p.17).

Freud justifica seu interesse pelo fenômeno do esquecimento temporário de nomes ao observar que o que ocorria com frequência é que, nos casos em que um nome é *esquecido*, ele é *erroneamente lembrado com nomes substitutos* mesmo que rapidamente reconhecidos como incorretos, e, por mais esforço que se faça, ele não é lembrado, sendo em lugar disso *deslocado*, para um substituto incorreto, e esse deslocamento segue uma linha determinada por uma lei. (FREUD, 1996b).

A intenção de compreensão da produção de sentidos de um discurso é semelhante em Freud e em Saussure, como podemos verificar quando Starobinski lembra que Saussure presume uma relação entre o acontecimento histórico (o tema-livre) e o texto poético desenvolvido. Nos dois casos, a pesquisa se orienta não para a imaginação, mas para um fato (verbal, histórico) antecedente.

A todo instante, por falta de memória dos precedentes ou por outra razão, o poeta que recolhe a lenda só guarda desta ou daquela cena os *acessórios* no sentido mais teatral do termo (SAUSSURE apud STAROBINSKI, 1977, p.12).

Nas pesquisas de Saussure, existe também um fio condutor, não arbitrário, mas sob o efeito de uma determinação. Freud, por sua vez, afirma ser um trabalho associativo sobre o esquecimento de Signorelli considerando que o mesmo necessita de algumas condições como: predisposição para esquecer o nome; supressão prévia do mesmo e possibilidade de realizar a associação entre o nome destacado, e o elemento suprimido anteriormente (FREUD, 1996b).

Talvez a grande diferença entre a investigação de cada um seja que Saussure, sobretudo, o dos Anagramas, se empenhava em decifrar a repetição dos fonemas da palavra-tema em ordem alterada, enquanto que Freud buscava entender o que levou ao esquecimento. Para Saussure, o interesse na questão do funcionamento mental se dava em função de querer saber se a construção

anagramática feita pelos autores dos versos que analisou era um gesto consciente e intencional.

Alguns aspectos não se aproximam tanto, mas no que tange à desmontagem de fonemas e de um processo de encadeamento discursivo, as articulações são nítidas. O processo de subdivisão e de reprodução dos anagramas e das palavras em cada um dos autores segue linhas diversas, mas os trabalhos de subdivisão e re-com-posição, se assemelham bastante. Em ambos, talvez o que mais chame a atenção é o interesse em buscar o fio do sentido de um processo de produção, ou impedimento de domínio de conceitos ou palavras de um discurso.

Castro (2009), investigando as contribuições da linguística para a psicanálise afirma que a psicanálise surgiu antes da linguística moderna, e adiantou algumas de suas descobertas: a inflexão lacaniana no seio do movimento psicanalítico se dá na onda do estruturalismo, quando os recursos da linguística passam a ser aplicados em diferentes áreas do conhecimento.

Observamos o quanto a psicanálise, desde Freud, envereda para a investigação de outros campos, como a mitologia, a filosofia, entre outras, para refletir a condição e o psiquismo do homem, fazendo parcerias com outros campos, para situar e conceber o sujeito em sua condição de sujeito histórico-social.

Em seu trabalho, *A instância da letra no inconsciente, ou a razão desde Freud* (1998d), Lacan apresenta as contribuições de Saussure à Psicanálise, no que se refere ao significante e ao significado que compõem um signo linguístico. Segundo Saussure todo significante pressupõe um significado. Para Lacan (1998e, p.501), com a dimensão do inconsciente, a verdade é que, sob um significante “nenhuma significação se sustenta a não ser pela remissão a outra significação”. O conceito de valor, em sua relação significante-significado, estabelece que a identidade de um signo é possível a partir das relações que esse signo estabelece com outros, em cada enunciado específico; resultando da relação significado/significante uma significação. A afirmação de Lacan parece não se distanciar da concepção saussuriana. De acordo com Saussure, o significado prevalece ao significante. Para Lacan a prioridade é dada ao significante, por permitir um caminho do inconsciente a ser seguido.

No retorno que propõe ao trabalho de Freud, e que marca sua contribuição na teoria psicanalítica, Lacan, em um de seus aforismos mais conhecidos, afirma que o inconsciente é estruturado como uma linguagem. Para esclarecer o leitor, no mesmo

trabalho acima referido, considera que “na *Ciência dos Sonhos*, trata-se apenas, em todas as páginas, daquilo a que chamamos a letra do discurso, em sua textura, seus empregos e sua imanência na matéria em causa. Pois esse texto abre com sua obra a via régia para o inconsciente” (LACAN, 1998e, p. 513). Na leitura que Lacan faz dessa obra, entende que Freud apresenta a precondição da função do sonho, e, se valendo das contribuições de Saussure, no seu *Curso de Linguística Geral - CLG*, na produção mental que resulta no discurso do sujeito, qualquer que seja ele, bem como no relato de um sonho, ocorre um deslizamento do significado sob o significante. Toda a formulação de Lacan se vale da existência do inconsciente para tratar dessa produção onírica, denominada por Freud, a via régia do inconsciente. (LACAN, 1998e). A incidência do significante sob o significado nos sonhos, também se verifica nos dois mecanismos utilizados na produção do sonho, segundo o próprio Freud, a condensação e o deslocamento, ao que Lacan, recorrendo à teoria linguística assim dá sua contribuição:

A *Verdichtung*, condensação, que realiza o trabalho de sobreposição dos significantes em que ganha campo a metáfora, e cujo nome, indica a conaturalidade desse mecanismo com a poesia, a ponto de envolver a função propriamente tradicional desta. A *Verschiebung* ou deslocamento é, mais próxima do termo alemão, o transporte da significação que a metonímia demonstra e que, desde seu aparecimento em Freud, é apresentado como o meio mais adequado do inconsciente para despistar a censura (LACAN, 1998e, p. 515).

Os conceitos de significante e significado amparam o trabalho do psicanalista, e o orientam no acompanhamento da sequência discursiva, suas metáforas e metonímias associadas aos significantes do sujeito que escuta. Acompanhar as manifestações do inconsciente nas vias pelas quais ele se apresenta indica-nos que a linguagem não é de domínio e controle do ser falante. Os conteúdos inconscientes se apresentam sob a forma de sonho, esquecimento, sintoma ou ato falho, e, a proposta é que sejam transformados em fala, pois a matéria prima do trabalho da psicanálise é a linguagem, o discurso. Os sonhos são produzidos sob o efeito do deslocamento e da condensação, mantendo sempre seu conteúdo semi-velado e distorcido, ou com algo de irreal. Esta é outra forma de observarmos a incompletude da linguagem, neste caso, pela impossibilidade de tornar claro e preciso o conteúdo

de um material produzido no inconsciente e captado pela consciência apenas sob estes efeitos.

Os anagramas de Saussure aqui concebidos sob o viés de um discurso que não é dominado pelo sujeito falante, e pela existência do inconsciente, concebem a linguagem e o discurso como um resultado de autonomia descentrada. Portanto, se Freud lança um golpe em nosso narcisismo ao formalizar o conceito de inconsciente, afirmando que o sujeito não é senhor em sua morada, Lacan se utilizando das contribuições de Saussure acrescenta que o sujeito não é ao menos senhor de seu próprio discurso.

Apresentar as construções do sujeito discursivo nos campos da psicanálise e da linguística, formaliza as construções de duas teorias, saussuriana e freudiana, e substancializa a reflexão sobre o sujeito do discurso, em nosso caso, o sujeito que estabelece uma relação diferente com o discurso, pois não se submete às suas regras. Por esse motivo, seguiremos no caminho do processo de causação do sujeito.

3.3. O SUJEITO DO INCONSCIENTE

O sujeito do inconsciente é o sujeito da psicanálise. A linguagem do inconsciente é ela em si, não o sentido de outro sentido, ou verdade de outra verdade. Com a verdade do sujeito existe apenas uma coisa a se fazer, que ela se produza em fala (LACAN, 1998h). Este é o princípio norteador da teoria e da técnica psicanalítica. A coerência e clareza do discurso não são consideradas relevantes na escuta do inconsciente. Por tudo isso, a psicanálise não trabalha em auxílio da tecnocracia, pois não é o sujeito consciente seu foco de investigação.

Uma característica marcante da modernidade é a construção de uma revolução idealizada que transformaria a condição do sujeito em sua coletividade. Com o fracasso das revoluções socialistas, especialmente na teoria de Marx, a atualidade pós-moderna viveu um período de silenciamento desse ideal, uma vez que utópico. E, “se o marxismo foi a representação teórica e política da potência desejante do sujeito coletivo na modernidade, a psicanálise foi a representante da mesma exigência no registro da individualidade” (BIRMAN, 2014, p. 90). A partir destas considerações, nossa proposta é pensar o autismo como o extremo dessa tendência individualista, uma recusa concreta de vivenciar o coletivo e o social.

Entretanto, se a cultura pós-moderna é marcada por uma tendência narcisista, na experiência do sujeito da psicanálise o trabalho segue outra direção, pois para que o desejo se faça valer no sujeito, será condição uma desconstrução do eu (BIRMAN, 2014). É nesse sentido que a psicanálise se distancia das teorias psicológicas, pois não se considera aqui o ser de consciência, mas o sujeito do inconsciente e das pulsões. Narcisismo e subjetividade seguem em campos opostos e inarticuláveis, pois é apenas pela via do desejo que o sujeito tem condições, ainda que restritas, de se reinventar no mundo.

No espaço em que trabalhava Freud, o que predominava eram os espaços fechados da psiquiatria e da neurologia, entretanto, sua proposta é inovadora. Ele não inicia suas pesquisas pela semiologia para estabelecer um diagnóstico. Em lugar disso, opta por investigar o campo mais frágil do sistema, ou seja, a terapêutica realizada pela escuta, essa é a essência de sua proposta (DUNKER, 2011). O fracasso de todas as outras terapêuticas no quadro de histeria levou Freud a construir um método e uma teoria, a partir de sua experiência, cujo tratamento era, por meio do discurso do sujeito, escutar as manifestações do inconsciente desse sujeito.

O material de trabalho desta nova proposta é a escuta aos detalhes, às incongruências, às repetições, aos desvios da fala, e não ao sentido literal do discurso. Essa escuta promove uma mudança do olhar médico, já que parte do paciente fica em segundo plano. “A psicanálise pode assim ser definida como método de escuta e intervenção sobre a fala, mas também como método de leitura da escrita que constitui a materialidade do inconsciente”. (DUNKER, 2011, p. 439). Ou seja, o inconsciente, que possui uma escrita, deve ser dito e escutado em fala, em discurso.

O modo de escutar este sujeito se dá com um propósito particular, a escuta do inconsciente. Outros aspectos que definem o inconsciente são: deslocamento, condensação, regressão, entre outros, tomando a forma de uma gramática discursiva, que se organiza na produção de uma trama amarrada por significantes que permitem a continuidade da produção dessa trama.

A partir da concepção lacaniana de sujeito, a ética, a estrutura social e simbólica do homem sofre uma redescrição dialética e linguística dos conceitos psicanalíticos. Em lugar de uma concepção mentalista e pouco rigorosa do inconsciente, efetua-se a releitura do sujeito tomado, a partir de então como

estruturado no campo da linguagem. Em lugar da tendência biológica e hereditária, tomam-se como conceitos fundamentais a pulsão e a sexualidade. Nessa nova leitura da psicanálise entram em jogo as dimensões simbólica, imaginária e real (DUNKER, 2006).

Os conceitos simbólico, imaginário e real acompanham toda a produção teórica de Lacan, compondo o que se costuma dizer sobre os três ensinamentos de Lacan. O primeiro foi pautado pelo conceito de imaginário, e deriva da teoria do estágio do espelho em que a relação com o outro é dual, ou seja, referida à imagem do semelhante (LACAN, 1998a) e foi denominado primeiramente SIR (Simbólico, Imaginário e Real), supondo-se a primazia do simbólico sobre os outros dois registros (LACAN, 2005a). A partir de 1953, este conceito é referido como uma tópica, a tópica do nó borromeano, em que três elos se constituem e se sustentam entre eles, formando o denominado RSI. O simbólico, referido ao segundo ensinamento de Lacan, designa a ordem, o sistema de representação ou função simbólica na qual o sujeito da linguagem se insere e ao qual está submetido. O conceito de significante pode ser considerado a essência da “letra” da função simbólica. O real, por sua vez, que no início do ensinamento de Lacan se aproximava do conceito de realidade, em seu terceiro ensinamento, é considerado aquele que nunca se inscrever, e, por isso, é acessível apenas pela via do simbólico, e, portanto, de certo modo, inacessível propriamente, ou ainda, um “resto” que não é possível transmitir, pois escapa a qualquer forma de tentativa de representação ou materialização de sentido.

Quando retoma o tema em seu vigésimo segundo seminário, neste momento de seu ensinamento, o enfoque de todo o funcionamento do nó borromeano é dado ao Real, como ausência de significado, e que não se sustenta pela ausência de significante. O nó de que trata Lacan é, para ele, o próprio Real, sendo, pois uma escritura capaz de abarcar esse Real inapreensível, estando o modelo desta escritura situado no Imaginário, pois este sempre supõe uma substância. Ao simbólico cabe a tarefa de ordenar e organizar tudo.



Observemos que na intersecção entre simbólico e imaginário, localiza-se o sentido, e no enlaçamento entre os três registros, o não-senso, o sem sentido, por abarcar uma parte do real. Nos quadros de psicose e autismo, esse enodamento não se efetiva, e a experiência do real não procede de forma que o imaginário e o simbólico organizam esta experiência como nos quadros neuróticos.

Conceitos não localizáveis, mas articuláveis e traçáveis, não apenas com a experiência clínica, mas também com o modo do homem existir e viver, um sujeito inserido num contexto histórico, social, político e cultural que interferem na construção de sua história. A psicanálise não fica alheia ao universo onde o sujeito está inserido. Toma como estudo os mitos, a filosofia, a lógica, a antropologia e muitas outras ciências que contribuem na construção de seu campo teórico.

A psicanálise não tem como concepção com relação ao autismo, tomar o sujeito em sua capacidade funcional, não se associando, portanto, a esse tipo de demanda do Estado em sua rede de apoio no atendimento de sujeitos autistas. É este conflito de posições, de formações discursivas, dentre outras que temos apontado, que pretende justificar considerarmos o autismo um acontecimento discursivo atual. Para os discursos da ciência e jurídico, um autista é interpretado segundo uma categoria nosográfica que o define e o encerra em sua condição de sujeito de direitos e cuidados, segundo as condições a ele atribuídas pelo discurso científico e garantido pelos dispositivos legais. Para a psicanálise existe um autista, escutado em sua singularidade, respeitado em sua posição frente ao outro, tomando isso como uma leitura e um trabalho de acesso a seu universo, e é com esse princípio que pretendemos seguir.

3.3.1. Sujeito cartesiano e sujeito lacanianiano

Na concepção racionalista cartesiana é apenas verdadeiro aquilo que é claro e distinto, sem qualquer possibilidade de dúvidas, para se reconhecer determinado método. Sobre tais princípios prioriza-se a mecanização da natureza com bases matemáticas. Descartes (apud CHAÚÍ, 1996) estabelece uma equivalência entre evidência e verdade, engrenadas num mecanismo sincrônico e constante. Segundo o autor, o espírito do homem é provido de três tipos de idéias. As *adventícias*, que se manifestam nas percepções, sensações e lembranças, frequentemente duvidosas ou falsas, por não corresponderem à realidade das coisas. O segundo tipo são as idéias *fictícias*, fantasiosas e imaginárias, compondo um mosaico de fragmentos de nossa memória, e que por isso, são sempre falsas. O terceiro tipo são as *inatas* – caracteristicamente racionais e com as quais nascemos. É delas que surgiu o cogito, como também a corrente dos inatistas, para os quais, razão e verdade compõem o espírito que determina o que é verdadeiro ou falso (CHAÚÍ, 1996).

O sujeito cartesiano é substancial, consciente e, portanto, centrado em seu próprio eu; o sujeito da psicanálise é efêmero, fugaz, descentrado, sem identidade. Sua verdade sempre será meio dita. O sujeito do discurso para a psicanálise é um efeito da castração, ele não se desenvolve, mas se constitui, a partir de operações, como proposto no estádio do espelho e no complexo de Édipo, em que as experiências com o outro o fazem se posicionar diante da ameaça de castração, ou seja, da ameaça de perda de algo valioso. No estádio do espelho, abrindo mão da relação binária, ou, nos termos de Lacan, da relação $a - a'$ que possibilita a experiência da castração, pois saindo dessa posição binária, o *infants* abre mão do amor exclusivo do Outro, enveredando assim para a via do desejo e da linguagem.

Descartes demonstra rejeição a todo saber anterior. A partir de Freud, teremos um sujeito do inconsciente que se manifesta antes de entrar na certeza. Para Lacan, apesar da diferença fundante entre uma concepção e outra, o campo freudiano só pode existir, algum tempo depois do sujeito cartesiano, isso porque, a ciência moderna só teve início depois de Descartes ter dado seu passo inaugural. Além disso, na psicanálise evoca-se um sujeito, que é de origem cartesiana. Este é o efeito de memória sobre tal conceito. É por esse fundamento que se utiliza a rememoração em análise, uma necessidade de estrutura do significante, das línguas faladas em balbúcio (LACAN, 2008). O sujeito cartesiano é o sujeito

concebido pela ciência e pelo jurídico, mais uma vez podemos observar a posição oposta entre estas duas correntes.

Para a psicanálise, em sua oposição à concepção cartesiana de sujeito, se estabelecem três diferenças fundamentais. A primeira opõe a universalidade à particularidade, a segunda, a negação à afirmação e a última, a existência se confrontando com a essência (a única aproximação possível, e ainda assim, seguindo rumos opostos é a relação com Deus/Outro, como condição da produção do saber). Estas três razões são decisivas para a teoria lacaniana do sujeito. Em Descartes, esses três temas se cruzam em uma rede de argumentos que retoma a célebre prova de que Deus é condição para a produção do saber.

Para a psicanálise, o cogito se mantém como um dizer sem necessidade de ser traduzido em dito. Ou seja, se o cogito, *penso, logo sou* é a primeira evidência que constitui o sujeito, a prova da existência de Deus, o sujeito surge a partir desse Outro.

Na subversão do sujeito, Lacan primeiramente propõe que a separação entre pensamento e existência nunca é preenchida pelo Outro. Dividido que é pela disparidade entre enunciado e enunciação, o pensar é subvertido em: *penso onde não sou, sou onde não penso*. Esta afirmação é amplamente fundamentada em seu ensino ao apresentar o estatuto do desejo em sua relação com a linguagem. A diferença entre prazer e desejo é que o primeiro funciona sob o princípio da homeostase. Já o desejo sempre encontra um limite, que o sustenta desta maneira, estabelecendo um ponto de basta em relação ao princípio do prazer. Ele só se sustenta num futuro curto e limitado por uma imagem do passado, caracterizado por Freud como *indestrutível*. Se é indestrutível, se escapa ao tempo, se distingue então a um outro tempo, o tempo lógico (constituído por três tempos: *instante de ver; tempo para compreender; momento de concluir*). De início, a bateria de significante, em que a função da repetição necessita do acaso e do arbitrário (LACAN, 2008).

No instante de ver há uma *exclusão lógica* que dá uma base ao movimento. Essa base pode ser entendida no campo da Linguística pelos termos *prótase* e *apódose* (LACAN, 1998b), combinados e dependentes na formulação de um enunciado: “Se desejas ser aprovado (prótase), então, estude bastante (apódose)”. O tempo de compreender é a junção entre o tempo de olhar necessário e sua objetivação. O tempo de concluir é o tempo necessário para a finalização da compreensão. Os autistas não passam por esses dois momentos, havendo um

eclipse ou junção destes processos, e uma distorção na questão do olhar, além de uma impossibilidade de objetivar e concluir algo. Preso a um traço de toda a experiência, tenta, a todo custo, se fixar a um detalhe que se destaca nesta tentativa de organização desse processo, mas a um traço tênue de memória fixa ao qual tenta se prender, como os rituais e as lalações aparentemente sem sentido. “*Passado o tempo para compreender o momento de concluir, é o momento de concluir o tempo para compreender.* Pois, de outro modo, esse tempo perderia seu sentido” (LACAN, 1998b, p. 206). A perda desse tempo reflete no modo do sujeito se colocar no mundo, afetando as questões primárias a que se vê confrontado o *infants*.

Abordando a negativa dos modos de inscrição do sujeito da linguagem, LACAN (1998a) reformula os conceitos de alienação e separação, entendidos como tempo de causação do sujeito, uma concepção de irracionalidade, ou do pensamento inconsciente. Queremos dizer com isso que não há pensamento no ser, mas que há pensamentos impensáveis para o *si mesmo (moi)*. O eu (*moi, si mesmo*) é o lugar com o qual o sujeito pensa e no qual ele deposita o pensado. O sujeito é uma posição que mantém relação negativa (*não penso, não sou*) em face de seus modos de objetificação (DUNKER, 2011).

De início, o sujeito está mais próximo à forma do outro, do que de si mesmo. Sua primeira síntese é alienada. O sujeito humano desejante se constitui contornando o outro, e este é seu primeiro acesso ao objeto, um objeto do desejo do outro, ainda (LACAN, 2002).

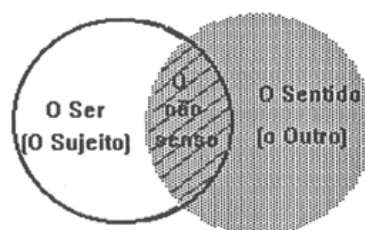
Este sujeito aqui concebido não tem a capacidade de reflexividade como em Descartes, pois existe um tipo de objeto não especular que não permite ao sujeito se apreender como *si mesmo*. Para Descartes, há uma conjunção entre sujeito e Outro, para a psicanálise de abordagem lacaniana ocorre o oposto, uma disjunção.

Na questão do sujeito com esse Outro, é neste que se situa a cadeia significante, que terá efeitos sobre o sujeito, por esta via, ocorre a mudança de vivo para sujeito, por meio de uma convocação subjetiva desse Outro, manifestada pela pulsão. Esta relação do ser com o Outro se opera com a dependência do sujeito ao significante que este Outro lhe confere, portanto, este significante pertencendo primeiramente ao campo do Outro, lhe é cedido, para assim surgir o sujeito da significação.

Neste processo de significação, a alienação é compreendida como o *vel* que exige uma escolha do sujeito que implica em que, por qualquer escolha que faça, algo precisa ser perdido, de algo se precisa abrir mão.

Escolhemos o ser, o sujeito desaparece, ele nos escapa, cai no não-senso – escolhemos o sentido, e o sentido só subsiste decepado dessa parte de não-senso que é o que constitui na realização do sujeito, o inconsciente (LACAN, 2008, p. 206).

É este *ou* alienante que comporta a linguagem.



(LACAN, 2008)

O processo de alienação condena o sujeito a uma referência primordial ao Outro, da qual nunca poderá se livrar, ou seja, a escolha pela vida, implica abrir mão da liberdade, pois o sujeito só se constitui a partir do Outro.



Figura 1

(LACAN, 2008)

A segunda operação põe um basta na circularidade da primeira operação, ocorrendo então, uma torção. No primeiro tempo, existe uma reunião subestrutural, no segundo se efetiva a interseção ou produto, ou seja, no processo de *separação*.

Separação, se-parar ou engendrar. A separação se efetiva quando o sujeito se depara com a falta no Outro, no que o Outro convoca o *infants* ao engendramento ao discurso, ao se indagar o que o Outro quer quando lhe diz algo.

Esta falta recobre a falta anterior, falta real referida ao vivo, ao que se perde desse vivo, que remete o sujeito e sua sexualidade resultando em morte particular. (LACAN, 2008). Esta morte também está relacionada à castração, que sempre força o sujeito, a fazer uma escolha, mesmo que a escolha seja uma não escolha, ou um recuo, nos casos exceção das psicoses, onde não operam estes momentos, presentes nos casos de neurose.

Vejamos então como o sujeito do significante é formulado nos campos da linguística e da psicanálise.

3.3.2. O sujeito do significante

Para a linguística, *o significante é definido por oposição a outros significantes*. De acordo com Saussure (1995), ele possui um caráter linear do significante de natureza auditiva, desenvolve-se e sofre os efeitos do tempo que o caracterizam, sendo, por essa característica, compreendido em seu aspecto linear.

Para a psicanálise, *o significante representa o sujeito para outro significante*. Em um primeiro nível, o sujeito se utiliza do significante para se representar pela palavra, em um segundo nível, o primeiro é suplantado, e já não é mais escutado, pois estamos numa relação em que o sujeito é tomado pelo discurso e não senhor desse discurso (NOMINÉ, 2013). Portanto, o aspecto linear caracterizado pelo significante na linguística, na psicanálise não existe, já que é concebido em dois níveis.

Tanto na concepção linguística, quanto na psicanalítica, verifica-se o efeito da relação do autista com a linguagem, uma vez que, um não enodamento na relação com o Outro provoca uma relação característica com a linguagem, bem como da relação entre significante e significado, por exemplo, na dificuldade de conceber a polissemia de muitas palavras, já que o deslocamento em cadeia não opera como na neurose.

De acordo com o que propõe Lacan, o sujeito determinado pela fala e pela linguagem, em seu início, começa no lugar do Outro, lá onde surge o primeiro

significante. A relação com o Outro é o que representa a relação do sujeito com aquilo que ele precisa deixar de lado para poder passar pelo ciclo sexual. O vaivém do movimento pulsional começa por essa relação com o Outro, pois para Freud, atividade e passividade, no nível da pulsão são empregados para darmos conta do movimento pulsional, da passagem pelos orifícios ligados à abertura e fechamento do inconsciente (LACAN, 1998d). É também com esse movimento pulsativo que funciona o inconsciente, um desvanecimento é-lhe inerente. Tudo o que surge pelo surgimento de uma fenda irá se fechar e desaparecer novamente (LACAN, 1998d). Tal questão se refere aos orifícios do organismo, como boca, olhos, ânus, genitais, constitutivamente e condicionalmente abertos, orifícios que demandam cuidado e são marcados por toda uma sorte de cuidados e experiências no início da vida, quando ainda não estão sob domínio do *infants*, mas de quem dele cuida. Para muitos autistas, tais orifícios não apresentam a funcionalidade dita normal, com manifestações de sialorréias, apetite e paladar indiscriminados, sendo marcante, portanto, alterações na zona erógena oral, mas não exclusivamente.

Estudando os sonhos, Freud entendeu que por esse caminho poderia ter confirmado o que experimentou em sua prática clínica com as histéricas: o que constitui o inconsciente é aquilo que é recusado pela consciência. Ele acreditava poder confirmar sua hipótese em uma cadeia enunciativa, pois, todo o discurso do sujeito fornece significantes e ele apenas pode ter essa confirmação, pela experiência. É nesse sentido, que para Lacan (1998d), esta certeza o aproxima do procedimento cartesiano. Entretanto, lembra que

Freud dirigiu-se ao sujeito para lhe dizer algo inédito: *Aqui, no campo do sonho, você está em casa.* Ou seja, o lugar completo onde sempre esteve a rede de significantes e, portanto, o sujeito, era desde sempre o sonho (LACAN, 1998d).

Na carta 52, endereçada a Fliess, Freud (1996a) inicia o desenvolvimento de um esquema que mais tarde, na *Interpretação dos Sonhos*, chamará esquema ótico, lugar em que entra em jogo a questão do sujeito do inconsciente. Um lugar não demarcado ou delimitado, mas fragmentado, espectro especial situado entre percepção e consciência. Na referida carta, ao tratar dos traços de percepção, Freud deduz de sua experiência a necessidade de separar definitivamente, percepção de consciência: para que algo passe para a memória, precisa ser eliminado da percepção e vice-versa. Ele nos designa um tempo em que os traços mnêmicos

devem se constituir simultaneamente, e afirma ainda que “este modelo representa um certo número de camadas permeáveis a algo análogo à luz, cuja refração mudaria de camada para camada. Aí está o lugar em que se joga a questão do sujeito do inconsciente” (LACAN, 2008, p. 51), do sujeito da cadeia de significantes. Lembra-nos Lacan que Freud, além de realizar a distinção entre percepção e consciência, afirma também que só é possível que um determinado conteúdo passe e se aloje à memória, se antes for apagado pela percepção. E ainda, designa outras camadas que produzirão novos traços por analogias.

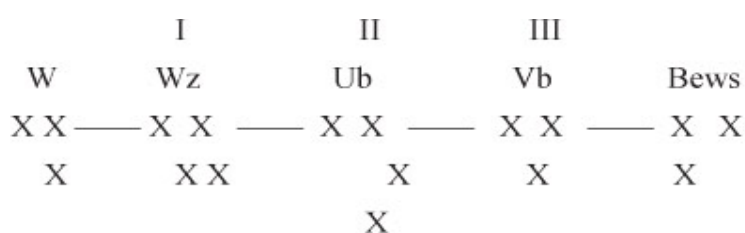


Figura 1

O modelo de aparelho psíquico da “Carta 52” (Freud, 1896/1995, p. 282)

Na referida carta, Freud lança a hipótese de nosso mecanismo psíquico se formar por um processo de estratificação em forma de traços de memória, sofrendo periodicamente *rearranjos* tendo como resultado uma *retranscrição*. “Assim, o que há de essencialmente novo a respeito de minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos; que ela é registrada em diferentes espécies de indicações” (FREUD, 1996a, p. 281).

Cada um desses traços corresponderia a:

W [*Warnehmungen* (percepções)]: neurônios onde surgem as percepções, que se ligam à consciência, sem, entretanto, deixar nenhum traço do ocorrido, uma vez que consciência e memória se excluem mutuamente. Memória e consciência, neste ponto, seriam os recursos possíveis para a recordação da experiência, que neste momento é impossível ocorrer.

Wz [*Warnehmunszeichen* (indicação da percepção)]: primeiro registro das percepções; praticamente incapaz de se tornar consciente, manifestando-se por associação e simultaneidade. Portanto, um material que se manifesta no consciente de forma indireta, como um efeito de experiência, e não como uma lembrança.

Ub [*Unbewusstsein* (inconsciência)]: segundo registro, disposto segundo outras relações (talvez casuais). Os traços *Ub* talvez correspondam a lembranças conceituais e são igualmente inacessíveis à consciência. Este estrato de memória poderia, de alguma forma, ficar à disposição da consciência, sem qualquer restrição, nos casos de autistas com memória prodigiosa, e lembrança do todo visualizado, lido, fotografado pela mente, e disponível na memória, como um arquivo de computador.

Vb [*Vorbewusstsein* (pré-consciência)] é a terceira transcrição, ligada às representações verbais e correspondendo à instância do ego (FREUD, 1996a).

A intenção de Freud nesta carta é tentar explicar os fenômenos da memória. Para ele a memória não segue como uma contínua reação à realidade concebida como fonte de excitação (LACAN, 2002). Para Freud, a memória não é simples, como demonstra na carta 52, mas é gravada de formas variadas, o que comporta a concepção de funcionamento da memória das estruturas mentais.

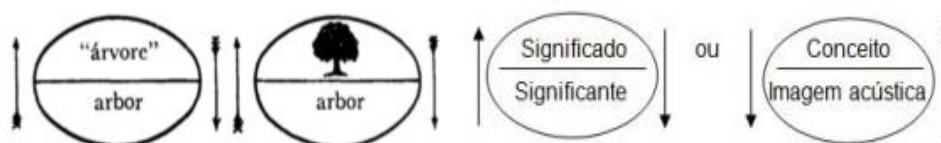
A partir dessa articulação, podemos observar as semelhanças e diferenças presentes no processo de metáfora, que se introduz pela diacronia orientada pela estrutura. Afirma Lacan:

Freud indica bem que, para nós, ao nível da última camada do inconsciente, lá onde funciona o diafragma, lá onde se estabelecem as pré-relações, não poderia haver milagre. Isso, diz ele, *tem que ter relações com a causalidade* (LACAN, 2008, p. 52).

De que causalidade se trata aqui? Dos tempos de causação do sujeito, em que ele é invocado a se posicionar diante da vida e do outro. Ele passará por estas experiências que terão este efeito de camadas propostos por Freud (1996a) que deixam suas marcas, a partir da experiência e de suas escolhas.

Que tipo de sujeito podemos conceber, ao se reconhecer nele, a estrutura da linguagem no inconsciente? “Podemos partir da definição estritamente linguística do [Eu] como significante: onde não é nada além de *shifter* ou indicativo que, no sujeito do enunciado, o designa enquanto fala naquele momento” (LACAN, 1998f, p. 814). Portanto, o significante designa o sujeito da enunciação, mas não pode significá-lo. Ou ainda, só é possível que um sujeito apareça, após a introdução primeira de um significante, também chamado de traço unário, anterior ao sujeito. *No princípio era o verbo*, quer dizer, *No princípio é o traço unário* (LACAN, 2005).

Saussure estabelece uma distinção sobre o *signo linguístico*, o qual se compõe em duas partes: o *significante*, imagem acústica de um conceito, e o *significado*, o conceito em si, em que há uma relação de valor entre significado e significante no interior do signo linguístico. Seu valor se estabelece pela negativa de todos os outros que não são empregados. A significação, nesses termos, implica o vínculo estabelecido entre significado e significante, sendo o *signo* a combinação entre imagem acústica e conceito (SAUSSURE, 1995).



Quando essa relação proposta por Saussure é retomada por Lacan, esse vínculo se rompe, há uma barra entre um e outro que impede a “significação”. E ainda, efetua uma inversão, colocando o significado abaixo do significante, dando a este uma função primordial, acrescentando ainda que, uma significação não é estática, mas desliza para outras significações. A partir desse ponto é que considera que o significante deva ser isolado do significado, tal qual uma letra ou uma *palavra-símbolo*, destituída de significação, mas determinante no destino inconsciente do sujeito, sujeito este dividido, desde Freud.

Assim é que, retomando nossa palavra *arbre*, não mais em seu isolamento nominal, mas no término de uma dessas pontuações, veremos que não é apenas pelo fato de a palavra *barre* ser seu anagrama que ela transpõe a barra do algoritmo saussuriano. É que, decomposta no duplo espectro de suas vogais e suas consoantes, ela evoca, juntamente com o carvalho e o pátano, as significações de que é carregada em nossa flora (LACAN, 1998e, p. 507).

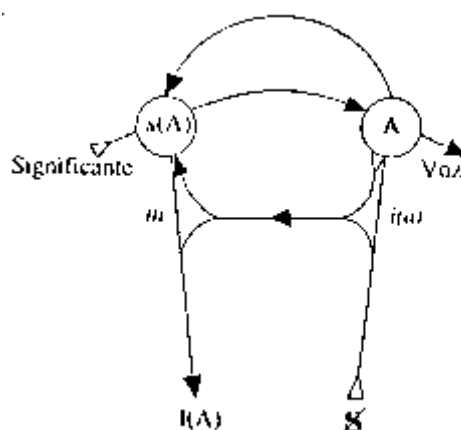
Vemos portanto, que o significante é, em sua estrutura, articulável, ou seja, cada unidade está suscetível a uma dupla condição: elementos diferenciais e leis de uma ordem fechada. Fechada por garantir um ordenamento, uma direção desconhecida e não controlada, mas que promove o movimento e a produção da cadeia. Este ordenamento se estabelece com elementos descobertos pela Linguística, pelos fonemas, pareamentos diferenciais do sistema sincrônico, que permitem a compreensão das palavras que compõem uma língua. Mas a produção

da cadeia, as significações que o sujeito produzirá a partir do significante árvore, por exemplo, dependerá de todos estes processos pelo qual passou e do qual resultou como sujeito.

Para abordar os conceitos de significante e significado, Lacan também se ocupou da concepção freudiana na construção do sonho. Caracterizando-se pela transposição entre conteúdo latente e conteúdo manifesto, podemos entendê-lo, segundo a concepção de Saussure, como o deslizamento do significado sob o sentido. Portanto, existem duas possibilidades de significação da incidência do significante sobre o significado: uma se define como uma condensação e remete a uma estrutura de *superposição* de significantes, e a outra, por sua vez, se refere a uma *virada* de significação (contiguidade ou parte pelo todo), designando um deslocamento.

Para Lacan, o conceito freudiano de condensação, está referido a uma operação metafórica, enquanto que o de deslocamento, a uma operação metonímica. O sintoma se relaciona à ordem da metáfora, já que aí, se manifesta a substituição de um significante primordial no lugar de outro significante recalcado. Na metonímia, o que ocorre é o enlaçamento do desejo inconsciente como *desejo do desejo* sempre insatisfeito.

A linguística deixa à disposição o significante, vendo nele o determinante do significado, e, pela análise, revela a verdade dessa relação. Para o significante se constituir é preciso uma reunião sincrônica e enumerável, em que apenas um se opõe aos demais, e se sustenta exatamente por essa oposição. Esta oposição se dá da seguinte maneira: existe primeiramente a submissão do sujeito a determinado significante, que se produz no circuito que vai de $s(A)$ a (A) e retorna de A para $s(A)$, formando, podemos dizer, um círculo, na medida em que a asserção que se instaura nesse movimento circular, e que não se fecha em nada, a não ser em sua própria antecipação que compõe o significante (LACAN, 1998e).



Se Saussure investiga no signo linguístico o efeito de significado de um determinado significante, denominado conteúdo significado, Lacan, em seu retorno a Freud, explora o efeito de sujeito, ou seja, o efeito de significado de um significante. Nesta operação, na passagem do significante para o significado, e pelo efeito de resistência da barra, o resultado é um efeito de sentido denominado sujeito, ou \$. Se o sujeito é um efeito de sentido do significante, é por esse motivo que ele é sem conteúdo.

É este o princípio da dúvida do sujeito, que Freud tanto investigou, especialmente no relato de um caso de neurose obsessiva conhecido por “O homem dos ratos”, mas intitulado “Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva” (1996d) em que ele levanta a primeira hipótese para responder a esta questão da dúvida, que seria a “dívida simbólica”, isto porque, o S1, significante primordial, que permite o início da produção da cadeia significante é extraído do Outro, criando a condição de dependência. Mas ainda assim, esta dúvida é secundária, e por ser sem conteúdo, a primeira dúvida é inacessível, posterior ao trabalho de simbolização do sujeito. Este primeiro registro está fora da experiência, e se caracteriza por seu caráter mítico, hipotético, axiomático ou indemonstrável.

Se o sujeito é o efeito de sentido de um significante e sem conteúdo, podemos entender porque a dúvida primária ou o recalque primário é real, ou seja, o que é real é sem conteúdo. O sujeito, segundo estes princípios, é sem conteúdo e sem atributo (GERBASE, 2013). Outro aspecto relevante no significante em sua materialidade linguística é a antecipação de seu sentido colocada em compasso de espera: *Talvez, mas, porém...*, eis a dúvida do sujeito dividido, sempre em dívida.

O significante é apreendido pelo ouvido, ou seja, ele é apreendido como voz, e é por meio desse objeto-significante que estabelecemos a comunicação humana. Gerbase (2013) compara o campo da psicanálise ao da física, pois para ambos seus objetos de pesquisa é tangível, experimental. Na psicanálise, o objeto em questão é o significante que produz efeitos subjetivos, ou, efeito de sentido de um significante em um determinado sujeito. O efeito de sentido, em se tratando das estruturas neuróticas, se organiza pela produção da rede de significantes, na estrutura psicótica, o efeito de sentido não ocorre num ordenamento em cadeia. Pelo registro da fala é que se compõe a fenomenologia da psicose: decomposições, refrações, alucinação verbal (LACAN, 2002).

Para Lacan (2003c), existem dois corpos em questão nesse jogo de significantes, um corpo incorpóreo, corpo referente à dívida primária de que falamos há pouco, o corpo do grito fundante, e outro corpo, o corpo simbólico. A operação se procede então na questão que o primeiro corpo faz o segundo e a ele se incorpora. Existirá sempre uma cota de incorpóreo por efeito dessa operação, e, é por isso, que o simbólico tem relação com o corpo (LACAN, 2003c). Propomos que nos casos de autismo, pela não organização simbólica do corpo, existe um vaivém entre estes dois corpos, o corpo do grito, e o corpo simbólico, sem se posicionar no campo simbólico, mas sempre sendo referido a ele por imposição da realidade.

Avançando mais um pouco na relação entre significante e significado, podemos estabelecer uma distinção entre eles. A rede de significantes, que surge antes da rede de significados, é uma estrutura sincrônica do material da linguagem, sob o aspecto pelo qual cada elemento adquire nessa rede, seu emprego exato, por se diferenciar dos outros. Esse princípio de distribuição comanda sozinho a função dos elementos da língua em seus diferentes níveis: do par da oposição fonemática às locuções compostas (LACAN, 1998d).

A rede do significado compõe-se por um conjunto diacrônico dos discursos concretamente proferidos, que reage à primeira, a rede de significantes, em sua relação com a história. Além disso, a estrutura dessa rede determina os meios da rede de significados. A unidade de significação sempre remeterá a outra significação, portanto, a significação só se efetiva após a captação global das coisas. No autismo a captação é vivida de forma distorcida. Ela carrega uma redundância que lhe é própria, pois revela sempre uma extrapolação das coisas que flutuam dentro dela (LACAN, 1998e) e que no autista não comporta, pois se mantém

impedido de efetuar essa captação global, essa síntese necessária, mantendo-se na concretude da significação.

A fala se localiza e se constitui no lugar do Outro, um eu que fala com outro que ouve. De início, este processo é pura suposição de que se foi entendido e de que se entendeu o que foi enunciado. Esse lugar do Outro se amplia no sujeito e nele imperam as leis da fala, que vão muito além do discurso que extrai do eu suas palavras de ordem, desde a descoberta de Freud do campo do inconsciente e as leis que o estruturam (LACAN, 1998e). Estas leis são recusadas de diversas formas pelo autista, pela recusa em falar, pela recusa ou inabilidade de dar entonação à fala, pela repetição congelada de um significante que não se enlaça a outro. Seguindo o discurso além da fala, a experiência da psicanálise descobre no inconsciente uma estrutura de linguagem.

A letra, por sua vez, faz o suporte material que o discurso concreto empresta da linguagem. Essa concepção permite que a linguagem não seja confundida com as funções somáticas e psíquicas que faltam ao sujeito falante, isso porque, desde o início, a linguagem como estrutura tem uma existência anterior a cada sujeito quanto a seu desenvolvimento mental (LACAN, 1998e). Antes de falar, o sujeito é falado, antes de se comunicar, existe o empenho em traduzir seus gestos, é este movimento que promove a organização psíquica do sujeito em uma determinada estrutura.

Outro destaque que se dá à letra neste campo diz respeito à teoria dos sonhos, pois nesse material, o que se produz é a letra do discurso. Na *Entsteltung*, ou transposição, Freud expõe a precondição geral da função do sonho, sendo o que designamos com Saussure, como o deslizamento do significado sob o significante, sempre em ação (inconsciente) no discurso (LACAN, 1998e). A *Verdichtung*, a condensação é a estrutura de superposição dos significantes em que a metáfora se apresenta. A *Verschiebung* ou deslocamento se ocupa do deslocamento da significação que a metonímia aponta e que, desde Freud, é considerada a maneira mais usada pelo inconsciente para despistar a censura. Vemos com essa retomada, a relevância constitutiva do significante nas formalizações de Freud sobre o inconsciente.

Afirma Lacan (2002, p.252):

A oposição da metáfora e da metonímia é fundamental, pois o que Freud colocou originalmente no primeiro plano nos mecanismos de neurose, bem como, naqueles dos fenômenos marginais da vida normal ou do sonho, não é nem a dimensão metafórica, nem a identificação. É o contrário. De uma forma geral, o que Freud chama a condensação, é o que se chama em retórica a metáfora, o que ele chama o deslocamento é a metonímia.

Deste modo, os mecanismos de linguagem compõem a reflexão e a construção teórica do sujeito do inconsciente.

Desde seu início, a psicanálise tem como método de trabalho a “cura pela fala”, e foi a escuta das primeiras pacientes histéricas de Freud e Breuer, que levou à descoberta do acontecimento patogênico, o trauma. É, por isso, que o inconsciente é pensado como o capítulo censurado de uma história. É essa censura que pode ser recuperada, pois já fora escrita em outro lugar, como nos monumentos, no corpo, no núcleo histérico do neurótico, via pela qual é exposta a estrutura de uma linguagem e se decifra como uma inscrição; nos documentos de arquivo, por meio das lembranças da infância também dificilmente penetráveis se não se conhece sua origem; nas tradições, como as lendas que de forma heroicizada contam a história do sujeito em questão; nos vestígios que se mantêm para efetuar distorções exigidas pela reinserção do capítulo adulterado, entre os que o enquadram (LACAN, 1998c). Neste ponto, considera-se a importância dos aspectos históricos para a produção e os efeitos no sujeito. Esta questão é a que trazemos como ponto de destaque no presente trabalho, considerando o autismo, assim como todas as categorizações de doenças mentais, como efeitos de fatores históricos e sociais, bem como, suas lutas de poder e domínio.

Os campos da linguagem e do sujeito do significante, apesar de enfrentarem obstáculos para que possam ser pensados a partir de vários enfoques, podem muito mais ricamente auxiliar na reflexão sobre essas questões. Sendo a linguagem o campo de pesquisa da Linguística e a fala o objeto de trabalho do psicanalista, a contribuição da primeira à segunda é crucial, e nos casos de autismo, haverá uma série de particularidades de escuta da fala ou da linguagem, da construção de um discurso em lugar da sobreposição a um sentido que se repete. Consideramos no trabalho de análise, a possibilidade da produção de sentido do significante compreendido pelo autista que repete inarticuladamente uma mesma palavra ou um mesmo som, de um sujeito aí suposto.

3.3.3. O sujeito desejante da linguagem

A tarefa do psicanalista é auxiliar o sujeito em análise a reconhecer sua história em seu inconsciente, perfazendo junto dele uma retomada dos fatos que desde antes exerce um papel capaz de promover reviravoltas históricas:

É na versão do texto que o importante começa, o importante que Freud nos diz ser dado na elaboração do sonho, isto é, em sua retórica. Elipse e pleonasma, hipérbato ou silepse, regressão, repetição, aposição, são esses os deslocamentos sintáticos, e metáfora, catacrese, antonomásia, alegoria, metonímia e sinédoque, as considerações semânticas em que Freud nos ensina a ler as intervenções ostentatórias ou demonstrativas, dissimuladas ou persuasivas, retaliadoras ou sedutoras com que o sujeito modula seu discurso onírico (LACAN, 1998c, p. 269).

Verifica-se o quanto a psicanálise se utiliza dos recursos linguísticos para acompanhar o discurso produzido pelo sujeito. O sujeito do inconsciente, sujeito da linguagem, só produz seu discurso, utilizando-se dos recursos linguísticos aos quais a língua formal comporta e que se insere no próprio sujeito, independente de seu conhecimento formal sobre ela. De que maneira o sujeito da linguagem se articula ao desejo? Qual seria a diferença entre prazer e desejo? De início, prazer se manifesta sob o princípio do prazer, da homeostase. O desejo encontra sua essência, sua medida fixada, seu limite, e é em relação a esse limite que ele pode se sustentar, franqueando o limiar imposto pelo princípio do prazer.

O desejo do homem é o desejo do Outro, pois o homem só pode advir a partir do Outro, existindo, sob essas condições como inconsistência constituinte. É no nível da falta que se pode ter acesso ao desejo e à sustentação desse desejo, quando ele está referido a um objeto qualquer, e que expressa sua necessária dependência do sujeito em sua relação com o Outro.

Caberá ao outro instituir uma falta, designada por *a*, da qual se trata quando o desejo entra em cena, pois, “ao exigir ser reconhecido ali onde sou reconhecido, sou reconhecido apenas como objeto. Obtenho o que desejo (...) e não consigo me suportar como objeto (...). Não consigo suportar-me no único modo de reconhecimento que posso obter” (LACAN, 2005b, p. 33). Em sua relação com o

Outro, o sujeito a advir, precisará passar por essa experiência objetalizante, como uma etapa de um percurso, do qual não pode prescindir, e ao qual poderá sucumbir em qualquer momento da vida, quando não for capaz de sustentar sua posição de desejante.

O sujeito dependente do Outro, recebe uma marca, o traço unário do significante que também advém do campo do Outro. Na operação de divisão do sujeito fica um resto, um Outro derradeiro e irracional, única prova da alteridade do Outro, o *objeto a*. O que se precede é que na concepção de desejo que se expõe, o sujeito se identifica com o que fala, com o objeto que não possui, este mesmo *objeto a*, causa de desejo.

Retomando o que abordamos anteriormente sobre o nó borromeano, o objeto *a* ocupa o espaço de intersecção dos três registros: real, simbólico e imaginário. Em cada um dos três círculos do nó borromeano, o simbólico é responsável pela combinatória organizadora dos significantes; o imaginário, o que se supõe ver dos objetos, e o real o que não é possível nomear ou acessar. No elo entre os três aros, existe este algo que resta, o objeto *a*.

Lembrando da função topológica do espelho, o que se processa nesse momento de júbilo de completude, é a ideia de um exterior que antecede uma interiorização, e que se localiza em *a*, antes do sujeito se deixar capturar no lugar do Outro. “É a esse exterior, lugar do objeto, anterior a qualquer interiorização, que pertence a ideia de causa” (LACAN, 2005, p. 116). O fetiche do olhar é o causador do desejo que precisa se agarrar onde puder. No lugar onde o sujeito se envereda, no discurso que se é possível articular, onde o sujeito se reconhece como *Eu [je]*, é exatamente aí, que no inconsciente se localiza o *a* (LACAN, 2005). Anterior a esta condição está o *moi*, que se refere ao momento de alienação ao Outro, de relação dual, sem discriminação eu e Outro, na relação linear $a - a'$, que corresponde à condição da estrutura psicótica.

Para haver $\$$ (sujeito barrado), é necessário que se proceda a circularidade entre gozo, angústia e desejo. O *a* toma a função de metáfora do sujeito do gozo, é ele que resiste à assimilação a um significante, e também, por isso, ele simboliza o que na esfera do significante aparece como perdido para a significação. A angústia é intermediária de gozo e desejo, pois apenas depois de superada a angústia que o sujeito se constituirá (LACAN, 2005). A partir desta operação, o sujeito transitará por

estas três experiências, de gozo, angústia e desejo. Sem esta circulação entre elas, o sujeito não tem como se manter como aquele faltante, e, portanto, desejante.

Freud concebeu a angústia como um sinal de perigo ligado ao aspecto de cessão do momento de constituição do objeto.

A angústia está ligada a não se saber que objeto a sou para o desejo do Outro, mas isso só é válido no nível escópico (...), nível em que o objeto a é mais mascarado e no qual o sujeito está garantido quanto à angústia (LACAN, 2005, p. 354).

O apelo do olhar, referido ao imaginário, confunde e eclipsa o sujeito do desejo, quando é tomado como petrificação, como fixação em lugar de captura e saída, inscrição e passagem.

A angústia surge na própria emergência do mundo do *infans*, é nesse momento que se manifesta o primeiro nível da demanda do Outro. Essa primeira manifestação que o Outro demanda nada mais é que o grito, com o qual o lactante não pode fazer nada. Algo tem que ser cedido nesse momento e estará sempre e irremediavelmente perdido, mas sempre lamentado. Por essa via, entende-se o trauma do nascimento como a aspiração de um meio desconhecido e não à separação da mãe.

O desejo transfere para um futuro breve e restrito o que ele sustenta de uma imagem do passado. Freud o diz então, *indestrutível*. Se é indestrutível, se escapa ao tempo, se distingue então de um outro tempo, o tempo lógico, constituído pelos três tempos: *ver*, *compreender* e *concluir*, sobre os quais tratamos acima

O papel da psicanálise deve seguir na direção da subjetividade moderna, e assim deve fazer para sustentar e ordenar seus movimentos necessários ao campo da ciência. O desejo só pode ser acessado, pela via do simbólico, e este simbólico, em sua função, apresenta-se como um movimento duplo do sujeito: o homem transforma o ato em objeto, mas o faz para poder devolver à função simbólica seu lugar fundante. Um equívoco se faz presente a todo instante, mesmo assim todo progresso decorre da alternância entre ação e conhecimento (LACAN, 1998c).

A questão levantada no desejo é um objeto, e não um sujeito. Um objeto supervalorizado, única maneira de garantirmos a nossa condição de sujeitos. Ele nos torna diferentes do sujeito da fala, algo único, insubstituível ponto de dignidade do sujeito.

A ordem essencial na qual a psicanálise se situa é a ordem simbólica. Tratar a psicanálise por esse prisma impede qualquer tentativa de objetivação dessa teoria. Isso não quer dizer que se passe de um patamar inconsciente e obscuro, para um patamar consciente, claro e nítido. É por essa objetivação que o sujeito tenta se furtar de sua responsabilidade.

Trata-se não da passagem para a consciência, mas da passagem para a fala, a despeito daqueles que se obstinam em permanecer fechados a ela, e é preciso que a fala seja ouvida por alguém ali onde não podia nem sequer ser lida por ninguém – uma mensagem cujo código perdeu-se ou cujo destinatário morreu (LACAN, 2003a, p. 146).

O que se destaca é a questão da letra que compõe a mensagem produzida na fala a qual tem seu caráter fundamentalmente ambíguo, pois sua função é de velar e desvelar. Essa ambiguidade é o que torna possível compreender a multiplicidade dos acessos possíveis ao que a fala traz de obscuro.

A linguagem não é sinal nem signo, e a relação entre significante e significado se inclui na própria ordem da linguagem, sendo o significante constituído de um conjunto de elementos materiais, ligados por uma estrutura, e o significado, por sua vez, é puro sentido de algo que não está em lugar algum (LACAN, 2003a).

Passado do pólo da palavra para o da fala, a palavra seria a confluência do “material vazio de sentido no significante, com o efeito mais real no simbólico, (...) sob a dupla face do não-sentido a que o costume a reduz, e da trégua que ela traz à inimizade radical do homem por seu semelhante” (LACAN, 2003a, p. 158). A marca de dependência ao outro que cela a existência do sujeito será sempre vivida como meio de solução e de conflito, pois a relação com o outro traz tranquilidade e apaziguamento, mas esta condição não se manterá para sempre, trazendo assim o característico desconforto desta dependência sem solução, pois impossível.

É, nesse contexto, que o homem incluído no discurso antes de seu nascimento, determina seu lugar no drama que dará sentido à sua fala, pois antes de falar, o sujeito é falado. Além disso, nessa leitura que se faz da fala, nela habita muito mais o vazio que o pensamento, pois ela na verdade o esconde (LACAN, 2003a). Esta determinação se relaciona à questão da linguagem e dos significantes:

A psicanálise verdadeira tem seu fundamento na relação do homem com a fala. Essa determinação, cujo enunciado é evidente, é o eixo

em relação ao qual se devem julgar e avaliar seus efeitos – sendo estes entendidos em sua extensão mais geral, ou seja, não apenas como mudanças benéficas, mas como revelação de uma ordem, efetiva em fatos até então inexplicáveis, na verdade, aparecimento de fatos novos (LACAN, 2003b, p. 165).

Se a fala é tão costumeiramente negligenciada em seu fundamento, na psicanálise ela é seu meio de acesso ao sujeito do inconsciente. Ou seja, são as leis e os próprios efeitos da linguagem que constituem sua causalidade, muito mais lógica que psíquica entendida aqui como efeito de *logos*, e não somente como princípio de contradição (LACAN, 2003b).

A captura imaginária do sujeito no discurso do Outro alcança longe, chegando a se referenciar à fisiologia mais íntima. É ela que comanda o conceito de “*simbólico*, definido como constituído na cadeia significante, único lugar pensável da sobredeterminação como tal, pela dupla possibilidade que abre à combinação e à substituição dos elementos distintos que são o material do significante” (LACAN, 2003b, p. 175-176).

Reafirmamos, portanto, a posição privilegiada que a fala, como o princípio de verdade da psicanálise, não que se desconsidere o erro natural, a mentira e o mal-entendido nela, mas porque ela se desdobra na dimensão da verdade, e assim a suscita, ainda que feita de modo dispendioso pelo sujeito (LACAN, 2003b). A fala limpa e precisa é ilusória, entretanto, outro aspecto bem diferente deste se apresenta no uso da fala é sua parte pragmática, a qual só é possível por ser articulável e por apresentar um caráter significante, impondo-se no mundo exterior (LACAN, 2002), como regra das organizações sociais que estabelecem a condição de troca, de ordenamento e de compreensão da fala.

O sujeito do inconsciente nos fornece elementos para pensarmos a constituição do Eu. Primeiramente ele se diferencia do cogito cartesiano por se afastar da concepção de eu percepção-consciência, lugar de síntese, autonomia e clareza, assim como propõem as teorias do ego como lugar do conhecimento. O Eu a que Lacan se refere é um estranho, referente ao imaginário de um eu falsário, que dá a ilusão de completude, encobrendo a fragmentação. Mas, o que isso quer dizer, como se procede tal ilusão? É que o filhote humano, ainda com uma capacidade intelectual extremamente rudimentar, já é capaz de reconhecer sua imagem no espelho, ele e apenas ele entre todos os seres vivos. Nem mesmo o macaco se reconhece no espelho, assim como não mantém qualquer interesse pelo que vê no

espelho. O homem antecipa uma completude ainda não organizada, sem organização de seus movimentos em função da imaturidade neurológica característica deste momento de vida (LACAN, 1998a).

O estágio do espelho é proposto como uma identificação pela transformação ocorrida no sujeito ao assumir uma imagem. Incapaz de se locomover, totalmente dependente do outro “se estabelece a matriz simbólica em que o Eu se precipita em uma forma primordial, antes de se objetivar na dialética da identificação com o outro, antes que a linguagem o coloque na posição de sujeito” (LACAN, 1998a, p. 38). É a capacidade de reconhecimento do corpo no espelho que coloca em circulação a libido entre o corpo e a imagem, entre a imagem do Eu e a imagem do mundo (LACAN, 1998a). A isso, Lacan denominou discórdia primordial: mal-estar pela falta de coordenação motora resultando na *prematuração específica do nascimento no homem*. Essa prematuração deixará uma marca, pois o Eu precisará sempre de reconhecimento para assegurar a manutenção de sua imagem, causando ainda efeitos psíquicos na criança, pois ela assume uma imagem de si, passando pelo processo de identificação, ela se olha com os olhos de quem dela cuida. Ela se vê no, e como o Outro. E o mais importante é esse movimento de ida e volta do olhar (LACAN, 1998a).

Quando esse reconhecimento não é possível, ou ainda, quando esse júbilo de completude fica impedido, a síntese do Eu não se opera, havendo uma discordância entre o sujeito libidinal e a realidade que ele apreende. Como passo seguinte à alienação paranóica, que data da passagem do Eu especular para o Eu social, ocorre uma redução simbólica, ou seja, no momento final do estágio do espelho inaugura-se uma dialética que liga o Eu a situações socialmente elaboradas.

É a partir daí que o saber humano tende a mediatizar o desejo do Outro, constituindo os objetos numa equivalência abstrata, tornando o Eu um aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será ameaçador. Ele passa, a partir daí, a depender da intermediação cultural, quanto ao objeto sexual do complexo de Édipo, objeto de amor, eleito pelo sujeito, ao ter que se haver com a falta de um lugar na relação amorosa com seus genitores.

Lacan denomina Nome-do-Pai (pai simbólico) ao “termo que subsiste no nível do significante, que, no outro, como sede da lei, representa o Outro. É o significante

que dá esteio à lei, que promulga a lei. Esse é o Outro do Outro” (LACAN, 1999, p. 152).

Desdobrando essa articulação lembra o mito de Édipo, proposto por Freud, que para a lei ser fundada no pai, ele precisa, necessariamente, ser assassinado. Retoma, para isso, dois termos também apresentados por Freud em que é feita uma distinção entre *Verwerfung* e *Verdrängung*, sendo pois a *Verdrängung* o que Lacan denominou a cadeia significante. No seminário sobre as psicoses, Lacan (2002) afirma que quando um sujeito, por qualquer que seja o motivo, recusa o acesso ao mundo simbólico, por alguma experiência vivida como ameaça de castração, todo o desenvolvimento posterior do sujeito mostrará que ele mantém a recusa em querer saber algo a este respeito, que é o *recalcado*, conforme dito por Freud.

O que cai sob o golpe do recalque retorna, pois o recalque e o retorno do recalcado são o avesso e o direito de uma mesma coisa. O recalcado está sempre aí, e ele se exprime de maneira perfeitamente articulada nos sintomas e numa multidão de outros fenômenos. Em compensação o que cai sob o golpe da *Verwerfung* tem uma sorte completamente diferente (...). Sucede que tudo o que é recusado na ordem simbólica reaparece no real (LACAN, 2002, p.21)

Podemos entender então que, a *Verdrängung*, o retorno do recalcado no neurótico, se manifesta principalmente sob a forma de sintoma, enquanto que a *Verwerfung*, o retorno do recalcado na psicose, retorna em forma de delírios e alucinações. Lacan traz também um terceiro termo para avançarmos no entendimento das psicoses denominado *Verworfen*, definida como a falta de um significante essencial, o significante Nome-do-Pai. O sujeito psicótico tem que suprir essa falta, a qual provoca o que Lacan chamou de reação em cadeia ou debandada, e tudo se ordena em torno disso na psicose (LACAN, 1999). O significante precisa chegar ao Outro como significado e transformação, da refração do desejo pela passagem pelo significante, onde do outro lado estará o Outro, não como pessoa, mas como tesouro do significante (LACAN, 1999).

No seminário “Os quatro conceitos fundamentais da Psicanálise”, Lacan (2008) afirma que a hiância do inconsciente é pré-ontológica, pois a primeira emergência do inconsciente é algo não realizado, ou seja, nem ser, nem não ser, mas falta-a-ser. O sujeito do inconsciente é também o sujeito do desejo. Desejo que em algum ponto sempre encontrará seu limite, seu ponto de basta.

Para que haja a satisfação do desejo, é necessário que, a partir do momento em que se fala com alguém, exista um Outro, ou ainda, exista um outro no Outro que é portador do código. E tudo dependerá de como ocorrerá essa transposição, pois a satisfação do desejo depende da concordância entre dois sistemas significantes: o do sujeito e o que se assenta no código (LACAN, 1999).

Quanto ao chiste, Lacan afirma que ele indica a necessidade do sujeito de ser ouvido além do que ele diz. E o caráter bem-humorado do chiste desenvolve-se na dimensão da metáfora, na qual se procura expressar algo que vai além do significante, e que é reconhecido pelo Outro.

O Outro ratifica uma mensagem como tropeçada, fracassada, e nesse próprio tropeço reconhece a dimensão de um para-além, no qual se situa o verdadeiro desejo, e que, em razão do significante, não pode ser significado (LACAN, 1999, p. 156).

Retomando a dialética do desejo, Lacan pretende avançar no entendimento do que seja esse Outro, e para isso recorre ao pronome de tratamento *tu* indagando o que acontece quando o significante organizador é evocado, mas falta. Uma vez que somos fundados pela mensagem que recebemos do outro: *Tu és aquele que me seguirás*, demonstrando uma invocação que exige que o eu para se tornar desejante, dependerá do ser do outro, como um convite para participar da mesma via do desejo de maneira incondicional (LACAN, 1999, 2002). Nos casos de autismo pode ocorrer tanto a não invocação do outro, como a recusa do sujeito a tal invocação, ou ambos ainda. O que se confirma é a impossibilidade de transmissão desta mensagem, que compromete o percurso na relação com o Outro.

Em referência à palavra invocação, Lacan (1999) destaca que ela tinha o poder entre os povos primitivos, de antes da guerra, colocar ao seu lado os deuses do outro, traçando aí uma semelhança entre esta invocação dos povos antigos com a relação essencial, etapa secundária e necessária para que sejam satisfeitos desejo e demanda. A demanda satisfeita implica em um vaivém entre mensagem e código que seja autenticado pelo Outro no código. A *Verwerfung* do Nome-do-Pai, em que o sujeito torna-se presa de suas vozes em consequência da ausência do significante, ficando então impedidos os movimentos de ida e volta da mensagem. Entretanto, se o eco aparece, significa que ao menos uma vez o Nome-do-Pai foi evocado, foi chamado de Tu e capaz de ratificar a mensagem. É isso que garante a

autonomia da lei, sendo este também o ponto de virada que precipita o sujeito na psicose (LACAN, 1999).

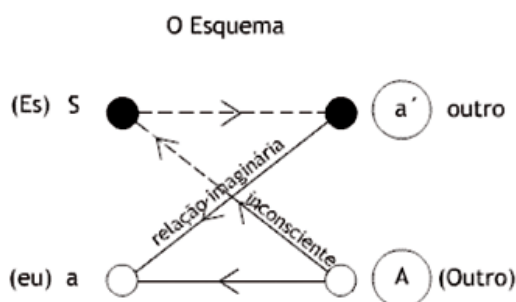
Na psicose ocorre uma inércia do significante, não passando de uma fenomenologia elementar. Em um primeiro momento o Outro emite significantes pertencentes à *língua fundamental*. São os elementos que se originam do código, e se articulam entre si provenientes de uma língua muito bem organizada que recobre o mundo com sua rede de significantes, sem que nenhuma outra coisa seja segura e certa nela (LACAN, 1999).

A questão que se pretende destacar é a relação que cada sujeito estabelece entre significante e significado, tendo aí uma autonomia relativa, pois essa significação essencial total implica num submetimento do sujeito a um código geral. Na psicose a impossibilidade dessa operação resulta na articulação de palavra com palavra e não de uma rede que se articula, ou como afirma Lacan (1999, p.161), “toda vez que elas (as palavras) são isoladas, a dimensão propriamente enigmática da significação (...) é realmente impressionante. O Outro só faz emissões para além do código”. Estas manifestações podemos observar nos delírios ou em qualquer outro uso da fala que não respeite as regras que compõem uma frase, de forma a fazê-la ter sentido, e chegar como algo articulável no ouvido de quem a escuta, ou ainda, produzida por um gesto intencional do sujeito.

Nessa operação, o que falta é a ratificação do Outro, o *Tu* não aparece e a significação, o particular do significante, se mantém assim para o sujeito. Portanto, sendo o Outro o tesouro do significante, estando ele ausente, o significado não tem lugar nesse sujeito. Lembra ainda Lacan que este Outro como depositário deste tesouro, precisará também do significante de um Outro, é assim que se estabelece a dimensão do Nome-do-Pai (LACAN, 1999). Voltaremos ao tema da psicose mais à frente.

A essência da metáfora paterna se estabelece pelo triângulo, onde em cada um dos vértices estão respectivamente pai, mãe e criança. E mais, tudo o que se realiza no sujeito depende do que se coloca como significante no A. Sendo este A o tesouro do significante, é ele que trará algo do significante essencial. Quando algo impede que o significante pai opere no nível do simbólico, o resultado é a redução paterna a uma imagem, a qual não é possível se inscrever numa dialética triangular. O sujeito fica limitado ao enlaçamento no plano imaginário.

No esquema L existe um quarto elemento, o S, que não está presente no triângulo edipiano. Por não possuir um significante, Lacan o identifica como o morto da partida. Neste jogo, existe uma regra instituída onde o sujeito se percebe presa dos três polos: Ideal do eu, supereu e realidade.



Observemos que neste esquema (LACAN, 1999) existe a interrupção da palavra plena entre sujeito e Outro, e uma saída para os dois eu (*je e moi*) $a - a'$, presos ao registro imaginário como se observa nas psicoses. Outro ponto que destacamos é a ausência de barra tanto no sujeito, quanto no Outro, como ocorre no grafo do desejo, acima apresentado, barra que intermédia a relação do sujeito com estas instâncias psíquicas: Ideal do eu, eu e realidade.

Destaque-se ainda que:

Para compreender a transformação da primeira tríade na outra, é preciso ver que, por morto que seja, o sujeito, uma vez que há sujeito, está na partida às suas próprias custas. Do ponto não constituído em que se encontra, ele terá de participar dela, pelo menos com sua pele, isto é, com suas imagens, sua estrutura imaginária e tudo o que se segue; Assim é que o quarto termo, o S, vem representar-se em algo de imaginário que se opõe ao significante do Édipo (...). Entretanto, não há rigorosamente nada a fazer com essas imagens (LACAN, 1999, p. 164).

Portanto, a relação entre eu e imagem fornece a base do triângulo, que se mantém no nível do imaginário, não permitindo, entretanto, que a instância simbólica faça a intermediação com a relação imaginária. Em outros termos, a realidade é alucinada pois está subentendida pelo desejo, porque o sujeito, segundo a teoria freudiana, fica em suspenso no que se refere ao seu objeto fundamental de satisfação essencial. O sujeito encontra um outro objeto de satisfação parcial, reencontrando parte de algo que foi tomado (LACAN, 2002). No momento de alucinação, a experiência se faz pelo princípio do prazer, nos termos de Freud, e no

segundo momento, pelo princípio de realidade. Na psicose, o que se produz não possui um caráter simbolizante, como na neurose, mas se mantém no nível do imaginário.

Vejamos agora como é proposto articular e formular teoricamente a relação dos sujeitos psicótico e autista com a linguagem.

3.4. A LINGUAGEM NA PSICOSE: SUA RELAÇÃO COM A LÍNGUA E COM O MUNDO

Entre as estruturas psíquicas que a teoria lacaniana aponta está a psicose, e apesar de suas diferenças, autismo e psicose infantil compõem uma mesma categoria, entretanto, para a teoria psicanalítica, existem diferenças claras entre elas, o que não ocorre em outras abordagens teóricas, como também nos critérios diagnósticos.

Por se tratar de tema amplo, complexo e heterogêneo, pode-se tomar o autismo nos mais diversos focos quanto às abordagens teóricas e suas práticas ou métodos. Nossa escolha foi pela via da relação essencial que o autista estabelece com a língua.

Não podemos desconsiderar, entretanto, alguns aspectos atrelados a isso, e que dão uma dimensão mais realista da maneira que o autismo é identificado. Por se tratar de um déficit extremo de relação, se diferencia dos transtornos de fala e linguagem, e no campo das psicoses, a esquizofrenia e a paranóia são reconhecidas como transtornos do laço social (LAURENT, 2014). Esses inúmeros fatores presentes no autismo tomaram uma proporção e uma gama de variações, facilmente encaixáveis em muitos sujeitos “estranhos”.

Podemos estabelecer três grandes períodos na clínica psiquiátrica geral (BERCHERIE apud TENDLARZ, 1996). O primeiro período corresponde aos três primeiros quartos do século XIX. Nesse período, a discussão corria ao redor do conceito de retardo, que era considerado o único transtorno infantil, conceito este criado por Esquirol em 1820 com o nome de *idiotia*. Ela era definida como uma condição em que as faculdades intelectuais estão completamente ausentes. Sobre a loucura, faz uma distinção entre a loucura do adulto e a da criança, esta última de caráter congênito ou de início muito precoce (*idiotice*). Segundo Esquirol e Pinel, (apud TENDLARZ, 1996) trata-se de um déficit global e irreversível. Já para Séguin

e Delasiauve, educadores de idiotas, esse déficit é parcial e, portanto, é possível utilizar métodos educativos especializados. O segundo período tem início em 1880, quando foram publicados os primeiros tratados de psiquiatria infantil, resultado de uma cópia da psiquiatria do adulto, em que um campo independente de investigação não se desenvolve. O terceiro período começa nos anos 1930 momento em que de fato a clínica psiquiátrica infantil é criada, a qual sofreu grande influência da psicanálise. Foram os trabalhos deste campo que permitiram teorizar a abordagem clínica de crianças psicóticas (TENDLARZ, 1996).

De acordo com o que apresentamos no início, quanto à posição da psicanálise no campo da ciência, propomos um quarto período, o do abandono da psicanálise, pelo mal-estar que trouxe ao afirmar a condição faltante do sujeito. Este abandono nós o situamos a partir da década de 1980, quando especialmente a teoria cognitivo-comportamental conquistou um espaço importante, se aproximando teoricamente dos tratados psiquiátricos, relegitimando o discurso dominante sobre o sujeito anormal.

No seminário 3, *As Psicoses*, Lacan (2002) apresenta o mecanismo de forclusão do Nome-do-Pai que se manifesta nas psicoses, e determina as condições dessa estrutura, não fazendo distinção entre infância e idade adulta. O termo psicose infantil nunca foi utilizado por Lacan, pois segundo ele, a estrutura é atemporal. Uma distinção importante verificamos entre a proposta das teorias organicistas do desenvolvimento e a teoria psicanalítica. Para as teorias do desenvolvimento, existem períodos em que a psicose se manifesta: se ocorre na infância, num primeiro momento é definida como psicose infantil, fazendo uma distinção entre psicose e autismo, e períodos suscetíveis a que o quadro se desencadeie, especialmente na puberdade. Num segundo momento, os dois quadros compõem os Transtornos do Desenvolvimento Infantil. Para a psicanálise, pensar o sujeito lógico diferencia estas concepções, e estas diferenciações não são assim concebidas. Pensando tal estrutura, Lacan, em um de seus trabalhos que trata das psicoses na infância afirma que:

a loucura é a virtualidade permanente de uma falha aberta em sua essência. Longe de ser um insulto para a liberdade, ela é sua mais fiel companheira, segue-lhe o movimento como uma sombra, E o ser do homem não apenas não pode ser compreendido sem a loucura, como não seria o ser do homem se não carregasse em si a loucura como limite de sua liberdade (Lacan, 2003c, p.361).

Mesmo que se estabeleça distinções entre as psicoses, há algo da essência do ser que se manifesta na relação com o Outro, nesses quadros, pelo qual se chegará à entrada na linguagem. Na loucura de qualquer natureza, observamos uma liberdade às avessas com a fala, pois o sujeito renuncia à posição de se fazer reconhecer, quando a estruturação de um delírio direciona a uma condição objetiva com uma linguagem sem dialética.

No sistema de linguagem, não é possível haver um indicador que defina claramente uma dada realidade, ao contrário, é a realidade que faz parte da rede da linguagem. Uma designação nunca é algo pontual e definitivo. Por exemplo, quando enuncio algo como cadeira vermelha, este objeto pode apresentar uma grande quantidade de variedades. O delírio, manifestação comum nas psicoses, apresenta uma incoerência com a linguagem habitual, geralmente um neologismo, impedindo que uma sequência de significações possa ser produzida (LACAN, 2002). No campo das psicoses, a relação com a linguagem se estabelece de forma que não segue as regras colocadas nas relações entre os sujeitos.

Falar implica um interlocutor, e nesse processo de interlocução o Outro oferece o *Você* a quem ele fala (LACAN, 2002). Um *você* que pertence ainda à fala do Outro, que fala por esse sujeito a se produzir na linguagem. A ausência da fala indica um sujeito muito mais falado que falante, pois os símbolos do inconsciente são reconhecidos de forma enrijecida.

A psiquiatria se apóia numa forma de categorização das manifestações do sujeito e a psicologia tenta traduzir as manifestações para sentidos previamente dados. Já para a clínica psicanalítica, a definição do sujeito, especialmente a criança, para nós, é concebida de uma constituição subjetiva, a partir da formação do inconsciente (LEITE, 2005).

Para se pensar adequadamente as funções materna e paterna, devemos considerar sempre um funcionamento dialético entre elas. Quando uma sofre algum abalo, a outra também é afetada. O Outro materno precisa ter condições para exercer as atribuições e transições do desejo da criança para que o processo de alienação se efetive, comprometendo assim, por consequência, a operação de separação, pois a função paterna só pode ser transmitida à criança com a intervenção materna.

A função paterna tem a função de uma entidade simbólica que ordena uma função. Apenas adentrando o universo simbólico, sendo esta sua única saída, que o sujeito é assujeitado a uma sexuação. A metáfora paterna é aquela pela qual se poderá fazer operar as substituições significantes, de início fazendo a substituição do significante originário do desejo da mãe, desejo este recalcado para que um outro surja, tornando-se a partir desse momento, inconsciente.

Observamos que um sinal precoce de uma possível psicose se relaciona ao investimento materno da criança antes de seu nascimento de modo potencial, como por exemplo, quando a criança é investida como uma parte de seu próprio corpo. Nesses casos, a separação é uma experiência insuportável. É necessário que a mãe realize o luto pelo nascimento de um filho, tendo condições de olhar para ele como um ser separado dela que seguirá rumo a uma autonomia cada vez mais ampla. As mães incapazes de passar por esse processo, estabelecem uma relação particular com o filho, uma relação fusional, na qual não haverá espaço para a intermediação de um terceiro, em especial, o pai, mantendo-se na relação binária $a - a'$ (DOR, 1991).

As psicoses são definidas por Lacan (2002) como *as loucuras*, lembrando-nos que para Freud, tal definição não se relaciona com a definição de seu tempo. Neste momento da história, início do século XIX, na psiquiatria alemã, a paranóia era considerada quase que todas as loucuras: “setenta por cento dos doentes dos manicômios portavam a etiqueta paranóia. Tudo o que chamamos psicose ou loucura era paranóia” (LACAN, 2002, p.13). Já a França trouxe a marca de uma diferença fundamental, concebendo-se o paranóico como maudoso, intolerante, orgulhosos, desconfiado, com uma auto-estima em alto grau, e o delírio surgia em sujeitos extremamente paranóicos.

Observamos mais uma vez, as questões históricas provocando efeitos no trabalho de organização e categorização das patologias, desencadeadas também pelo efeito dos variados contextos históricos e sociais.

3.4.1. Autismo, família e sociedade

Antes de tratarmos especificamente da relação do autista com o universo da linguagem, queremos destacar alguns aspectos de nossa cultura contemporânea,

para refletir sobre as condições que propiciam o desencadeamento de um quadro comprometedor, como o autismo.

Primeiramente observamos como cada vez mais os pais se sentem em dúvida quanto ao seu lugar diante de um filho. Especialmente as mulheres tiveram uma mudança muito radical em suas atribuições e papéis público e privado. Muitas delas escolhem ser mães, independente de terem ou não um companheiro para dividir essa tarefa, recorrendo cada vez mais frequentemente a um banco de sêmen. Ainda assim, mesmo havendo uma escolha em que o terceiro é preterido, se ela passou pela experiência de castração, poderá se haver com esta escolha. Além disso, muitas escolhem ter filhos mais velhas, quando já estão com a carreira encaminhada e com a qual se envolvem bastante, o que as deixa muito divididas (e culpadas) entre sua carreira e seu papel de mãe (ABEIL; QUEIROZ; CORREIA, 2013). De qualquer maneira, essas mudanças de posição produzem efeitos nos modos de subjetivação do sujeito.

Nesta realidade, é muito comum utilizar-se do serviço de babás que são trocadas muito frequentemente, vivendo a criança numa situação transitória constante. Nas situações em que a mãe não exerce efetivamente sua função, o que ocorre é que, nessa substituição frequente, a relação da babá com a criança não é de uma preocupação materna primária, a criança não é deixada nos braços de alguém que a ama verdadeiramente, salvo casos raros. Ainda que uma relação de afeto se estabeleça, em muitas situações ocorre ruptura dessa relação, em que os efeitos podem ser devastadores. Muitas vezes o início dos sintomas do autismo está relacionado com a saída de uma babá (ABEIL; QUEIROZ; CORREIA, 2013). A função dessa babá seria a de substituta da mãe, já que investe muito mais de seu tempo com o bebê do que a própria mãe, mas com um risco constante de ruptura, e ainda, talvez, com uma experiência constante do bebê, de ameaça de quebre deste vínculo, conforme as condições da babá e o contexto geral da família, como número de irmãos, tipo de relação entre seus membros, especialmente dos pais, entre outros.

As babás eletrônicas também são um fator de risco, assim como a televisão, o computador, em que se verifica um fascínio da criança por esse universo virtual, especialmente a televisão, que faz calar a criança categoricamente, ficando muito tempo parada, sem fazer birras, sem dar trabalho. Vemos isso se manifestar também na dinâmica das famílias, pouca interação existe, cada um se fecha em seu

equipamento eletrônico, e o resultado é um fechamento no gozo, um gozo autístico, do corpo do alimento. Sendo o Outro uma máquina, como pode haver troca, ou a elaboração de uma enunciação dirigida especificamente a este bebê, uma vez que ele é desinvestido do Outro humano? O resultado dessa realidade, em muitos casos a produção de frases sem sentido ou automatizadas (ABEIL; QUEIROZ; CORREIA, 2013). Um distanciamento entre os membros da família impede cada um deles de conhecer e reconhecer certas peculiaridades e excentricidades que possa apresentar um de seus membros.

Tem ocorrido com mais frequência do que se deveria, o diagnóstico de crianças com autismo, antes dos três anos (BERNARDINO, 2011). Nesses casos, o foco se dá sobre o comportamento da criança, e, seguindo as indicações dos Manuais Psiquiátricos, abre um amplo leque de possibilidades para o enquadramento das crianças na patologia.

O fato de se tratar de um ser em tenra idade, e em franco processo de desenvolvimento, é muitas vezes desconsiderado, não se levando também em conta que a manifestação de um determinado comportamento, pode ser sinal de um problema específico, e não de um quadro como o autismo. A gravidade de um ato como esse diz respeito ao fato de que um diagnóstico é sempre traumático para toda a família, e a possibilidade de se tratar de um problema isolado, muito menos grave e comprometedor (POLÍTICAS..., 2013a) O que estamos indicando é a questão do lugar em que a criança é colocada na produção de todos esses discursos: o do especialista que tem um olhar voltado para a visão de doença, e a angústia dos pais, diante da informação recebida, que, a partir do diagnóstico dado, se reposicionam como pais, e com seu olhar para esse filho, pois estão agora atravessados por um rótulo. Outro fato comum é a busca pela supressão dos sintomas, nesse caso, a indicação é o tratamento com o uso de medicação e terapia de abordagem cognitivo-comportamental para as crianças diagnosticadas. A medicação possui seus riscos, pois além de seus efeitos colaterais, ela não tem o objetivo de curar esses casos, mas apenas eliminar ou diminuir os sintomas indesejados (SIBEMBERG, 2011). Crianças que não se acalmam, são acalmadas quimicamente, e não por seus pais e familiares. Na sociedade atual não há espaço para crianças, agitadas, inquietas e insones.

Muitas famílias com filhos autistas têm contratado profissionais morando na casa para cuidar da criança. Este contato com um profissional, atravessa a relação

dos pais com seu filho, e o que se objetiva muitas vezes é desenvolver técnicas de cuidado, e a transmissão, entre gerações, desses papéis de pais e filhos, em especial, fica truncada (ABEIL; QUEIROZ; CORREIA, 2013). Muito do que os pais poderiam possuir de saber para transmitir a seus filhos, ou as oportunidades que teriam de descobrir saídas para dificuldades vivenciadas juntos, ficam apagadas pelo saber do especialista, mais uma vez.

O autismo tem como característica principal na relação com o outro, uma recusa maciça, portanto, o cuidado profissional de um filho nessas condições, só tende a ampliar a distância e o não envolvimento entre os pais e a criança. Ter um filho que o tempo todo recusa o afeto dos pais, abre facilmente a possibilidade para o agravamento progressivo na construção de um laço com esse filho.

O psicanalista que se vê diante de um caso como este, recebe uma família desorientada, que não sabe por onde seguir a partir de então. De início, a teoria psicanalítica propõe a escuta desse drama que abateu a família, assim como a escuta da singularidade da criança. É essa escuta que dará condições de se promover a construção deste vínculo com o universo discursivo do Outro.

Da maneira que apresentamos as questões referentes ao autismo, constatamos que um processo histórico e as contingências do mundo moderno, em que os papéis das figuras paternas sofreram mudanças, ocasionando com isso, mas não apenas por isso, uma série de consequências na vida familiar e no lugar que a criança ocupa nessa formação social. Participando desta formação social, estão todos os que nela se envolvem, ocupando uma de suas formações ideológicas, dentro das quais coexistem várias formações discursivas. As formações ideológicas do saber do especialista refletem a produção de formações discursivas que se associam, se submetem ou se contrapõem em suas formações discursivas (PÊCHEUX, 1995).

Para uma formação discursiva que se posiciona ideologicamente favorável à extirpação de um sintoma indesejado, a questão da escuta da subjetividade não faz sentido, não tem efeito. Estas posições, e outras ainda, se relacionam de forma mais ou menos conflitiva, segundo as questões que se contradizem em cada uma das formações ideológicas.

O cuidado, atenção e tratamento dos sujeitos autistas reflete uma complexidade clara por se tratar de um quadro que necessita do atendimento de diversos profissionais. Apenas isso já abre para a possibilidade de uma grande

variedade de formações discursivas se relacionando e se contrapondo, e se reposicionando de uma para a outra.

Observar também o papel de destaque que a criança foi ganhando no processo histórico social, indica a promoção de uma “produção” de sujeitos com características determinadas, pois, se o Outro não garante ao *infants* seu lugar, ou se este não busca no Outro algo para fazer um laço, um sujeito com peculiaridades determinadas advém no universo da linguagem, mas não no universo discursivo. Como nos lembra Pêcheux (1995), todo sujeito é convocado a se posicionar como autor de suas atitudes, de seu discurso, em cada prática que se inscreve.

Sendo a linguagem atemporal, como podemos considerar a estrutura e a história de nosso objeto de pesquisa, o sujeito autista? Por entendermos que a linguagem é atemporal, mas a estrutura tem relação com o contexto histórico, pois se articula a uma determinada organização do saber científico que se produz pelo efeito do contexto sócio-histórico.

De acordo com a concepção teórica de sujeito que aqui consideramos, ele é a resultante de sua relação inicial de total dependência ao Outro, como veremos.

3.4.2. O sujeito autista e o Outro

Freud já dizia, em 1891, que o aparelho psíquico, é um aparelho de memória e linguagem, um articulador entre representação e linguagem, imagens, sons, experiências sensoriais, representado em palavras.

Trata-se de uma memória de *traços* (*Spur*) de uma *impressão* (*Eindruck*), concebida como momento primário da elaboração mnêmica, anterior ao traço, à inscrição (*Niederschrift*) e posterior à sensação. Só pode ser conservada na memória como um traço, porquanto, todo traço é traço de uma impressão, ou como representação. Não podendo ser lembrada, pode apenas ser reconstruída. É exterior à linguagem e ao sentido, e não se insere na cadeia significante por não estar ligada a outras impressões de modo a formar uma série significante (CATÃO, 2009, p. 54).

É por essa concepção de traço, de impressão, de algo não recuperável que podemos entender a irrupção do real, que se presentifica na libido, esparsa com percepções desconexas. O traço, no entanto, faz uma marca, inscreve signos no inconsciente. Vemos, com isso, que a memória freudiana é dinâmica e se submete a

retranscrições (CATÃO, 2009). Este aspecto dinâmico abre a possibilidade para várias composições da estrutura mental, permitindo com isso, que se reflita teoricamente a respeito do que ocorre com sujeitos com autismo, em que a memória, por exemplo, apresenta características incomuns, como a retenção de todos os detalhes de uma paisagem. Como se a experiência destes traços sofresse um efeito incomum pela combinatória de fatores como: as condições físicas e mentais do filho e da mãe, as circunstâncias do parto, e tudo o que se refere ao período gestacional e aos primeiros meses de vida, no que se refere a esta relação entre a mãe e o bebê.

Afirma Freud (1996a), que a cada transcrição desses traços a seguinte inibe a anterior e suspende o processo de excitação. Mas alguma coisa resta de cada uma das transcrições. Ocorre também nesse processo, a tradução desses traços, e a falha nesta tradução é o que se conhece clinicamente como recalçamento. A necessidade desse recalçamento é para tentar apagar a experiência de desprazer vivida, impedindo o trabalho de tradução.

Retomando o esquema dos traços mnésicos apresentados por Freud, abre-se a possibilidade para diferenciar os tempos lógicos de constituição do aparelho psíquico.

As representações se localizam no primeiro registro dos traços mnésicos, ou seja, dos sinais perceptivos; neste registro, temos representações primitivas que evocam a primeira organização significativa, anterior à localização da organização do inconsciente como estrutura. O que pode ocorrer no autismo é os traços mnésicos estarem presente, mas desinvestidos do circuito pulsional. A representante da representação na pulsão (*Vorstellungsrepräsentanz*) fica impedida de se instalar, não dando condições para que as representações se movimentem, se articulem, se associem e se combinem (LAZNIK, 2013b).

Para que as primeiras marcas possam se inscrever, é necessário que algo seja excluído de modo radical (*Austossung*), algo sem destaque para o significante (*Bejahung/Austossung*). Essa exclusão fundante é, pois, negada (*Verneinung*). Nessa operação, a resultante é a Coisa barrada e a fundação do inconsciente. Com isso, o sujeito só existirá se consentir com essa perda, que deve ser rejeitada na representação (CATÃO, 2009). O autista não aceita esta perda, não porque queira tudo, mas porque, para se posicionar precisa se haver com o Outro, é isso que ele recusa.

Os traços mnésicos dão a possibilidade de se discriminar variados tempos lógicos da constituição do aparelho psíquico do *infans*, pois, entre percepção e consciência, “Freud situa vários níveis de registro: inicialmente aquele dos sinais receptivos, organizados unicamente por simultaneidade; em seguida um registro próprio do inconsciente, onde a relação pressupõe um espaço, uma relação causal” (LAZNIK, 2013b, p. 54).

Considerando os significantes como traços mnésicos, os quais são localizados por Freud anteriores ao inconsciente, o que os caracteriza é o fato de que sua relação com a coisa (*das Ding*) que o representa não é direta. A coisa (*das Ding*) só pode ser preterida, a partir do ordenamento de significantes em uma rede, tornando-se assim, deslocáveis em seu sentido, substituíveis e recriados (NOMINÉ, 2013).

Outro aspecto a se destacar é a organização da memória que ocorre ao mesmo tempo que a estruturação do espelho, com um princípio de funcionamento semelhante entre elas. É no que diz respeito ao aparelho de linguagem que se efetua a relação simbólica com o Outro, mediada pelo outro semelhante (CATÃO, 2009). E é pelo prejuízo na relação simbólica que a relação de dependência e separação do Outro não se efetiva no autismo, ocorre um impedimento do funcionamento simultâneo dos vários registros, como também da organização da memória com a organização do espelho, pois é esperado ocorrer a captura e a organização da imagem do espelho, que ficará retido na memória, à qual poderá recorrer quando precisar novamente.

São os traços mnésicos os responsáveis pelos acontecimentos psíquicos gravados permanentemente na memória, e podem ser reativados como efeitos de novos investimentos. São eles que permitem escolher uma trilha a traçar, uma trilha de energia, entre várias outras, e novos registros são transcritos novamente, em variados momentos do desenvolvimento (CATÃO, 2009). Cada marca é constantemente atualizada na memória, onde vários reordenamentos são feitos. Portanto, memória e aparelho psíquico são ordenados sincronicamente.

“O problema central no autismo – defeito no registro do inconsciente do que de uma impossibilidade de tradução em representação de palavra pelo pré-consciente” (LAZNIK, 2013a, p. 54). Nos casos de autismo, a palavra não carrega efeito de sentidos, não é ressignificada, marcando uma rigidez que impede a produção de novos sentidos das palavras a comporem um discurso.

A satisfação pulsional implica três tempos (FREUD, 1996c): o primeiro tempo é ativo, e o bebê segue em direção a um objeto externo, o seio e a mamadeira; o segundo é reflexivo, quando toma parte de seu corpo como objeto, a chupeta, dedo ou outro pedaço de si que porventura eleja; o terceiro denominado por Freud de passivo, quando o bebê se faz ele mesmo objeto de um outro. É aí que o laço ao Outro pode ser feito. Lacan acrescenta a isso uma forma ativa de se ofertar como objeto. A função escópica, se refere a este momento denominado de passivo por Freud, e consiste em se fazer olhar como objeto (LACAN, 2013). Este olhar precisará ter uma função para que opere na relação entre o bebê e sua mãe.

Freud (FREUD, 1996b) apresenta a necessidade de uma ajuda externa para a criança que lhe apresente o universo da linguagem e que o tranquilize para que possa experimentá-lo, proporcionando-lhe uma *experiência de satisfação*. Esta experiência comporá as lembranças dos traços mnésicos, marcados pelos efeitos dos movimentos reflexos como reação às experiências de desprazer, a capacidade do cuidador de diminuir esse desprazer ou eliminá-lo, e o resultado destes dois momentos anteriores. As lembranças é que tornarão viva a experiência de satisfação.

Para o Outro materno, o grito do bebê deve representar um signo a ser decifrado, é esse grito que abre acesso ao campo do Outro, sendo sua primeira inscrição realizada na primeira experiência de satisfação promovida pelo Outro, que traduz seu grito em apelo. Ainda nesse momento, esta experiência se restringe à satisfação de necessidade, que será a via de reinvestimento nesse objeto. Esse reinvestimento traz a experiência de alucinação, a cada aumento de tensão. Quando se vê sozinho é a estes traços mnésicos que o bebê irá recorrer, traços da experiência de satisfação e do Outro reconfortante, ainda como uma experiência alucinatória primária. Nesse intercâmbio com o Outro, supostamente a mãe, que fala com o bebê, lhe transmite os primeiros pares significantes, fazendo-o ouvir as diferentes tonalidades de sons, demandando-lhe uma resposta, ainda que por repetição. É esse momento de encontro que promove o encadeamento da cadeia significativa (CATÃO, 2009). E é esta circularidade que fica impedida nos casos de autismo, pois o som produzido pela mãe não o movimenta à busca de uma representação para este som, assim como a mãe também pode não ser capaz de traduzir os gestos do filho.

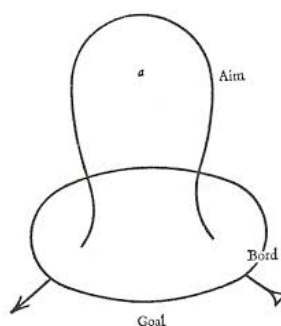
A voz do Outro materno é anterior à do bebê, com treinos de vocalizações e balbucios. Estes são seus primeiros ensaios para a produção de um sujeito falante. Não se verifica, nesses casos de autismo, a produção de balbucios como uma experiência de troca, de busca de uma resposta do outro. O balbucio provoca a resposta do outro, ainda pela via do gozo, mas um gozo que permitirá a entrada no universo simbólico, não um gozo irrefreado e urgente. Para poder suportar o mundo, o autista precisará tê-lo sob seu controle, inalterado e previsível (NOMINÉ, 2013). Esta rigidez também se apresenta no uso da língua e da linguagem.

Se o laço que produz o enodamento da cadeia significante, o som da voz é recebido como barulho, e a recusa da escuta é premente, algo fica sem se operar nesse momento. A criança autista não é surda mas não escuta, não é cega mas não olha. A não-constituição desses dois registros, voz e olhar, compromete ou impede a articulação ao Outro. Nos casos de autismo, a voz não se atrela à função psíquica (CATÃO, 2009).

É este movimento diacrônico entre atração e repulsão que conectará os orifícios, ou objetos pulsionais do organismo, que promoverá a ritmização, a percepção da luz, dos contornos dos gestos e odores (VORCARO, 2013). O que vemos nos casos de autismo é a ausência desta ritmização, pois fica no tudo ou nada, no movimento ininterrupto, ou na passividade perturbante. Tudo para se manter fora desse meio ameaçador.

A introdução da voz como objeto pulsional só se concretizou, com a perspectiva que Lacan tomou emprestado de Saussure e Jakobson. A estrutura de linguagem proposta por esses autores, busca assim dar fundamentos à proposição do inconsciente ser estruturado como uma linguagem. Antes disso, o foco se mantinha, entre os pós-freudianos nos objetos oral e anal, objetos da demanda descritos por Freud. As formulações lacanianas sobre a voz e o olhar como objetos são provenientes da articulação do conhecimento em psiquiatria de Lacan com a teoria do desenvolvimento de Freud, mais as contribuições de Saussure sobre a estrutura da linguagem (CATÃO, 2009). Portanto, todos estes pesquisadores a que nos referimos, propõem refletir a linguagem como campo de troca, mas também como campo de mal-entendidos, de *non sense*, de ambiguidades e todos os outros meios da língua circular com seu ponto vago e irregular, como é possível para a linguagem.

Como forma de evitar a experiência de fusão com o Outro, como uma fantasia de ser devorado, o *infans* busca fora de seu corpo recuperar a perda de gozo, resultando num trajeto pulsional de distanciamento e de laço com o Outro, pois esta busca de um intervalo entre um e outro, é que promoverá o advento do sujeito do discurso. “A borda pulsional articula o laço ao outro, amarra o outro sem fechar seu corte, pelo Outro, guardando certa distância” (VORCARO, 2013, p. 4). Os orifícios que compõem os objetos parciais necessitam ser reconhecidos em suas funções para que executem suas funções de forma adequada, a boca, na busca do que alimento concretamente e simbolicamente, assim como o ouvido e demais orifícios pulsionais.



Circuito Pulsional

(LACAN, 2008)

Por não se completarem, os circuitos pulsionais de ver e ser olhado, nos casos de autismo, este movimento de se fazer objeto do outro não se efetiva. Ele não manifesta esse gozo primeiro de se deixar morder, apertar, cheirar pela mãe ou quem dele cuide.

No autismo, é claro o desequilíbrio no encontro do agente materno com a criança. O que está em jogo nesse momento é a condição psíquica desse agente materno, bem como as condições constitutivas da criança para se apropriar dos registros imaginário/simbólico que estão relacionados ao vínculo (JERUSALINSKY, 1984). Este desencontro não deixa de lado a existência de um fator orgânico, mas, em muitos casos, esse tipo de problema não está presente, ou se está, apresenta uma articulação psíquica peculiar.

Existe uma ferida no narcisismo materno que abre uma fresta pela qual o filho vai dar de cara com o Real. Entretanto, pode ocorrer também de o filho nascer com características traumáticas para a mãe, abrindo para o não desejo que não

sustentará o filho no registro simbólico. O lugar do filho nessa constelação é de fantasma materno, objeto real, expressão de horror, lugar congelado e não nomeado. Nesse contexto, o espelhamento que opera é pura imitação e se estabelece de Real para Real, portanto, não há troca, mas essa experiência de terror de que falamos. “Nossa linha de pensamento leva-nos hoje a situar o autismo em uma estruturação muito particular, na qual uma certa incidência específica da forclusão do Nome-do-Pai, provoca essa não simbolização do Desejo da Mãe” (STEFAN, 1994, p. 25). Ou seja, sem o reconhecimento do Desejo da Mãe, não se inscreve a falta no Outro, que fica super investido de forma aterradora.

No sujeito autista há um gozo primitivo que não se emparelhou com a palavra, mantendo-o cativo e fascinado pelo real do significante, por isso, a repetição incessante de determinadas palavras, ou a relação adesiva a determinados termos ou rede de conceitos, como o caso já citado de Sean Barron, que perguntava incansavelmente o motivo pelo qual as emissoras de rádio levam nomes de letras. Repetindo incansavelmente o som dessas letras, se defendia da experiência de contato invasivo e aniquilador com o outro. Em lugar da palavra que compõe o discurso, o significante desconexo, que causa um gozo automático (NOMINÉ, 2013).

Para a psicanálise, o gozo pode ser experimentado de duas maneiras apenas: como excesso intolerável de prazer e/ou como uma manifestação de tensão extrema no corpo (BRAUNSTEIN, 1995). Isso porque, desde o início da vida o *infans*, pura carne, é tomado como objeto de gozo, de desejo e do fantasma do Outro, ou seja, para se constituir, precisará passar por essas etapas, e ser reconhecido como algo além dessa carne.

Nesse primeiro momento existe uma posição de destaque da mulher na condição de mãe, por ser ela quem “permite ao gozo ousar a máscara da repetição. Ela se apresenta como o que é, como instituição da mascarada. Ela ensina seu pequeno a se exhibir. Os meios do gozo são abertos pelo princípio que ele tenha renunciado ao gozo fechado e alheio, à mãe” (LACAN, 1992). E é nesse contexto que podemos entender que o primeiro impulso sexual no homem é precoce, e o que vai introduzir a divisão entre libido e natureza, além do auto-erotismo orgânico é o discurso. O auto-erotismo, como princípio de gozo, mas gozo que deverá ser refreado, ao se interpor os significantes para a produção do discurso ter início.

Quando o bebê não se oferece como objeto do outro, não se terá a garantia de que o auto-erotismo receba a marca do Outro (*eros*). “Se alguém retira *eros* do

auto-erotismo, se lê: autismo. Nada então garante que o pólo alucinatório de satisfação esteja no circuito e que, saindo, todo o sistema de representações do pensamento inconsciente possa funcionar” (LAZNIK, 2013b, p. 67). E, com isso, os processos de condensação e deslocamento não se efetivam.

É necessário, entretanto, que além de promover o gozo, a mãe também o interdite, pois sua marca de castração é a proibição do incesto (LAZNIK, 2013c). Ou seja, a criança não pode se encerrar no gozo fechado da mãe, pois é este gozo que trará consequências para a (não) estruturação do sujeito, impedindo até, nos casos de autismo, a passagem pela alienação.

A alienação pode ser entendida como o período em que é necessário que a mãe “empreste” ao bebê uma imagem, um significante, um lugar discursivo, para que possa advir seu desejo. É um momento em que o sujeito é falado, portanto, ele ainda está elidido como sujeito.

A alienação suportada, momento do surgimento do primeiro significante desencadeia o processo de separação, segundo significante e advento da própria cadeia, onde as marcas maternas se deslocam e dão espaço para que outras marcas sejam impressas. Entretanto, nem tudo é sacrificado nessa operação, fica um resto, o objeto *a*, que se condensa com os objetos parciais: olhar e voz (JARDIM, 2001). Esses objetos resistiram ao sacrifício do Outro, e é, por isso, que o sujeito se apóia neles para existir enquanto desejo, e não se tornar submisso ao Outro.

Pode-se gozar da vida sem se alienar aos significantes-mestres? É a questão que nos coloca o autista. Para gozar, há que ter um corpo, posto que não há gozo senão do corpo. Porém, ter um corpo supõe que se tenha alienado seu ser ao discurso do Outro. Um corpo é, portanto, uma entidade simbólica reconhecida pelo Outro, um corpo é um objeto dominado pelo significante-mestre (NOMINÉ, 2013, p. 10).

É o significante-mestre que promove a unicidade do corpo, e civiliza seu gozo, pois dá ao sujeito condições de se apropriar desse corpo, de saber ao menos minimamente o que pode e o que não pode fazer com ele para ter capacidade de preservar esse corpo.

Além de ser cativo do significante, o autista estabelece uma relação muito específica com seu corpo: seu andar é característico, sua dor é de outra ordem, seus movimentos estereotipados, de automutilação marcam uma radical diferença

de relação com o corpo. Esse modo de contato com o corpo demonstra os efeitos da rejeição à alienação ao discurso do Outro. Isso é fundamental, pois só aceitando se alienar à demanda do Outro, que poderá se passar pela experiência de prazer, de um gozo associado aos significantes e ao amor do Outro. Mas há uma paga por isso, o sujeito terá que renunciar a uma parte de seu gozo (CATÃO, 2009).

No autismo, a relativização está ausente muitas vezes, onde a posição é tudo ou nada. A representação significativa nesses casos é sem resto, para ele, é tudo ou nada, O ser do autista fica à deriva do discurso, uma deriva na direção do gozo apenas, ou, um gozo à deriva (LAURANT, 2013). O objeto *a* não está presente, e o enodamento entre os três registros, real, simbólico e imaginário não se efetiva, ficando os três à deriva.

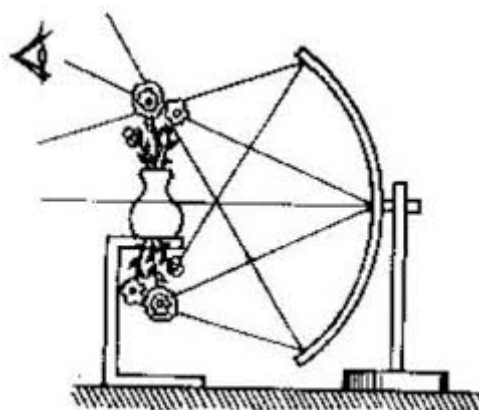
O termo carapaça, proposto por Tustin (1984) refere-se à inexistência de um envoltório corporal de um sujeito que não reage à imagem de seu próprio corpo, em lugar de um espelho que funciona diante do Outro, existe uma barreira corporal na qual se esconde. “A carapaça funciona como bolha de proteção para o sujeito. Se ele não tem corpo, e, portanto, não tem imagem do corpo, tem uma cápsula ou uma bolha muito sólida que lhe permite defender-se das manifestações do Outro que lhe são dirigidas” (LAUREANT, 2014, p. 78). A carapaça pode também ser considerada como a imagem espectral, de uma sombra, e não de um objeto contornado.

A relação com o Outro na criança autista (SOLER, 1997 apud LEITE, 2005) apresenta as seguintes particularidades: ela se sente perseguida pelos signos que presentificam o Outro, em especial a voz e o olhar; existe um movimento insistente de anulação do Outro, a ponto de muitas vezes se confundir com casos de surdez, além da ausência de um olhar dirigido ao outro; recusa à demanda do Outro, e também recusa em demandar, isso para que garante por esse meio, a distância do Outro (LEITE, 2005). A recusa do olhar e da voz do Outro são, portanto, os meios para impedir qualquer demanda.

Se é a identificação ao Outro pelo olhar que promove o sujeito dividido, não havendo especularidade, não haverá, portanto, o advento desse sujeito, o que ocorre em lugar disso é um duplo que o autista localiza em cada outro, mas sem haver semelhança entre ele e qualquer outro, estabelecendo assim um impulso para o gozo desenfreado que coloca em risco a integridade do outro, essa parte que a linguagem não eliminou. “Essa necessidade é a fonte da exaltação pulsional do autista, ou seja, da destruição/autodestruição como satisfação-gozo da única pulsão,

pulsão de morte” (LEFORT; LEFORT, 2003 apud LAURENT, 2014, p. 47). Uma situação que exemplifica o que apresentamos sobre a relação com a televisão ou outro aparelho eletrônico que eleja, conforme mencionamos.

O reconhecimento da *imagem especular* feito por meio do Outro, é de grande importância na abordagem lacaniana. Um momento em que a criança busca o olhar do outro que dele cuida. O reconhecimento da imagem no espelho diz respeito tanto a um momento lógico, quanto cronológico, e se estabelece em torno do sexto mês de vida, sendo essa uma das poucas referências que faz em sua obra sobre o tempo cronológico, pois ele resistiu firmemente às concepções genéticas de um desenvolvimento cronológico e linear do aparelho psíquico. Este momento de relação jubilatória com a imagem do próprio corpo no espelho é crucial porque é essa imagem que dará ao bebê seu senso de unidade de si mesmo e dos objetos (LACAN, 1998a), oferecendo deste modo as premissas para o estabelecimento da relação com os outros, seus pares.



(LEITE, 2001)

O esquema óptico apresentado por Lacan para explicar o estabelecimento da imagem do corpo, foi criado por M. Bouasse, o qual demonstra como é criada a ilusão de que um buquê de flores, escondido no campo de visão de quem observa, está em um vaso que está lá de fato. Nesse esquema, o objeto real – o vaso – se liga a algo que se tem a ilusão de que está lá, algo que dá a impressão de se tratar de um objeto real, mas que na verdade aparece como uma imagem. As flores que não estão no vaso são denominadas por Bouasse de *imagem real*. Dessa forma, o sujeito pode ver tanto as flores acima quanto abaixo do vaso, tendo a ilusão de ver os dois, o *objeto real* e a *imagem real*, formando um conjunto, uma unidade (LACAN,

1998b, p. 205-206). Se nesta operação, o infans tem condições de estabelecer uma distância entre estes dois registros, um espaço é criado entre ele e o Outro. Este é um dos passos imprescindíveis para que o sujeito advenha.

Pelo esquema óptico podemos extrair a referência de uma metáfora para as primeiras operações do aparelho psíquico. Por analogia, compreendemos a constituição do corpo, pela mesma via de ilusão do vaso com as flores.

Esse esquema (...) apresenta uma montagem de um objeto real e a imagem real, de algo que existe e de algo que não existe: uma ilusão. O próprio corpo seria fruto da articulação entre o real do bebê – que vamos chamar de organismo, simplificando – e algo que, de acordo com a minha hipótese, viria a ser nele incorporado; uma imagem que através do efeito com o real do que chamei de olhar dos pais, viria a ser a unidade com o real do bebê. Aqui é uma imagem apenas para o aparelho psíquico dos pais (LAZNIK, 2013d, p. 206).

Para poder avançar na relação especular, Lacan introduz um elemento a mais no esquema de Bouasse. No dispositivo, o sujeito do olhar, o olho do esquema, deve ser o Outro, e não a própria criança. Para a criança ser capaz de ver a si mesma Lacan propõe a introdução de um espelho plano, para assim, num ato jubilatório se reconhecer na imagem que lhe oferecem.

Segundo Vorcaro (2013), o sujeito resulta dessa perda da possibilidade de identificar-se plenamente ao objeto da falta do Outro. O autista, para se proteger da imagem totalitária, se representa totalizado. Recusando-se a participar da produção significante recusa demandas para neutralizar a presença do Outro (SOLER, 1997). Não nos esqueçamos que este movimento é incessante, pois o mundo externo convoca a todos para dele fazer parte, ou então, será colocado em posição diferenciada, leia-se, discriminada, e até, excluída, respondendo com o mesmo movimento ao que o autista (não) oferece ao Outro.

Considerando-se as contribuições de Agamben sobre o termo dispositivo, a partir de Foucault (1996) o autor eleva o termo dispositivo à categoria que esclarece o mecanismo político contemporâneo. Segundo Agamben (2009, p. 47):

O que define os dispositivos com os quais temos que lidar na atual fase do capitalismo é que estes não agem mais tanto pela produção de um sujeito, quanto por meio de processos que podemos chamar de dessubjetivação. (...) O que acontece agora é que processos de subjetivação e de dessubjetivação parecem tornar-se

reciprocamente indiferentes e não dão lugar à recomposição de um novo sujeito, a não ser de forma larvar, e por assim dizer, espectral. Na não-verdade do sujeito, não há mais, de modo algum a sua verdade.

Observemos que, o que aponta Agamben pode se confirmar no processo histórico de delimitação e caracterização do quadro de autismo. O sujeito dessubjetivado da modernidade, torna-se um *espectro*, algo sem nítido contorno e sem qualquer tentativa de ressubjetivação. O olhar espectral não tem foco, não abre para o reconhecimento de um outro, mantendo uma condição de duplicação do mesmo, de identificação que encerra o sujeito na posição de assujeitado, de alienado.

Transpondo tal condição para a questão do autismo, na relação entre mãe e filho autista, a ausência de subjetivação ocorre por não haver nenhuma troca, o olhar é para o nada, para o vazio.

No atendimento psicanalítico de crianças autistas, cada caso é considerado único, levando em conta o sofrimento e a necessidade de cada família, pois os pais são aqueles que participam da vida dessa criança, atualmente, é incluí-los no atendimento, para que todos experimentem e exercitem o contato com ela. A troca de experiência e de possibilidades de abertura para o contato com essa criança, entre o profissional e os familiares promove a diminuição da angústia de todos.

A tarefa do psicanalista será a de encontrar essas possibilidades de abertura, como por exemplo, buscar sentidos nos movimentos repetitivos da criança, e oferecer possíveis significados, fazendo laço com o discurso (ESCLARECIMENTO..., 2013). Nesse trabalho, é importante respeitar o limite e a tolerância da criança e dos demais membros da família, especialmente da criança com autismo, pois a ultrapassagem desse limite pode resultar num fechamento ainda mais intenso.

Entre os pós-freudianos, as fases oral e anal se sucediam cronologicamente em etapas de desenvolvimento da libido da criança, sob a perspectiva que finalizava no objeto genital. A leitura estruturalista questiona a abordagem desenvolvimentista, pois nesses termos, não se pensa apenas em automatismo biológico. O que põe em movimento o desenvolvimento não são os estímulos externos; a organização do corpo do bebê se efetiva pelas marcas simbólicas deixadas nele pelo Outro, marcas que delimitam as bordas do que, nos buracos do corpo, o objeto falante escavou. O

que marca o ritmo do desenvolvimento é o desejo do Outro operando sobre a criança por meio de seu discurso. A maturação funciona mais como limite do que como causa (JERUSALINSKY, 1989). Esses buracos são o que foi denominado objetos parciais, e a partir deles foi que Lacan formulou seu conceito de objeto *a*.

O conceito de objeto *a* foi desenvolvido por Lacan ao longo de seu ensino. Num primeiro momento era referido ao outro semelhante, posteriormente foi concebido como objeto perdido. Mais à frente, ele foi considerado fonte de angústia e causa de desejo. Já a teoria do objeto transicional desenvolvida por Winnicott, que aparentemente poderia ser qualquer objeto com o qual a criança estabelece um vínculo, foram retomadas por Lacan em vários momentos de sua produção. Com a contribuição de Winnicott, Lacan delimita a estrutura paradoxal do “espaço ilusão” que não interior ou exterior ao sujeito, chegando a reconhecê-la como um emblema do *objeto a* (CATÃO, 2009).

O objeto *a* advém da representação no tempo de sua constituição, que é perdido antes de existir.

No autista, como falha a função de representação, a voz não chega a se constituir como objeto pulsional, permanecendo como barulho (...) A voz no autismo não desempenha sua função de articulador primordial entre real e simbólico (CATÃO, 2009, p. 128).

Este é outro meio que o autista encontra para se manter desconectado, alheio ao universo circundante.

Segundo Vorcaro (2008), o que leva o autista à recusa ao Outro, é a posição de objeto de gozo de uma potência, que o faz retirar seu corpo da experiência com este Outro, seu intermediário, para seu advento no universo discursivo. A ligação ao Outro estando impedida, não permite que as pulsões parciais sejam erogeneizadas, não permitindo o laço, ficando à deriva para não se reduzir a objeto de gozo do Outro. O *objeto a* é algo que pode ser partilhado entre sujeito e Outro, servindo como “semblante” para ambos, e que de acordo com a equação simbólica proposta por Freud, estabelece uma equivalência entre as produções inconscientes, o dinheiro, as fezes, o pênis, ou o próprio bebê.

É por meio do objeto *a* que o fantasma fundamental se faz presente, tornando o real habitável, pois isso tem relação com o reconhecimento pelo sujeito da falha do Outro, ou ainda, da castração no Outro (CATÃO, 2009). A dimensão mais importante que configura o objeto *a* é esse estatuto de real, permanecendo dessa maneira, fora

do simbólico. Ainda que se presentifique nos três registros, é no real que sua estrutura se destaca. Se o significante está no simbólico, a letra está no real, e por isso é possível o recalque. Ela é a parte do simbólico que cai no real como consequência da articulação significante.

Como afirma Lacan (1998g, p. 862), “O seio é objeto *a* como especificado na função do desmame, que prefigura a castração. (...) É entre o seio e a mãe que passa o plano de separação e que faz do seio o objeto perdido que está em causa no desejo”. Ou ainda, o objeto *a* é inapreensível material ou visivelmente, sua característica fundamental é um vazio que o contorna, o vazio da castração, caracterizando assim a incompletude característica do humano.

O vazio da castração implica na condição de assujeitamento. Se o bebê necessita da captura do olhar do Outro, acreditamos que haja uma fértil articulação a esta condição do sujeito moderno e o que Agamben (2009, p. 40-41) denomina de dispositivo do mundo moderno:

qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos. Não somente, portanto, as prisões, os manicômios, o Panóptico, as escolas, a confissão, as fábricas, as disciplinas, as medidas jurídicas, etc. cuja conexão com o poder é num certo sentido evidente, mas também a caneta, a escritura, a literatura, a filosofia, a agricultura, o cigarro, a navegação, os computadores, os telefones celulares e – por que não – a própria linguagem, que talvez seja o mais antigo dos dispositivos, em que há milhares de anos um primata – provavelmente sem se dar conta das consequências que se seguiriam – teve a inconsciência de se deixar capturar.

O dispositivo não fica então referido apenas às condições da modernidade, mas à condição humana de precisar se fazer capturar pela imagem do Outro, refletindo vários contextos e vários efeitos no modo de ser, pensar e estar no mundo.

Após nos situarmos quanto ao contexto histórico, político e social sobre a loucura na civilização, e também nos dedicarmos a investigar as teorias linguística e psicanalítica sobre o sujeito do discurso, e ao que nos interessa como referência às características do autismo, no próximo capítulo pretendemos refletir os modos de circularidade e as marcas de heterogeneidade do discurso sobre o autismo, sobre os dispositivos de poder no cuidado e atenção do Estado a esses sujeitos, como

também o discurso do próprio autista, com o intuito de indicar a variedade de discursos que compõem esse universo discursivo sobre do autismo, bem como o amplo campos discursivos que se abrem, abarcando dentre outros, o discurso da ciência.

4. OS DISCURSOS SOBRE O AUTISMO E O DISCURSO DO AUTISTA



Foto: Timothy Archibald. Fonte: <http://frigideira.soubh.com.br/2013/05/09/pai-capta-universo-particular-do-filho-atraves-de-fotos/>

O que esperamos na ágora reunidos?

É que os bárbaros chegam hoje.

*Por que tanta apatia no senado?
Os senadores não legislam mais*

É que os bárbaros chegam hoje.

*(...)Por que o imperador se ergueu tão cedo
e de coroa solene se assentou
em seu trono, à porta magna da cidade?*

*É que os bárbaros chegam hoje.
O nosso imperador conta saudar
o chefe deles. Tem pronto para dar-lhe
um pergaminho no qual estão escritos*

muitos nomes e títulos.”.

Konstantino Kaváfis

Neste capítulo, faremos uma análise das conjunturas que levaram o autismo a emergir como um acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008), pois observamos que no autismo, considerado uma patologia mental que necessita do atendimento de uma equipe de profissionais, esta relação de dependência estabelece uma relação de poder, conflitos e embates, tanto entre os especialistas, quanto pela população atendida, os quais precipitam as condições para um acontecimento discursivo.

A partir da referência foucaultiana, Guilhaumou (2009, p. 97-98) define o acontecimento discursivo como

regulador dos possíveis no universo discursivo, ele é também lugar de resistência, enquanto produtor de esquemas oriundos da língua empírica, em toda tentativa “estruturalista” de descrever a língua como um objeto de conhecimento à parte, isto é, fora de sua formação histórica.

Conforme verificamos nas construções teóricas sobre as patologias mentais infantis, o autismo se tornou referência maior nesse campo de conhecimento, indo de uma ausência de denominação a um aspecto de grande destaque a cada nova versão do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM)*, da Associação Psiquiátrica Americana (APA). Estas mudanças refletiram nas formas de se referir ao autismo e ao autista.

Para ratificarmos nossa proposta, trouxemos como material de análise, recortes de discursos variados sobre o autismo, pois suas sucessivas mudanças resultaram na ampliação de classificações diagnósticas, uma crescente medicalização, a indicação dominante do tratamento pela abordagem cognitivo-comportamental, e o destaque cada vez maior dado às patologias mentais infantis. É especialmente este aspecto nosso objetivo, particularmente, mostrar como o Manual provocou o que vem sendo chamado de “epidemia de autismo” e de que modo a sua quinta edição virá inflacionar mais ainda os números de casos diagnosticados com graves consequências para pais e crianças.

Nosso corpus se compõe por três entradas discursivas: o discurso do Estado, com suas leis sobre os cuidados garantidos aos autistas, o discurso da ciência aqui materializado no DSM V e também nos discursos dos profissionais da área, e por fim, o discurso do sujeito autista.

Para se constituir um corpus, o destaque a se dar a um enunciado específico, dentre outros, será de fundamental importância reconhecer como referência, um conjunto de formulações que compõem a trama de sequências discursivas (COURTINE, 2014). As condições de produção desse trabalho apontam duas tendências, uma homogênea e outra heterogênea.

De acordo com Foucault, a forma de um corpus, se refere a um domínio associado do enunciado do qual se pode “determinar o interdiscurso de uma FD, sob a forma das relações de repetição, refutação, transformação, redefinição, etc.” (COURTINE, 2014, p. 90-91). Com a construção metodológica de análise, vemos em Pêcheux (1995) o destaque dado às posições ideológicas que determinam a trama das Formações Discursivas.

A escolha se fez apoiada no que apresentamos nos capítulos anteriores, especialmente no que diz respeito à posição do sujeito que participa diretamente desse universo discursivo sobre os autistas. Lembrando que, as iniciativas e compromissos de cuidado, oferecidos pelas redes de saúde do Estado, de que necessita e se serve esse sujeito são, e sempre serão atravessadas por mecanismos de poder dominante.

4.1. O MÉTODO DE ANÁLISE INTERPRETATIVA DO DISCURSO

Nosso trabalho de análise, como já destacamos, terá como referencial metodológico a Análise do Discurso de linha francesa fundamentada teoricamente por Pêcheux (1995), que utiliza como objeto de pesquisa o discurso falado pelo homem, em constante movimento, trazendo em cada sujeito uma marca de subjetividade e, portanto, de heterogeneidade.

Segundo Courtine (2014), o discurso é a articulação entre língua e fatores exteriores a ela, denominados discursos produzidos. Do discurso cabe investigar o sujeito que enuncia, a que ele se refere, com seus temas, condições em que ele é produzido e interpretado, relações do discurso com a língua e a organização linguística do resultado do que é produzido nela. Vemos então, que uma variedade de aspectos é considerada no trabalho de análise do corpus de um discurso.

É a materialidade do discurso que serve de material de análise para a Análise do Discurso:

A materialização, sob a forma de procedimentos determinados, de um corpo de propostas teóricas que visam ao discurso como 'objeto de conhecimento' expõe o discurso como objeto empírico concreto, ou "objeto real". É a condição na qual pode ser empregada a expressão "o objeto da Análise do discurso" ou 'o discurso como objeto' (COURTINE, 2014, p. 31).

A materialização só se faz possível no campo de uma determinada Formação Social, espaço onde ocorrem os efeitos de sentido que são produzidos. Na perspectiva da Análise do Discurso (PÊCHEUX, 1995) é a Formação Social que determina as condições de produção de um discurso, estando ela sempre atrelada ao funcionamento ideológico dos sujeitos que da língua se apropriam para produzirem seus discursos. Mas todo discurso é interpretado por seus interlocutores, portanto a objetividade concreta do discurso proferido é afetada pelo imaginário de cada um que o lê e interpreta. Estas leituras e interpretações criam subgrupos que circulam e se reorganizam constantemente e são denominadas Formações Discursivas.

Define-se em categorias a maneira em que se empreende o Processo Discursivo. Primeiramente, consideramos a Formação Social, espaço onde o sujeito se posiciona, ocupando um lugar de (não) poder na sociedade que está inserido. Nesse espaço, se empreende um movimento marcado pela contradição entre regiões ideológicas em que a desigualdade se presentifica e se relaciona com a luta de classes e com os interesses econômicos, formando a trama das Formações Ideológicas, que ao materializarem a Ideologia, formam uma rede heterogênea e complexa e palco desse espaço social onde os sentidos se naturalizam (PÊCHEUX, 1995).

De acordo com Courtine (2014), o conceito *formação discursiva* foi utilizado inicialmente por Foucault em *A Arqueologia do Saber* (1969), e não se referia ao campo teórico da Análise do Discurso, por não considerar conceitos como sujeito e ideologia. Os questionamentos feitos por Foucault sobre as Formações Discursivas, referem-se mais às condições históricas e discursivas que compõem os campos de saber. Estes questionamentos não abordam diretamente conceitos como discurso, sujeito e ideologia, mas remetem a eles conseqüentemente.

É por esse caminho que a Análise do Discurso se utiliza do conceito de Formação Discursiva e o define a partir das contribuições de Pêcheux (1995), com a proposta de elementos conceituais e de um trabalho inédito de análise.

A noção de Formação Discursiva (PÊCHEUX, 2009) derivou para a ideia de uma máquina discursiva de assujeitamento dotada de uma estrutura semiótica interna e por isso mesmo voltada à repetição. Pêcheux (2009) concebe a Formação Discursiva como a materialização do discurso de uma Formação Ideológica específica, sendo esta última conceituada como um elemento capaz de intervir como força antagônica, em confronto com outras Formações Ideológicas que compõem uma Formação Social.

No campo dos discursos sobre o autismo, destacaremos a tendência antagônica de duas formações discursivas dos movimentos dentro do campo discursivo do autismo, uma que tende à homogeneização do olhar sobre as patologias mentais, buscando enquadrar em categorias sujeitos singulares. Outra, e a que mais nos interessa aqui, é a marca de heterogeneidade que carrega esse campo discursivo.

Para esclarecermos melhor esse movimento antagônico, lembramos Pêcheux (2009) ao afirmar que o sujeito pragmático, cada um de nós, frente às urgências da vida, tem uma grande necessidade de homogeneidade lógica. Isso se verifica tanto nas simples questões da existência, até as grandes “decisões” da vida social e afetiva. “O Estado e as instituições funcionam o mais frequentemente possível como pólos privilegiados de resposta a essa necessidade ou a essa demanda” (PÊCHEUX, 2009, p. 34).

Existe apenas um sistema da *língua*, tanto para o materialista, quanto para o idealista, para o conservador ou para o revolucionário, para quem dispõe de um determinado conhecimento e para quem não dispõe. Mas, não é, por isso, que esses variados personagens produzem um mesmo *discurso*. A *língua* é a base para todos os processos discursivos compreendidos nela como tal. Ela é indiferente à luta de classes, mas as classes não são indiferentes à língua, pois todo processo discursivo está referido a uma relação ideológica (PÊCHEUX, 1995).

E ainda, o que é próprio da língua, se manifesta a partir de uma divisão discursiva entre dois espaços. O primeiro tende a manipular significações estabilizadas, normatizadas por um ideal de higiene pedagógica do pensamento. O segundo, tende a transformações do sentido, por escapar a qualquer norma previamente estabelecida, um trabalho do sentido sobre o sentido, abrindo assim para o uso do recurso linguístico da paráfrase e da polissemia, em que uma mesma

palavra ou um discurso podem ser transformados em vários outros, mantendo ainda o sentido primeiro (PÊCHEUX, 2009).

O pensamento é concebido como fundamentalmente inconsciente. O chiste (*witz*) dá a ilusão do domínio sobre o inconsciente. Portanto, não há dominação sem resistência, e, além disso, não existe possibilidade de se pensar do lugar de outro, é, por isso, que é preciso ousar pensar por si mesmo, pois acreditar que a fala de um é mera reprodução da fala de outro, não passa de ilusão, ou seja, cada um é senhor de seu discurso, ainda que atravessado por outros discursos (PÊCHEUX, 2009).

A Formação Discursiva, de uma outra perspectiva, e se contrapondo à questão do discurso de cada sujeito ser único, também permite compreender os diferentes sentidos de uma mesma palavra, “pois toda palavra chega a um contexto vinda de um outro contexto, elas são ‘carregadas’, ‘ocupadas’, ‘habitadas’, ‘atravessadas’ de ‘discurso’”, como afirma Authier-Revuz (2004, p. 36), relacionando essa marca de heterogeneidade discursiva ao advento do sujeito que se opera a partir do discurso do Outro, condição imprescindível para se inscrever no universo da linguagem. Portanto, o discurso do sujeito é estruturalmente marcado por outros discursos e/ou pelo discurso do Outro. A marca do inconsciente se manifesta pelo ‘discurso do Outro’ e designa no sujeito a presença de um ‘sujeito’ que funciona como aparente dono e senhor de seus atos.

Segundo Courtine (2014), a Formação Discursiva compreende dois níveis distintos do discurso. O primeiro se refere ao *nível do enunciado*, e que diz respeito à regularidade discursiva, ou seja, o que é possível e está à disposição do sujeito para a produção de um enunciado. O segundo nível se refere ao que o sujeito é “autorizado” a dizer do lugar que fala e para os interlocutores que o escutam, denominado por Pêcheux de *interdiscurso*. “O *interdiscurso* põe em conexão os elementos discursivos do *pré-construído*, que fornece a matéria-prima na qual o sujeito se constitui enquanto “sujeito falante” com a formação discursiva que o assujeita” (PÊCHEUX, 1995, p. 167).

Lembremos do efeito subversivo que os trabalhos de Marx, Freud e Saussure causou ao campo científico, e que podem servir de exemplo para o que o que se denominou acontecimento discursivo, quando ocorre um corte radical sobre o pensamento intelectual, de uma determinada época. Esta ruptura é uma nova definição proposta por PÊCHEUX (2009), ao formalizar os conceitos da Análise do

Discurso, mas foi Michel Foucault quem formalizou este conceito (2008). Consideramos a diferença fundamental entre a concepção de acontecimento discursivo em Foucault e Pêcheux, este aspecto de corte destacado por Pêcheux (2009). Em Foucault verificamos um movimento histórico de constante mudança e transformação que localiza o Acontecimento Discursivo em uma determinada conjuntura, mas não necessariamente pelo estabelecimento de um corte entre o discurso anterior e o discurso atual. Seria ele a resultante deste processo contínuo.

O trabalho específico com a letra, o símbolo, o vestígio, a partir de Marx, Saussure e Freud, abre uma falha nas pedagogias vigentes, nas tecnologias industriais e biomédicas, bem como nos humanismos moralistas ou religiosos. Este trabalho também questiona a dualidade biológico-social, estremecendo o narcisismo da humanidade (PÊCHEUX, 2009). Se o movimento estruturalista coloca uma questão que marca toda uma diferença do posicionamento do sujeito, é porque ela aponta um fato estrutural, próprio à ordem humana: a castração simbólica, indicando, com isso, a impossibilidade de tudo ser lembrado, dominado, controlado no discurso do sujeito. Esta concepção nos permite refletir e entender a recusa ao tratamento psicanalítico que não se interessa em nada pelo domínio e controle do discurso do sujeito, pois o concebe como impossível para isso, já que atravessado pelo inconsciente que intervém no discurso à revelia da vontade do sujeito que produz seu discurso.

O discurso-outro, como presença virtual da sequência materializada, carrega a evocação do outro como lei do espaço social e da memória histórica. E é nessa condição que a disciplina de interpretação trabalha (PÊCHEUX, 2009). A enunciação de um discurso compõe-se de variadas vozes presentes interdiscursivamente, caracterizando esse discurso como possuidor de muitas vozes, com marcas de heterogeneidade, e ao mesmo tempo, a marca de um discurso dominante que atravessa o sujeito ao enunciar.

Authier-Revuz (2004) propõe a heterogeneidade como intrinsecamente constitutiva e podendo ser mostrada marcada ou não-marcada. A heterogeneidade mostrada marcada é a que deixa o outro aparecer no fio do discurso como no discurso direto e nas aspas. A mostrada não-mostrada está nas mais diluídas, há menos pistas para identificar a presença do outro como no discurso indireto livre. Nela, o sujeito enunciador estabelece um “acordo” com o discurso do outro, marcando explicitamente o caráter heterogêneo do discurso, como uma tentativa

ilusória de delimitar territórios entre o seu discurso e o discurso do outro, tomado com “um”, tentando negar a heterogeneidade constitutiva que se manifesta implicitamente pela retomada de já-ditos, dados pelo interdiscurso, marcando a ausência de neutralidade da palavra que circula e habita uma infinidade de discursos outros que se constituem por embates, pactos, ajustes e consentimentos. Authier-Revuz (2004) considera que estudar o modo no qual, nos diversos tipos de discurso, funcionam as formas de heterogeneidade mostrada, é se permitir acesso a um aspecto da representação que dá o locutor de sua enunciação, representação que traduz o modo de negociação (recusa) preparado na duração de uma fala, pelo sujeito, de uma fala “normal”.

Authier-Revuz sustenta suas postulações sobre heterogeneidade na psicanálise de Lacan e no dialogismo de Bakhtin. Da psicanálise, ela se utiliza da ideia de que sob as palavras do discurso, sob a materialidade discursiva outras palavras são ditas, assim é por meio da linguagem que o analista pode reconstruir esse discurso que não está posto. Discurso Outro/outro. Afirma a autora:

A psicanálise mostra, através de sua própria prática e de sua própria problemática, ambas não linguísticas, como lei de qualquer palavra (...) que sob nossas palavras, “outras palavras” sempre são ditas; que através da linearidade de uma “única voz” se faz ouvir uma “polifonia”; que todo discurso parece se alinhar sobre várias pautas de uma partitura, e que o discurso é constitutivamente atravessado pelo ‘discurso do Outro’ (AUTHIER-REVUZ, 2004, p. 69).

É pela heterogeneidade da palavra que se pode conceber, portanto, o descentramento do sujeito, sempre tomado por outras vozes quando produz seu discurso.

O lugar da memória (ACHARD, 1999) é aquele que estabelece a condição de legibilidade do dizer, posto que as palavras não guardam um sentido em si mesmas, mas significam pela anterioridade, pelo arquivo que elas constituem (e que as constituem), e pelo movimento construído socialmente a partir da relação delas com o poder. Consideramos importante ressaltar que a memória não é tomada aqui como cronologia histórica, como sinônimo de datas, ou como narrativa linear, mas como memória discursiva. A memória discursiva permite ao sujeito resgatar do campo discursivo tudo o que nela está disponível.

O método interpretativo proposto pela Análise do Discurso (Pêcheux, 1995) tem seu foco de investigação voltado para os dados marginais, os resíduos, os não ditos, pois são considerados reveladores, tal como o trabalho de um detetive ao tentar decifrar a cena de um crime. Utiliza como “corpus” a materialidade linguística por meio de depoimentos escritos ou orais, textos, documentos e efetua recortes desse material. No trabalho de escuta são tomados como objetos de investigação, a estrutura discursiva, a posição ocupada pelo sujeito, as cenas que descreve e constrói. Com base nesses pressupostos e atentos às construções discursivas, aos modos de dizer e à materialidade discursiva, pretendemos realizar além de um trabalho interpretativo, a investigação da produção de sentidos em um dado funcionamento discursivo constitutivamente heterogêneo, mas não aparente da enunciação (AUTHIER-REVUZ, 2004), trazendo do passado um acontecimento pontuado numa cadeia significativa, ou na maneira como as evidências se estabelecem.

Por ser um importante aspecto tanto em termos teóricos quanto em termos de *corpus* de análise, é relevante destacar que a prática da atividade científica cria um abismo aos leitores fora do corpo dos especialistas, assim, “a ‘língua’ dos cientistas torna-se, fora dos muros da comunidade, uma língua estrangeira: uma ruptura se produz na intercompreensão” (AUTHIER-REVUZ, 1998, p. 108). Neste campo, existe um trabalho em transmitir aos leigos estes conhecimentos, de maneira acessível, trazendo em si um posicionamento ideológico tranqüilizador da ordem e das representações por ele reforçadas: a Ciência como um saber que circula entre uma elite, e a repartição desigual desse saber. Um movimento identificatório se estabelece, com o intuito de gratificar o leitor e o divulgador, aparentando a superação dos obstáculos ao saber (AUTHIER-REVUZ, 1998). Entretanto, este material acessível é produzido por esta elite dominadora atravessada por seu posicionamento histórico-ideológico, sendo sempre uma leitura, um modo de dizer entre vários outros possíveis. Por isso,

esse discurso é também o lugar em que se celebra, ausente, um discurso absoluto, homogêneo, monológico, de que ele próprio é só mais uma imagem degradada. Evidentemente, o discurso ganha desse funcionamento um efeito de sacralização, mas, sobretudo, é a encenação da comunicação que se beneficia da força dos esquemas míticos que ela põe em jogo: aquele, nostálgico da língua original, e aquele, caro ao narcisismo espontâneo – ou teorizado – do

pensamento (...). Assim, atrás da missão de restabelecer, nos fatos, a comunicação, a divulgação científica preenche uma outra função visa à “coesão social”: prover numerosos leitores de uma representação confortável de sua posição relativa à ciência (AUTHIER-REVUZ 1998, p.125).

Segundo a ótica aqui proposta, o discurso nunca é confortante, totalmente esclarecedor, pois, ao considerarmos o efeito do real na língua do sujeito, apenas por isso levamos também em conta, o que irrompe, o engano, o que foge ao controle do dizer do sujeito.

Por propormos pensar o autismo como um acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008), tentaremos destacar em nossas análises, esse aspecto para podermos assim confirmá-la, considerando-o um campo discursivo onde uma gama variada de discursos se produz e reflete na forma do sujeito se posicionar, tanto o autista, quanto todos os que fazem parte deste discurso, como variadas especialidades médicas e da saúde, e suas variadas abordagens, além do discurso pedagógico, do discurso dos pais, e especialmente do discurso do próprio autista, compondo assim uma trama variada de discursos que abordam tal tema.

4.1.1. O DISCURSO DO ESTADO: PROPOSTAS, CONFRONTOS E OUTRAS LEITURAS

Para expor materialmente o que apresentamos da teoria, traremos um recorte de documentos do Estado que esclarecem e orientam a forma de responsabilidade e de atendimento aos portadores de autismo, utilizando-nos da metodologia de análise sob a qual nos pautamos para esse trabalho, as formulações de Pêcheux (1995). O sujeito do discurso não é dono de sua racionalidade e nem de sua consciência, impossível de ser categorizado ou generalizado, pois possui em sua subjetividade uma marca singular. O discurso é materializado pelo sujeito, que num processo social e histórico reutiliza e ressignifica a língua.

Os documentos apontam logo de início a Constituição Federal, de 1988, em seu artigo 226 afirma ser dever da família, da sociedade e do Estado dar garantias à criança e ao adolescente, priorizando o direito à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-la à salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Lembra ainda que todos os direitos reservados à criança e ao adolescente compõem o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), garantindo ainda proteção prioritária integral.

Vemos assim, que a garantia expressa na lei, entre sua proposta e sua prática, possui uma distância intransponível, não apenas por problemas político-sociais e administrativos, mas também em razão da idealização de sua proposta, a garantia de segurança irrestrita e soberana sobre a criança.

O documento apresenta ainda a Lei 8080/90 referente ao SUS – Sistema Único de Saúde, que garante como direito aos cidadãos e dever do Estado, ações e serviços para o atendimento das necessidades de saúde das pessoas, sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade. A universalidade é o grande diferencial dessa lei, pois todas as leis anteriores deixavam de fora cidadãos menos favorecidos, ou desempregados. Também a atenção integral dá garantia de todo e qualquer tipo de tratamento que o usuário necessitar. A equidade se refere ao senso de justiça, imparcialidade e respeito à igualdade de direito. O desafio para garantir tais princípios é muito grande e entre a proposta da lei e sua prática existe um longo processo de legitimação em meio a conflitos diversos.

Mais uma vez verificamos um ideal longe de sua prática, pois, se os direitos dos cidadãos são legalmente garantidos, seus deveres também o são. Portanto, estes serviços que são oferecidos, necessitam da garantia dos deveres de cada cidadão de pagar seus tributos, lembrando ainda que é utópica a proposta de equidade social, uma vez que consideramos o olhar sobre uma realidade em que a desigualdade e a subordinação dos que tem menos recursos aos que tem mais, também colocam em jogo a oferta dessas garantias.

Especificamente em relação ao atendimento de portadores de doenças mentais, o documento lembra o Movimento de Reforma Psiquiátrica, pregando uma sociedade sem manicômios, em que um processo político e social complexo, visa a implantação de serviços de saúde mental a esses usuários que antes estavam internados. Lembra ainda o documento que esta reforma, além de lenta, foi marcada por impasses, conflitos e tensões. E apesar do documento não citar, o atendimento dado aos pacientes internados no Brasil e fora dele, sempre foi caracterizado por tratamento desumano, em que eram colocados à margem da sociedade não apenas os doentes mentais.

No livro *Holocausto Brasileiro - Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes No Maior Hospício do Brasil*, Daniela Arbex (2013) relata o genocídio ocorrido no Hospital Psiquiátrico de Barbacena, onde sete em cada dez pacientes não tinham qualquer problema mental. Inaugurada em 1903, a Colônia, como era denominada, foi o cenário de grandes atrocidades sob o aval do governo e comparada aos campos de concentração, pois lá os internos também morriam de frio, febre e por doenças que não eram tratadas. Neste local, a maioria dos pacientes era internada a força. Entre os que não eram doentes mentais estavam os epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, ou apenas pessoas que questionavam os *status quo* e acabavam sendo consideradas um incômodo para a sociedade. Portanto, vemos aí, mais uma vez, a questão do controle do poder dos dominantes sobre os sujeitos que causavam algum incômodo à sociedade, como sempre foi, desde os leprosos. A memória dessas atrocidades retorna sem ser lembrada ou reconhecida como um ato abusivo aos direitos dos seres humanos.

Conforme afirmamos, o discurso tem como aspecto constitutivo a exterioridade, que é da ordem da memória, do interdiscurso e da ideologia, e diz respeito ao contexto, às condições de produção e de enunciação em que determinado discurso é proferido.

Para melhor apresentar o que aqui pretendemos, trouxemos um recorte do documento lançado pelo Ministério da Saúde, em 2015, denominado **Linha de cuidado para a atenção às pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2015 – ANEXO III)**. Retomando a história mais recente, lembra a lei que dá garantia de direitos sobre os sujeitos com transtorno mental:

A Lei 10.216, de 06 de dezembro de 2001, garante os **direitos das pessoas com transtorno mental**, incluindo aqueles com problemas relacionados ao uso de álcool e drogas, e propõe no âmbito do SUS, o direito a um **tratamento humanizado**, em serviços comunitários de base territorial (BRASIL, 2015 p. 11, grifos nossos).

A Lei se vale do discurso científico para ser formulada, indicando um processo histórico de identificação e nomeação de um determinado sujeito com condutas que fogem à regra comum. Salientamos o fato de que o uso abusivo de álcool e drogas compõe os comportamentos desviantes, e são também considerados transtornos mentais. Apesar da diversidade entre estes quadros, algo

eles têm em comum: são *problemas* que afetam a sociedade, impõem providências e cuidados, pois compõem uma estrutura social, histórica e econômica, em que cada indivíduo é responsável por sua parte. No caso dessa clientela, são considerados impedidos ou comprometidos com tal papel, transferindo esta responsabilidade aos aparelhos de poder que cuidam, organizam e controlam a nossa sociedade.

Observamos, portanto, que o “tratamento humanizado” indicia um passado em que o tratamento era “desumanizado”, garantindo um direito que no passado não existia.

Mas esta parte da história não é lembrada neste documento, ou seja, apenas os avanços são apontados, sendo os retrocessos e atos brutais, utilizados por décadas, silenciados. Este é o fio do interdiscurso sobre o lugar do louco na história, aquele sempre submetido, por se negar a participar das regras sociais, fica então sob o jugo dos que nos representam politicamente, eleitos por cada um de nós, cidadãos de uma nação. As garantias de direito antecedem um movimento de reivindicação e de referência a um problema que irrompe de acordo com as conjunturas daquele momento da história. Diante apenas deste ponto que indicamos entre os que governam e a população que necessita de atenção, vemos o movimento de formações discursivas que indicam ainda outras que talvez não sejam verificáveis de pronto.

Esta lei, em seu aspecto prático, indica o atendimento comunitário, apontando para um trabalho que não seja feito um a um, mas não esclarecendo, neste ponto, a que exatamente se refere o *atendimento comunitário*, abrindo margem para variadas interpretações. Determina também, o trabalho setorial, definindo o aspecto geográfico como demarcador do campo de troca e atendimento dos usuários do SUS.

Uma grande mudança ocorreu com essa mudança: muitos sujeitos que tinham atendimento em determinadas instituições, precisaram acompanhar as novas propostas apresentadas pela Lei vigente. Verificamos na função da Lei um caráter normatizador, assim como um caráter determinante. A democracia se faz pelo direito à participação nos projetos e decretos de Leis, mas restrita para a população que não participa dela diretamente. Entretanto, esta proposta setorial, também pretende um descentramento, passando para cada município a tarefa de implantar e fazer funcionar o trabalho de atendimento a esta população de que tratamos no presente trabalho.

Observamos movimentos que constituem determinadas Formações Discursivas com um caráter *contraditório-desigual-sobredeterminado*, nos termos de Pêcheux (1995). Contraditório no aspecto que é ao mesmo tempo um trabalho centralizado no aspecto da Lei, como também é uma proposta de divisão de tarefas e atribuições nas variadas instâncias do Estado.

O aspecto desigual é velado, pois o que é produzido discursivamente é a garantia de direito, entretanto, é desigual, pois a realidade humana é desigual por natureza, e existirá uma série de variáveis que determinará o modo de execução desta lei.

Enfim, a sobredeterminação se apresenta no fato de ser em função de um saber autorizado da ciência que define esses quadros, utilizando-se dos mecanismos de poder e da convicção por um determinado ponto de vista, que define o que é ser autista. Não estamos desconsiderando o rigor do trabalho envolvido nos que pesquisam tal tema, mas indicamos que os detentores de tais definições, acabam ocupando uma posição de destaque nesse campo discursivo. Esses três aspectos caracterizam as Formações Discursivas e o fio sobre o qual são produzidas, o interdiscurso, um espaço composto pelo discurso e pela ideologia (GUILHAUMOU, 2009). Ou seja, verificamos o processo de assujeitamento de determinado sujeito que se filia a uma determinada Formação Discursiva, e a trama à qual está laçado pelo efeito histórico e social do qual faz parte.

São as Formações Discursivas que promovem o *trabalho de reconfiguração* caracterizada de acordo com a instância ideológica e as condições históricas, resultando num trabalho político e científico produtivo (PÊCHEUX, 1995). Estamos tratando portanto, da conjunção de dois trabalhos que compõem a sociedade e que exercem grande poder sobre a população em geral: o Estado com suas leis, e a ciência com seu saber, ambos, campos de disputa e conflito. A ciência define portadores de Transtorno Mental uma infinidade de sujeitos com características e enquadramento diferenciados no seu modo de ser, mas por ser autorizada, é reconhecida como produtora de sentido.

Vejamos outro recorte, do mesmo documento apontando a Lei 2016, de 2001 que dá garantia de direito e integridade ao portador de doença mental:

Após a promulgação desta lei, houve um avanço considerável em relação à implantação de redes de serviço de saúde mental (...). **A**

primeira normativa do Ministério da Saúde estabeleceu responsabilidades e diretrizes para o cuidado em saúde mental de crianças e adolescentes. Até então, essa população era atendida por entidades filantrópicas, educacionais ou da assistência social, que assumiam o cuidado em saúde (BRASIL, 2015, p. 12, grifos nossos).

O que destacamos é, mais uma vez, a omissão do governo quanto ao atendimento às crianças e doentes portadores de doenças mentais, tanto no atendimento à saúde, quanto à garantia de direito à educação. Ocorre, pois, que, em cada mudança dessas, um movimento de tentativa de avanço é verificado, entretanto, ela não se restringe a isso, pois além de deflagrar um passado omisso, também provoca a reação de seus usuários, que, segregados a espaços em que são autorizados a utilizar, com a ampliação de seus direitos, sofrem os efeitos dessa segregação anterior, numa sociedade intolerante ao convívio com seres diferentes como estes. Verificamos com isso, um movimento parafrástico, onde o mesmo é dito de maneira distinta, pois, em ambas as condições a segregação está presente, quer seja pelo impedimento à livre circulação, quer pela determinação do modo que se deve proceder com esses sujeitos, especialmente com o poder diagnóstico nas mãos, que conforme tratamos, exerce um poder e uma grande diferença na forma de olhar e posicionar um filho diagnosticado autista.

Além da resistência da sociedade, portanto, constatamos a resistência dos próprios usuários que não se sentem seguros em circular, ou engajar seus filhos em novos espaços, pois apenas eles vivenciam a resistência social à circulação dessa população.

Outro dado a se verificar, é a mudança do olhar sobre os sujeitos sociais, o que, por muito tempo, foi depositado sobre os adultos. Desde a década de 1930, a figura da criança vem sendo cada vez mais destacada no cenário social mundial. Consideramos que o olhar sobre essas crianças não só aponta o despertar de interesse sobre elas, mas também indica um movimento de segregação, ou ao menos de delegação, dessas crianças, com o início do pensamento individualista, e conseqüentemente, narcisista. Dizemos isso porque, numa sociedade onde predomina o individualismo e o funcionamento narcisista, o lugar da criança, que necessita da generosidade, da presença e do cuidado de quem dela é responsável, existe a demanda por crianças conforme esse olhar narcisista, que corresponda às

expectativas de seus cuidadores, bem como da sociedade, a demanda de crianças silenciosas.

Este aspecto observamos na visão contraditória de supervalorização, superinvestimento da infância, e ao mesmo tempo, uma delegação dos cuidados a outros, abrindo-se mão do que lhe é dever, na educação da criança, da parceria com a escola, na tolerância à frustração por receber um filho que não correspondeu às expectativas criadas. Não estamos falando de determinados pais especificamente, mas apontamos um movimento que segue nessa direção, e que, de acordo com as condições de cada um, apresenta determinado efeito. Uma criança pode passar por condições adversas no nascimento, mas não sofrer seqüelas em sua vida, enquanto outra pode sofrer menores condições adversas, e ainda assim, apresentar um desenvolvimento fora do padrão de normalidade esperado. As variáveis que compõem esta realidade promovem arranjos e resultados variados na vida de cada sujeito.

Ao final do recorte destacamos a memória trazida para o presente, do atendimento que existia antes de 2001, aos sujeitos autistas portadores de transtorno mental, segundo designado. Tais entidades filantrópicas, como APAEs e AMAs, foram criadas por pais que não conseguiam um lugar para seus filhos na rede regular de ensino, e após décadas de segregação nessas instituições filantrópicas, houve uma forte reação desses pais quando começou o movimento contrário, de extinção dessas instituições.

Como poderiam os pais acreditar que depois de tanto tempo isolados, seus filhos seriam dignamente recebidos em espaços onde anteriormente não podiam participar? E quem poderia impor-lhes de fecharem um espaço que construíram com muita luta e dificuldade? Enfim, o que queremos apontar principalmente é que propostas de mudança, ainda que tenham por objetivo a garantia dos direitos dos cidadãos, vêm e sempre virão acompanhadas por embates e crises, estabelecidos pelos atores que compõem essa realidade.

Para confirmarmos o campo de embate que se configura na realidade de que tratamos, apresentamos um documento mais recente, o Decreto Nº 6.949 (BRASIL, 2009), que tem como um de seus itens a **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência**, apontado como um marco no avanço ético e legal, permitindo passar do discurso para a prática assim afirma em seu primeiro artigo:

pessoas com deficiência são aquelas que têm **impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual, ou sensorial**, os quais, em interação com diversas barreiras, podem **obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições** com as demais pessoas (BRASIL, 2009, grifos nossos).

Observemos que as pessoas que necessitam de uma atenção às suas dificuldades, neste documento têm a garantia de participação plena com igualdade de condições, como se fosse possível estabelecer uma linha clara entre pessoas portadoras de deficiência e não portadoras, o documento indica ainda, nos termos em que é apresentado, que todas as pessoas portadoras de deficiência gozem desses direitos, não importando raça, crença, opção sexual, condição social, etc.

Outro aspecto que destacamos é que a descrição do quadro faz um diagnóstico, como também um prognóstico com comprometimento em várias áreas do desenvolvimento. Queremos apontar que num documento que indica o trabalho em rede de profissionais, conforme determinação da Lei do SUS, em que ele retoma a *descrição da deficiência*, o faz carregado de uma definição de uma patologia encerrada num quadro comprometedor, indicando assim o movimento antagônico de um mesmo discurso em forma de documento jurídico. Ela tanto se propõe a apresentar novas garantias a esta clientela, quanto retoma na memória discursiva o efeito de definição, designação.

Ao destacar as características dos sujeitos portadores de deficiência, assim como sinal de dificuldade e de impedimento, o documento retoma o discurso sobre os deficientes que para a Análise do Discurso funciona da seguinte maneira:

A memória suposta pelo discurso é sempre reconstruída na enunciação. A enunciação então, deve ser tomada, não como advinda do locutor, mas como operações que regulam o encargo, quer dizer, a retomada e a circulação do discurso (...). Um texto dado trabalha através de sua circulação social, o que supõe que sua estruturação é uma questão social, e que ela se diferencia seguindo uma diferenciação das produções de sentido a partir das restrições de uma forma única (ACHARD, 1999).

Indicamos assim, o retorno da definição e a retomada histórica dos discursos que descrevem os sujeitos em questão, indicado tanto na produção dos enunciados, quanto nos seus efeitos, uma determinação que se repete, mas que traz sempre algo de novo, por ser constitutivo da língua esse movimento de deslizamento.

Em seu aspecto material, pontuamos a descrição da deficiência como um efeito de realidade, de normatização e de homogeneização do quadro em questão. Entretanto, na concepção de sujeito do inconsciente, e da marca de indeterminação do processo de definição e designação, afirma Pêcheux (2009) que uma descrição pode tornar-se outra, deslocar de seu sentido original para um outro contexto. Ou seja, “toda descrição está intrinsecamente exposta ao equívoco da língua: todo enunciado é intrinsecamente suscetível de tornar-se outro, diferente de si mesmo, se deslocar discursivamente de seu sentido para derivar para um outro” (PÊCHEUX, 2009, p. 52). Afirmamos com isso, que a irreducibilidade de um discurso que se propõe objetivo e claro, está suscetível a uma variada gama de ressignificações, e ainda, cada palavra ou expressão não se define por si só, mas carrega marcas ideológicas a partir do contexto em que é utilizada, em suas possibilidades de paráfrases e polissemias presentes neste universo.

Quanto à questão de estarmos tratando de documentos jurídicos, lembramos que eles são garantia de uma sociedade democrática, entretanto comandada por um sistema capitalista que convoca o sujeito a uma posição de indivíduo, responsável por seus atos. No documento que aborda questões referentes ao campo da saúde, e, portanto, do conhecimento, uma produção científica não pode ser pensada como uma ideia revolucionária e criativa, mas na verdade, carrega sempre a determinação da produção econômica, que define, a priori, o montante que estará disponível. Deste montante, cada indivíduo, em seu lugar de direito e de dever, lutará com as armas que tiver para conquistar o seu quinhão. Para isso, recorrerá a todas as possibilidades de aliança e assujeitamento, pois o homem tem essas marcas, sua condição de dependência ao outro, e a necessidade de se articular na trama social da qual participa.

Voltando ainda mais no processo histórico de definição, denominação e diagnóstico, o mesmo documento destaca ainda que:

Nos primórdios da psiquiatria, na virada do século XVIII para o XIX, o diagnóstico de “**idiotia**” cobria todo o campo da psicopatologia de crianças e adolescentes. Logo, a **idiotia** pode ser considerada **precursora** não só do atual **retardo mental**, mas das **psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do Transtorno do Espectro do Autismo** (BRASIL, 2009, p. 16).

Este recorte nos traz em sua materialidade um relato do processo histórico de nomeação e renomeação e designação dos ditos anormais, especificamente, os quadros de doença mental infantil. Primeiramente, destacamos o fato que o termo idiota passou a ser usado no senso comum como forma de depreciar uma pessoa, alguém que tenha uma atitude pouco inteligente ou reprovável. No dicionário Aurélio dá-se três definições ao termo: 1) pessoa incapaz de coordenar idéias; 2) Pateta; parvo; 3) Que denota estupidez. Como podemos verificar, não há nessas definições nenhuma relação deste termo com o utilizado nos séculos XVIII e XIX.

Este material confirma o fato da língua ser móvel e plástica e constitutivamente dada a ressignificações. Mas ao mesmo tempo, ela apresenta uma regularidade enunciativa que indica posições de poder específicas, de julgamento e determinação ou definição, o assujeitamento ao discurso dominante. E ainda, um fio condutor de uma memória discursiva que enlaça tais denominações, umas às outras, e ao mesmo tempo com elas rompe.

Destacamos que estas redefinições conduzem a quadros que com o tempo foram sendo considerados diferentes, um em relação ao outro. O Retardo mental, nova denominação para idiotia, dá início à avaliação do nível de inteligência, com os quocientes de inteligência, que determinam em uma escala o nível de comprometimento do sujeito avaliado. Essa classificação surgiu na CID 10 (Classificação Internacional das Doenças) (ANEXO XII), e propõe uma gradação para o nível de inteligência. Para a Organização Mundial de Saúde, responsável pela organização da CID, por se tratar de termo amplo, a inteligência se subdivide por seu oposto, definindo os graus de ausência ou comprometimento de uma inteligência dita normal, categorizando o retardo mental em leve, moderado, severo e profundo. Este tipo de avaliação se faz com testes psicométricos padronizados, denominados escalas de inteligência, que determinam o QI – Coeficiente de Inteligência (SANCHES; BERLINK, 2010). Na versão americana do manual, o DSM, ela surgiu na sua quarta versão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994), que indica também outras características além da inteligência como habilidades culturais e intelectuais, capacidade de autonomia e cuidado pessoal, bem como fatores médicos relacionados ao comprometimento intelectual. Esta classificação indica também a idade mental da pessoa avaliada. Portanto, a abordagem desenvolvimentista é critério principal nestes manuais classificatórios.

Na concepção psicanalítica, o conceito de deficiência ou retardo mental não é considerado sob este prisma. Concebe-se o sujeito deficiente como aquele que se relaciona com o Outro numa posição de submissão, com seu desejo comprometido (SANCHES; BERLINK, 2010). Entretanto, ao considerarmos o sujeito lógico, especialmente a criança em franco desenvolvimento, progressos e conquistas podem ocorrer a qualquer momento de sua história, especialmente se a relação de demanda ao Outro puder ser trabalhada a ponto desse sujeito ter condições de se haver com seu próprio desejo. Manonni (1999) aborda o tema do retardo mental não considerando relevante a presença ou não de um déficit orgânico. O que é primordial nesta questão é que a debilidade teria um sentido a ser escutado e tratado clinicamente.

Para a psicanálise, existe uma questão delicada que implica na diferenciação entre os quadros de deficiência mental e psicose, pois em ambos os quadros existe o comprometimento da relação com o Outro. Observemos que, se existe um comprometimento a este nível, a deficiência mental pode aparecer como manifestação secundária ao quadro de psicose ou mesmo de autismo, mas seu oposto não se confirma, pois a deficiência pode muitas vezes ocorrer pelo empobrecimento nas relações sociais do sujeito psicótico, termo que não mais compõe as últimas versões do DSM.

É do campo psicanalítico que advém o conceito de psicose, com trabalhos de Freud como *Neurose e Psicose* (1996g), nos quais fala de uma perda da realidade, como também está muito associada ao quadro de paranóia. No século XIX, quando o termo psicose surgiu, veio apresentado por psiquiatras da época como Moebius, e havia uma proximidade entre a nomenclatura psiquiátrica e a psicanálise, especialmente no uso dos termos psicose, neurose e perversão. As Formações Discursivas que se organizavam neste tempo eram completamente diferentes das que hoje existem, uma vez que os Manuais Psiquiátricos foram gradativamente se distanciando da teoria psicanalítica, assim como de qualquer outro construto teórico, se autodenominando atórica no tempo atual.

Podemos observar este posicionamento no conceito que vem substituir o de psicose, com a renomeação do quadro como Transtorno. Antes concebia-se tanto os conceitos de psicose infantil, como o de autismo (TELLES, 2011). Na retomada do documento, os conceitos compõem a denominação de Transtorno do Espectro do Autismo. Esta mudança trouxe muitas discussões, pois para a teoria psicanalítica

existe uma distinção entre um e outro. Mas como propõem os *Manuais*, observamos a proposta atórica na própria denominação. Transtorno é um conceito muito mais amplo que psicose, pois pode significar contrariedade, contratempo, desarranjo e perturbação mental, portanto, um conceito com significados que transmutam o campo da ciência, da nomenclatura médica. Espectro é a definição de uma imagem vaga, sem nitidez, suposta aparição de um defunto, incorpórea, mas com sua aparência; um fantasma.

Segundo a concepção teórica da Análise do Discurso, as palavras carregam sentidos e podemos considerar que nomeações feitas às patologias no recorte que trazemos, seguem um processo de elisão do sujeito autista, de lugar de (sujeito) morto, de espectro. Neste material, podemos constatar a afirmação de Pêcheux (1995) de que não é o homem, mas são os homens pertencentes a uma sociedade e compondo um processo histórico que produzem os conhecimentos científicos. Da composição desses conhecimentos participam as formações discursivas.

Prosseguiremos com as análises das denominações das patologias, desta vez, com recortes dos próprios Manuais Diagnósticos.

4.1.2. O DISCURSO DA CIÊNCIA: PULVERIZAÇÃO E HOMOGENEIZAÇÃO DE UMA PATOLOGIA

Para fundamentarmos ainda mais nossa investigação, apresentaremos a seguir um breve histórico das edições do DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM*), da Associação Psiquiátrica Americana (APA) acompanhando as mudanças de definição do quadro de autismo. O Manual propõe uma base empírica para a prática clínica, pesquisa e ensino da psicopatologia, servindo também de meio de coleta de dados estatísticos para a saúde pública. O DSM encontra-se em sua quinta versão, e a cada edição tem havido uma multiplicação de classificações diagnósticas, aumento sensível na medicalização, tendência à indicação das terapias cognitivo-comportamentais, e aumento considerável dos casos de autismo (COUTINHO et al., 2013).

No DSM-I (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952), publicado em 1952, o autismo não aparece como uma patologia isolada, sendo definido como “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, com uma relação estreita entre reações

psicóticas e manifestações autísticas (COUTINHO et al., 2013). Ou seja, para se tentar entender e caracterizar o autismo, a primeira edição do DSM se utiliza da definição de psicose para esclarecer o quadro de autismo, estabelecendo relação entre os dois quadros.

No DSM-II (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1968), o autismo se mantém como sintoma da categoria “Esquizofrenia tipo infantil”, equivalente a “Reação Esquizofrênica” do DSM-I. O termo “reação” foi eliminado, não se tratando apenas de uma posição reativa, mas de um quadro “devidamente” caracterizado. O comportamento autístico é considerado um sintoma da esquizofrenia infantil (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1952). Outro movimento nas denominações, observamos sobre a esquizofrenia infantil, que abarca as manifestações autísticas, ainda não denominado como um quadro isolado. Nesta edição, os termos psicanalíticos são utilizados ainda mais.

Na terceira edição do Manual (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1980), e em sua revisão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1987), muitas mudanças ocorreram quanto à categorização. A abordagem se distancia das contribuições psicanalíticas, e é nesta versão que o autismo aparece como entidade nosográfica, com denominação de “Transtornos Globais do Desenvolvimento -TGD” (*Pervasive Developmental Disorders – PDD*). O autismo aparece como “Autismo Infantil”, figurando como uma das subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Na edição revisada, ele aparece como “Transtorno Autístico” (COUTINHO et al., 2013). Foi a terceira versão que provocou uma grande mudança no olhar sobre a psiquiatria. Com seu afastamento da teoria psicanalítica, a psiquiatria tende a um movimento classificatório ainda maior, focando cada vez mais seu olhar sobre o próprio sintoma: a intensidade e constância das manifestações de comportamento são utilizadas como critério diagnóstico.

É nesta versão que o autismo aparece pela primeira vez como entidade nosográfica e quando a psiquiatria se afasta da teoria psicanalítica. A versão revisada desta edição elimina a classificação da Esquizofrenia Infantil, por considerar patologia rara. Acreditamos que o que ocorreu foi que o olhar dos especialistas sobre esses sujeitos foi se modificando, juntamente com as pequenas mudanças que foram ocorrendo com os próprios sujeitos ditos agora autistas, ou as mudanças sociais e históricas foram também transformando o olhar dos especialistas e a postura dos sujeitos enquadrados nessa patologia.

No DSM IV (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994) e em sua revisão (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2002), o autismo se mantém como referência para as novas classificações dos TGDs recebendo outros subtipos: “Transtorno de Rett”, “Transtorno Desintegrativo da Infância” e “Transtorno de Asperger”. Esta versão distancia-se da concepção psicanalítica, focando cada vez mais no tratamento farmacológico, e nas investigações no campo das neurociências (COUTINHO et al., 2013).

Observemos como este contexto indica não apenas a mudanças históricas de cada uma das versões, indicando um efeito também atravessado pela produção econômica (PÊCHEUX, 1995), especialmente na questão sobre a corrente farmacológica que representa uma forte tendência econômica relacionada ao aumento gradativo das classificações das patologias mentais.

O DSM-V vem novamente com mudanças: a denominação Transtorno Global do Desenvolvimento é substituída pela categoria “Transtorno do Espectro do Autismo”, sem nenhuma subdivisão categorial. Transformado num transtorno do neurodesenvolvimento, se contradiz à própria proposta da versão anterior de uma posição atórica, fazendo laço então com os profissionais das neurociências (COUTINHO et al., 2013). Observamos uma contradição que se refere à proposta de um trabalho multiprofissional, como frequentemente necessitam os usuários desse atendimento. Esta versão amplia a possibilidade de encaixe no critério diagnóstico, e dá um grande destaque ao autismo, transformando-o numa das principais patologias mentais da infância (DSM..., 2013). Apenas esta questão nos oferece elementos para compreender os motivos do aumento exorbitante de casos diagnosticados de autismo.

Com suas mudanças, o DSM vai gradativamente tendendo ao movimento de homogeneização e de observação, se distanciando cada vez mais da heterogeneidade, subjetividade e escuta do sujeito, como propõe a psicanálise, o que aliás esclarece o movimento de distanciamento entre ambos.

Trazemos agora, para nosso trabalho de análise, alguns recortes do DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013) no próprio discurso autorizado as posições e relevâncias que o indicam como instrumento de verificação diagnóstica. Elegemos primeiramente os itens sobre os Sintomas referentes ao atraso geral no desenvolvimento, já que eles caracterizam o modo de olhar e de dizer sobre a patologia do autismo:

1. **Déficits na reciprocidade social-emocional; (...) abordagem social anormal e insuficiente (...) reduzido interesse no contato com as pessoas**, de emoções e afeto até total **ausência de interesse** na interação social.
2. **Déficits** de comportamentos não-verbais de comunicação utilizados para a interação social, variando de comunicação verbal e não-verbal; **anormalidades** no contato visual e linguagem corporal, ou **déficits** em compreensão e uso da comunicação não-verbal, com **total falta de expressão facial ou gestos**.
3. **Déficits** no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos, adequados ao nível de desenvolvimento (...) que vão desde **dificuldades de ajustamento** de comportamento para se adequar a diferentes contextos sociais (...), **dificuldades na partilha** jogo imaginativo e em fazer amigos, a uma aparente falta de interesse nas pessoas (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, grifos nossos).

Destacamos primeiramente a denominação das características negativas quanto ao contato social, transmitindo desta maneira, uma imagem de tudo o que o autista não possui, ou não alcançou, como esperado. A este respeito verificamos no recorte o termo *déficit*, que se relaciona fortemente ao conceito de *funcionalidade*, do que não é feito com *eficiência*, como já foi destacado em recorte acima, ao se tratar do olhar dessubjetivado sobre o sujeito autista, silenciando assim todas as características que fujam a estes aspectos.

Outro termo recorrente que destacamos é *dificuldade*: sendo este uma característica comum a qualquer sujeito, no lugar em que destacamos essa palavra, ela vem marcada por aspectos de negatividade e de impossibilidade. Uma questão para nós é: as dificuldades apontadas em nosso recorte se restringem a sujeitos autistas? A relação do homem com seu meio social atual não vem carregada desses sintomas, mesmo que com características reativas diferenciadas?

Observamos também que no item 1, existe a repetição de uma mesma questão, por meio de paráfrases, pois “*Déficits na reciprocidade social-emocional; (...) abordagem social anormal e insuficiente (...) reduzido interesse no contato com as pessoas*”, indicam um mesmo aspecto, de formas diferentes, ou seja, pobreza e dificuldade de relacionamento com o meio social, e, portanto, com as pessoas. Trata-se de um Manual que se propõe objetivo em suas caracterizações, repetindo um mesmo sentido sobre um determinado aspecto do quadro referido.

No segundo item, que aborda a interação não verbal, damos destaque à linguagem patologizante: anormalidade e à repetição do termo *déficit*, mas principalmente destacamos a referência a uma total ausência de expressão. Como poderíamos entender tal afirmação se mesmo uma expressão de ausência caracteriza-se como expressão? Este recorte nos evoca a posição de morto do autista, considerado um sujeito elidido e espectral, este sim, sem expressão. Mais um aspecto ressaltamos: o manual indica anormalidade no contato visual, trata-se de um sujeito “estranho” “diferente”, mas não inexpressivo, o que indica uma contradição na forma de defini-lo e caracterizá-lo. Este aspecto, em nossa leitura, refere-se à característica presente na contradição, na equivocidade da língua que é uma de suas marcas fundantes.

Um outro ponto que entra em choque com a proposta objetivante do Manual é verificado na repetição de um mesmo termo: *não-verbal*. Além dessa marca de repetição do mesmo, mais uma vez apresenta-se a negativa como caracterização do autismo.

Com referência ainda à negativa, constatamos a circularidade de discursos produzidos em outro contexto e que são retomados e reproduzidos em outro espaço, mas para produzir o mesmo efeito: o de apagamento de um sujeito, ainda que suposto.

Do item 3, o que destacamos, é o mesmo aspecto de repetição de termos e definições de comportamento, como *déficit*/dificuldade e desenvolvimento, termos que se referem aos aspectos cognitivos utilizados pela psicopatologia como também pela Terapia Cognitivo-comportamental. A questão da funcionalidade se apresenta unânime na caracterização dos autistas, encerrando suas especificações no que tem de não capacidade, de anormal nos autistas, sem indicar qualquer outra característica que não os negativize, que não os elida desta forma.

Com essas análises quisemos apontar também o fato de que as descrições regulares de montagens discursivas nos dão indícios da posição ideológica de quem e como produz o texto a partir dela (PÊCHEUX, 2009). Ou seja, no trabalho de interpretação em Análise do Discurso, é possível observar a tomada de posição e os efeitos de identificação, a partir das filiações a determinadas Formações Discursivas.

Traremos um outro recorte do DSM-V sobre os sintomas dos Padrões repetitivos de comportamento, para, em seguida, contrapor em nosso material de análise o dizer do saber científico ao dizer de uma autista.

1. **Discurso estereotipado ou repetitivo**, movimentos motores, ou uso de objetos;
2. **Aderência excessiva** às rotinas, padrões de comportamento ritualizados verbal ou não-verbal, ou **resistência excessiva** a mudanças;
3. **Interesses altamente restritos e inflexíveis** que são anormais em intensidade ou foco;
4. **Hiper ou hipo-reatividade** a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, grifos nossos).

Ao analisarmos o recorte apresentado, temos as referências sobre ou superdeterminadas nas expressões verbais, nos focos de interesse e nos estímulos sensoriais. Destacamos nessas referências os termos colocados em negrito quanto ao uso que fazem do discurso, sendo *estereotipia* e *repetição* as palavras que o adjetivam, dois termos muito próximos em sua significação, praticamente reafirmando um mesmo aspecto do discurso. Outro termo que indica nosso trabalho de interpretação é aderência ou resistência *excessiva*, indicando ainda uma condição muito grave, em termos de uma conduta que foge dos padrões normais, com expressão no superlativo.

A definição de interesses *altamente restritos e inflexíveis* verificamos o uso de dois termos contrários num certo sentido, mas que ao mesmo tempo indicam uma incapacidade, um empobrecimento do universo de interesses desse sujeito, reafirmando ainda um modo de se posicionar com um sentido de rigidez.

Por fim, destacamos a indicação de condutas opostas que definem um mesmo aspecto. Nesse sentido, a posição é entendida como extremista nos aspectos sensoriais.

E ainda que estas características sejam facilmente observáveis em muitos dos casos, o que nos interessa é lembrar que esse quadro, para ser confirmado, precisa se manifestar nos primeiros anos de vida. E por se tratar de crianças em franco desenvolvimento, um diagnóstico com tais características, carrega em si um peso de impedimentos e fracassos sobre os autistas e seus familiares. Além disso, parece dar a ideia de um congelamento de uma condição.

Considerando-se a questão das patologias em geral, e tratando da delimitação do Eu, afirma Freud (1996a) que existem muitas condições em que a

delimitação do Eu diante do mundo é complexa, e pode acontecer de haver casos de não reconhecimento de partes do próprio corpo, bem como percepções, pensamentos e afetos que são estranhos ao Eu. Sobre a defesa do mundo externo, tão característica no autismo, o isolamento é um recurso eficaz para a proteção contra o sofrimento que muito comumente ocorre nas relações humanas (FREUD, 1996a). Ou seja, a defesa do contato humano possui um leque de possibilidades para se manter distante, sendo um recurso comum à humanidade.

Da forma que uma patologia é descrita nos critérios diagnósticos do Manual, as nuances e particularidades estão ausentes, mantendo-se uma leitura rasa, horizontal, sem um olhar verticalizado nesses aspectos que temos apontado sob a leitura das teorias da Análise do Discurso e da Psicanálise.

No que diz respeito às marcas de heterogeneidade do discurso, o discurso científico poderia ser é considerado como aquele que não apresenta marcas de heterogeneidade mostrada, e porque ele se apresenta como uma verdade, um dogma (AUTHIER-REVUZ, 2004). Sem essa marca, o discurso não indicaria a presença do outro, caracterizando-se como monológico e homogêneo. No material que analisamos acima, isso se verifica pela tentativa extrema de objetividade e de se denominar atóxico, parecendo romper com qualquer construção histórica do conhecimento de determinado assunto. Entretanto, esta posição impõe uma condição que foge à característica do discurso considerado constitutivamente heterogêneo.

Quanto à questão do laço com o outro, um diagnóstico geralmente traz consequências devastadoras aos pais que muitas vezes se sentem confusos, envergonhados e revoltados, afastando, por esses motivos, muitas vezes, seu filho do convívio social. Ou seja, ocorre um desinvestimento dos pais nesse filho agora marcado como portador de uma doença grave, tendo assim o diagnóstico efeito de evidência de sentido e transparência de um discurso, o que não se confirma em nosso trabalho interpretativo, que segue na leitura particularizada dos discursos como temos analisado, e na investigação de suas resultantes, em seu processo de circulação, de reconhecimento e de legitimação. E ainda, o discurso em circulação, tem efeitos que vão muito além dos sentidos legitimados, como pretendemos indiciar nos próximos recortes retirados do discurso de uma pesquisadora que utiliza o diagnóstico para fazer referências a si, mas ao mesmo tempo, produz um discurso singularizado, fugindo assim do padrão de definição do quadro de autismo.

4.1.3. O DISCURSO DE UM AUTISTA: MARCAS DE MUDANÇA DE POSICIONAMENTO DE UM SUJEITO SUPOSTO

Traremos agora, para nosso trabalho de análise, a palavra de uma autista, Temple Grandin, escolhida por ser a mais antiga testemunha de que, mesmo com autismo, as mudanças e conquistas podem ocorrer por toda a vida, e, por isso, também, devemos sempre apostar num sujeito suposto nos casos de autismo. É isso o que pretendemos apontar no material a seguir.

Psicóloga e doutora em ciência animal, Temple Grandin, que atualmente está com 68 anos, é professora na Universidade do Colorado dos Estados Unidos e presta consultoria para fazendas e abatedouros. Ela teve o diagnóstico de autismo muito cedo, e até os quatro anos de vida não pronunciava uma só palavra. Entretanto, foi superando algumas barreiras de contato, que impediam seus objetivos de vida que se concentravam na carreira acadêmica. Hoje é uma profissional reconhecida, que apresenta trabalhos em congressos por todo o mundo. Além do título de doutora, Temple, possui vários livros publicados. Um deles: *Thinking in Pictures*, serviu de roteiro para um filme produzido sobre sua vida; no Brasil, o título leva apenas seu nome: *Temple Grandin*. Observemos que desta maneira, ela sai da posição de sujeito elidido, para um sujeito com nome próprio, sustentando com ele, o título do filme. Desta maneira, o sujeito se sobressai ao diagnóstico.

Para que serve então, um diagnóstico? Encerrar o sujeito em determinadas características? Criar a ilusão de objetividade e transparência? Entendemos que o diagnóstico auxilia no encaminhamento dos casos e na garantia de atendimento a tais sujeitos. Entretanto, a exacerbação desse saber, em detrimento de outros, paralisa o olhar sobre eles, quando na verdade deveria apenas ser o ponto de partida de um caminho a se percorrer com esse sujeito com *comportamento atípico*, respeitando a singularidade de seu modo de ser, e trabalhando no sentido de legitimar sua posição no mundo, auxiliando-o a não vê-lo como terrivelmente perturbador. Com os recortes que trazemos, nos empenharemos em indicar nossa posição, além de contrapô-los aos critérios diagnósticos.

O material de análise é composto de recortes de duas entrevistas dadas por Temple, a um jornal e uma revista brasileiros, o jornal Folha de São Paulo

(ALMEIDA, 1997), e a revista Isto é (TIRABOSCHI, 2013). A escolha pelos recortes foi feita para acompanhar a forma que é apresentado um equipamento criado por Temple, a máquina do abraço, para diminuir seus momentos de angústia extrema nessas duas publicações. Almeida (1997) apresenta Temple da seguinte forma:

Quando está **carente**, a **projetista** Temple Grandin entra em uma **máquina inventada por ela**, em forma de "V", e aperta alguns botões: o aparelho fecha-se sobre seu corpo e um estofado macio é inflado vagarosamente. Lá dentro, ela sente uma pressão uniforme e agradável (...). A "**máquina de abraços**", que fica ao lado da sua cama, **serve para compensar a hipersensibilidade** de Temple ao toque **que transforma contatos físicos em tortura** (Grifos nossos).

Temple é referida como uma autista que utiliza de sua capacidade intelectual para enfrentar problemas de convivência e de profunda angústia. Ao nomear Temple, a jornalista, mesmo falando como uma autista, fala de uma forma que foge a qualquer definição feita pelos manuais de classificação desta patologia: uma *inventora*. Observamos que, da forma que ela é falada, pode ser reconhecida como um sujeito em processo de enfrentamento de suas dificuldades, e não de isolamento ou recusa. Denominações como *déficit* e *dificuldade*, não se alinham à maneira que é vista pelo jornalista.

Destacamos também a contradição do jornalista ao falar qual a função do aparelho; primeiro diz que ela o utiliza quando está *carente*, mais abaixo, diz que ele serve para *compensar a hipersensibilidade ao toque que transforma contatos físicos em tortura*. Como então entender que ela fica carente se o contato com o outro é tão aterrador? Além disso, carência é um sentimento que não cabe nos critérios diagnósticos de autismo, um sentimento que implica uma íntima relação com as pessoas com quem convive, com o outro. Também damos relevância ao uso do termo *aterrador* para designar a intensidade da dificuldade de contato com o outro, mais um aspecto que se contradiz a definição de carência.

Discursivamente existem duas formas sintáticas de se verificar sua heterogeneidade, como aponta Authier-Revuz (2004): a forma do discurso indireto e do discurso direto. No recorte em questão, trata-se de um discurso indireto, em que “o locutor se comporta como tradutor: fazendo uso de suas próprias palavras, ele remete a um outro como fonte do sentido dos propósitos que ele relata” (AUTHIER-REVUZ, 2004, p. 12). O discurso jornalístico em análise, faz uso do discurso direto quando abre/usa aspas para marcar o nome dado à máquina. Utilizando-se do

discurso indireto, em sua maior parte, apresenta a heterogeneidade constitutiva do discurso quando a forma de dizer do sujeito jornalista se compõe com o discurso outro que materializa. Os trechos em negrito podem ser entendidos como uma mistura de vozes da(o) jornalista e de seus outros/Outros: a entrevistada e o inconsciente discursivo. A expressão/palavra *carente* pode ser tomada como a emergência do discurso Outro que se manifesta a partir de uma determinada Formação Discursiva.

Algumas décadas depois, com o lançamento do filme sobre sua vida, *Temple Grandin*, a revista Isto é realizou uma entrevista com Temple em que o assunto principal era este filme. Em matéria publicada em julho de 2013, portanto, dezesseis anos passados da entrevista à Folha de São Paulo (ALMEIDA, 1997) a jornalista pergunta sobre a máquina do abraço, que aparece no filme:

ISTO É – Uma de suas criações é a “**máquina do abraço**”, que pressiona o corpo e **funciona como um substituto do contato humano para quem não o tolera**. Foi observando sistemas de contenção de gado que você teve a ideia de construir o equipamento?

Grandin – Sim, tive essa ideia no rancho da minha tia. Ainda tenho uma máquina, mas ela quebrou, e **agora eu abraço pessoas de verdade**, então não preciso mais dela (TIRABOSCHI, 2013, grifos nossos).

Para a jornalista da revista Isto é, a máquina é um substituto do abraço de uma pessoa, já para o jornalista da Folha de São Paulo, é uma “máquina de contenção para acalmá-la em momento de crise” (ALMEIDA, 1997). As circunstâncias históricas e o modo de ver os autistas é também um fator de mudança de olhar sobre esta máquina do abraço, o que indica o caráter heterogêneo do discurso sobre a máquina do abraço.

É importante apontar também que, como Temple já se encontra tanto na primeira quanto na segunda entrevista em idade adulta, caminhando para a direção de declínio da vida, ainda assim uma mudança significativa foi por ela empreendida: receber um abraço em lugar de se conter mecanicamente em uma máquina. Este fato nos esclarece a concepção de sujeito lógico proposta por Jacques Lacan, em lugar do sujeito cronológico, do qual se espera mudanças significativas na infância e adolescência. Com tal mudança, como podemos considerar os critérios

diagnósticos, já que uma das principais características do autismo é a aversão ao contato físico?

Vejamos também que Temple diz que, agora, *abraça pessoas de verdade*. Isto poderia ter o sentido de que a máquina do abraço era o representante de uma pessoa, uma “pessoa de mentira”, e, portanto, um modo de ter afeto como Almeida (1997). Também indica este substituto de afeto o nome que dá ao equipamento que inventou.

Com isso, verificamos que o discurso científico, discurso autorizado da ciência, não abarca o discurso circulante dos sujeitos, o universo discursivo, sendo apenas um dos discursos que compõe tal universo. Mas por ser tomado como um discurso legitimado, ele circula como verdade e como referência ao que seja o autismo, calando outros discursos, diminuindo seu valor e importância, como o de Temple e o da Psicanálise.

Também fazemos analogia aos recursos que eram utilizados a força em pacientes psiquiátricos hospitalizados, como o uso de camisa de força, eletro choques e remédios tranquilizantes, todos com o mesmo objetivo, de conter um estado de sentimento extremo de aniquilamento e angústia, mas com algumas diferenças: o equipamento criado por Temple fora criado e utilizado por escolha própria, as medicações por escolha ou necessidade, circulando ainda mais com os avanços e o apelo comercial da indústria farmacêutica colocando em circulação um número cada vez maior de medicamentos utilizados como tranquilizantes da alma.

Quanto aos equipamentos de contenção, incluindo o eletrochoque, estes eram utilizados basicamente em hospitais psiquiátricos, geralmente sem o consentimento do paciente, causando danos psíquicos e cerebrais irreparáveis. Deparamos-nos com várias formas pelas quais discurso de poder se embrenha entre os homens, muitas vezes, sem que percebam o poder desses aparelhos sobre eles.

O discurso científico que tanto busca a homogeneidade do discurso, a estabilidade de sentidos, é transposto pelo discurso do sujeito autista, que foge ao que Pêcheux aponta como a homogeneidade “que condiciona o logicamente representável como conjunto de proposições suscetíveis de serem verdadeiras ou falsas, atravessado por uma série de equívocos” (PÊCHEUX; GADET, 2004, p. 32). No caso em questão, o equívoco se faz presente pela ausência de verdade soberana das categorias diagnósticas, que se materializam no discurso de Temple

Grandin. Não se trata de considerar falso esse discurso, mas de tomá-lo, como a qualquer outro, sujeito a equívocos, a limites, a restrições que o encerram em uma determinada formação discursiva.

Trazemos abaixo mais dois recortes dos mesmos veículos de notícias já citados, em que os entrevistadores perguntam a Temple o que é viver em sociedade. Vejamos a entrevista à Folha de São Paulo:

FSP: Como você aprendeu a viver em sociedade?

Temple: **O autista tem de aprender todas as interações sociais por memorização, como o Data, do filme "Jornada nas Estrelas",** que teve de aprender como ser humano. Precisa aprender todas as coisinhas que os outros simplesmente fazem (...). **Não capto as pequenas sutilezas e a linguagem corporal** que as pessoas sabem instintivamente. **Tive de aprender gradualmente como pensam os outros que são diferentes de mim**, mas demorou muito (ALMEIDA, 1997, grifos nossos).

Na resposta, destacamos, primeiramente, a comparação que faz de si com um extraterrestre, entretanto, sua resposta faz com que ela fale de si, também como alguém, diferentemente de todos os outros que não são autistas, sugerindo assim que existe uma linha divisória entre a forma dos autistas conviverem no meio social e os demais seres humanos, pois não se sabe quase nada quanto ao que, e como o outro sente e vive no contato com seus semelhantes, o que se sabe é apenas o que se pode dizer ou expressar com gestos e conceitos, pela linguagem verbal e não verbal sempre incompleta e carregada de equívocos.

Nesta identificação que faz com o personagem de Guerra nas Estrelas, se compara a ele, como não humano, um estranho que se vê numa radical diferença com o semelhante, e com seus sentimentos. A comparação feita por Temple indica também um processo de simbolização, usando um personagem de filme para se comparar, personagem este desprovido de afeto, pura razão. Mas este processo de simbolização só é possível pelo reconhecimento do outro. A partir desta perspectiva, entendemos que não é possível excluir afeto de razão, estando sempre um articulado ao outro.

Este processo de aprendizagem a que se refere Temple nos remete ao que diz Freud quanto à formação estratificada de nosso mecanismo psíquico. Estratificado em traços, ele passa, ao longo da vida a um *rearranjo* a partir de novas experiências, resultando numa *retranscrição*. E Freud não se refere ao período de

desenvolvimento infantil, mas fala de forma abrangente, sendo esta a dinâmica do processo de memorização. É esta leitura que fazemos, quando Temple diz que teve que aprender gradualmente. Esta experiência não indica também que outra pessoa, com diagnóstico de autismo, passe pelo mesmo processo, ou sequer tenha a intenção de ter este aprendizado de interação social. Entendemos, portanto, que o relato de Temple é uma experiência particular de um sujeito que se denomina autista, e que cada experiência, por mais semelhanças que possa ser, trará sempre o aspecto singular do sujeito.

Uma marca de radical diferença que destacamos também é a afirmação da entrevistada de sua incapacidade de aprender sutilezas ou linguagem corporal. Os gestos instintivos não são reconhecidos como atos naturais e não fazem parte de sua posição frente ao outro. Também aqui, podemos retomar a impossibilidade de separação entre afeto e razão. Um pode predominar sobre o outro, mas sem um, o outro não pode existir, pois são referência uma para o outro, são opostos que se complementam nos aspectos constitutivos do sujeito desejante. Afeto e razão compõem os recursos que organizam o aparelho psíquico, dentre outros. E isso podemos afirmar nos apoiando nos aspectos que apresentamos aqui, como as mudanças de Temple em relação ao contato humano, e as referências à função da “máquina do abraço”, no interesse em buscar *saber* como é funciona a mente de um sujeito *normal*, como também na escrita de um livro autobiográfico, pois contar a história da própria vida Temple mostrou muitos de seus obstáculos e facilitadores que compuseram tal história.

Existe uma memória discursiva à qual o sujeito do discurso recorre para produzir o seu, em que o conceito de ser humano circula e é concebido por ele. Temos o eu de uma autista que se manifesta discursivamente, e que não se compara ao autista dos critérios diagnósticos. Trata-se de um eu que fala a partir de suas próprias experiências, pela sutileza de seu discurso não ser identificado na interação social (AUTHIER-REVUZ, 1990), mas que tem a capacidade de produzir marcas de subjetividade e heterogeneidade do sujeito do inconsciente que aqui consideramos. Pois, ao concebermos o discurso que é produzido pelo atravessamento do inconsciente, o sujeito ao produzir sua fala, não é caracterizado por um caráter homogêneo, mas como um sujeito pertencente a um universo discursivo, capaz de traduzir materialmente determinados sentidos e não outros

(AUTHIER-REVUZ, 1982), reconhecido como aquele do qual o sujeito se apropria sem, entretanto, dominar, por ter sua parte inconsciente.

Vejamos o recorte da entrevista à revista Isto é:

ISTO É – Há um trecho no filme em que sua personagem diz que não queria ir para a universidade porque não entendia as pessoas.

Isso mudou?

Grandin – Bom, **eu entendo as pessoas muito melhor hoje. Fui aprendendo gradualmente, com novas experiências**, e lendo muito. Leio muito sobre diplomacia internacional, que é mais ou menos como as relações sociais. Também amo ler sobre ciência e revistas de negócios, sobre pessoas bem-sucedidas. Quando fui para a universidade, decidi estudar psicologia para me entender melhor. Depois estudei ciência animal (TIRABOSCHI, 2013, grifos nossos).

A questão da jornalista enfatiza do discurso científico, o qual marca a presença de atos repetitivos, resistência a mudanças, entre outros. Perguntar se isso mudou para um autista indica ao menos, dois aspectos: o de que um autista é capaz de se colocar em posição de entrevistado, experiência comum aos demais recortes, se opondo à característica marcante de evitação ao contato, além de indicar o olhar desse jornalista distante do discurso que apresenta as características do autismo, definidas pelos manuais de psiquiatria.

Na resposta que retoma a mesma questão da entrevista anterior, quem produz o discurso é uma “autista” muito mais liberta de seu rótulo, sem a adesão maciça ao discurso científico. Sua busca particular por conhecimento marca a singularidade na escolha de um caminho. Além disso, se implica ainda mais como um sujeito, ao afirmar que foi estudar psicologia para se entender melhor. Indicamos com isso que, mesmo que busque no outro uma resposta para suas questões, um sujeito singular é convocado a produzir seu discurso, a fazer suas escolhas.

Essa mudança no discurso de uma só autista, já confirma a aposta da possibilidade de desenvolvimento e de mudança em qualquer etapa da vida, o que foge muito dos critérios de classificação de doenças que não aborda nenhum desses aspectos.

Num olhar geral sobre o corpus analisado, podemos também verificar as marcas de heterogeneidade dos discursos sobre o autismo e *da autista*, pincelados de traços de homogeneidade ou repetição de discursos autorizados e legitimados, como o da ciência. Por termos verificado no trabalho de dissertação a característica

marcadamente heterogênea do discurso da ciência do autismo, buscamos neste trabalho de análise, nos apoiar especialmente nos conceitos de sujeito discursivo e heterogeneidade, entendendo que as linguagens não excluem umas às outras, elas se compõem

de linguagens socialmente diversificadas e contraditórias, inscritas historicamente no interior de uma mesma língua (...). O reconhecimento desse funcionamento essencialmente dialógico do discurso é uma aposta ideológica: o “dogmatismo linguístico” tende a reconhecer apenas uma prática e a impô-la como “a” língua. Apoiando-se sobre, e cultivando a “espontaneidade verbal”, a monologização é portadora dos interesses das camadas dominantes (AUTHIER-REVUZ, 1982, p. 30).

No recorte acima, observamos um movimento incessante de busca da entrevistada em entender melhor as pessoas, em seguir em seu ritmo *aprendendo gradualmente*, se lançando, para isso, a novas experiências, sem se isolar ou evitar o contato com o outro. Do efeito do discurso que produz o saber diagnóstico observamos no discurso de Temple, a tendência a buscar recursos intelectuais para se lançar a novas experiências, fazendo uso de uma de suas grandes capacidades da forma que escolheu fazer. Este aspecto indica as marcas de homogeneidade e de heterogeneidade do discurso que trouxemos para nossa análise.

Com relação ao acontecimento discursivo a que apresentamos no curso deste trabalho, reconhecemos sua legitimidade nas questões referentes à ciência do autismo, uma multiplicidade de possibilidades de produção de sentidos, que sempre remete à origem do sentido mais uma vez homogeneidade e heterogeneidade se materializam no discurso sobre este assunto, tornando possível a produção de uma diversidade de discursos, sempre colocados à prova da resistência ao novo, ao se conceber a língua como destituída de história (GUILHAUMOU, 2009). Esta concepção de língua sem história, como viemos tentando mostrar, não existe, pois os discursos são sempre retomados e ressignificados, e só podem ser produzidos e fazer sentido pela memória discursiva da qual nos apropriamos para produzi-lo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Quem quer dizer o que sente
Não sabe o que há de dizer.
Fala: parece que mente
Cala: parece esquecer*

*Mas quem sente muito, cala
Quem quer dizer quanto sente
Fica sem alma nem fala,
Fica só, inteiramente!*

Fernando Pessoa

Após o desenrolar desse percurso histórico-epistemológico sobre sujeito e discurso, acreditamos poder confirmar nossa hipótese interpretativa do autismo enquanto um acontecimento discursivo, que não é a de tentar restabelecê-lo em um isolamento e nem fechá-lo em si mesmo; é torná-lo aberto para descrever, nele e fora dele, jogos de relações (FOUCAULT, 2008). Tomado por este mirante, o acontecimento discursivo não apenas não pode ser separado do contexto social e histórico do qual faz parte, como também é reconhecido num movimento contínuo intrínseco a esses contextos sendo, portanto, um efeito deles.

Com efeito, discutimos as seguintes questões: primeiramente, o discurso da ciência, representado pelo discurso do Estado, o qual no edital, que apresentamos, enquanto parte do corpus analisado, assume meios não democráticos e sectários para a promoção do atendimento e trabalho com os autistas, configurando um marco nesse processo desde o isolamento do autismo como patologia. Nesse ato, o Estado, fazendo exigências de determinada abordagem psicológica, desconsiderou e deslegitimou todos os outros campos teóricos, além de *impor* que o representante legal da instituição cadastrada, a assinatura de um documento se comprometendo a utilizar a referida abordagem. Na reação ao edital, instituições de psicanálise se organizaram politicamente de forma incisiva, conseguindo, por meio de um abaixo-assinado, fazer cair a referida portaria. Este movimento resultou na criação do MPASP – Movimento Psicanálise Autismo Serviço Público, que se compromete a participar efetivamente das políticas e práticas de atenção à infância. Este é o

primeiro movimento dentro do campo psicanalítico que observamos no contexto nacional, desde o início da prática da psicanálise no Brasil. Este movimento visa a resguardar o direito ao sujeito de fazer suas próprias escolhas, em lugar de ser tomado como sujeito que necessite desenvolver determinadas habilidades para poder atender às demandas sociais contemporâneas.

Pela importância que tem o contexto histórico na conceituação de acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008), nos dispusemos a fazer uma retomada histórica da posição do louco no universo discursivo, tanto no contexto social, como científico, entendendo que algumas das condições de possibilidade para o surgimento do louco na nossa sociedade, podem obliquamente explicar também a irrupção do autismo enquanto patologia. Seguindo este caminho pudemos observar os movimentos de denominação e posicionamento desses sujeitos, que desde o século XX, vem se voltando ao destaque cada vez maior à infância, e conseqüentemente, ao autismo. Outra mudança observada foi o crescente aumento de denominações das patologias e, por conseqüência, de diagnósticos feitos, sob o discurso de poder da ciência e do Estado, que assume a responsabilidade de cuidado desses sujeitos.

Nessa investigação, que em certo sentido, se aproxima de uma pesquisa arqueológica, buscamos definir as especificidades dos discursos, e mostrar como o jogo das regras utilizadas é predominante sobre qualquer outra, sendo o discurso médico, o da ciência, predominante sobre os demais, e influenciando o processo de significação de todo um campo de saber não legitimado. Fazendo uma proposta de verificação das homogeneidades e heterogeneidades discursivas, buscamos apontar a contradição e a variação do discurso, característicos do acontecimento discursivo (FOUCAULT, 2008). Retomamos também a construção da psiquiatria como especialidade médica, com seus focos de investigação sobre os instintos e a hereditariedade, mas com o desafio de trabalhar entre o corpo e o psíquico, entre a palavra e o ato. Legitimando a conquista desse espaço, a psiquiatria foi aos poucos conquistando grande poder, especialmente ao fazer aliança com a psicofarmacologia, campo que se articulam por suas características, e que representam o imperialismo sobre o sujeito contemporâneo do sistema capitalista atual. Entre o discurso capitalista e o discurso psicanalítico existe uma diferença intransponível e, por isso, conflituosa no que se refere à posição ocupada pelo sujeito. No discurso capitalista ele é acrítico, pertencente à engrenagem de consumo

desse discurso. No discurso psicanalítico, temos um sujeito implicado em suas próprias questões, em seus discursos.

Com a oferta de paliativos, como os remédios da alma, existe uma ilusória política do bem viver que apregoa a possibilidade de domínio sobre as próprias vontades. O individualismo cede lugar à subjetividade, promovendo a conduta narcisista e desconsiderando a importância da solidariedade. O direito à própria expressão do sofrimento é substituído pelo direito a um atendimento que tornará “sociável” o usuário.

Retomando o processo de denominação e renomeação do autismo, destacamos que uma “descoberta”, como acontecimento discursivo tem o efeito imaginário de referente que o próprio discurso produz. A denominação de um conceito cria este referencial a partir do discurso autorizado do especialista. Para isso, constatamos em nosso trabalho, que fatores históricos e conjunturas sociais refletem enquanto práticas de subjetivação, o modo de ser do sujeito, e a maneira de interpretá-lo. Atrelado ao discurso político, por ser este também um legitimador de um determinado discurso, o discurso científico ganha ainda mais legitimidade e poder.

O autismo é considerado um acontecimento discursivo também com relação ao domínio e pulverização que abarca um número bem maior de sujeitos que se enquadram nos critérios diagnósticos, com um aumento cada vez maior de diagnósticos feitos. A este respeito observamos que as versões do DSM seguiram na direção de uma destituição teórica, seguindo uma tendência de apresentar características que supostamente definem o quadro. Entende-se assim, os motivos da crise política da psicanálise, por se tratar de uma prática sem sistemas de equivalência.

Para evitar a possibilidade de *infirmiação* de nossa hipótese, empreendemos uma reflexão sobre sujeito e autismo no universo da linguagem e no campo discursivo. Nesse sentido, o autista seria aquele que se recusa a participar do universo da linguagem, nega-se a participar da natureza do homem. Considerando a concepção de linguagem nos campos filosófico, linguístico e psicanalítico, podemos refletir sobre a função que funda o sujeito. Esses três campos consideram a parte obscura e vaga da linguagem. Dessa maneira, demonstramos que o discurso dominante da psiquiatria reverbera em vários outros campos de um mesmo universo discursivo, predomina e se impõe diante dos discursos que a ele se opõem, mas

não sem resistência e conflito. Nesse sentido, houve a ampliação do discurso sobre o autismo tanto no universo científico como no campo do leigo, pelos mais variados meios de manifestação desse saber.

Nos detivemos também a refletir sobre o sujeito e os conceitos a ele relacionado, como a diferença entre sujeito cartesiano e sujeito do inconsciente, sujeito referido ao significante e, portanto, ao gozo, à angústia e ao desejo. Este percurso foi empreendido para apresentar a diferença entre o sujeito do discurso e o sujeito da linguagem. Deste último, participa o autista, que se posiciona caracteristicamente diante do campo da linguagem, e em muitos casos, se recusa a produzir seu próprio discurso, diferente do que pudemos observar no discurso de Temple Grandin.

Nos casos de psicose, apresentamos a diferença em relação à função simbólica, o Nome-do-Pai, que exerce o papel de intermediar a função dual entre a mãe e seu filho, sendo necessário que ela deseje algo além desse filho. No autismo ocorre a ausência do Outro no campo do significante. Sem o significante pai operar, o significado não emerge para esse sujeito que não pode deslizar na cadeia significante.

Seguindo o curso da clínica psiquiátrica, verificamos as nomeações que foram feitas ao sujeito *anormal*, a fim de observarmos a circularidade do discurso e do poder e legitimidade de determinados discursos, como o discurso médico. Nesse percurso, chegamos à condição atual do autismo, e às condições sociais e familiares das pessoas afetadas por esta questão investigando como se organizam com os cuidados e atenção a um filho autista. Aliado a isso, todos passam pela experiência do diagnóstico, quando ocorre uma destituição de saber desses pais sobre seu filho, saber este suplantado pelo saber científico. Lembramos também que muitos dos casos de autismo necessitam de atendimento de equipe profissional, o que também afeta a estrutura e a convivência íntima desta família.

Por fim, no último capítulo, buscamos dar destaque, ao nosso corpus de análise apresentando a materialidade do discurso (PÊCHEUX, 1995) sobre e do autista, nos mais variados meios como na publicação de livros, nas posições profissionais de destaque, inclusive como pesquisadores, trazendo para o universo da linguagem a escuta desses sujeitos silenciados por décadas. Delimitamos em nosso corpus três entradas discursivas. A primeira, que se referiu ao discurso do Estado, a segundo do discurso da ciência, com recortes de versões do DSM

(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), além dos discursos que comentam o Manual. Na terceira entrada apresentamos a voz do autista, representado na pessoa de Temple Grandin. Foi neste capítulo que pudemos dar mais consistência à afirmação de estarmos considerando se tratar de um Acontecimento Discursivo, o universo discursivo do autismo.

Analisando os documentos do Estado, verificamos um ideal de atendimento longe de sua prática, por suas limitações entre a teoria e a prática de uma lei tão complexa como a do SUS, que oferece garantia integral à saúde de todos os cidadãos, com especial atenção à criança e ao idoso. Trata-se de um ideal de proposta de tudo abarcar, silenciando a grande desigualdade social.

No Guia de atendimento aos portadores de autismo, segundo documento analisado, a garantia de atendimento humanitário indica uma anterioridade de atendimento desumano, como confirma a própria história, a qual apresentamos anteriormente. Além disso, as mudanças de propostas de atendimento, primeiramente com a instalação dos manicômios, e posteriormente com a rede de atendimento e a desospitalização, assinalamos o efeito de poder do estado sobre os usuários destes serviços, os quais são posicionados de formas diferentes ao longo do tempo. Mas devemos reconhecer também os avanços desse documento que tenta modificar um sistema de atendimento verificado como apresentando avanços no respeito ao direito do usuário, mas sempre num campo de regras de poder.

Destacamos nesse percurso, em nossa segunda entrada, o enfoque cada vez maior dado à infância com um especial destaque ao autismo, que na primeira versão do DSM sequer era denominada, chegando à denominação final que abrange uma grande possibilidade de enquadramentos a este critério diagnóstico. Apontamos assim a definição normatizadora da ciência opondo-se à resignificação inerente ao uso da língua. Nesta definição atual, Transtorno do Espectro do Autismo, destacamos o termo espectro, definição de uma imagem vaga, sem nitidez, suposta aparição de um defunto, incorpórea, mas com sua aparência; um fantasma. Se não possui uma delimitação clara, a definição se apresenta vaga, e toda tentativa de objetividade se desconstrói a partir desse olhar. De modo geral o olhar dos especialistas sobre esses sujeitos foi se modificando, juntamente com as pequenas mudanças que foram ocorrendo com os próprios sujeitos ditos agora autistas, ou as mudanças sociais e históricas foram também transformando o olhar dos especialistas e a postura dos sujeitos enquadrados nessa patologia.

Na análise do recorte do DSM V que apresenta as características do autismo, observamos que elas vêm marcadas por aspectos restritivos, como *déficit, anormal, incapacitante*. Com a predominância dessas significações ocorre a tendência à negativa. Por seu posicionamento de privilegiado poder, esse discurso promove a circularidade de discursos e a reprodução desse discurso legitimador, que alcança outros contextos sendo retomados e reproduzidos em diversificados espaços, mas para produzir o mesmo efeito: o de apagamento de um sujeito, ainda que suposto.

Na última entrada discursiva, trouxemos dois recortes de entrevistas realizadas com Temple Grandin que se auto-define como uma autista, uma profissional de sucesso. Em dois recortes, trouxemos o mesmo assunto: a máquina do abraço desenvolvida por Temple. Nas entrevistas o modo que a entrevistada é abordada, não a coloca na posição de uma autista como definem os *manuals*, tomando-a em seu aspecto particular de inventora, autora, pesquisadora, um sujeito discursivo que contribui para os avanços da ciência e do modo de se conceber o autismo. Desse modo, o discurso científico que tanto busca a homogeneidade do discurso, a estabilidade de sentidos, é transposto pelo discurso do sujeito autista, que se sobrepõe em sua singularidade sobre o discurso da ciência, que se sobrepõe em sua singularidade sobre o discurso da ciência, trazendo para esse campo também marcas de heterogeneidade.

Diante de sua postura de recusa de contato, o autista, se vê sempre convocado a se posicionar no mundo real, quer seja atendendo às demandas de boa funcionalidade, quer seja pela de escuta singular. É apenas se distanciando desse saber que o caracteriza, e se implicando em seu modo de ser e estar no mundo, que o autista passa a ser reconhecido apenas por esse rótulo.

Entendemos que o relato de Temple sobre a máquina do abraço e a sua relação com as pessoas, é uma experiência particular de um sujeito que se denomina autista, e que cada experiência, por mais semelhanças que possa ser, trará sempre o aspecto singular do sujeito, e o desafio de se haver com cada uma dessas experiências, pela concepção psicanalítica

Com nossa terceira entrada, entendemos que a plasticidade do modo de ser e os avanços especialmente no contato com os seres humanos, pode ser entendida pela contribuição de Freud (1996a) quanto à estruturação do aparelho psíquico a impossibilidade de separação entre afeto e razão. Um pode predominar sobre o outro, mas sem um, o outro não pode existir, pois são uma referência para o outro,

opostos que se complementam nos aspectos constitutivos do sujeito desejante. Afeto e razão compõem os recursos que organizam o aparelho mental, dentre outros, que passam por um processo de estratificação o qual denominou traços mnêmicos, como apresentamos. A partir daí, pensamos na diversidade de composição e recomposição desses traços a partir da experiência de cada um.

Destacamos também a contradição de uma invocação do sujeito de direito e um silenciamento do sujeito do desejo, promovendo toda essa diversidade de fatos e dados que concebemos como um acontecimento discursivo, mas sempre embutido num campo de forças que se opõem para garantir seu reconhecimento. Associado a isso, também fundamentamos todos os aspectos expostos e compreendidos como um campo de grande destaque e de interesse no tempo atual.

REFERÊNCIAS

ABEIL, M.; QUEIROZ, T. C. N. CORREIA, J. R. A. Autismo e mutação cultural. In: LANZNIK, M.-C. (Org). **O bebê e seus intérpretes**: clínica e pesquisa. São Paulo, Instituto Langage, 2013. p. 85-91.

ACHARD, P. et al. Memória e Produção discursiva do sentido. In: _____. **Papel da Memória**. Trad. José Horta Nunes. Campinas, SP: Pontes, 1999.

AGAMBEN, G. A barreira e a dobra. In: _____. **Estâncias** - a palavra e o fantasma na cultura ocidental. Tradução de Selvino José Assmann. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007. p. 240-250.

_____. **O que é o contemporâneo?** e outros ensaios. Tradução de Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó, SC: Ed. Argos, 2009.

_____. **O sacramento da linguagem**: Arqueologia do juramento. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

_____. Benjamin e o Capitalismo. **Instituto Humanitas UNISINOS**, 13 de maio de 2013. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/noticias/520057-benjamin-e-o-capitalismo-artigo-de-giorgio-agamben>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

ALMEIDA, A. O. Uma excepcional excepcional. **Folha de São Paulo**, 3 ago. 1997. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/1997/8/03/revista_da_folha/3.html>. Acesso em: 08 mar. 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** - DSM. Washington, USA: APA, 1952. Disponível em: <<http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm-1952.pdf>>. Acesso em: 5 jan.2014.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** – DSM II. Washington, USA: APA, 1968. Disponível em: <<http://www.madinamerica.com/wp-content/uploads/2015/08/DSM-II.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** – DSM III. Washington, USA: APA, 1980. Disponível em: <<http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-III.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** – DSM III-R. Washington, USA: APA, 1987. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/247913953/dsm-iii-r#scribd>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** – DSM IV. Washington, USA: APA, 1994. Disponível em: <<http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-IV.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM IV-TR.** Washington, USA: APA, 1994. Disponível em: <<http://www.terapiacognitiva.eu/dwl/dsm5/DSM-IV.pdf>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

_____. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM V.** Washington, USA: APA, 2013. Disponível em: <<https://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria>>. Acesso em: 5 jan. 2014.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro: Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes No Maior Hospício do Brasil.** São Paulo: Geração Editorial, 2013.

AUTHIER- REVUZ, Jacqueline. Hétérogénéité montrée et hétérogénéité constitutive: éléments pour une approche de l'autre dans le discours. **DRLAV Revue de linguistique**, n. 26, 1982.

_____. Heterogeneidade(s) enunciativa(s). **Caderno de Estudos Linguísticos**, Campinas, v.19, p. 25-42, jul /dez. 1990. Disponível em: <<http://revistas.iel.unicamp.br/index.php/cel/article/view/3012/4095>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

_____. A encenação da comunicação no discurso de divulgação científica. In: _____. **Palavras Incertas: as não-coincidências do dizer.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1998. p. 107-131.

_____. **Entre a transparência e a opacidade: um estudo enunciativo do sentido.** Porto Alegre: EDPUCRS, 2004.

BERNARDINO, L. M. F. A questão da psicose na infância, seu diagnóstico e tratamento diante do seu “desaparecimento” da atual nosografia. In: JERUSALINSKY, A.; FENDRIK, S. (Org.) **O livro negro da psicopatologia contemporânea.** São Paulo: Via Lettera, 2011.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação.** 10. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 2014.

BOWLBY, J. **Cuidados maternos e saúde mental.** São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 8.080.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 3 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto Nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm>. Acesso em: 10 mar.2014.

_____. **Minuta de Decreto - Lei 12.764/2012**. Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012, que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/node/888>>. Acesso em: 12 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2015. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf>. Acesso em: 10 maio 2014.

BRAUNSTEIN, N. **Goce**. México, DF: Siglo XXI Editores, S.A., 1995.

_____. O discurso capitalista, quinto discurso? O discurso dos mercados (PST): sexto discurso? **A peste**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 143-165, jan./jun. 2010.

CASTRO, J. C. L. O inconsciente como linguagem. **Cadernos de Semiótica Aplicada**, v. 7, n.1, jul. 2009 Disponível em: <<http://seer.fclar.unesp.br/casa/article/view/1773/1436>>. Acesso em: 20 dez. 2015.

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

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 5 ed. São Paulo: Editora Ática, 1996.

COURTINE, J-J. **Análise do discurso político: o discurso comunista endereçado aos cristãos**. Tradução de Carlos Piovezan. São Carlos: EDUFSCar, 2014.

COUTINHO, A. A. et al. Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “Espectro autista” sobre pais e filhos. In: JORNADA PSICANÁLISE AUTISMO SAÚDE PÚBLICA, 2013. **Anais...** São Paulo: USP, 2013. Disponível em <http://www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/laboratorios/lepsi/biblioteca/estante/hist_autismo.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2015.

COUTINHO, A. A.; CARRIJO, C.; SIQUEIRA, D.; BONFIM, D.; PASTL, G.; SILVA, I.; TAVARES, J. TORRES, J.. ARAÚJO, L.B.; FERREIRA, M; LEIVAS, M.; SELESTINI, M.J.; LYRA, M.; NEVES, M.B.; PEDROSA, M.; RANGEL, R.; SMOLIANINOFF, R.; FERREIRA, F.F.; LIVADIAS, F.K.; BARRETO, T. **Do DSM-I ao DSM-V: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “Espectro Autista” sobre pais e crianças**. In: JORNADA PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: IPUSP, 2013c. Disponível em: <www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/laboratorios/lepsi/biblioteca/estante/hist_autismo.pdf>. Acesso em 6 de jan. de 2016.

DOLTO, F. **Psicanálise e pediatria**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan. 1988.

DOR, J. **O pai e sua função em psicanálise**. Tradução de Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1991.

DUNKER, C. I. L. Aspectos Históricos da Psicanálise Pós-Freudiana. In: PORTUGAL, F.T.; FERREIRA, A.A.L., JACO-VILELA, A.M. (Orgs.). **História da Psicologia: Rumos e Percursos**. Rio de Janeiro: Nau, 2006. p. 387-412. v.1.

_____. **Estruturas e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo, Anablume, 2011.

ESCLARECIMENTO aos pais e familiares das pessoas com autismo sobre a especificidade do tratamento psicanalítico. In: JORNADA PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: IPUSP, 2013. Disponível em:

<www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/laboratorios/lepsi/biblioteca/estante/hist_autismo.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

_____. **Estruturas e constituição da clínica psicanalítica**: uma arqueologia das práticas de cura, psicoterapia e tratamento. São Paulo: Anablume, 2011.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **O que é um autor?** Lisboa: Veja/Passagem, 1992.

_____. **A ordem do discurso**. Tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. Edições Loyola, São Paulo, 1996.

_____. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

_____. **A arqueologia do saber**. Tradução de Luiz Felipe Baeta Neves. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2008.

FREUD, A. **Tratamento psicanalítico de crianças**. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

FREUD, S. Extratos dos documentos dirigidos a Fliess: Carta 52. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. I, p. 281-287.

_____. O mecanismo psíquico do esquecimento. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. III, p. 275-286.

_____. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana: O esquecimento de nomes próprios. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. VI.

_____. Notas sobre um caso de Neurose Obsessiva. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. X, p. 135-274.

_____. Totem e Tabu. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. XIII, p. 11-162.

_____. Além do Princípio do Prazer. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. XVIII, p. 11-76.

_____. Neurose e Psicose. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. XIX, p. 163-172.

_____. O Mal-Estar na Civilização. In: _____. **Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**: edição *standard* brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. XXI, p. 65-148.

GERBASE, J. Comentário sobre Radiofonia. **O campo do significante**, 2013. Disponível em: <<http://www.campopsicanalitico.com.br/media/1116/o-campo-do-significante.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

GOLDENBERG, R. **Política e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2006.

GUILHAUMOU, J. **Linguística e História**: percursos analíticos de acontecimentos discursivos. Coordenação e Organização de tradução de Roberto Leiser Baronas e Fábio César Monteiro. São Carlos: Pedro & João Editores, 2009.

JARDIM, G. Psicose e autismo na infância: impasses na constituição do sujeito. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. 6, n. 10, 2001.

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

_____. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**: um enfoque transdisciplinar. Tradução de Diana Myriam Lichteinstein et al. 3. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2004.

JERUSALINSKY, A. **Saber falar**: como se adquire a língua? Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2ª edição, 2008.

KANNER, L. Os Distúrbios Autísticos Do Contato Afetivo. In: ROCHA, P. S. (Org.). **Autismos**. São Paulo: Editora Escuta, 1997

KLEIN, M. **Psicanálise da criança**. São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1969.

KLEIN, M.; RIVIERÉ, J. **Amor, ódio e reparação**. Rio de Janeiro, RJ/São Paulo, SP: Imago/Edusp, 1975.

LACAN, J. **O Seminário**: Livro 17. O avesso da Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1992.

_____. O estádio do espelho como formador da função do eu. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998a. p. 96-103.

_____. O tempo lógico e a asserção da certeza antecipada. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998b. p. 197-213.

_____. Função e campo da fala e da linguagem em psicanálise. In: _____. **Escritos** Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998c. p. 238-324

_____. A coisa freudiana ou Sentido do retorno a Freud em psicanálise. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998d. p. 402-437.

_____. A instância da letra no inconsciente, ou a razão desde Freud. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Ed. Zahar. 1998e. p. 496-533.

_____. Subversão do sujeito e dialética do desejo no inconsciente freudiano. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998f. p. 807-842.

_____. Posição do Inconsciente. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998h. p. 829-864.

_____. A ciência e a verdade. In: _____. **Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998h. p. 869-892.

_____. **O Seminário**: livro 5. As formações do inconsciente. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1999.

_____. **O Seminário**: livro 3. As psicoses. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2002.

_____. Discurso de Roma. In: LACAN, J. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 2003a.

_____. A psicanálise verdadeira e a falsa. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003b.

_____. Alocução sobre as psicoses da criança. In: _____. **Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003c.

_____. O simbólico, o imaginário e o real. In: _____. **Nomes-do-Pai**. Tradução de André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2005a. p. 9-53.

_____. **O Seminário**: livro 10. A angústia. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2005b.

_____. **O Seminário**: Livro 16. De um Outro ao outro. Da mais-valia ao mais-degozar. Rio de Janeiro: Ed. Zahar, 2005c.

_____. **O Seminário**: Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Tradução Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

LAURENT, E. A profunda e duradoura crise da zona DSM. **Revista de Psicologia Plural**, v.35. n.1, p.11-18, 2012.

_____. **A batalha do autismo**: da clínica à política. Tradução de Claudia Berliner. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

LAZNIK, M. C. Godente ma nom troppo: O mínimo de gozo do outro necessário para a constituição do sujeito. In: OLIVEIRA, E. P. (Org.). **A hora e a vez do bebê**. São Paulo, Instituto Langage, 2013a. p. 16-35.

_____. Entre estereotípias e linguagem. In: OLIVEIRA, E. P. (Org.). **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013b. p. 52 -70.

_____. O lugar vago do pai. In: OLIVEIRA, E. P. (Org.). **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013c. p. 74-86.

_____. Lacan e autismo. OLIVEIRA, E. P. (Org.). **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Langage, 2013d. p. 201- 224.

LEBOVICI, S. **O bebê, a mãe e o Psicanalista**. Porto Alegre: ArtMed, 1987.

LEITE, M. P. S. O lugar do corpo no tratamento analítico: Lacan e o esquema óptico. **Educação on-line**, 19 nov. 2001. Disponível e:
<www.educacaoonline.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=141:o-lugar-do-corpo-no-tratamento-analitico--lacan-e-o-esquema-optico&catid=9:psicanalise&Itemid=20>

LEITE, N. V. Autismos: uma contribuição para se pensar o sujeito em psicanálise. **Inter-Ação: Rev. Faculdade de Educação**, v. 30, n.2, p.289-296, jul./dez. 2005. Disponível em: <www.revistas.ufg.br/index.php/interacao/article/viewFile/.../1357>. Acesso em: 10 maio de 2010.

MAINGUENEAU, D. **Gênese dos discursos**. Tradução de Sírio Possenti. Curitiba, PR: Criar Edições, 2007.

MANONNI, M. **A criança retardada e a mãe**. Martins Fontes, São Paulo-SP, 1999.

_____. **A criança, sua doença e os outros**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

MOVIMENTO Psicanálise, Autismo e Saúde Pública lança manifesto e destaca o papel da Psicanálise na detecção e intervenção precoce. **Psicanaliseautismoesaudepublica**, 2 abr. 2013. Disponível em:
<<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/02/movimento->

psicanalise-autismo-e-saude-publica-lanca-manifesto-e-destaca-o-papel-da-psicanalise-na-deteccao-e-intervencao-precoce/>. Acesso em: 7 nov. 2014.

NOMINÉ, B. **O que os autistas nos ensinam**. In: JORNADA DO FCL-MS, 4. 2013. **Anais...** Campo Grande: [s.n.], set. 2013. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/243603195/O-QUE-OS-AUTISTAS-NOS-ENSINAM-Bernard-Nomine-versao-final-doc#scribd>>. Acesso em: 15 dez.2014.

Oliveira, C. **O chiste, a mais-valia e o mais-de-gozar ou o Capitalismo como uma piada**. Rev. Estud. Lacan, 2008, vol.1, no.1, p.1-15. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-07692008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15 de julho de 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio**. Tradução de Eni P. Orlandi et al. 2 ed. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 1995.

_____. Papel da Memória in: ACHARD, P. et al. **Papel da Memória**. Tradução de José Horta Nunes. Campinas, SP: Pontes, 1999.

PÊCHEUX, M.; GADET, F. **A língua Inatingível: o discurso na história da linguística**. Campinas: Pontes, 2004.

_____. **O discurso: estrutura ou acontecimento**. Tradução de Eni Orlandi. 3. ed. Campinas, SP: Pontes, 2009.

PETIÇÃO Pública Contra a Convocação Pública 001/2012: Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio. 2012. Disponível em: <<http://www.peticaopublica.com.br/pview.aspx?pi=P2012N31581>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

POLÍTICAS públicas em saúde mental para a infância. In: JORNADA PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: IPUSP, 2013a. Disponível em: <www3.fe.usp.br/secoes/inst/novo/laboratorios/lepsi/biblioteca/estante/hist_autismo.pdf>. Acesso em: 06 de janeiro de 2016.

ROUDINESCO, E. **Por que a psicanálise?** Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de Psicanálise**. Tradução de Vera Ribeiro e Lucy Magalhães. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SANCHES, D. R.; BERLINK, M. T. Debilidade mental: o patinho feio da clínica psicanalítica. **Ágora**, Rio de Janeiro v.13 n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-14982010000200008&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jan. 2016.

SÃO PAULO (Estado). Departamento Regional de Saúde da Grande São Paulo. Convocação Pública 001/2012. Edital de Convocação para credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual celebração de contrato ou convênio. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 4 set. 2012. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpseesp/bibliote/informeeletronico/2012/iels.ago.12/iels149/E_R-SS-83_070812.pdf>. Acesso em: 3 mar.2015.

SAUSSURE, F. **Curso de Linguística Geral**. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.

SIBEMBERG, N. Autismo e psicose infantil. In: JERUSALINSKY A.; FENDRIK, S. (Orgs.). **O livro negro da psicopatologia contemporânea**. São Paulo: Via Lettera. 2011.

SOLER, C. Autisme et paranoia. **Bulletin du Groupe Petite Enfance**, n. 10, p. 22-30, 1997.

STAROBINSKI, J. **As palavras sob as palavras**: os anagramas de Ferdinand Saussure. Tradução de Carlos Vogt. São Paulo: Abril, 1975.

STEFAN, D.R. Autismo e Psicose. In: LAZNIK-PENOT, M-C. **O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas**. Salvador: Álgama, 1994. (Coleção Psicanálise da criança; v.1, n.6).

TELLES, C. M. A **O(s) obscuro(s) dizer(es) de mãe(s) sobre o autismo de seu(s) filho(s)**. 2011. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2011.

TENDLARZ, S. E. **De qué sufren los niños?**: Las psicoses en la infancia. Buenos Aires: Lugar Editorial, 1996.

TIRABOSCHI, J. Metade dos criadores do Vale do Silício é autista. **IstoÉ**, 17 jul. 2013. Disponível em: <http://www.istoe.com.br/reportagens/314667_METADE+DOS+CRIADORES+NO+VALE+DO+SILICIO+E+AUTISTA+>. Acesso em: 10 dez. 2015.

TUSTIN. F. **Estados Autísticos em Crianças**. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1984.

VESCOVI, R. C. A lei em tempos sombrios. In: ESCOLA LACANIANA DE PSICANÁLISE DE VITÓRIA, FACULDADE DE DIREITO DE VITÓRIA. (Org.). **A lei em tempos sombrios**. Rio de Janeiro: Ed. Cia. de Freud, 2009.

VORCARO, A. A angústia nos autismos e nas psicoses da infância. **Reverso**, Belo Horizonte, v.30, n.56, out. 2008.

ANEXO I

Diário Oficial

Estado de São Paulo PODER Executivo

Palácio dos Bandeirantes
Av. Morumbi 4.500 Morumbi São Paulo CEP 05650-000 Tel. 2193-8000
TERÇA-FEIRA, 4 DE SETEMBRO DE 2012 SEÇÃO I - PGS 77/79

COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO

Convocação Pública 001/2012

Processo DRS I 001.0201.002161/2012

Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio.

O Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 188, São Paulo – Capital, neste ato representado pelo seu Secretário, Giovanni Guido Cerri, naturalizado Brasileiro, casado, médico, portador do RG. 5.169.600, CPF. 949.050.458-00, doravante denominado SECRETARIA, torna público o presente Edital de Convocação, com base da Resolução SS-83, de 7-8-2012, para fins de constituição de cadastro de credenciados de Instituições especializadas no atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista - TEA que se interesse em participar, de forma complementar do Sistema Único de Saúde, em conformidade com seus princípios e conceitos, estabelecidos pela Constituição Federal e Lei Orgânica de saúde 8080/1990, para eventual formalização de ajuste, o qual será processado, no que couber, em conformidade com a Lei Federal 8666/93, observadas as demais disposições aplicáveis à espécie, especialmente à regulamentação dos órgãos gestores do SUS.

O envelope contendo os documentos de habilitação deverá ser endereçado e entregue no Protocolo do DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I – Grande São Paulo, localizado na Rua Conselheiro Crispiniano, 20 – República – São Paulo / SP – 1º andar, de segunda a sexta-feira no horário de 9:00 às 13:00 e das 14h às 16h30.

1 - DO OBJETO

1.1 - Seleção de Instituições especializadas no atendimento de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua Décima versão: F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8; F84.9, com o objetivo de credenciamento para eventual celebração de contrato ou convênio, na conformidade do Projeto Básico ou Plano de Trabalho que integrará o ajuste quando da eventual celebração.

1.2 - O atendimento de que trata esta convocação para eventual contratação ou convênio se destina aos indivíduos que apresentem laudo médico de especialista em neurologia ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou residência médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

1.3 - O atendimento aos pacientes com TEA inclui:

a) - Avaliações iniciais:

a.1 - Diagnóstico Médico

a.2- Avaliação Psicológica do Nível cognitivo e Comportamental;

a.3 - Diagnóstico psicopedagógico;

a.4 - Diagnóstico em Fonoaudiologia

a.5 - Avaliação em terapia ocupacional;

a.6 – diagnóstico em fisioterapia

b) Elaboração do plano terapêutico individualizado.

c) Execução do plano: inclusão nos grupos, oficinas e atendimentos individuais.

1.4 - A presente seleção e celebração eventual de futuros ajustes visa atender as demandas existentes no Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo, e municípios da respectiva jurisdição, conforme ANEXO I:

1.5 - Conforme disposto no artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição Federal e artigo 25 da Lei 8080/90, terão preferência na participação do SUS, de forma complementar, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

1.6 – Quando houver necessidade, esgotados os recursos próprios e os dos filantrópicos/sem fins lucrativos, o órgão gestor do SUS poderá buscar a complementação dos atendimentos médicos necessários à cobertura assistencial dentre as instituições credenciadas.

2 - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E REAJUSTE

2.1 - O valor total estimado do ajuste corresponderá ao número máximo de vagas disponibilizadas pela instituição aos pacientes do SUS/SP discriminadas na declaração descrita no PROJETO BÁSICO ou PLANO DE TRABALHO a ser elaborado quando da contratação ou celebração de convênio.

2.1.1 - O valor mensal a ser pago corresponderá à: multiplicação do número de pacientes pelo valor de R\$ 1.375,00 mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 825,00 para o atendimento de meio período (22,5 horas semanais).

2.2 – O valor referido no item anterior inclui todas as despesas necessárias ao integral e regular cumprimento do ajuste; nele incluídos todos os custos diretos e indiretos, bem como os encargos, benefícios e despesas indiretas (BDI) e, demais despesas de qualquer natureza.

2.3 - O valor da prestação mensal devida pelo contratante ou conveniente será reajustado anualmente; mediante a aplicação da fórmula paramétrica, estabelecida no § 5º do artigo 1º da Resolução CC-79 de 12/12/03 a seguir descrita:

$$R = Po \cdot [(IPC) - i] \cdot IPCo$$

Onde:

R = parcela de reajuste;

Po = preço inicial do contrato ou convênio no mês de referência dos preços, ou preço do contrato no mês de, aplicação do último reajuste;

IPC e IPCO = variação do IP e FIPE índice de Preço ao Consumidor ocorrida entre o mês de referência de preços ou o mês do ultimo reajuste aplicado e o mês de aplicação do reajuste.

2.4 – A periodicidade do reajuste de preço dos contratos ou convênios será contada a partir da data da publicação do presente edital de convocação.

2.5 - O pagamento previsto no item 2.1.1 será efetuado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da frequência mensal dos pacientes e notas fiscais/faturas.

2.6 - As notas fiscais/faturas, que apresentarem incorreções serão devolvidas à instituição credenciada para as devidas correções. Nesses casos, o prazo de que trata o item anterior começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem incorreções.

3 – DA HABILITAÇÃO

3.1 – HABILITAÇÃO JURÍDICA

- a) Registro comercial, no caso de empresário;
- b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;
- c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;
- d) Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores.

3.2 - REGULARIDADE FISCAL

- a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ - do Ministério da Fazenda, sendo aceito documento extraído via INTERNET;
- b) Prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal, relativos ao domicílio ou sede da entidade, pertinentes ao seu ramo de atividade e compatíveis com o objeto;
- c) Prova de regularidade para com as Fazendas Estadual e Municipal, do domicílio ou sede da entidade;
- d) Certidão Negativa de Débito (CND), expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;
- e) Certidão Negativa de Débitos dos tributos federais e da Dívida Ativa da União.

3.2.1 - Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data da sua apresentação.

3.3 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA FINANCEIRA

- a) Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuído da sede da pessoa jurídica;
- b) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, mencionando expressamente, em cada balanço, o número do livro diário e das folhas em que se encontra transcrito e o número do registro do livro na junta comercial, de modo a comprovar a boa situação financeira da entidade, vedada sua substituição por balancetes ou balanços provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de 3 (três) meses da data da apresentação do requerimento para credenciamento;

3.3.1 – A comprovação da boa situação financeira da entidade será feita de forma objetiva, pela análise do balanço, na conformidade do ANEXO II.

3.3.2 - Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data da sua apresentação.

3.4 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

a) Declaração do responsável legal de que a entidade disponibilizará, para atendimento de até 50 (cinquenta) pacientes, equipe técnica multidisciplinar composta por no mínimo:

* 1 profissional em fonoaudiologia com conhecimentos em linguagem pragmática (30h/semana);

* 1 profissional em fisioterapia (30h/semana);

* 2 psicólogos (especialidade em Terapia Cognitivo Comportamental - 30h/semana);

* 1 Terapeuta Ocupacional (30h/semana);

* 1 enfermeiro (30h/semana);

* 1 médico com experiência em TEA (10h/semana);

a.1) – Para cada 25 pacientes adicionais em período integral (ou número proporcional de atendidos em meio período), deverá a entidade providenciar a contratação de, no mínimo, mais 30 horas de trabalho semanais de profissional de nível superior com formação nas áreas de saúde e/ou educação.

a.2) - Toda entidade conveniada, além das categorias acima citada, deverá contar com um profissional de nível médio para cada grupo de 5 pacientes atendidos em período integral (aplicando-se a proporcionalidade para os de meio período), entre técnicos em enfermagem, monitores ou educadores.

b) A entidade deverá apresentar plano terapêutico individual com o objetivo de desenvolver no paciente assistido capacidades nas atividades de vida diária, tais como: higiene, alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, autocuidado e autonomia.

c) declaração do responsável legal pela Instituição de que utilizará métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por figuras); ABA (Applied Behavior Analysis) – Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Childrem) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação).

4 - OUTRAS COMPROVAÇÕES

4.1 - Relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária, que deverá ser atualizada à época da formalização do contrato ou convênio.

4.2 - Comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais.

4.3 – Em se tratando de entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas, deverão estas apresentar cópia do Certificado de Regularidade Cadastral de Entidade – CRCE, nos termos do Decreto Estadual 57.501/2011.

5 – DA APROVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

5.1 – As equipes técnicas da SECRETARIA - SES, por intermédio da Coordenadoria de Saúde Mental, Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS e Departamento Regional de Saúde – DRS I, quando for o caso, procederão a vistoria nas instalações dos participantes interessados.

5.2 – A documentação apresentada será analisada pelas referidas equipes técnicas, constituídas por Regional, para esse fim, que divulgará no Diário Oficial do Estado –

D.O. e no site da www.saude.sp.gov.br a relação dos participantes habilitados e inabilitados, podendo estes últimos, querendo, interpor recurso, no prazo de 05 (cinco) dias, contados da data da divulgação.

5.3 – Os interessados que atenderem as condições de participação constarão do cadastro de credenciados da SES, que publicará a relação final destes.

6 – DO PRAZO DE VALIDADE

O Cadastro de Credenciados é permanente e os interessados poderão, anualmente, requererem sua inscrição ou atualização deste, desde que atendidas as normas contidas na regulamentação do SUS.

7 – DA CONTRATAÇÃO

7.1 - A SECRETARIA - SES, sempre que o interesse público o exigir, poderá formalizar contratos ou convênios com as instituições especializadas credenciadas por este edital, observados os seguintes critérios: i) demanda existente; ii) proximidade da localização da entidade frente ao domicílio do paciente/responsável; iii) disponibilidade de vagas.

7.2 – Constitui condição para a celebração do ajuste a inexistência de registros em nome da credenciada no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da respectiva celebração;

7.3 – A rescisão do ajuste pela inexecução total ou parcial, bem como a má execução dos serviços, acarretará, além das consequências acordadas e as previstas em lei ou regulamento, o descredenciamento do cadastro da SES.

7.4 – A vigência dos eventuais ajustes a serem celebrados com as instituições está prevista para até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das necessárias e constantes revisões das quantidades contratadas, em face à especificidade e natureza assistencial do ajuste.

8 – DAS SANÇÕES E DO DESCREDECIMENTO

8.1 – Se a contratada ou convenente inadimplir as obrigações assumidas, no todo ou em parte, ficará sujeita às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal 8666/93, nos artigos 80 e 81 da lei Estadual 6544/89 e Resolução SS 26/90.

8.2 – As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra.

8.3 – A prática de atos que configurem inadimplemento contratual ou descumprimento de regras do convênio, bem como que importem na rescisão unilateral do ajuste ou revogação do convênio, ambas por culpa da contratada/convenente, acarretará o seu Descredenciamento.

9 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 – A participação nesta seleção implica a aceitação integral e irretratável pelo interessado dos termos deste Edital, não sendo aceita, sob qualquer hipótese, alegação do seu desconhecimento.

9.2 – Integram o presente edital os seguintes anexos

ANEXO I – RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ABRANGIDOS PELO DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I – GRANDE SÃO PAULO.

ANEXO II – INDICATIVOS PARA ANÁLISE DO BALANÇO.

ANEXO III – Minuta de Convênio.

ANEXO IV – Minuta de Contrato.

9.3 – A SECRETARIA – SES não se obriga pela presente seleção a formalizar ajuste com todos os interessados, mas apenas com aqueles cujos serviços ofertados forem reputados necessários ao atendimento da demanda.

ANEXO II



Apoie este Abaixo-Assinado. Assine e divulgue. O seu apoio é muito importante.

Contra a Convocação Pública 001/2012 - Edital de Convocação para credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio.

Local: Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo; Conselhos Regionais de Psicologia; Conselho Geral de Psicologia

Contra a Convocação Pública 001/2012 - Edital de Convocação para Credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio.

Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo,

Em 04 dias do mês de setembro de 2012, O Governo do Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, lançou e publicou a Convocação Pública nº 001/2012, Edital de Convocação para credenciamento de Instituições Especializadas em Atendimento a Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (Tea), para Eventual Celebração de Contrato Ou Convênio, tendo por objeto a seleção de Instituições Especializadas no atendimento a esses indivíduos.

O referido edital apresenta, desde o início, entre suas cláusulas, um forte compromisso com o discurso médico, impondo-o e sobrepondo-o a todos os demais, na área da saúde mental. É assim que esclarece que indivíduos autistas são aqueles portadores do Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua Décima versão: F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8; F84.9.

Por que tal especificação, pois inclui na mesma, a existência de outros diagnósticos, em se tratando de autistas, que do contrário não haveria a necessidade de especificação. E por que não levá-los em conta? Não seríamos, nesse caso, de novo, nos deparando com o já duramente criticado ATO MÉDICO?

Por que se mantém: se o diagnóstico é médico, apenas um médico pode atestá-lo. Claro! Mas não pára por aí. Equipe profissional, composta por outros profissionais da área da saúde, terá participação:

- O atendimento aos pacientes com TEA inclui:
- Avaliações iniciais:
- Diagnóstico Médico
- Avaliação Psicológica do Nível cognitivo e Comportamental;
- Diagnóstico psicopedagógico;
- Diagnóstico em Fonoaudiologia
- Avaliação em terapia ocupacional;
- diagnóstico em fisioterapia

Percebe-se que o referido edital especifica a participação do psicólogo: ele deve avaliar apenas o nível cognitivo e comportamental dos indivíduos autistas. Um indivíduo autista não dispõe de outras funções além de comunicação e comportamento? E mais, para que essa especificação?

Adiante:

QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

Declaração do responsável legal de que a entidade disponibilizará, para atendimento de até 50 (cinquenta) pacientes, equipe técnica multidisciplinar composta por no mínimo:
 profissional em fonoaudiologia com conhecimentos em linguagem pragmática (30h/semana);
 profissional em fisioterapia (30h/semana);
 psicólogos (especialidade em Terapia Cognitivo Comportamental - 30h/semana);
 Terapeuta Ocupacional (30h/semana);
 enfermeiro (30h/semana);
 médico com experiência em TEA (10h/semana);

Na cláusula destacada acima, o referido edital escancarou sua DETERMINAÇÃO/INJUNÇÃO ao trabalho do psicólogo e, ao mesmo tempo, uma única maneira de tratar os autistas, no âmbito público, configurando, a

Já Assinaram

3.272 PESSOAS

Assinar Petição

O seu apoio é muito importante. Apoie esta causa. Assine o Abaixo-Assinado.

Algumas razões para assinar. O que dizem os outros assinantes

Tem um blog ou site? Adicione este módulo. Participe na divulgação.

Abaixo-Assinado criado por:

Contatar Autor

nosso ver, um ABUSO DE PODER, um ato antidemocrático, antiético, servindo a uma "reserva de mercado" e a um "lobby profissional público".

É o que se vê ainda na cláusula abaixo:

c) declaração do responsável legal pela Instituição de que utilizará métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por figuras); ABA (Applied Behavior Analysis) – Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação).

Trabalhamos com outra abordagem e entendemos que essa é uma escolha que cabe ao psicólogo, ao profissional da saúde mental, e não ao Estado. A maneira como vamos avaliar e tratar nossos pacientes, de que lugar teórico/prático/ético vamos olhá-los e escutá-los, é uma escolha nossa! E AQUI PEDIMOS ATENÇÃO REDOBRADA AOS PSICÓLOGOS E AOS CONSELHOS REGIONAIS E FEDERAL DE PSICOLOGIA: consentir com isso, ou seja, que um edital público exija do psicólogo especialização em uma dada abordagem é abrir um precedente para que novos editais sejam criados determinando que em hospitais, por exemplo, os psicólogos trabalhem com a abordagem X; nos fóruns, com a abordagem Y, com pacientes depressivos, na abordagem K e assim por diante.

Toda ação humana no mundo, em um momento ou em outro, de alguma maneira encontrará seu limite. Não há "A solução", senão soluções aqui e ali. E as diferentes abordagens de avaliação e tratamento em psicologia e no campo da saúde mental estão aí para isso, atestando, inclusive, experiências bem sucedidas no tratamento dos sujeitos autistas que NÃO PODEM SER DESCONSIDERADAS.

Preocupamo-nos muito seriamente ao ver o Estado decidindo qual é "o caminho" a ser traçado no campo do autismo no Estado de São Paulo. Sendo que, entre muitas questões modernas, o autismo é uma das que desafia todas as áreas do conhecimento humano; talvez só não venha desafiar aqueles que resolveram não encarar com rigor, seriedade e modéstia.

Pensamos que a situação é grave e exige intervenção e manifestação imediata dos psicólogos, psicanalistas e demais profissionais e pessoas concernidos e tocados pela questão do autismo e, mais amplamente, pela questão da saúde mental em nosso país.

Certos de contarmos com o apoio do meio "psi" e com a necessária revisão e retificação do referido edital pela Secretaria de Estado da Saúde, subscrevemo-nos.

ASSINAR Abaixo-Assinado


Nova Mensagem


Para lindastk

Qual a sua opinião?

0 comentários

Classificar por **Mais recentes**

 Adicionar um comentário...

 Facebook Comments Plugin

O atual abaixo-assinado encontra-se alojado no site Petição Pública Brasil que disponibiliza um serviço público gratuito para todos os Brasileiros apoiarem as causas em que acreditam e criarem abaixo-assinados online. Caso tenha alguma questão ou sugestão para o autor do Abaixo-Assinado poderá fazê-lo através do seguinte link [Contatar Autor](#)

Outros Abaixo-Assinados que podem interessar

ANEXO III

MINISTÉRIO DA SAÚDE

**LINHA DE CUIDADO PARA A
ATENÇÃO ÀS PESSOAS COM
TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO
AUTISMO E SUAS FAMÍLIAS NA
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO ÀS PESSOAS
COM TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO E SUAS FAMÍLIAS



Brasília - DF
2015

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	7
1	INTRODUÇÃO.....	9
1.1	A SAÚDE COMO DIREITO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS).....	9
1.2	A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	12
1.3	A CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	14
2	TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO, DEFINIÇÃO E NOMENCLATURA	17
2.1	PRECURSORES DO AUTISMO	17
2.2	O NASCIMENTO DO AUTISMO E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES SOBRE O TRANSTORNO	18
2.3	OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COMO “TRANSTORNOS MENTAIS”	30
2.4	OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COMO “TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO”	32
3	AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DOS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO	35
3.1	ALGUNS ESCLARECIMENTOS.....	35
3.2	ADVERTÊNCIAS	38
3.3	O PROCESSO DIAGNÓSTICO.....	43
3.3.1	Detecção precoce de risco para os transtornos do espectro do autismo	45
3.3.2	Classificação diagnóstica	51
3.3.3	Comorbidades e diagnósticos diferenciais	56

3.3.3.1	Comorbidades.....	57
3.3.3.2	Diagnósticos diferenciais	58
4	DIRETRIZES PARA O CUIDADO	61
4.1	INTEGRALIDADE.....	61
4.2	GARANTIA DE DIREITOS DE CIDADANIA	67
4.3	ARRANJOS E DISPOSITIVOS PARA O CUIDADO	71
4.3.1	Profissionais e equipes de referência	71
4.3.2	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	73
4.3.3	Algumas tecnologias de cuidado	80
4.3.3.1	Tratamento Clínico de Base Psicanalítica	80
4.3.3.2	Análise do Comportamento Aplicada (Applied Behavioral Analysis – ABA).....	81
4.3.3.3	Comunicação Suplementar e Alternativa (CSA)	82
4.3.3.4	Integração Sensorial.....	84
4.3.3.5	Tratamento e Educação para Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo (TEACCH).....	86
4.3.3.6	Acompanhamento terapêutico	87
4.3.3.7	Aparelhos de alta tecnologia	89
4.3.3.8	Tratamento medicamentoso.....	89
5	COMO ORGANIZAR A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	91
5.1	ATENÇÃO BÁSICA.....	94
5.2	NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	95
5.3	CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS).....	98
5.4	ESTRATÉGIAS DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL.....	101
5.5	CENTROS DE CONVIVÊNCIA E CULTURA	102
5.6	ATENÇÃO À URGÊNCIA E À EMERGÊNCIA	103

5.6.1	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)	104
5.6.2	Unidade de Pronto Atendimento (UPA)	104
5.7	LEITOS OU ENFERMARIAS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAL GERAL.....	105
5.8	ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	106
5.9	ARTICULAÇÃO COM A REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....	110
5.9.1	Componentes e Pontos de Atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência	114
6	REDES E ARTICULAÇÕES INTERSETORIAIS	117
6.1	POLÍTICA NACIONAL DA EDUCAÇÃO ESPECIAL NA PERSPECTIVA DA EDUCAÇÃO INCLUSIVA	119
6.1.1	Educação: direito inalienável e incondicional	121
6.1.2	A Educação Inclusiva	124
6.1.3	A Educação Especial	125
6.2	A PARCERIA COM A ASSISTÊNCIA SOCIAL.....	129
6.3	A PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO NA PERSPECTIVA DA CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	135
6.3.1	A incidência da Convenção sobre as políticas públicas com foco nas pessoas com deficiência que vêm sendo adotadas no Brasil.....	139
	REFERÊNCIAS	141

APRESENTAÇÃO

Este documento dirige-se a gestores e profissionais da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Sistema Único de Saúde (SUS) e objetiva contribuir para a ampliação do acesso e a qualificação da atenção às pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) e suas famílias.

A construção de tal material decorre de esforços de um Grupo de Trabalho, constituído em dezembro de 2011, composto por representantes de universidades, da sociedade civil, gestores e profissionais de RAPS locais do SUS, coordenado pela Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (ATSM), do Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (DAPES), da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde.

Foram parceiros também a Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno (ATCAM), a Rede de Atenção à Urgência e Emergência (RUE), o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), bem como a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, com vistas a garantir a ressonância e a articulação entre todas as redes de interface para o cuidado das pessoas com TEA e de suas famílias.

A submissão do texto à consulta pública ampliou o diálogo com diversos parceiros que se dedicam ao estudo, ao cuidado, à militância e/ou afetivamente à questão e às pessoas com TEA, que puderam contribuir de forma significativa para o seu aprimoramento.

A perspectiva de linha de cuidado delinea os objetivos deste documento, reafirmando os princípios ético-técnico-políticos para a organização dos pontos de atenção da RAPS e subsidiando a definição de estratégias para a ação, o que inclui uma diversidade de caminhos para o alcance da atenção qualificada, visando à garantia da produção do cuidado continuado, comunitário/territorial, incluindo a atenção básica e o acesso à complexa densidade tecnológica. Ao mesmo tempo, a efetiva garantia de direitos das pessoas com TEA e seus familiares exige, necessariamente, o desenvolvimento do trabalho em rede intersetorial, assim como a interação com os sistemas de garantia de direitos.

Para tanto, este documento inclui breve contextualização sobre a política pública de saúde e o processo de estruturação de uma rede territorial de atenção psicossocial, a construção histórica do conceito de autismo e sua nomenclatura atual, aspectos relativos ao diagnóstico, bem como as principais orientações para a organização do cuidado no âmbito da RAPS.

Apresenta, ainda, a necessária articulação à Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e sua contextualização quanto às políticas públicas de educação, assistência social e direitos humanos, em cujo âmbito esta questão dialoga com perspectivas e estratégias significativas de apoio e de participação social, em diferentes frentes, reafirmando a necessidade de práticas plurais, intra e intersetoriais, para responder à complexidade da efetiva garantia de direitos e de participação social das pessoas com TEA e suas famílias, o que constitui um compromisso fundamental das políticas públicas.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A SAÚDE COMO DIREITO E O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A Constituição Federal de 1988 determina, em seu artigo 196, que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Este direito materializa-se na Lei nº 8.080/1990, que – especialmente em seu artigo 3º – reconhece que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (BRASIL, 1990).

A compreensão de que cada sujeito tem sua história, suas potencialidades e dificuldades demonstra que a experiência de cada um diante das situações adversas será vivenciada de maneira singular. Da mesma forma, isso acontece, por exemplo, em relação à vivência de diferentes pessoas com *transtornos do espectro do autismo* (TEA).

Se, como agentes públicos, com as responsabilidades do fazer profissional, é importante compreender o contexto e a complexidade que envolvem as vivências do público dos serviços onde se atua, é imprescindível também empreender esforços para desconstruir

concepções presentes no imaginário social que marginalizam e estigmatizam pessoas com TEA. Portanto, os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas famílias devem ser considerados como sujeitos de direitos, autônomos e capazes de decidir questões sobre suas próprias vidas.

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei nº 8.080/90, é uma política pública pautada na concepção da saúde como direito dos cidadãos e dever do Estado, responsável por garantir acesso e qualidade ao conjunto de ações e serviços que buscam atender às diversas necessidades de saúde das pessoas sob os princípios da universalidade, integralidade e equidade, com vistas à justiça social (BRASIL, 1990).

Para tanto, o SUS se organiza a partir das diretrizes de descentralização, regionalização e controle social. Em outras palavras, propõe-se que os serviços de saúde estejam próximos do território vivido pelas pessoas, respeitando a identificação de especificidades locais, e que todos os brasileiros possam participar ativamente da construção e qualificação desse sistema, destacando-se por afirmar a universalidade, incluindo ações de diferentes complexidades para corresponder às diferentes necessidades de saúde da população.

O controle social do SUS merece destaque, na medida em que impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços na gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva. Assim, os Conselhos e as Conferências de Saúde desempenham papel fundamental na conformação do SUS, no ordenamento de serviços e ações e na identificação de prioridades (BRASIL, 2005, p. 25).

A partir da Portaria MS/GM nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010), e do Decreto presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011a), o SUS passou a ser orientado a partir da estruturação de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que consistem de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que – integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão – buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo das RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde, com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária, além de eficiência econômica (BRASIL, 2010; 2011a).

O planejamento e a organização das RAS deverão se orientar pela lógica da regionalização, e todas as Regiões de Saúde deverão desenvolver ações de atenção psicossocial.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011b) integra o SUS e compartilha de seus princípios e suas diretrizes. A RAPS, a Rede de Atenção às Urgências, a Rede Cegonha e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência apresentam-se como redes cuja implantação é prioritária para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011c; 2011d; 2012). Vale ressaltar que o desafio está colocado não só para a implantação e expansão dos pontos de atenção dessas redes, mas também para a articulação e a corresponsabilidade do cuidado aos usuários, considerando-se a singularidade de cada história.

1.2 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Contemporâneo e inscrito sob muitos preceitos comuns aos da Reforma Sanitária, o processo de Reforma Psiquiátrica tem uma história própria e, ao mesmo tempo, em diálogo com o movimento internacional de mudanças pela superação do modelo asilar.

No Brasil, o Movimento de Reforma Psiquiátrica articulou-se, no final dos anos 1980, com o lema “Por uma sociedade sem manicômios” e pode ser compreendido como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens e que incidem em territórios diversos: nos organismos públicos, nas universidades, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais e na opinião pública (AMARANTE; TORRE, 2001).

Compreendidas como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, as diretrizes da Reforma Psiquiátrica inscreveram-se no cenário nacional, na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (do SUS), como política pública de Estado. Por tal razão, “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que este processo avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios” (BRASIL, 2005, p. 6).

A Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, garante os direitos das pessoas com transtornos mentais e propõe, no âmbito do SUS, uma nova forma de atenção, assegurando o direito ao cuidado em serviços comunitários de saúde mental. A lei estabelece, ainda, a necessidade de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial para as

9.4 – Quaisquer informações ou esclarecimentos poderão ser obtidos mediante solicitação escrita endereçada ao DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I – Grande São Paulo, localizado na Rua Conselheiro Crispiniano, 20 – República – São Paulo / SP.

9.5 – Os casos omissos da presente seleção serão solucionados pela Comissão ou pela Equipe Técnica da SES.

São Paulo, 03-09-2012.
Iramaia Aparecida Luvizotto Colaiacovo
Diretor Técnica de Saúde III
DRS I – Grande São Paulo

ANEXO I
RELAÇÃO DOS MUNICÍPIOS ABRANGIDOS PELO
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I – GRANDE SÃO
PAULO

(Microrregião/Colegiado)

ALTO TIETÊ: Arujá, Biritiba Mirim, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Salesópolis, Santa Isabel e Suzano.

FRANCO DA ROCHA: Caieiras, Cajamar, Francisco Morato, Franco da Rocha e Mairiporã.

GRANDE ABC: Diadema, Mauá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo e São Caetano do Sul.

GUARULHOS: Guarulhos.

MANANCAIS: Cotia, Embú das Artes, Embú-Guaçu, Itapeericada Serra, Juquitiba, São Lourenço da Serra, Taboão da Serra, e Vargem Grande Paulista.

ROTA DOS BANDEIRANTES: Barueri, Carapicuíba, Itapevi, Jandira, Osasco, Pirapora do Bom Jesus e Santana do Parnaíba.

SÃO PAULO: São Paulo

ANEXO II
ANÁLISE ECONÔMICO-FINANCEIRA DO BALANÇO

A situação financeira das entidades será aferida por meio dos índices de:

Liquidez corrente - LC, liquidez geral- LG e solvência geral- SG

LC= Ativo Circulante / Passivo Circulante **LG**= Ativo Circulante (+) Realizável a Longo Prazo / Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo

SG = Ativo Total / Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo

Os índices calculados, obrigatoriamente, acompanharão as: demonstrações contábeis; sendo consideradas habilitadas as empresas que apresentarem os seguintes resultados:

Liquidez corrente = índice maior ou igual 1,00

Liquidez geral = índice maior ou igual a 1,00

Solvência geral = índice maior ou igual a 1,00

Observação:

O Anexo II - Análise Econômico-financeira deverá ser elaborada em papel timbrado da empresa e redigido em língua, portuguesa, salvo quanto às expressões técnicas de uso

1.3 A CONVENÇÃO INTERNACIONAL DOS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

De acordo com o artigo 1º, § 3º, da Emenda Constitucional nº 45, de 30 de dezembro de 2004,

os tratados e as convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, em cada Casa do Congresso Nacional, em dois turnos, por três quintos dos votos dos respectivos membros serão equivalentes às emendas constitucionais.

Neste sentido, no ano de 2009, foi promulgada, após ter sido ratificada como equivalente a uma emenda constitucional, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como o seu protocolo facultativo, instrumento que vem sendo reconhecido no cenário internacional como um marco de significativo avanço no campo ético e legal, que favorece a possibilidade de passar do discurso para a mudança das práticas.

A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que:

peças com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

Na construção da referida Convenção, a participação de movimentos organizados internacionais do campo da saúde mental garantiu a inclusão desta população sob a terminologia, embora controversa, de deficiência mental e demarcou no documento que nenhuma condição ou diagnóstico pode justificar a perda da liberdade.

As terminologias *mental disability* e *psychosocial disability* vêm sendo utilizadas para se referir às pessoas que tenham recebido um diagnóstico de saúde mental com comprometimento de longo prazo e que vivenciam fatores sociais negativos, incluindo o estigma, a discriminação e a exclusão (DREW et al., 2011).

Derivado das especificidades do campo da Saúde Mental, à luz da supracitada Convenção, foi proposto o projeto QualityRights, da Organização Mundial da Saúde (OMS), que tem o objetivo de melhorar as condições de qualidade nos serviços de saúde mental em articulação com o movimento da sociedade civil.

O QualityRights propõe a inseparabilidade entre *qualidade de serviços* e *garantia e promoção de direitos*, com vistas:

- √ à introdução dos conceitos de direitos humanos como base para todas as ações desenvolvidas;
- √ a aumentar a qualidade dos serviços de saúde mental;
- √ a capacitar usuários, familiares e os profissionais de saúde para entender e promover os direitos humanos neste segmento;

- ↙ a desenvolver movimentos da sociedade civil e dos usuários para prestar apoio mútuo e realizar e influenciar as decisões políticas em sintonia com as diretrizes internacionais para o tema; e
- ↙ a contribuir e difundir experiências de boas práticas e normas nacionais e internacionais de direitos humanos.

Este projeto, que está sendo implantado na Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do SUS, é orientado sob a perspectiva dos direitos humanos, incluindo preocupações relativas às condições de vida, ao tratamento e aos cuidados da saúde física e mental, bem como ao modo como os usuários dos serviços são tratados pelos profissionais. Além disso, dispõe de um conjunto de ferramentas para a avaliação e a qualificação da rede de cuidados e tem o apoio da OMS para a sua implantação.

2 TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO: CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO CONCEITO, DEFINIÇÃO E NOMENCLATURA

2.1 PRECURSORES DO AUTISMO

Nos primórdios da psiquiatria, na virada do século XVIII para o XIX, o diagnóstico de “idiotia” cobria todo o campo da psicopatologia de crianças e adolescentes. Logo, a idiotia pode ser considerada precursora não só do atual retardo mental, mas das psicoses infantis, da esquizofrenia infantil e do autismo (BERCHERIE, 1998). Em torno da figura do “idiota” ou do “débil mental” desenvolveu-se um debate ligado à impossibilidade de tratamento pelo método moral – posição de Pinel – e à aposta na melhoria a partir do método clínico-pedagógico. Esta última posição, elaborada pelo francês Jean Itard, deu origem a uma fértil tradição, que se desenvolveu à margem do campo médico-psiquiátrico, que é a da educação especial (a partir das contribuições dos médicos franceses Séguin e Bourneville, entre outros).

O psiquiatra inglês Maudsley é tido como pioneiro na literatura sobre a psicose na criança, ao incluir um capítulo intitulado “Insanity of early life” em seu livro *Physiology and pathology of mind*, de 1867. Entretanto, o alemão Griesinger, em 1845, já fazia referência às diferenças entre a loucura do adulto e a da criança (GRIESINGER, 1845, apud KRYNSKI, 1977). Pode-se considerar que as primeiras descrições de psicoses especificamente infantis incluíram a *dementia precocissima*, pelo italiano De Sanctis, em 1906 e 1908, e a *dementia*

infantilis, pelo austríaco Heller, em 1908, ambas tendo como referência a *dementia praecox*, do alemão Emil Kraepelin (KANNER, 1971; WING, 1997).

Em 1933, Howard Potter, médico do New York State Psychiatric Institute and Hospital, baseado na esquizofrenia, descrita em 1911 pelo psiquiatra suíço Eugen Bleuler, apresentou e discutiu seis casos cujos sintomas haviam se iniciado antes da puberdade e que incluíam alterações no comportamento, falta de conexão emocional e ausência do instinto de integração com o ambiente. Potter propôs, então, que esse quadro fosse denominado de *esquizofrenia infantil*.

A partir de 1943, os conceitos de autismo, psicose e esquizofrenia se confundiriam e seriam usados de maneira intercambiável durante muitos anos, o que atualmente foi superado.

2.2 O NASCIMENTO DO AUTISMO E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES SOBRE O TRANSTORNO

Nos anos 1940, dois médicos apresentaram as primeiras descrições modernas do que hoje é nomeado de *autismo infantil* ou *transtorno autista*. Leo Kanner, médico nascido no antigo Império Austro-Húngaro, que emigrou para os Estados Unidos em 1924, tornando-se chefe do serviço de psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital de Baltimore, publicou em 1943 o artigo: “Os distúrbios autísticos do contato afetivo”. Utilizando-se da noção de autismo consagrada por Eugen Bleuler como um dos principais sintomas da esquizofrenia, Kanner descreveu 11 crianças cujo distúrbio patognomônico seria “a incapacidade de se relacionarem de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (KANNER, 1943, p. 243, grifo do autor).

O “isolamento autístico extremo” (KANNER, 1943, p. 242) as levava a negligenciar, ignorar ou recusar o contato com o ambiente, e esse comportamento podia estar presente desde os primeiros meses de vida. Assim, algumas mães costumavam recordar que o filho não mostrava uma atitude corporal antecipatória, não inclinando o rosto nem movendo os ombros antes de ser levado ao colo. Uma vez no colo, o filho não ajustava seu corpo ao daquele que o carregava. Além disso, a criança podia não apresentar mudanças em sua expressão facial ou posição corporal quando os pais voltavam para casa, se aproximavam e falavam com ela. A maior parte desses sinais precocíssimos era identificada retrospectivamente, de modo que os problemas na aquisição da fala costumavam ser os primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado.

Três das crianças de Kanner não adquiriram a fala ou muito raramente a usavam; as demais falaram na idade prevista ou pouco depois. Nelas, porém, a linguagem verbal não tinha função de comunicação, pois consistia da reunião de palavras sem ordenação e aparentemente sem sentido ou de repetições de informações decoradas, como listas de animais, presidentes ou trechos de poemas.

Essa “excelente capacidade de memorização decorada” (KANNER, 1943, p. 243) mostrava que a linguagem havia sido “consideravelmente desviada para se tornar um exercício de memória autossuficiente, sem valor conversacional e semântico, ou grosseiramente distorcido” (KANNER, 1943, p. 243). As crianças também tinham dificuldades em generalizar conceitos, tendendo a usá-los de modo literal e associados ao contexto no qual foram ouvidos pela primeira vez. Até os 5 ou 6 anos, apresentavam ecolalia e não usavam o pronome “eu” para se referirem

a si mesmas. Para manifestarem um desejo ou uma aquiescência, elas repetiam, com a mesma entonação, a frase ou a pergunta que haviam escutado de outrem.

Segundo Kanner, tudo o que vinha do exterior era experimentado por essas crianças como uma “intrusão assustadora”, o que explicava não só a tendência de ignorar o que lhes era perguntado, mas também a recusa de alimentos e o desespero provocado por barulhos fortes ou objetos em movimento. Os ruídos ou movimentos repetidos produzidos por elas próprias, entretanto, não eram acompanhados de manifestações de angústia. Kanner descreveu em tais crianças um “desejo obsessivo e ansioso pela manutenção da uniformidade” (KANNER, 1943, p. 245), que as fazia preferir tudo o que se mostrava repetitivo, rotineiro e esquemático.

Mudanças – fossem de residência, nos trajetos a serem percorridos, na sequência de ações cotidianas ou na posição dos objetos da casa – provocavam-lhes crises de ansiedade e desespero. O medo da mudança e da incompletude as levava, segundo o autor, à restrição de sua espontaneidade e à ritualização do comportamento no dia a dia.

Havia nelas sempre uma boa relação com os objetos, especialmente aqueles que não modificavam sua aparência e posição. As relações com as pessoas, por outro lado, estavam gravemente perturbadas, havendo a tendência dessas crianças de circular entre os presentes aparentando não distingui-los dos móveis do ambiente. Por vezes, tais crianças se dirigiam a partes dos corpos dos outros com o objetivo de retirar um pé ou um braço que funcionava como obstáculo ao que elas queriam alcançar. Não olhavam os outros no rosto, não se interessavam pelo

que os adultos conversavam e se eram por eles interpeladas, elas não respondiam, a não ser que se insistisse muito. Na presença de outras crianças, elas permaneciam sozinhas ou nos limites do grupo, não participando de seus jogos. Tudo isso levava Kanner a concluir que “um profundo isolamento domina todo o comportamento” dessas crianças (KANNER, 1943, p. 247).

No decorrer de seu artigo, Kanner dava pistas ambivalentes sobre as origens de tal quadro. Defendia uma “incapacidade inata de estabelecer o contato afetivo habitual e biologicamente previsto com as pessoas, exatamente como as outras crianças vêm ao mundo com deficiências físicas ou intelectuais inatas” (KANNER, 1943, p. 250), mas também sugeriu que os problemas dos filhos teriam alguma articulação com a personalidade dos pais e o tipo de relações precoces estabelecidas entre eles e as crianças.

Apenas um ano após a publicação do texto de Kanner, Hans Asperger, um médico psiquiatra e pesquisador de Viena, escreveu o artigo “Psicopatia Autística na Infância”. Nele, o austríaco também tomou de empréstimo de Bleuler o termo “autismo” para descrever quatro crianças que apresentavam como questão central o transtorno no relacionamento com o ambiente ao seu redor, por vezes compensado pelo alto nível de originalidade no pensamento e nas atitudes.

As características autistas apareceriam a partir do segundo ano de vida e seriam persistentes. Haveria pobreza de expressões gestuais e faciais e, quando as crianças eram inquietas, sua movimentação era estereotipada e sem objetivo, podendo haver movimentos rítmicos repetitivos. Suas falas seriam artificiais, mas teriam atitude criativa em

relação à linguagem, exemplificada pelo uso de palavras incomuns e neologismos. Outro ponto positivo seria sua capacidade de enxergar eventos a partir de um ponto de vista original, com campos de interesses diferentes dos apresentados pelas outras crianças de sua idade (especialmente ligados às ciências naturais), o que desvelaria sua “surpreendente maturidade”.

Seu refúgio na abstração, sua inventividade e sagacidade seriam diretamente proporcionais ao seu afastamento do ambiente imediato. Seu aprendizado cotidiano dependeria de regras e leis claras, não se baseando na imitação natural e inconsciente dos comportamentos dos adultos, como ocorreria com as crianças “normais”. No campo das emoções, não se encontrava pobreza afetiva, mas sim uma alteração qualitativa, a desarmonia nas emoções e na disposição. A falta de harmonia entre afeto e intelecto explicaria a hipo ou hipersensibilidade no campo dos instintos sexuais e do apetite e também suas peculiares reações a sons e ao toque. Seu “extremo egocentrismo” muitas vezes se aliaria a atitudes de malícia com as pessoas, sendo também característica a falta de senso de humor.

Ao contrário dos casos de Kanner, que demonstravam ter boas relações com os objetos, as crianças de Asperger teriam relações atípicas tanto com as pessoas quanto com os objetos, ignorando certos elementos do ambiente ou se fixando exageradamente em outros. Seu olhar não se deteria por muito tempo nas coisas e deslizaria sobre as pessoas. Além disso, algumas crianças se dedicavam a coleções exóticas ou inúteis ou à ordenação de objetos. Asperger atribuiu tais problemas a uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre aspectos psicodinâmicos (ASPERGER, 1991).

Enquanto o artigo de Asperger vai permanecer praticamente desconhecido até os anos 1980, o de Kanner, por sua vez, se populariza progressivamente. Kanner virá, até o final da década de 1950, a enfatizar os fatores de ordem psicológica ou ambiental em detrimento dos orgânicos, aos quais irá retornar nos anos 1960. Na verdade, apesar da diversidade de influências teóricas, descrições clínicas e denominações existentes naquela época, será a concepção psicogênica que tomará conta do campo psiquiátrico, pelo menos até parte dos anos 1970, respaldada pela influência do saber psicanalítico no campo naquela época. O autismo, geralmente incluído no grupo das “psicoses infantis”, é naquele momento tratado como um transtorno das fundações do psiquismo infantil. Neste sentido, muitas vezes as características psicológicas dos pais ou a qualidade dos cuidados maternos foram equivocadamente associadas à gênese do quadro dos seus filhos, com lamentáveis consequências.

Destacaram-se naquela perspectiva psicodinâmica autores como a psicanalista Margareth Mahler (1897 – 1985), que se integrou à corrente da *egopsychology* norte-americana e que distinguiu a “psicose infantil autista” da “psicose infantil simbiótica” (MAHLER, 1952). Outro psicanalista que, desde meados dos anos 1950, seria muito citado na literatura psiquiátrica sobre o autismo é Bruno Bettelheim (1903 – 1990), cujo trabalho com crianças com autismo na Escola Ortogênica *Sonia Shankmmann*, entre 1956 e 1962, deu origem ao livro “A Fortaleza Vazia” (BETTELHEIM, 1987). Frances Tustin (1913 – 1994) e Donald Meltzer (1922 – 2004) são outros representantes desta tradição, tendo produzido suas obras a partir dos anos 1970. Contudo, as concepções

da psicanálise, assim como as várias correntes teórico-clínicas sobre o autismo, sofreram importantes modificações com o passar dos anos. A grande revolução do pensamento psicanalítico em relação à compreensão sobre o autismo se deu a partir de dois avanços: o primeiro relativo à prática clínica com a criança pequena, mesmo bebê; e o segundo a partir do estudo dos filmes caseiros (MAESTRO et al., 2001, 2002, 2005), antes da instalação da patologia.

A primeira dessas pesquisas a partir de filmes caseiros foi realizada por Massie em 1978, sobre o início das psicoses infantis. Essa metodologia de pesquisa prospectiva longitudinal de filmes com bebês que se tornaram posteriormente crianças com autismo mostrou claramente os estados de sideração dos pais ante a falta de respostas dos filhos, o que lhes gerava uma catástrofe subjetiva (CRESPIN, 2004), concepção esta que modificava a antiga ideia de uma psicogênese do autismo relacionada às posições parentais ou a uma culpabilização da mãe.

A partir dos anos 1980, as concepções psicanalíticas sobre autismo passaram também a ser produzidas pelas escolas francesas de inspiração lacaniana, referidas ao legado de Jacques Lacan (LEFORT; LEFORT, 1990, 1995; SOLER, 1999; BAIQ, 2005; LAURENT, 2012; MALEVAL, 2012; BARROS, 2012; LAZNIK, 1998; CRESPIN, 2004). Essa vertente se baseia em uma visão estrutural da constituição do sujeito e, no caso do autismo, em uma relação na qual o sujeito deve ser analisado na lógica em que se articulam a linguagem e o corpo.

Ainda nos anos 1960, apareceriam os primeiros sinais da concepção que, nas décadas seguintes, se constituirá numa nova hegemonia no campo psiquiátrico. Três componentes dessa mudança, bastante

interdependentes entre si, merecem ser destacados. Primeiro, o respaldo das teses biológicas sobre o autismo cresce e ganha o aval do próprio Kanner. Ele, contradizendo algumas de suas declarações anteriores, afirma em 1968:

É reconhecido por todos os observadores, exceto por um reduzido número daqueles impedidos por compromissos doutrinários, que o autismo não é uma doença primariamente adquirida ou feita pelo homem. [...] Fazer os pais se sentirem culpados ou responsáveis pelo autismo de seu filho não é apenas errado, mas adiciona de modo cruel um insulto a um dano (KANNER, 1968, p. 25).

Em segundo lugar, pessoas com autismo passam a dar depoimentos e escrever biografias falando de suas vivências e recusando o título de psicose (até então dado à síndrome) e, juntamente com seus familiares, passam a exercer protagonismo no interior do campo psiquiátrico. Descontentes com as imagens divulgadas pela popularização da psicanálise nos EUA e na Inglaterra, eles passam a defender concepções e investimentos em pesquisas inteiramente voltadas para os aspectos orgânicos e para intervenções comportamentais.

Nesse contexto, dois personagens mostraram-se relevantes: o psicólogo Bernard Rimland, que em 1964 publicou o livro *Infantile Autism* e foi um dos fundadores da Autism Society of America, em 1965; e a psiquiatra Lorna Wing, que participou da organização da National Autistic Society, na Inglaterra, em 1962. Ambos, além de outros pesquisadores da área, são também pais de pessoas com autismo.

Em terceiro lugar, as teses psicodinâmicas passam a contar com uma explicação psicológica rival, qual seja: o cognitivismo. Desde o final dos anos 1960, o psiquiatra inglês Michael Rutter questionava a centralidade dada aos aspectos afetivos na síndrome e defendia que o cerne do problema estava no campo da cognição. Mais tarde, Ritvo (1976) também relacionaria o autismo a um déficit cognitivo, considerando-o não mais uma psicose, mas sim um distúrbio do desenvolvimento. Isso preparou o terreno para que, a partir dos anos 1980, se desenvolvessem teses como as do déficit autista da *Teoria da Mente*, da *Coerência Central* ou das *Funções Executivas*.

Para a Teoria da Mente, por exemplo, as pessoas com autismo teriam dificuldades importantes nas capacidades de metarrepresentação e metacognição, ou seja, de imaginar e interpretar os estados mentais de terceiros e também os próprios. Assim, colocar-se “no lugar do outro” e interagir socialmente a partir da decodificação dos sinais verbais e não verbais que o parceiro emite seria tarefa quase impossível para uma pessoa com autismo (LIMA, 2007).

Os anos 1970 e 1980 também foram o período de surgimento e difusão de estratégias educacionais e comportamentais dirigidas às pessoas com autismo, como o *Treatment and Education of Autistic and Related Communications Handicapped Children* (TEACCH), proposto por Eric Schopler, da Universidade da Carolina do Norte, EUA, e da *Applied Behavioral Analysis* (ABA), a partir dos trabalhos de Ivar Loovas na Universidade da Califórnia, EUA.

O início dos anos 1980 também foi marcado pelo artigo de Lorna Wing sobre a síndrome descrita por Hans Asperger em 1944. Após modificar parte da descrição clínica feita por Asperger, Wing (1981) defendeu que tanto o autismo quanto aquela síndrome compartilhavam da mesma tríade sintomática: ausência ou limitações na interação social recíproca; ausência ou limitações no uso da linguagem verbal e/ou não verbal; e ausência ou limitações das atividades imaginativas, que deixavam de ser flexíveis para se tornarem estereotipadas e repetitivas. O artigo de Wing (1981) propiciaria o gradual fortalecimento da noção de *continuum* ou “espectro do autismo” nos anos e nas décadas seguintes e contribuiria para que a “síndrome de Asperger” fosse incorporada à classificação psiquiátrica nos anos 1990.

A partir desse panorama histórico, duas concepções básicas podem ser identificadas nos debates sobre as origens e a “natureza” desse quadro (LIMA, 2007; 2010). A primeira se associa fortemente à tradição psicanalítica, representada por um espectro de proposições clínicas que se originaram nos autores destacados no parágrafo anterior e atualmente fomentam modelos plurais (ALVAREZ; REID, 1999; GOLSE, 2012).

A segunda concepção, cognitivista, ganhou força a partir dos anos 1970 e, associada à pesquisa genética, pode ser considerada hegemônica no que tange à produção de conhecimento sobre o autismo em boa parte dos países do Ocidente na atualidade. Tal concepção tem como referências pesquisadores como Michael Rutter, Simon Baron-Cohen e Uta Frith, que consideram o autismo uma patologia caracterizada por déficits em módulos cognitivos.

Mais recentemente, uma nova linha de pesquisas neurocientíficas sobre o autismo vem apontando disfunções em “neurônios-espelho”, um tipo de célula cerebral ativada mais intensamente durante a observação de cenas sociais dotadas de intencionalidade e conteúdo emocional (LIMA, 2007; RAMACHANDRAN, OBERMAN, 2006).

Desde 1980, no campo psiquiátrico, o autismo deixou de ser incluído entre as “psicoses infantis” e passou a ser considerado um “transtorno invasivo do desenvolvimento” (TID). Nas classificações mais difundidas – a CID-10, da Organização Mundial da Saúde (1992), e o DSM-IV, da Associação Psiquiátrica Americana (1994) –, são descritos, além do autismo, a síndrome de Asperger, o transtorno desintegrativo, a síndrome de Rett e os quadros atípicos ou sem outra especificação. Na quinta versão do DSM (DSM-V), a ser lançada em 2013, a denominação utilizada passará a ser “transtornos do espectro do autismo”, localizados no grupo dos “transtornos do neurodesenvolvimento”.

No Brasil, o conhecimento sobre os transtornos do espectro do autismo foi se instalando gradualmente, seja pela difusão dos conceitos da psiquiatria de Kanner, da psiquiatria infantil francesa (como a de Ajuriaguerra, 1980) ou das abordagens psicanalíticas. Também foi mais tardio o aparecimento, no país, das associações de familiares de pessoas com autismo. Em 1983, surgia a primeira Associação de Amigos de Autistas do Brasil, a AMA-SP, tendo como principal mentor o Dr. Raymond Rosemberg. Em 1989, a Associação Brasileira do Autismo (Abra) promoveu o I Congresso Brasileiro de Autismo, cuja segunda edição aconteceria em 1991 (ASSUMPTÃO JUNIOR et al., 1995).

Do ponto de vista assistencial, as crianças com autismo passaram a maior parte do século XX fora do campo da saúde (COUTO, 2004), sendo cuidadas principalmente pela rede filantrópica (como a Apae e a Sociedade Pestalozzi) e educacional, em dispositivos da assistência social ou em serviços oferecidos pelas próprias associações de familiares. Alguns poucos tinham acesso a “serviços-ilha” na área da Saúde Mental, geralmente situados em hospitais psiquiátricos ou universitários, que ofereciam tratamento multiprofissional, mas sem articulação com uma rede territorial de serviços, o que é preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental. Outros eram seguidos em regime ambulatorial tradicional, realizado por psiquiatra ou neurologista, com tratamento exclusivamente medicamentoso.

Pode-se afirmar que só recentemente o autismo passou a aparecer oficialmente na agenda política da saúde, a partir de experiências pioneiras como o Núcleo de Atenção Intensiva à Criança Autista e Psicótica (NAICAP), surgido em 1991, no Instituto Philippe Pinel, no Rio de Janeiro; o Centro de Referência à Saúde Mental Infantojuvenil (CERSAMI), inaugurado em 1994, em Betim (MG); e os Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSI) Pequeno Hans e Eliza Santa Roza, surgidos no Rio de Janeiro, respectivamente, em 1998 e 2001. Com a publicação da Portaria nº 336/2002, o CAPSI consolida-se como equipamento privilegiado para a atenção psicossocial à criança com autismo no âmbito do SUS, embora não se dirija de modo exclusivo a essa clientela.

Para concluir, pode-se considerar, a partir desse panorama histórico, que – não obstante os avanços significativos no campo (KLIN, ROSARIO, MERCADANTE, 2009) –, a noção do que são os transtornos do espectro

do autismo ainda está em aberto, e muitos pensam ser melhor falar em *autismos*, no plural. *A grande complexidade das questões envolvidas nas diversas formas de autismo exige que a ética do campo público seja ao mesmo tempo rigorosa e flexível, para dar acolhida a diferentes concepções sobre esse quadro.*

Talvez, os transtornos do espectro do autismo, mais do que comportem múltiplas descrições, as exijam. Assim, *as concepções cerebrais e relacionais, afetivas, cognitivas e estruturais* terão que habitar o mesmo espaço público, se não quisermos correr o risco de que uma delas se autoproclame totalizante, acusando todas as outras de reducionistas, anticientíficas ou não condizentes com a “evidência” dos fatos (LIMA, 2007). Até porque, como nos lembra Costa (2007), a realidade dos fatos depende de todos para ser reconhecida como realidade factual, não se tornando evidente por si só.

Desta forma, reafirma-se a potência do cuidado em Redes de Atenção à Saúde para a ampliação do acesso qualificado, o que deve incluir esforços de articulações entre as diferentes Redes.

2.3 OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COMO “TRANSTORNOS MENTAIS”

Os TEA estão incluídos entre os transtornos mentais de início na infância. Segundo o DSM-IV-TR, os transtornos mentais são:

síndromes ou padrões comportamentais ou psicológicos clinicamente importantes, que ocorrem num indivíduo e estão associados com sofrimento (p. ex.: sintoma doloroso) ou incapacitação (p. ex.: prejuízo em uma ou mais

áreas importantes do funcionamento) ou com risco significativamente aumentado de sofrimento, morte, dor, deficiência ou perda importante de liberdade (AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION, 1995).

A partir da citada definição, destacamos os seguintes pontos, todos aplicáveis aos TEA:

1. Os transtornos mentais não são definidos por uma causalidade “mental” (p. ex.: causas não físicas), mas por uma expressão clínica mental, ou seja, por alterações da experiência subjetiva e do comportamento que se manifestam independentemente das causas subjacentes, sejam estas biológicas, psicológicas ou sociais. Os transtornos mentais são categorias descritivas e não explicativas ou etiológicas. Por isso, preferiu-se a adoção do termo “transtorno” no lugar do termo “doença”, visto que este último termo pressupõe etiologias ou patofisiologias biológicas conhecidas, o que não é o caso da maioria dos transtornos mentais. Dessa forma, o termo “transtorno” é mais heterogêneo e mais abrangente do que o termo “doença”.
2. Ao mesmo tempo, os transtornos mentais são condições clínicas que se expressam “no indivíduo”. Ou seja, um transtorno mental só poderá ser diagnosticado se as alterações da vida subjetiva ou do comportamento tiverem se tornado intrínsecas ao sujeito em sofrimento. Neste sentido, um transtorno mental é diferente de um problema de saúde mental ou de uma situação de risco para a saúde mental. Nestes últimos casos, as manifestações clínicas são inteiramente dependentes do contexto e são abolidas quando se modifica de forma positiva o ambiente. O “problema” de hoje pode se tornar o “transtorno” de

amanhã. Sendo assim, o campo da Psiquiatria/Saúde Mental não tem como alvo apenas o tratamento dos transtornos mentais já diagnosticados, mas também a detecção e a intervenção precoces nas situações de risco.

3. Finalmente, para que uma condição clínica seja considerada um transtorno mental, não basta a identificação de diferenças significativas em relação à “norma” (sejam estas qualitativas ou quantitativas): é necessário também que a condição apresentada esteja associada a algum prejuízo funcional. Ou seja, para que uma pessoa possa receber um diagnóstico psiquiátrico, não é suficiente que ela manifeste um conjunto de diferenças significativas na sua experiência subjetiva ou no seu comportamento em relação ao padrão “típico” esperado pela sociedade e pela cultura às quais pertence, pois é preciso também que ela revele um comprometimento funcional da vida cotidiana em termos de sofrimento, incapacidade ou deficiência.

2.4 OS TRANSTORNOS DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA) COMO “TRANSTORNOS DO DESENVOLVIMENTO”

A acelerada dinâmica de transformação da criança ao longo do tempo impõe que se valorize o momento de início das manifestações clínicas apresentadas por ela. Quanto mais precoce for o início de um transtorno mental, maior será o risco de que ele se estabilize e se cronifique. Para um adulto, não faz muita diferença se o seu transtorno se iniciou aos 20 ou aos 30 anos de idade, mas, para uma criança, faz toda a diferença se o seu transtorno teve início quando sua idade era de 2 ou de 12 anos. Os mesmos 10 anos têm valores completamente diferentes quando se trata de uma criança ou de um adulto.

O conceito de *transtorno do desenvolvimento* foi introduzido, portanto, para caracterizar os transtornos mentais da infância que apresentam tanto um início muito precoce quanto uma tendência evolutiva crônica. Os transtornos do espectro do autismo se enquadram bem nessa categoria, uma vez que são condições clínicas de início na primeira infância e com curso crônico. Dessa forma, a síndrome autista manifestada pela criança pequena costuma persistir no decorrer da vida, em que pesem as possibilidades de melhora clínica e funcional ao longo do tempo.

É importante frisar que os transtornos do desenvolvimento envolvem, necessariamente, alterações *qualitativas* da experiência subjetiva, dos processos cognitivos, da comunicação (linguagem) e do comportamento, e não simplesmente alterações quantitativas. Um transtorno do desenvolvimento não é apenas um *atraso* ou uma *interrupção* do processo normal de desenvolvimento, embora estes possam estar presentes também, mas sim a manifestação clínica de um processo atípico e prejudicial do desenvolvimento.

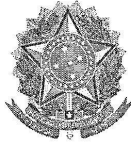
Também cabe esclarecer que a noção de desenvolvimento empregada no conceito nosológico de transtorno do desenvolvimento não é aquela de um processo fundamentalmente determinista e de base estritamente genética, mas sim aquela adotada pela perspectiva contemporânea da *psicopatologia do desenvolvimento*, que entende esse processo como resultante de uma intrincada e complexa interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo estes últimos tanto de natureza psicossocial quanto ecológica. O conceito contemporâneo de desenvolvimento inclui, portanto, o processo de constituição

do aparelho psíquico humano, que não é inato e que se estabelece mediante a interação recíproca entre o bebê e seu principal cuidador nos primeiros anos de vida.

Os transtornos do desenvolvimento são basicamente de dois tipos: *específico* ou *global*.

Os transtornos específicos do desenvolvimento são aqueles que afetam o funcionamento psíquico ou cognitivo de forma circunscrita. Os transtornos de aprendizagem estão todos nessa categoria. Já os transtornos globais do desenvolvimento que correspondem aos TEA afetam uma ampla gama de funções psíquicas, sendo também conhecidos como transtornos *invasivos* ou *abrangentes* do desenvolvimento.

ANEXO IV



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 12.764, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2012.

Mensagem de veto

Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990.

Regulamento

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º Esta Lei institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista e estabelece diretrizes para sua consecução.

§ 1º Para os efeitos desta Lei, é considerada pessoa com transtorno do espectro autista aquela portadora de síndrome clínica caracterizada na forma dos seguintes incisos I ou II:

I - deficiência persistente e clinicamente significativa da comunicação e da interação sociais, manifestada por deficiência marcada de comunicação verbal e não verbal usada para interação social; ausência de reciprocidade social; falência em desenvolver e manter relações apropriadas ao seu nível de desenvolvimento;

II - padrões restritivos e repetitivos de comportamentos, interesses e atividades, manifestados por comportamentos motores ou verbais estereotipados ou por comportamentos sensoriais incomuns; excessiva aderência a rotinas e padrões de comportamento ritualizados; interesses restritos e fixos.

§ 2º A pessoa com transtorno do espectro autista é considerada pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Art. 2º São diretrizes da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista:

I - a intersetorialidade no desenvolvimento das ações e das políticas e no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista;

II - a participação da comunidade na formulação de políticas públicas voltadas para as pessoas com transtorno do espectro autista e o controle social da sua implantação, acompanhamento e avaliação;

III - a atenção integral às necessidades de saúde da pessoa com transtorno do espectro autista, objetivando o diagnóstico precoce, o atendimento multiprofissional e o acesso a medicamentos e nutrientes;

IV - (VETADO);

V - o estímulo à inserção da pessoa com transtorno do espectro autista no mercado de trabalho, observadas as peculiaridades da deficiência e as disposições da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente);

VI - a responsabilidade do poder público quanto à informação pública relativa ao transtorno e suas implicações;

VII - o incentivo à formação e à capacitação de profissionais especializados no atendimento à pessoa com transtorno do espectro autista, bem como a pais e responsáveis;

VIII - o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao transtorno do espectro autista no País.

Parágrafo único. Para cumprimento das diretrizes de que trata este artigo, o poder público poderá firmar contrato de direito público ou convênio com pessoas jurídicas de direito privado.

Art. 3º São direitos da pessoa com transtorno do espectro autista:

I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;

II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;

III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:

a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;

b) o atendimento multiprofissional;

c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;

d) os medicamentos;

e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento;

IV - o acesso:

a) à educação e ao ensino profissionalizante;

b) à moradia, inclusive à residência protegida;

c) ao mercado de trabalho;

d) à previdência social e à assistência social.

Parágrafo único. Em casos de comprovada necessidade, a pessoa com transtorno do espectro autista incluída nas classes comuns de ensino regular, nos termos do inciso IV do art. 2º, terá direito a acompanhante especializado.

Art. 4º A pessoa com transtorno do espectro autista não será submetida a tratamento desumano ou degradante, não será privada de sua liberdade ou do convívio familiar nem sofrerá discriminação por motivo da deficiência.

Parágrafo único. Nos casos de necessidade de internação médica em unidades especializadas, observar-se-á o que dispõe o art. 4º da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001.

Art. 5º A pessoa com transtorno do espectro autista não será impedida de participar de planos privados de assistência à saúde em razão de sua condição de pessoa com deficiência, conforme dispõe o art. 14 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

Art. 6º (VETADO).

Art. 7º O gestor escolar, ou autoridade competente, que recusar a matrícula de aluno com transtorno do espectro autista, ou qualquer outro tipo de deficiência, será punido com multa de 3 (três) a 20 (vinte) salários-mínimos.

§ 1º Em caso de reincidência, apurada por processo administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, haverá a perda do cargo.

§ 2º (VETADO).

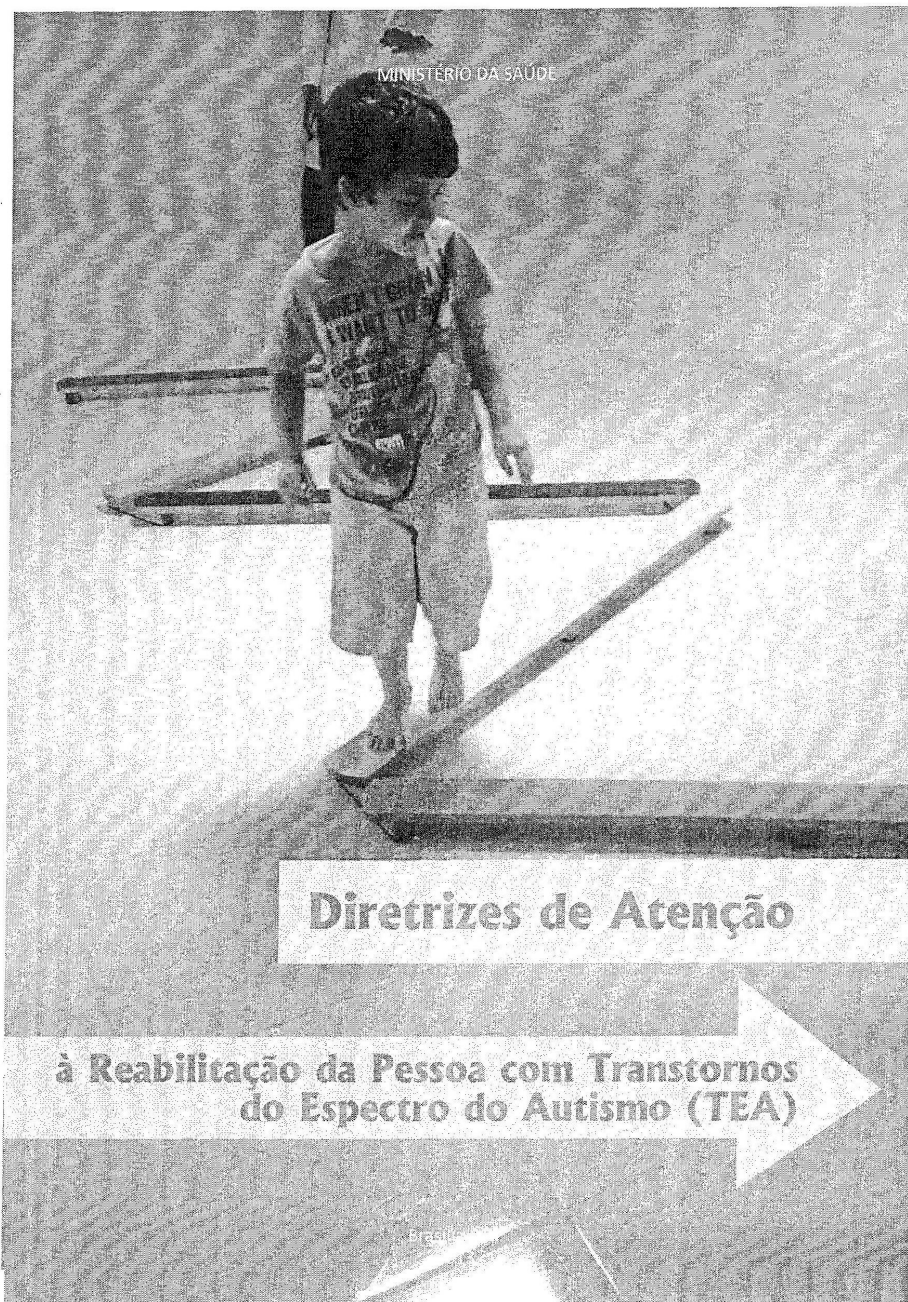
Art. 8º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 27 de dezembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Henrique Paim Fernandes
Miriam Belchior

ANEXO V

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Diretrizes de Atenção

à Reabilitação da Pessoa com Transtornos
do Espectro do Autismo (TEA)

Prefácio

A **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência** (NY, 2007), promulgada pelo Estado Brasileiro pelo decreto 6.949 em 25/08/09, resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às Pessoas com Deficiência, elegendo a acessibilidade como ponto central para a garantia dos direitos individuais. A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que “*têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas*”.

Desde então, o Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia; a ampliação do acesso à saúde; à educação; ao trabalho, entre outros, com objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. Em dezembro de 2011 é lançado o **Viver sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência** (Decreto 7.612 de 17/11/11) e, como parte integrante deste programa, o Ministério da Saúde institui a **Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS** (Portaria 793, de 24/04/12), estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva; regressiva ou estável; intermitente ou contínua.

também em outros países. Com relação aos Direitos da Pessoa com Deficiência, o governo brasileiro instituiu a **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo** (Lei 12.764 de 27/12/12), sendo esta considerada Pessoa com Deficiência para todos os efeitos legais.

Esse processo é resultado da luta de **movimentos sociais, entre os quais entidades e associações de pais de pessoas com transtornos do espectro do autismo** que, passo a passo, vêm conquistando direitos e, no campo da saúde, ajudando a construir equidade e integralidade nos cuidados das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo.

Esta **Diretriz** é um dos resultados da conjunção de esforços da **sociedade civil e do governo brasileiro**. Coordenado pelo Ministério da Saúde, um grupo de pesquisadores e especialistas e várias entidades, elaborou o material aqui apresentado, oferecendo orientações relativas ao cuidado à saúde das Pessoas com Transtornos do Espectro do Autismo, no campo da **habilitação/reabilitação na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**.

Vale ainda salientar que para que a atenção integral à pessoa com transtorno do espectro do autismo seja efetiva, as ações aqui anunciadas devem estar articuladas a outros pontos de Atenção da Rede SUS (atenção básica, especializada e hospitalar), bem como os serviços de proteção social (centros dia, residências inclusivas, CRAS e CREAS), e de educação.

SUMÁRIO

1 OBJETIVO	10
2 METODOLOGIA.....	12
3 INTRODUÇÃO	14
4 INDICADORES DO DESENVOLVIMENTO E SINAIS DE ALERTA	20
5 INSTRUMENTOS DE RASTREAMENTO.....	30
6 COMPORTAMENTOS ATÍPICOS, REPETITIVOS E ESTEREOTIPADOS COMO INDICADORES DA PRESENÇA DE TEA	33
7 DIRETRIZES DIAGNÓSTICAS DOS TEA	37
8 O MOMENTO DA NOTÍCIA DO DIAGNÓSTICO DE TEA.....	54
9 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: HABILITAÇÃO/ REABILITAÇÃO DA PESSOA COM TEA	57
10 APOIO E ACOLHIMENTO À FAMÍLIA DA PESSOA COM TEA	64
11 FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO E ATENDIMENTO DA PESSOA COM TEA NA REDE SUS.....	66
REFERÊNCIAS	69

5 Instrumentos de Rastreamento

5.1 – Instrumentos de uso livre² para o Rastreamento/Triagem de Indicadores do Desenvolvimento Infantil e dos TEA

O diagnóstico do TEA permanece essencialmente clínico e é feito a partir de observações da criança e entrevistas com pais e/ou cuidadores, o que torna o uso de escalas e instrumentos de triagem e avaliação padronizados uma necessidade.

Dentre os instrumentos de triagem e de avaliação do TEA, é preciso reconhecer e diferenciar que alguns desses são para identificação, outros para diagnóstico, para identificar alvos de intervenção e monitorar os sintomas ao longo do tempo.

É importante salientar que há instrumentos de rastreamento/triagem que podem ser aplicados por profissionais de diversas áreas, para ser o mais abrangente possível. Instrumentos de rastreamento são aqueles que, em linhas gerais, detectam sintomas relativos ao espectro, mas não “fecham” diagnóstico.

Vale destacar que tais instrumentos fornecem informações que levantam a suspeita do diagnóstico, sendo necessário o devido encaminhamento para que o diagnóstico propriamente dito seja realizado por profissional treinado e capacitado para isso. No caso dos Transtornos do Espectro do Autismo, recomenda-se que seja realizado diagnóstico diferencial.

² Foram incluídos apenas instrumentos cuja situação de uso livre de direitos autorais foi mencionada na publicação original e/ou na versão brasileira.

Dentre os instrumentos de uso livre para rastreamento/triagem de indicadores clínicos de alterações de desenvolvimento, temos:

- **IRDI (Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil):** é instrumento de observação e inquérito que pode ser usado no rastreamento do desenvolvimento. Criado e validado por um grupo de especialistas brasileiros é de uso livre pelos profissionais da saúde. É composto por 31 indicadores de bom desenvolvimento do vínculo do bebê com os pais, distribuídos em 4 faixas etárias de 0 a 18 meses, para a observação e perguntas dirigidas à díade mãe (ou cuidador)-bebê. O possível risco para desenvolvimento decorre de indicadores estarem ausentes. (KUPFER et. al., 2009, LERNER, 2011)

Dentre os instrumentos de rastreamento/triagem de indicadores dos TEA adaptados e validados no Brasil, apenas o M-CHAT é de uso livre:

- **M-Chat (*Modified Checklist for Autism in Toddlers*)** é um questionário com 23 itens, usado como triagem de TEA. Pode ser aplicado por qualquer profissional de saúde. Como mencionado, é composto por 23 perguntas para pais de crianças de 18 a 24 meses, com respostas “sim” ou “não”, que indicam a presença de comportamentos conhecidos como sinais precoces de TEA. Inclui itens relacionados aos interesses da criança no engajamento social; habilidade de manter o contato visual; imitação; brincadeira repetitiva e de “faz-de-conta”; e o uso do contato visual e de gestos para direcionar atenção social do parceiro ou para pedir ajuda (LOSAPIO e PONDE, 2008; CASTRO-SOUZA, 2011) WRIGHT E POULIN-DUBOIS, 2011).

ANEXO VI

MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA LANÇA MANIFESTO E DESTACA O PAPEL DA PSICANÁLISE NA DETECÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Publicado em [02/04/2013](#) por [psicanaliseautismosaudepublica](#)

Em comemoração ao Dia Mundial de Conscientização do Autismo, em 2 de abril, o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública lançou hoje um Manifesto que tem como objetivo principal tornar a Psicanálise mais presente no atendimento a pessoas com autismo, diante das evidências de que as práticas psicanalíticas têm papel importante na detecção e intervenção precoce e contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas que enfrentam o problema e de seus familiares.

São Paulo, 2 de abril de 2013 – Na data em que se comemora o Dia Mundial de Conscientização do Autismo, em 2 de abril, o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública (MPASP) lançou um Manifesto cujo principal objetivo é tornar a Psicanálise mais presente no atendimento a pessoas com autismo, diante das evidências de que as práticas psicanalíticas têm papel importante na detecção e intervenção precoce e contribuem para a melhor qualidade de vida das pessoas que enfrentam o problema e de seus familiares. O Manifesto apoia, entre outros pontos, o direito que as famílias de pessoas com autismo devem ter de escolher as abordagens de tratamento para seus filhos; a pluralidade e o debate científico e metodológico das abordagens de tratamento; e a adoção de políticas públicas na área da saúde, educação e assistência social capazes de ampliar o campo de detecção e intervenção precoce. O Manifesto foi elaborado durante a I Jornada do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública, realizada entre 22 e 24 de março, em São Paulo, no anfiteatro do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (*ver íntegra do Manifesto ao final do texto*).

O MPASP reúne mais de 400 profissionais de 100 instituições brasileiras – acadêmicas, órgãos psicanalíticos de diferentes filiações teóricas, organizações não governamentais e focadas no tratamento de pessoas com autismo. O trecho inicial do Manifesto afirma: “Diante de tentativas recentes de excluir as práticas psicanalíticas de políticas públicas para o atendimento da pessoa com autismo, os profissionais de Saúde Mental associados ao *Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública* vêm a público para afirmar seus princípios de ação e sua posição ética frente ao atendimento de pessoas com autismo e suas famílias.”

Em um momento em que tanto na esfera federal quanto na estadual, decisões e políticas públicas estão sendo delineadas relacionadas à questão do autismo, os profissionais de Saúde Mental que integram o MPASP se opõem a tentativas de excluir as práticas psicanalíticas de políticas públicas para o atendimento da pessoa com autismo e apoiam a pluralidade, a diversidade e o debate, científico e metodológico, das abordagens de tratamento da pessoa com autismo e também dos critérios diagnósticos empregados em suas avaliações. O Movimento considera também essencial acompanhar e acolher a família das pessoas com autismo, considerada parceira fundamental no tratamento. O Movimento sustenta, inclusive, a inclusão de crianças com autismo em escolas regulares sempre que possível, contando com uma rede de apoio interdisciplinar e intersetorial.

O Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública se opõe à “medicalização” exagerada da infância e da adolescência no momento atual, que pode transformar uma simples e antiga timidez em fobia social. Seus integrantes afirmam que essa postura e a ampliação do espectro autístico está criando uma falsa epidemia de pessoas com autismo.

O Manifesto tem a intenção de trazer a público – para as autoridades envolvidas com a saúde pública, pais e sociedade em geral – a posição dos profissionais que trabalham com o tratamento psicanalítico da pessoa com autismo. A comunidade científica reunida no MPASP mantém-se aberta ao debate acerca da metodologia utilizada pelas várias abordagens existentes e não considera que apenas uma seja eficaz. No que se refere a políticas públicas, acredita que não pode haver uma única metodologia padronizada, mas sim equipes que trabalhem com diferentes abordagens (sustentando internamente uma concepção compartilhada que possibilite a articulação da direção do tratamento interdisciplinar). Ao mesmo tempo, isso permite que a pessoa com autismo e seus familiares possam ter acesso a essas diferentes metodologias de tratamento, podendo realizar uma escolha a depender de como entendem o que ocorre com o seu filho e como consideram melhor tratá-lo.

O MPASP reúne profissionais e instituições da área de saúde altamente qualificados e em condições de difundir, por meio de pesquisas e estudos com valor científico, os avanços clínicos obtidos. A Psicanálise auxilia os pais a se reposicionarem, ou seja, realiza um trabalho conjunto. Essa é uma contribuição que, segundo o MPASP, tem que acontecer logo cedo, com crianças pequenas, possibilitando a detecção e a intervenção precoce. A Psicanálise dá atenção à subjetividade, às particularidades de cada um.

O momento é de definições de diretrizes importantes em todas as esferas da saúde pública e o MPASP quer colaborar com ações e informações. Não defende uma posição isolada, excludente das demais abordagens que lidam com o autismo. Defende a postura de colocar na mesa conhecimento científico, conquistas e práticas que permitam avançar no tratamento da pessoa com autismo e que deixem os pais e pessoas com autismo fazerem suas escolhas. E a Psicanálise tem muito a colaborar, pela sua incessante busca e aceitação de lidar com o inesperado, com o imprevisível, e pelo seu posicionamento ético na relação com o outro semelhante.

Segundo os integrantes do Movimento, o trabalho clínico psicanalítico abre inúmeras possibilidades, para que cada um possa construir laços sociais, sorver a celebração de viver e contribuir para uma sociedade humana. O que não se quer é moldar crianças assujeitadas, socialmente toleráveis. O que interessa é a criança que usufrui a vida com todas as suas potencialidades, com um futuro em que há caminhos a escolher e a percorrer.

Os avanços mais significativos se encontram na clínica de bebês. É nas trocas precoces que o bebê encontra a base de construção de sua história. Os bebês são muito diferentes entre si, têm ritmos diferentes, que exigem cuidados diferentes. O psicanalista analisa todos os encontros e desencontros possíveis. É notável ver como o acompanhamento de um psicanalista permite o restabelecimento do contato perdido do bebê com seus próximos e a recuperação da capacidade de jogo de um bebê que apresenta sinais de risco de uma evolução autística.

Por longo dos anos, a complexidade do quadro relacionado ao autismo exigiu que as pesquisas e intervenções nesse campo não pudessem ser reduzidas a uma única área do conhecimento, tornando necessária sua articulação. Nas diversas pesquisas médicas realizadas por geneticistas, neurologistas e psiquiatras encontram-se correlações entre a incidência de autismo e algumas patologias orgânicas, mas não uma única causa que possibilite centrar seu diagnóstico em exames orgânicos ou seu tratamento em uma solução medicamentosa.

Do ponto de vista orgânico esse é o atual estado das coisas, apesar de todos os esforços e descobertas feitas até então, também há consenso sobre o benefício produzido por

tratamentos que intervenham na relação da pessoa com autismo com os outros, possibilitando que suas produções possam ocorrer em uma circulação familiar, social e cultural. Nesse sentido, a psicanálise produz sua contribuição ao intervir seguindo passo a passo o caminho que torna possível a constituição psíquica, e assim também procede com pacientes que nele tropeçam devido a patologias orgânicas.

Um dos principais desafios do atendimento, segundo especialistas, é o diagnóstico precoce. Os psicanalistas que integram o MPASP alertam para chamada “peregrinação institucional”, ou seja, as famílias vão a vários lugares, fazem muitos exames, mas não têm um diagnóstico correto. Chegar a esse diagnóstico requer tempo para atender. É uma filosofia básica de entender o que a pessoa precisa e, se não tiver o que é necessário, fazer um encaminhamento cuidadoso. Embora pareça oneroso, um atendimento correto representa economia para os cofres públicos. Se a criança e seus pais param de peregrinar, há um foco rápido na avaliação do problema. Na prática, evita-se que o autismo se cristalice.

A detecção precoce ainda é a principal chave para obter melhores resultados no tratamento – e esse é um grande desafio. Um exemplo é o IRDI – instrumento validado em 2009 pela Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. Esse instrumento foi criado por psicanalistas para acompanhar o desenvolvimento psíquico de crianças de zero a dezoito meses em consultas pediátricas e agora em Centros de Educação Infantil. A detecção precoce parte do princípio de considerar como critério de risco o fato de que um bebê ou pequena criança não realize certas produções que seriam de se esperar em determinado momento da vida, tais como as conhecidas conquistas do desenvolvimento e algumas outras mais sutis e específicas que dão a ver como está ocorrendo a constituição psíquica na primeira infância. Isso permite intervir a partir da detecção de um sofrimento (inicialmente apresentado como um empobrecimento ou ausência de conquistas próprias da infância), antes que este se configure como um quadro patológico.

Outro desafio está em mostrar a importância da ação multidisciplinar. A interlocução com pedagogos e psicopedagogos em relação à aprendizagem e inclusão escolar; com fonoaudiólogos, fonoatras e linguistas acerca da linguagem; com fisioterapeutas e psicomotricistas acerca do corpo em movimento; com pediatras, neurologistas, geneticistas e psiquiatras acerca da implicação orgânica e medicação, entre outros profissionais (nas funções de acompanhantes terapêuticos, terapeutas ocupacionais ou assistentes sociais), torna-se decisiva e tem sido prática corrente dos psicanalistas nesse campo, possibilitando avanços que não poderiam ocorrer por intervenções isoladas.

Mais informações sobre o Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública podem ser obtidas no blog:

<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/>

Manifesto do Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública

“Diante de tentativas recentes de excluir as práticas psicanalíticas de políticas públicas para o atendimento da pessoa com autismo, os profissionais de Saúde Mental associados ao Movimento Psicanálise, Autismo e Saúde Pública vêm a público para afirmar seus princípios de ação e sua posição ética frente ao atendimento de pessoas com autismo e suas famílias.

1. O Movimento considera que as famílias das pessoas com autismo devem ter o direito de escolher as abordagens de tratamento para seus filhos (em consonância com a portaria nº 1.820 do Ministério da Saúde, de 13 de agosto de 2009).
2. O Movimento considera fundamental acompanhar e acolher a família, considerando-a como parceira fundamental no tratamento.
3. O Movimento apoia e recomenda vivamente a pluralidade, a diversidade e o debate, científico e metodológico, das abordagens de tratamento da pessoa com autismo e também dos critérios diagnósticos empregados em suas avaliações.
4. O Movimento considera fundamental que o tratamento e a educação de pessoas com autismo leve em conta a singularidade do sofrimento da pessoa com autismo e de sua família.
5. O Movimento considera que o principal objetivo do tratamento da pessoa com autismo é o estabelecimento de seu vínculo com os outros, ponto sobre o qual há consenso entre todas as abordagens de tratamento.
6. O Movimento sustenta a inclusão de crianças com autismo em escolas regulares sempre que possível (e como opção prioritária), contando com uma rede de apoio interdisciplinar e intersetorial; a estruturação dessa rede implica a construção de um projeto educacional visando à aprendizagem da criança na medida de suas possibilidades, bem como sua integração às atividades escolares.

Diante da importância de tratar e educar crianças, adolescentes e adultos com autismo de uma perspectiva que leve em conta a singularidade de seu sofrimento e de sua família, o Movimento propõe a adoção, em políticas públicas, das seguintes medidas:

1. Ampliação do campo da detecção e da intervenção precoces diante de sinais de risco para o desenvolvimento infantil nos equipamentos públicos de saúde, educação e assistência social.
2. Investimento na formação e capacitação de profissionais e na disseminação de conhecimentos, instrumentos e estratégias clínicas de detecção e intervenção precoce, com ênfase na atenção primária de saúde.
3. Fortalecimento, nos serviços de saúde e educação, de perspectivas de atendimento que levem em conta a singularidade, ou a subjetividade, da pessoa com autismo, por meio da atenção a suas manifestações próprias.
4. Fortalecimento, nos serviços de saúde e educação, de perspectivas de atendimento que levem em conta a importância do estabelecimento do vínculo da pessoa com autismo com os outros.
5. Disseminação dos conhecimentos a respeito da multicausalidade do autismo e ampliação do debate sobre a prevalência do diagnóstico em exames laboratoriais e de seu tratamento medicamentoso, denunciando a criação de falsas epidemias (como a multiplicação do diagnóstico de autismo na atualidade).
6. Preservação, sem exclusão de nenhuma delas, das quatro dimensões que devem estar igualmente presentes no atendimento da pessoa com autismo: física (orgânica), mental (psíquica), social (relativa à cidadania) e temporal (a perspectiva do desenvolvimento).
7. Adoção de projetos terapêuticos singulares (PTS), bem como o acolhimento e o acompanhamento implicados (formulados pelo Ministério da Saúde em 2005).
8. Apoio à implementação efetiva da Linha de Cuidado para Atenção às Pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde.
9. Sustentação e ampliação de redes intersetoriais e interdisciplinares de tratamento (com a

presença dos setores da Saúde, da Educação, da Assistência Social, do Direito e da Justiça) que considerem as diferenças territoriais e locais, bem como a sustentação de projetos particulares e inovadores que vêm surgindo a partir delas.

O objetivo principal deste Movimento é o de tornar mais presente a Psicanálise, dadas as evidências de que suas práticas podem contribuir para a promoção da melhora da qualidade de vida da pessoa com autismo e de seus familiares.

O Movimento considera que a presença da Psicanálise nas instituições públicas de saúde e educação, nas instituições não governamentais, no setor privado, nas universidades, a acolhida da população em geral bem como o apoio dado a ela pelos órgãos de fomento nacionais e internacionais de pesquisa há mais de 70 anos são manifestações de seu reconhecimento pela comunidade científica e pela sociedade em geral.

ANEXO VII

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL

MENTAL DISORDERS

Prepared by
The Committee on Nomenclature and Statistics of the
American Psychiatric Association

PUBLISHED BY
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
MENTAL HOSPITAL SERVICE
1785 MASSACHUSETTS AVE., N. W.
WASHINGTON 6, D. C.
1952

SECTION I

0- DISEASES OF THE PSYCHOBIOLOGIC UNIT †

INTRODUCTION

Previous changes of the Psychobiologic unit have been restricted by the timing of each revision. This revision is perfectly timed to include the experiences of psychiatrists of World War II, the results of several years usage by the military and Veterans Administration of a revised army nomenclature, the pattern of a new international code and the results of several years deliberation of the Nomenclature Committee of the American Psychiatric Association. As a result of all these we were enabled to offer a completely new classification in conformity with newer scientific and clinical knowledge, simpler in structure, easier to use and virtually identical with other national and international nomenclatures.

Qualifying Phrases

- .x1 With psychotic reaction
- .x2 With neurotic reaction
- .x3 With behavioral reaction

The above qualifying phrases may be added to any diagnosis in the Psychobiologic Unit when needed to further define or describe the clinical picture. They will not be used where such use is redundant. In general, the phrase will be redundant when it repeats the major heading of any group of diagnosis, for example:

- .x1 is redundant when used with a diagnosis listed under Psychotic Disorders
- .x2 is redundant when used with Psychoneurotic Disorders
- .x3 is redundant when used with Personality Disorders

A qualifying phrase is not ordinarily needed with any diagnosis in the group of acute organic brain disorders, as the diagnosis itself implies a delirium, a temporary psychotic state.

† Reprinted from "Standard Nomenclature of Diseases and Operations," Fourth Edition, Published for American Medical Association, the Blakistone Co., Philadelphia, 1952.

—X DISORDERS DUE TO UNKNOWN OR UNCERTAIN CAUSE WITH THE FUNCTIONAL REACTION ALONE MANIFEST

000-xx0 Acute Brain Syndrome of unknown cause (309.1) *

CHRONIC BRAIN DISORDERS¹

—0 DISORDERS DUE TO PRENATAL (CONSTITUTIONAL) INFLUENCE

009-0.. Chronic Brain Syndrome associated with congenital cranial anomaly. *Specify anomaly* (328.0) *
 009-016 Chronic Brain Syndrome associated with congenital spastic paraplegia (328.0) *
 009-071 Chronic Brain Syndrome associated with Mongolism (328.0) *
 009-052 Chronic Brain Syndrome due to prenatal maternal infectious diseases (328.0) *

—1 DISORDERS DUE TO OR ASSOCIATED WITH INFECTION

0..-147.0 Chronic Brain Syndrome associated with central nervous system syphilis. *Specify as below* (026.9) *
 009-147.0 Meningoencephalitic (025.9) *
 004-147.0 Meningovascular (026.9) *
 0y0-147.0 Other central nervous system syphilis (026.9) *
 009-1...0 Chronic Brain Syndrome associated with intracranial infection other than syphilis. *Specify infection*² (328.1) *

—3 DISORDERS ASSOCIATED WITH INTOXICATION

009-300 Chronic Brain Syndrome associated with intoxication (328.2) *
 009-3.. Chronic Brain Syndrome, drug or poison intoxication. *Specify drug or poison* (328.2) *
 009-3312 Chronic Brain Syndrome, alcohol intoxication *Specify reaction .x1, .x2, .x3 when known* (322.9) *

—4 DISORDERS ASSOCIATED WITH TRAUMA

009-050 Chronic Brain Syndrome associated with birth trauma (328.3) *
 009-400 Chronic Brain Syndrome associated with brain trauma (328.4) *
 009-4.. Chronic Brain Syndrome, brain trauma, gross force. *Specify. (Other than operative)* (328.4) *
 009-415 Chronic Brain Syndrome following brain operation (328.4) *
 009-462 Chronic Brain Syndrome following electrical brain trauma (328.4) *

¹ The qualifying phrase "Mental Deficiency" .x4 (mild .x41, moderate .x42, or severe .x43) should be added at the end of the diagnosis in disorders of this group which present mental deficiency as the major symptom of the disorder. Include intelligence quotient (I. Q.) in the diagnosis.

— X DISORDERS DUE TO UNKNOWN OR UNCERTAIN CAUSE WITH THE FUNCTIONAL REACTION ALONE MANIFEST

000-xx0 Acute Brain Syndrome of unknown cause (309.1) *

CHRONIC BRAIN DISORDERS ¹

— 0 DISORDERS DUE TO PRENATAL (CONSTITUTIONAL) INFLUENCE

009-0.. Chronic Brain Syndrome associated with congenital cranial anomaly. *Specify anomaly* (328.0) *
 009-016 Chronic Brain Syndrome associated with congenital spastic paraplegia (328.0) *
 009-071 Chronic Brain Syndrome associated with Mongolism (328.0) *
 009-052 Chronic Brain Syndrome due to prenatal maternal infectious diseases (328.0) *

— 1 DISORDERS DUE TO OR ASSOCIATED WITH INFECTION

0..-147.0 Chronic Brain Syndrome associated with central nervous system syphilis. *Specify as below* (026.9) *
 009-147.0 Meningoencephalitic (025.9) *
 004-147.0 Meningovascular (026.9) *
 0y0-147.0 Other central nervous system syphilis (026.9) *
 009-1...0 Chronic Brain Syndrome associated with intracranial infection other than syphilis. *Specify infection* ² (328.1) *

— 3 DISORDERS ASSOCIATED WITH INTOXICATION

009-300 Chronic Brain Syndrome associated with intoxication (328.2) *
 009-3.. Chronic Brain Syndrome, drug or poison intoxication. *Specify drug or poison* (328.2) *
 009-3312 Chronic Brain Syndrome, alcohol intoxication. *Specify reaction .x1, .x2, .x3 when known* (322.9) *

— 4 DISORDERS ASSOCIATED WITH TRAUMA

009-050 Chronic Brain Syndrome associated with birth trauma (328.3) *
 009-400 Chronic Brain Syndrome associated with brain trauma (328.4) *
 009-4.. Chronic Brain Syndrome, brain trauma, gross force. *Specify. (Other than operative)* (328.4) *
 009-415 Chronic Brain Syndrome following brain operation (328.4) *
 009-462 Chronic Brain Syndrome following electrical brain trauma (328.4) *

¹ The qualifying phrase "Mental Deficiency" .x4 (mild .x41, moderate .x42, or severe .x43) should be added at the end of the diagnosis in disorders of this group which present mental deficiency as the major symptom of the disorder. Include intelligence quotient (I. Q.) in the diagnosis.

MENTAL DISORDERS

- 009-470 Chronic Brain Syndrome* following irradiational brain trauma (328.4) *
- 5 DISORDERS ASSOCIATED WITH CIRCULATORY DISTURBANCES
- 009-516 Chronic Brain Syndrome associated with cerebral arteriosclerosis (328.5) *
- 009-5.. Chronic Brain Syndrome associated with circulatory disturbance other than cerebral arteriosclerosis. *Specify* (328.6) *
- 55 DISORDERS ASSOCIATED WITH DISTURBANCES OF INNERVATION OR OF PSYCHIC CONTROL
- 009-550 Chronic Brain Syndrome associated with convulsive disorder (353.9) *
- 7 DISORDERS ASSOCIATED WITH DISTURBANCE OF METABOLISM, GROWTH OR NUTRITION
- 009-79x Chronic Brain Syndrome associated with senile brain disease (794.9) *
- 009-700 Chronic Brain Syndrome associated with other disturbance of metabolism, growth or nutrition (Includes presenile, glandular, pellagra, familial amaurosis) (328.8) *
- 8 DISORDERS ASSOCIATED WITH NEW GROWTH
- 009-8.. Chronic Brain Syndrome associated with intracranial neoplasm. *Specify neoplasm* (328.9) *
- 9 DISORDERS ASSOCIATED WITH UNKNOWN OR UNCERTAIN CAUSE
- 009-900 Chronic Brain Syndrome associated with diseases of unknown or uncertain cause (Includes multiple sclerosis, Huntington's chorea, Pick's disease and other diseases of a familial or hereditary nature). *Indicate disease by additional diagnosis* (328.9) *
- x DISORDERS DUE TO UNKNOWN OR UNCERTAIN CAUSE WITH THE FUNCTIONAL REACTION ALONE MANIFEST
- 009-xx0 Chronic Brain Syndrome of unknown cause (328.9) *

*When infection is more important than the reaction or mental deficiency, specify the infection. If both infection and reaction or mental deficiency are important two diagnoses are required.

MENTAL DEFICIENCY *

- X DISORDERS DUE TO UNKNOWN OR UNCERTAIN CAUSE WITH THE FUNCTIONAL REACTION ALONE MANIFEST; HEREDITARY AND FAMILIAL DISEASES OF THIS NATURE

000-x90	Mental deficiency (familial or hereditary)	(325.5) *
000-x901	Mild	(325.3) *
000-x902	Moderate	(325.2) *
000-x903	Severe	(325.1) *

- y DISORDERS DUE TO UNDETERMINED CAUSE

000-y90	Mental deficiency, idiopathic	(325.5) *
000-y901	Mild	(325.3) *
000-y902	Moderate	(325.2) *
000-y903	Severe	(325.1) *

DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED PHYSICAL CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE IN THE BRAIN

PSYCHOTIC DISORDERS

- 7 DISORDERS DUE TO DISTURBANCE OF METABOLISM, GROWTH, NUTRITION OR ENDOCRINE FUNCTION

000-796	Involutional psychotic reaction	(302)
---------	---------------------------------	-------

- X DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED TANGIBLE CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE

000-x10	Affective reactions	(301.2)
000-x11	Manic depressive reaction, manic type	(301.0)
000-x12	Manic depressive reaction, depressive type	(301.1)
000-x13	Manic depressive reaction, other	(301.2)
000-x14	Psychotic depressive reaction	(309.0) *
000-x20	Schizophrenic reactions	(300.7) *
000-x21	Schizophrenic reaction, simple type	(300.0)
000-x22	Schizophrenic reaction, hebephrenic type	(300.1)
000-x23	Schizophrenic reaction, catatonic type	(300.2)
000-x24	Schizophrenic reaction, paranoid type	(300.3)
000-x25	Schizophrenic reaction, acute undifferentiated type	(300.4)
000-x26	Schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type	(300.7)
000-x27	Schizophrenic reaction, schizo-affective type	(300.6)

* Include intelligence quotient (I. Q.) in the diagnosis.

MENTAL DISORDERS

000-x28	Schizophrenic reaction, childhood type	(300.8) *
000-x29	Schizophrenic reaction, residual type	(300.5)
000-x30	Paranoid reactions	(303)
000-x31	Paranoia	(303)
000-x32	Paranoid state	(303)
000-xy0	Psychotic reaction without clearly defined structural change, other than above	(309.1) *

PSYCHOPHYSIOLOGIC AUTONOMIC AND VISCERAL DISORDERS

-55 DISORDERS DUE TO DISTURBANCE OF INNERVATION OR OF PSYCHIC CONTROL

001-580	Psychophysiologic skin reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.3) *
002-580	Psychophysiologic musculoskeletal reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.4)
003-580	Psychophysiologic respiratory reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.0)
004-580	Psychophysiologic cardiovascular reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(315.2) *
005-580	Psychophysiologic hemic and lymphatic reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.5)
006-580	Psychophysiologic gastrointestinal reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(316.3) *
007-580	Psychophysiologic genito-urinary reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.1) *
008-580	Psychophysiologic endocrine reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.5)
009-580	Psychophysiologic nervous system reaction. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(318.3) *
00x-580	Psychophysiologic reaction of organs of special sense. (<i>Indicate manifestation by Supplementary Term</i>)	(317.5)

PSYCHONEUROTIC DISORDERS

-X DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED TANGIBLE CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE

000-x00	Psychoneurotic reactions	(318.5) *
000-x01	Anxiety reaction	(310)
000-x02	Dissociative reaction	(311)
000-x03	Conversion reaction	(311)
000-x04	Phobic reaction	(312)
000-x05	Obsessive compulsive reaction	(313)
000-x06	Depressive reaction	(314)
000-x0y	Psychoneurotic reaction, other	(318.5) *

STANDARD NOMENCLATURE

7

PERSONALITY DISORDERS

-X DISORDERS OF PSYCHOGENIC ORIGIN OR WITHOUT CLEARLY DEFINED
TANGIBLE CAUSE OR STRUCTURAL CHANGE

000-x40	Personality pattern disturbance	(320.7) *
000-x41	Inadequate personality	(320.3)
000-x42	Schizoid personality	(320.0)
000-x43	Cyclothymic personality	(320.2)
000-x44	Paranoid personality	(320.1)
000-x50	Personality trait disturbance	(321.5) *
000-x51	Emotionally unstable personality	(321.0)
000-x52	Passive-aggressive personality	(321.1) *
000-x53	Compulsive personality	(321.5)
000-x5y	Personality trait disturbance, other	(321.5) *
000-x60	Sociopathic personality disturbance	(320.7) *
000-x61	Antisocial reaction	(320.4)
000-x62	Dyssocial reaction	(320.5)
000-x63	Sexual deviation. <i>Specify Supplementary Term</i>	(320.6)
000-x64	Addiction	
000-x641	Alcoholism	(322.1)
000-x642	Drug addiction	(323)
000-x70	Special symptom reactions	(321.4) *
000-x71	Learning disturbance	(326.0) *
000-x72	Speech disturbance	(326.2) *
000-x73	Enuresis	(321.3)
000-x74	Somnambulism	(321.4)
000-x7y	Other	(321.4) *

TRANSIENT SITUATIONAL PERSONALITY DISORDERS

000-x80	Transient situational personality disturbance	(326.4) *
000-x81	Gross stress reaction	(326.3) *
000-x82	Adult situational reaction	(326.6) *
000-x83	Adjustment reaction of infancy	(324.0) *
000-x84	Adjustment reaction of childhood	(324.1) *
000-x841	Habit disturbance	(324.1) *
000-x842	Conduct disturbance	(324.1) *
000-x843	Neurotic traits	(324.1) *
000-x85	Adjustment reaction of adolescence	(324.2) *
000-x86	Adjustment reaction of late life	(326.5) *

NONDIAGNOSTIC TERMS FOR HOSPITAL RECORD

011-332	Alcoholic intoxication (simple drunkenness)	(322.0)
y00-y01	Boarder	(Y09) *
y00-yyy	Dead on admission	(795.5)
y00-y00	Diagnosis deferred. <i>Change as many of first three digits as possible, to indicate site</i>	(795.5)
y00-000	Disease none. <i>Change first digit to indicate suspected system if any</i>	(793.2) *
y00-002	Examination only. <i>Change first three digits as needed</i>	(Y00.0)
y00-004	Experiment only. <i>Change first three digits as needed</i>	(Y09)
y00-005	Malingerer	(795.1)
y00-001	Observation. <i>Change first three digits as needed</i>	(793.2) *
y00-003	Tests only. <i>Change first three digits as needed</i>	(Y00.3) *

000-x28 Schizophrenic reaction, childhood type

Here will be classified those schizophrenic reactions occurring before puberty. The clinical picture may differ from schizophrenic reactions occurring in other age periods because of the immaturity and plasticity of the patient at the time of onset of the reaction. Psychotic reactions in children, manifesting primarily autism, will be classified here. Special symptomatology may be added to the diagnosis as manifestations.

000-x29 Schizophrenic reaction, residual type

This term is to be applied to those patients who, after a definite psychotic, schizophrenic reaction, have improved sufficiently to be able to get along in the community, but who continue to show recognizable residual disturbance of thinking, affectivity, and/or behavior.

000-x30 PARANOID REACTIONS

In this group are to be classified those cases showing persistent delusions, generally persecutory or grandiose, ordinarily without hallucinations. The emotional responses and behavior are consistent with the ideas held. Intelligence is well preserved. This category does not include those reactions properly classifiable under Schizophrenic reaction, paranoid type.

000-x31 Paranoia

This type of psychotic disorder is extremely rare. It is characterized by an intricate, complex, and slowly developing paranoid system, often logically elaborated after a false interpretation of an actual occurrence. Frequently, the patient considers himself endowed with superior or unique ability. The paranoid system is particularly isolated from much of the normal stream of consciousness, without hallucinations and with relative intactness and preservation of the remainder of the personality, in spite of a chronic and prolonged course.

000-x32 Paranoid state

This type of paranoid disorder is characterized by paranoid delusions. It lacks the logical nature of systematization seen in paranoia; yet it does not manifest the bizarre fragmentation and deterioration of the schizophrenic reactions. It is likely to be of a relatively short duration, though it may be persistent and chronic.

ANEXO VIII

DSM-II
DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL
OF
MENTAL
DISORDERS

(Second Edition)

Prepared by

THE COMMITTEE ON NOMENCLATURE AND STATISTICS
OF THE AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Published by

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
1700 18th Street, N. W.
Washington, D. C. 20009

1968

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

TABLE OF CONTENTS

Foreword by Ernest M. Gruenberg, M. D., Dr. P. H.	vii
Introduction: The Historical Background of ICD-8 by Morton Kramer, Sc. D.	xi
Section 1 The Use of This Manual: Special Instructions	1
Section 2 The Diagnostic Nomenclature: List of Mental Disorders and Their Code Numbers	5
Section 3 The Definitions of Terms	14
I. Mental Retardation	14
II. Organic Brain Syndromes	22
A. Psychoses Associated with Organic Brain Syndromes	24
B. Non-psychotic Organic Brain Syndromes	31
III. Psychoses not Attributed to Physical Conditions Listed Previously	32
IV. Neuroses	39
V. Personality Disorders and Certain Other Non-psychotic Mental Disorders	41
VI. Psychophysiologic Disorders	46
VII. Special Symptoms	47
VIII. Transient Situational Disturbances	48
IX. Behavior Disorders of Childhood and Adolescence	49
X. Conditions Without Manifest Psychiatric Disorder and Non-specific Conditions	51
XI. Non-diagnostic Terms for Administrative Use	52
Section 4 Statistical Tabulations	53
Section 5 Comparative Listing of Titles and Codes	64
Section 6 Detailed List of Major Disease Categories in ICD-8	83

Section 2

THE DIAGNOSTIC NOMENCLATURE: List of Mental Disorders and Their Code Numbers

I. MENTAL RETARDATION

Mental retardation (310-315)

310 Borderline mental retardation

311 Mild mental retardation

312 Moderate mental retardation

313 Severe mental retardation

314 Profound mental retardation

315 Unspecified mental retardation

The fourth-digit sub-divisions cited below should be used with each of the above categories. The associated physical condition should be specified as an additional diagnosis when known.

- .0 Following infection or intoxication**
- .1 Following trauma or physical agent**
- .2 With disorders of metabolism, growth or nutrition**
- .3 Associated with gross brain disease (postnatal)**
- .4 Associated with diseases and conditions due to (unknown) prenatal influence**
- .5 With chromosomal abnormality**
- .6 Associated with prematurity**
- .7 Following major psychiatric disorder**
- .8 With psycho-social (environmental) deprivation**
- .9 With other [and unspecified] condition**

II. ORGANIC BRAIN SYNDROMES

(Disorders Caused by or Associated With Impairment of Brain Tissue Function) In the categories under IIA and IIB the associated physical condition should be specified when known.

II-A. PSYCHOSES ASSOCIATED WITH ORGANIC BRAIN SYNDROMES (290-294)

290 Senile and pre-senile dementia

- .0 Senile dementia
- .1 Pre-senile dementia

291 Alcoholic psychosis

- .0 Delirium tremens
- .1 Korsakov's psychosis (alcoholic)
- .2 Other alcoholic hallucinosis
- .3 Alcohol paranoid state ((Alcoholic paranoia))
- .4* Acute alcohol intoxication*
- .5* Alcoholic deterioration*
- .6* Pathological intoxication*
- .9 Other [and unspecified] alcoholic psychosis

292 Psychosis associated with intracranial infection

- .0 Psychosis with general paralysis
- .1 Psychosis with other syphilis of central nervous system
- .2 Psychosis with epidemic encephalitis
- .3 Psychosis with other and unspecified encephalitis
- .9 Psychosis with other [and unspecified] intracranial infection

293 Psychosis associated with other cerebral condition

- .0 Psychosis with cerebral arteriosclerosis
- .1 Psychosis with other cerebrovascular disturbance
- .2 Psychosis with epilepsy
- .3 Psychosis with intracranial neoplasm
- .4 Psychosis with degenerative disease of the central nervous system
- .5 Psychosis with brain trauma
- .9 Psychosis with other [and unspecified] cerebral condition

294 Psychosis associated with other physical condition

- .0 Psychosis with endocrine disorder
- .1 Psychosis with metabolic or nutritional disorder
- .2 Psychosis with systemic infection

- .3 Psychosis with drug or poison intoxication (other than alcohol)
- .4 Psychosis with childbirth
- .8 Psychosis with other and undiagnosed physical condition
- [.9 Psychosis with unspecified physical condition]

II-B NON-PSYCHOTIC ORGANIC BRAIN SYNDROMES (309)

309 Non-psychotic organic brain syndromes ((Mental disorders not specified as psychotic associated with physical conditions))

- .0 Non-psychotic OBS with intracranial infection
- [.1 Non-psychotic OBS with drug, poison, or systemic intoxication]
- .13* Non-psychotic OBS with alcohol* (simple drunkenness)
- .14* Non-psychotic OBS with other drug, poison, or systemic intoxication*
- .2 Non-psychotic OBS with brain trauma
- .3 Non-psychotic OBS with circulatory disturbance
- .4 Non-psychotic OBS with epilepsy
- .5 Non-psychotic OBS with disturbance of metabolism, growth or nutrition
- .6 Non-psychotic OBS with senile or pre-senile brain disease
- .7 Non-psychotic OBS with intracranial neoplasm
- .8 Non-psychotic OBS with degenerative disease of central nervous system
- .9 Non-psychotic OBS with other [and unspecified] physical condition
- [.91* Acute brain syndrome, not otherwise specified*]
- [.92* Chronic brain syndrome, not otherwise specified*]

III. PSYCHOSES NOT ATTRIBUTED TO PHYSICAL CONDITIONS LISTED PREVIOUSLY (295-298)

295 Schizophrenia

- .0 Schizophrenia, simple type
- .1 Schizophrenia, hebephrenic type
- .2 Schizophrenia, catatonic type
- .23* Schizophrenia, catatonic type, excited*
- .24* Schizophrenia, catatonic type, withdrawn*

VI. PSYCHOPHYSIOLOGIC DISORDERS (305)**305 Psychophysiologic disorders** ((Physical disorders of presumably psychogenic origin))

- .0 Psychophysiologic skin disorder**
- .1 Psychophysiologic musculoskeletal disorder**
- .2 Psychophysiologic respiratory disorder**
- .3 Psychophysiologic cardiovascular disorder**
- .4 Psychophysiologic hemic and lymphatic disorder**
- .5 Psychophysiologic gastro-intestinal disorder**
- .6 Psychophysiologic genito-urinary disorder**
- .7 Psychophysiologic endocrine disorder**
- .8 Psychophysiologic disorder of organ of special sense**
- .9 Psychophysiologic disorder of other type**

VII. SPECIAL SYMPTOMS (306)**306 Special symptoms not elsewhere classified**

- .0 Speech disturbance**
- .1 Specific learning disturbance**
- .2 Tic**
- .3 Other psychomotor disorder**
- .4 Disorders of sleep**
- .5 Feeding disturbance**
- .6 Enuresis**
- .7 Encopresis**
- .8 Cephalalgia**
- .9 Other special symptom**

VIII. TRANSIENT SITUATIONAL DISTURBANCES (307)**307* Transient situational disturbances¹**

¹ The terms included under DSM-II Category 307*, "Transient situational disturbances," differ from those in Category 307 of the ICD. DSM-II Category 307*, "Transient situational disturbances," contains adjustment reactions of infancy (307.0*), childhood (307.1*), adolescence (307.2*), adult life (307.3*), and late life (307.4*). ICD Category 307, "Transient situational disturbances," includes only the adjustment reactions of adolescence, adult life and late life. ICD 308, "Behavioral disorders of children," contains the reactions of infancy and childhood. These differences must be taken into account in preparing statistical tabulations to conform to ICD categories.

who, following a psychotic schizophrenic episode, are no longer psychotic.

295.7 Schizophrenia, schizo-affective type

This category is for patients showing a mixture of schizophrenic symptoms and pronounced elation or depression. Within this category it may be useful to distinguish excited from depressed types as follows:

295.73* Schizophrenia, schizo-affective type, excited*

295.74* Schizophrenia, schizo-affective type, depressed*

295.8* Schizophrenia, childhood type*

This category is for cases in which schizophrenic symptoms appear before puberty. The condition may be manifested by autistic, atypical, and withdrawn behavior; failure to develop identity separate from the mother's; and general unevenness, gross immaturity and inadequacy in development. These developmental defects may result in mental retardation, which should also be diagnosed. (This category is for use in the United States and does not appear in ICD-8. It is equivalent to "Schizophrenic reaction, childhood type" in DSM-I.)

295.90* Schizophrenia, chronic undifferentiated type*

This category is for patients who show mixed schizophrenic symptoms and who present definite schizophrenic thought, affect and behavior not classifiable under the other types of schizophrenia. It is distinguished from *Schizoid personality* (q.v.). (This category is equivalent to "Schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type" in DSM-I except that it does not include cases now diagnosed as *Schizophrenia, latent type* and *Schizophrenia, other [and unspecified] types*.)

295.99* Schizophrenia, other [and unspecified] types*

This category is for any type of schizophrenia not previously described. (In DSM-I "Schizophrenic reaction, chronic undifferentiated type" included this category and also what is now called *Schizophrenia, latent type* and *Schizophrenia, chronic undifferentiated type*.)

296 Major affective disorders ((Affective psychoses))

This group of psychoses is characterized by a single disorder of mood, either extreme depression or elation, that dominates the mental life of the patient and is responsible for whatever loss of contact he has with his environment. The onset of the mood does not seem to be

317* Non-specific conditions*

318* No mental disorder*

**XI. NON-DIAGNOSTIC TERMS FOR ADMINISTRATIVE USE
(319*)†**

319* Non-diagnostic terms for administrative use*

.0* Diagnosis deferred*

.1* Boarder*

.2* Experiment only*

.9* Other*

† The terms included in this category would normally be listed in that section of ICD-8 that deals with "Special conditions and examinations without sickness." They are included here to permit coding of some additional conditions that are encountered in psychiatric clinical settings in the U. S. This has been done by using several unassigned code numbers at the end of Section 5 of the ICD.

†† This diagnosis corresponds to the category *Y13, **Social maladjustment without manifest psychiatric disorder** in ICDA.

ANEXO IX

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
(THIRD EDITION)

DSM-III

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Contents

Click Table of Contents entries to reach corresponding book sections.

	Page
Introduction	1
CHAPTER 1 DSM-III Classification: Axes I and II Categories and Codes	15
CHAPTER 2 Use of This Manual	23
CHAPTER 3 The Diagnostic Categories: Text and Criteria	35
Disorders Usually First Evident in Infancy, Childhood, or Adolescence	35
Organic Mental Disorders	101
Substance Use Disorders	163
Schizophrenic Disorders	181
Paranoid Disorders	195
Psychotic Disorders Not Elsewhere Classified	199
Affective Disorders	205
Anxiety Disorders	225
Somatoform Disorders	241
Dissociative Disorders (Hysterical Neuroses, Dissociative Type)	253
Psychosexual Disorders	261
Factitious Disorders	285
Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified	291
Adjustment Disorder	299
Psychological Factors Affecting Physical Condition	303
Personality Disorders	305
V Codes for Conditions Not Attributable to a Mental Disorder That Are a Focus of Attention or Treatment	331
Additional Codes	335
Appendix A Decision Trees for Differential Diagnosis	339
Appendix B Glossary of Technical Terms	353
Appendix C Annotated Comparative Listing of DSM-II and DSM-III	371
Appendix D Historical Review, ICD-9 Glossary and Classification, and ICD-9-CM Classification	399
Appendix E Classification of Sleep and Arousal Disorders	461
Appendix F DSM-III Field Trials: Interrater Reliability and Listing of Participants	467
Index	483

Chapter One

The DSM-III Classification

DSM-III CLASSIFICATION: AXES I AND II CATEGORIES AND CODES

All official DSM-III codes and terms are included in ICD-9-CM. However, in order to differentiate those DSM-III categories that use the same ICD-9-CM codes, unofficial non-ICD-9-CM codes are provided in parentheses for use when greater specificity is necessary.

The long dashes indicate the need for a fifth-digit subtype or other qualifying term.

DISORDERS USUALLY FIRST EVIDENT IN INFANCY, CHILDHOOD OR ADOLESCENCE

Mental retardation

(Code in fifth digit: 1 = with other behavioral symptoms [requiring attention or treatment and that are not part of another disorder], 0 = without other behavioral symptoms.)

- 317.0(x) Mild mental retardation, _____
- 318.0(x) Moderate mental retardation, _____
- 318.1(x) Severe mental retardation, _____
- 318.2(x) Profound mental retardation, _____
- 319.0(x) Unspecified mental retardation, _____

Attention deficit disorder

- 314.01 with hyperactivity
- 314.00 without hyperactivity
- 314.80 residual type

Conduct disorder

- 312.00 undersocialized, aggressive
- 312.10 undersocialized, nonaggressive
- 312.23 socialized, aggressive
- 312.21 socialized, nonaggressive
- 312.90 atypical

Anxiety disorders of childhood or adolescence

- 309.21 Separation anxiety disorder
- 313.21 Avoidant disorder of childhood or adolescence
- 313.00 Overanxious disorder

Other disorders of infancy, childhood or adolescence

- 313.89 Reactive attachment disorder of infancy
- 313.22 Schizoid disorder of childhood or adolescence

- 313.23 Elective mutism
- 313.81 Oppositional disorder
- 313.82 Identity disorder

Eating disorders

- 307.10 Anorexia nervosa
- 307.51 Bulimia
- 307.52 Pica
- 307.53 Rumination disorder of infancy
- 307.50 Atypical eating disorder

Stereotyped movement disorders

- 307.21 Transient tic disorder
- 307.22 Chronic motor tic disorder
- 307.23 Tourette's disorder
- 307.20 Atypical tic disorder
- 307.30 Atypical stereotyped movement disorder

Other disorders with physical manifestations

- 307.00 Stuttering
- 307.60 Functional enuresis
- 307.70 Functional encopresis
- 307.46 Sleepwalking disorder
- 307.46 Sleep terror disorder (307.49)

Pervasive developmental disorders

Code in fifth digit: 0 = full syndrome present, 1 = residual state.

- 299.0x Infantile autism, _____
- 299.9x Childhood onset pervasive developmental disorder, _____
- 299.8x Atypical, _____

Specific developmental disorders Note: These are coded on Axis II.

- 315.00 Developmental reading disorder
- 315.10 Developmental arithmetic disorder
- 315.31 Developmental language disorder
- 315.39 Developmental articulation disorder
- 315.50 Mixed specific developmental disorder
- 315.90 Atypical specific developmental disorder

ORGANIC MENTAL DISORDERS

Section 1. Organic mental disorders whose etiology or pathophysiological process is listed below (taken from the mental disorders section of ICD-9-CM).

Dementias arising in the senium and presenium

- Primary degenerative dementia, senile onset,
 290.30 with delirium
 290.20 with delusions
 290.21 with depression
 290.00 uncomplicated
 Code in fifth digit:
 1 = with delirium, 2 = with delusions,
 3 = with depression, 0 = uncomplicated.
 290.1x Primary degenerative dementia, presenile onset, _____
 290.4x Multi-infarct dementia, _____

Substance-induced**Alcohol**

- 303.00 intoxication
 291.40 idiosyncratic intoxication
 291.80 withdrawal
 291.00 withdrawal delirium
 291.30 hallucinosis
 291.10 amnestic disorder
 Code severity of dementia in fifth digit:
 1 = mild, 2 = moderate, 3 = severe,
 0 = unspecified.
 291.2x Dementia associated with alcoholism, _____

Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic

- 305.40 intoxication (327.00)
 292.00 withdrawal (327.01)
 292.00 withdrawal delirium (327.02)
 292.83 amnestic disorder (327.04)

Opioid

- 305.50 intoxication (327.10)
 292.00 withdrawal (327.11)

Cocaine

- 305.60 intoxication (327.20)

Amphetamine or similarly acting sympathomimetic

- 305.70 intoxication (327.30)
 292.81 delirium (327.32)

- 292.11 delusional disorder (327.35)
 292.00 withdrawal (327.31)

Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine

- 305.90 intoxication (327.40)
 292.81 delirium (327.42)
 292.90 mixed organic mental disorder (327.49)

Hallucinogen

- 305.30 hallucinosis (327.56)
 292.11 delusional disorder (327.55)
 292.84 affective disorder (327.57)

Cannabis

- 305.20 intoxication (327.60)
 292.11 delusional disorder (327.65)

Tobacco

- 292.00 withdrawal (327.71)

Caffeine

- 305.90 intoxication (327.80)

Other or unspecified substance

- 305.90 intoxication (327.90)
 292.00 withdrawal (327.91)
 292.81 delirium (327.92)
 292.82 dementia (327.93)
 292.83 amnestic disorder (327.94)
 292.11 delusional disorder (327.95)
 292.12 hallucinosis (327.96)
 292.84 affective disorder (327.97)
 292.89 personality disorder (327.98)
 292.90 atypical or mixed organic mental disorder (327.99)

Section 2. Organic brain syndromes whose etiology or pathophysiological process is either noted as an additional diagnosis from outside the mental disorders section of ICD-9-CM or is unknown.

- 293.00 Delirium
 294.10 Dementia
 294.00 Amnestic syndrome
 293.81 Organic delusional syndrome
 293.82 Organic hallucinosis
 293.83 Organic affective syndrome
 310.10 Organic personality syndrome
 294.80 Atypical or mixed organic brain syndrome

SUBSTANCE USE DISORDERS

Code in fifth digit: 1 = continuous, 2 = episodic, 3 = in remission, 0 = unspecified.

- 305.0x Alcohol abuse, _____
- 303.9x Alcohol dependence (Alcoholism), _____
- 305.4x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic abuse,
- 304.1x Barbiturate or similarly acting sedative or hypnotic dependence, _____
- 305.5x Opioid abuse, _____
- 304.0x Opioid dependence, _____
- 305.6x Cocaine abuse, _____
- 305.7x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic abuse, _____
- 304.4x Amphetamine or similarly acting sympathomimetic dependence, _____
- 305.9x Phencyclidine (PCP) or similarly acting arylcyclohexylamine abuse, _____ (328.4x)
- 305.3x Hallucinogen abuse, _____
- 305.2x Cannabis abuse, _____
- 304.3x Cannabis dependence, _____
- 305.1x Tobacco dependence, _____
- 305.9x Other, mixed or unspecified substance abuse, _____
- 304.6x Other specified substance dependence, _____
- 304.9x Unspecified substance dependence, _____
- 304.7x Dependence on combination of opioid and other non-alcoholic substance, _____
- 304.8x Dependence on combination of substances, excluding opioids and alcohol, _____

SCHIZOPHRENIC DISORDERS

Code in fifth digit: 1 = subchronic, 2 = chronic, 3 = subchronic with acute exacerbation, 4 = chronic with acute exacerbation, 5 = in remission, 0 = unspecified.

- Schizophrenia,
- 295.1x disorganized, _____
- 295.2x catatonic, _____
- 295.3x paranoid, _____
- 295.9x undifferentiated, _____
- 295.6x residual, _____

PARANOID DISORDERS

- 297.10 Paranoia
- 297.30 Shared paranoid disorder
- 298.30 Acute paranoid disorder
- 297.90 Atypical paranoid disorder

PSYCHOTIC DISORDERS NOT ELSEWHERE CLASSIFIED

- 295.40 Schizophreniform disorder
- 298.80 Brief reactive psychosis
- 295.70 Schizoaffective disorder
- 298.90 Atypical psychosis

NEUROTIC DISORDERS: These are included in Affective, Anxiety, Somatoform, Dissociative, and Psychosexual Disorders. In order to facilitate the identification of the categories that in DSM-II were grouped together in the class of Neuroses, the DSM-II terms are included separately in parentheses after the corresponding categories. These DSM-II terms are included in ICD-9-CM and therefore are acceptable as alternatives to the recommended DSM-III terms that precede them.

AFFECTIVE DISORDERS
Major affective disorders

Code major depressive episode in fifth digit: 6 = in remission, 4 = with psychotic features (the unofficial non-ICD-9-CM fifth digit 7 may be used instead to indicate that the psychotic features are mood-incongruent), 3 = with melancholia, 2 = without melancholia, 0 = unspecified.

Code manic episode in fifth digit: 6 = in remission, 4 = with psychotic features (the unofficial non-ICD-9-CM fifth digit 7 may be used instead to indicate that the psychotic features are mood-incongruent), 2 = without psychotic features, 0 = unspecified.

- Bipolar disorder,
- 296.6x mixed, _____
- 296.4x manic, _____
- 296.5x depressed, _____

- Major depression,
- 296.2x single episode, _____
- 296.3x recurrent, _____

Other specific affective disorders

- 301.13 Cyclothymic disorder
 300.40 Dysthymic disorder
 (or Depressive neurosis)

Atypical affective disorders

- 296.70 Atypical bipolar disorder
 296.82 Atypical depression

ANXIETY DISORDERS

Phobic disorders (or Phobic neuroses)

- 300.21 Agoraphobia with panic attacks
 300.22 Agoraphobia without panic attacks
 300.23 Social phobia
 300.29 Simple phobia

Anxiety states (or Anxiety neuroses)

- 300.01 Panic disorder
 300.02 Generalized anxiety disorder
 300.30 Obsessive compulsive disorder
 (or Obsessive compulsive neurosis)
 Post-traumatic stress disorder
 308.30 acute
 309.81 chronic or delayed
 300.00 Atypical anxiety disorder

SOMATOFORM DISORDERS

- 300.81 Somatization disorder
 300.11 Conversion disorder
 (or Hysterical neurosis, conversion type)
 307.80 Psychogenic pain disorder
 300.70 Hypochondriasis
 (or Hypochondriacal neurosis)
 300.70 Atypical somatoform disorder
 (300.71)

**DISSOCIATIVE DISORDERS
(OR HYSTERICAL NEUROSES,
DISSOCIATIVE TYPE)**

- 300.12 Psychogenic amnesia
 300.13 Psychogenic fugue
 300.14 Multiple personality
 300.60 Depersonalization disorder
 (or Depersonalization neurosis)
 300.15 Atypical dissociative disorder

PSYCHOSEXUAL DISORDERS**Gender identity disorders**

Indicate sexual history in the fifth digit of Transsexualism code: 1 = asexual, 2 = homosexual, 3 = heterosexual, 0 = unspecified.

- 302.5x Transsexualism, _____
 302.60 Gender identity disorder of childhood
 302.85 Atypical gender identity disorder

Paraphilias

- 302.81 Fetishism
 302.30 Transvestism
 302.10 Zoophilia
 302.20 Pedophilia
 302.40 Exhibitionism
 302.82 Voyeurism
 302.83 Sexual masochism
 302.84 Sexual sadism
 302.90 Atypical paraphilia

Psychosexual dysfunctions

- 302.71 Inhibited sexual desire
 302.72 Inhibited sexual excitement
 302.73 Inhibited female orgasm
 302.74 Inhibited male orgasm
 302.75 Premature ejaculation
 302.76 Functional dyspareunia
 306.51 Functional vaginismus
 302.70 Atypical psychosexual dysfunction

Other psychosexual disorders

- 302.00 Ego-dystonic homosexuality
 302.89 Psychosexual disorder not elsewhere classified

FACTITIOUS DISORDERS

- 300.16 Factitious disorder with psychological symptoms
 301.51 Chronic factitious disorder with physical symptoms
 300.19 Atypical factitious disorder with physical symptoms

**DISORDERS OF IMPULSE CONTROL
NOT ELSEWHERE CLASSIFIED**

- 312.31 Pathological gambling
 312.32 Kleptomania
 312.33 Pyromania
 312.34 Intermittent explosive disorder
 312.35 Isolated explosive disorder
 312.39 Atypical impulse control disorder

ADJUSTMENT DISORDER

- 309.00 with depressed mood
- 309.24 with anxious mood
- 309.28 with mixed emotional features
- 309.30 with disturbance of conduct
- 309.40 with mixed disturbance of emotions and conduct
- 309.23 with work (or academic) inhibition
- 309.83 with withdrawal
- 309.90 with atypical features

PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING PHYSICAL CONDITION

Specify physical condition on Axis III.
316.00 Psychological factors affecting physical condition

PERSONALITY DISORDERS
Note: These are coded on Axis II.

- 301.00 Paranoid
- 301.20 Schizoid
- 301.22 Schizotypal
- 301.50 Histrionic
- 301.81 Narcissistic
- 301.70 Antisocial
- 301.83 Borderline
- 301.82 Avoidant
- 301.60 Dependent
- 301.40 Compulsive
- 301.84 Passive-Aggressive
- 301.89 Atypical, mixed or other personality disorder

V CODES FOR CONDITIONS NOT ATTRIBUTABLE TO A MENTAL DISORDER THAT ARE A FOCUS OF ATTENTION OR TREATMENT

- V65.20 Malingering
- V62.89 Borderline intellectual functioning (V62.88)
- V71.01 Adult antisocial behavior
- V71.02 Childhood or adolescent antisocial behavior
- V62.30 Academic problem
- V62.20 Occupational problem
- V62.82 Uncomplicated bereavement
- V15.81 Noncompliance with medical treatment
- V62.89 Phase of life problem or other life circumstance problem
- V61.10 Marital problem
- V61.20 Parent-child problem
- V61.80 Other specified family circumstances
- V62.81 Other interpersonal problem

ADDITIONAL CODES

- 300.90 Unspecified mental disorder (nonpsychotic)
- V71.09 No diagnosis or condition on Axis I
- 799.90 Diagnosis or condition deferred on Axis I

- V71.09 No diagnosis on Axis II
- 799.90 Diagnosis deferred on Axis II

ANEXO X

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS
FOURTH EDITION

DSM-IV™

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FOURTH EDITION

DSM-IV™



PUBLISHED BY THE
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
WASHINGTON, DC

DSM-IV Classification

NOS = Not Otherwise Specified.

An *x* appearing in a diagnostic code indicates that a specific code number is required.

An ellipsis (. . .) is used in the names of certain disorders to indicate that the name of a specific mental disorder or general medical condition should be inserted when recording the name (e.g., 293.0 Delirium Due to Hypothyroidism).

Numbers in parentheses are page numbers.

If criteria are currently met, one of the following severity specifiers may be noted after the diagnosis:

- Mild
- Moderate
- Severe

If criteria are no longer met, one of the following specifiers may be noted:

- In Partial Remission
- In Full Remission
- Prior History

Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence (37)

MENTAL RETARDATION (39)

Note: *These are coded on Axis II.*

- 317 Mild Mental Retardation (41)
- 318.0 Moderate Mental Retardation (41)
- 318.1 Severe Mental Retardation (41)
- 318.2 Profound Mental Retardation (41)
- 319 Mental Retardation, Severity Unspecified (42)

LEARNING DISORDERS (46)

- 315.00 Reading Disorder (48)
- 315.1 Mathematics Disorder (50)
- 315.2 Disorder of Written Expression (51)
- 315.9 Learning Disorder NOS (53)

MOTOR SKILLS DISORDER

- 315.4 Developmental Coordination Disorder (53)

COMMUNICATION DISORDERS (55)

- 315.31 Expressive Language Disorder (55)
- 315.31 Mixed Receptive-Expressive Language Disorder (58)
- 315.39 Phonological Disorder (61)
- 307.0 Stuttering (63)
- 307.9 Communication Disorder NOS (65)

PERVASIVE DEVELOPMENTAL DISORDERS (65)

- 299.00 Autistic Disorder (66)
- 299.80 Rett's Disorder (71)

- 299.10 Childhood Disintegrative Disorder (73)
 299.80 Asperger's Disorder (75)
 299.80 Pervasive Developmental Disorder NOS (77)

ATTENTION-DEFICIT AND DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS (78)

- 314.xx Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (78)
 .01 Combined Type
 .00 Predominantly Inattentive Type
 .01 Predominantly Hyperactive-Impulsive Type
 314.9 Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder NOS (85)
 312.8 Conduct Disorder (85)
Specify type: Childhood-Onset Type/Adolescent-Onset Type
 313.81 Oppositional Defiant Disorder (91)
 312.9 Disruptive Behavior Disorder NOS (94)

FEEDING AND EATING DISORDERS OF INFANCY OR EARLY CHILDHOOD (94)

- 307.52 Pica (95)
 307.53 Rumination Disorder (96)
 307.59 Feeding Disorder of Infancy or Early Childhood (98)

TIC DISORDERS (100)

- 307.23 Tourette's Disorder (101)
 307.22 Chronic Motor or Vocal Tic Disorder (103)
 307.21 Transient Tic Disorder (104)
Specify if: Single Episode/Recurrent
 307.20 Tic Disorder NOS (105)

ELIMINATION DISORDERS (106)

- .- Encopresis (106)
 787.6 With Constipation and Overflow Incontinence
 307.7 Without Constipation and Overflow Incontinence
 307.6 Enuresis (Not Due to a General Medical Condition) (108)
Specify type: Nocturnal Only/Diurnal Only/Nocturnal and Diurnal

OTHER DISORDERS OF INFANCY, CHILDHOOD, OR ADOLESCENCE

- 309.21 Separation Anxiety Disorder (110)
Specify if: Early Onset
 313.23 Selective Mutism (114)
 313.89 Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood (116)
Specify type: Inhibited Type/Disinhibited Type
 307.3 Stereotypic Movement Disorder (118)
Specify if: With Self-Injurious Behavior
 313.9 Disorder of Infancy, Childhood, or Adolescence NOS (121)

Delirium, Dementia, and Amnestic and Other Cognitive Disorders (123)

DELIRIUM (124)

- 293.0 Delirium Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition*] (127)
 —.- Substance Intoxication Delirium (129) (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*)
 —.- Substance Withdrawal Delirium (129) (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*)
 —.- Delirium Due to Multiple Etiologies (*code each of the specific etiologies*) (132)
 780.09 Delirium NOS (133)

DEMENTIA (133)

- 290.xx Dementia of the Alzheimer's Type, With Early Onset (*also code 331.0 Alzheimer's disease on Axis III*) (139)
 .10 Uncomplicated
 .11 With Delirium
 .12 With Delusions
 .13 With Depressed Mood
Specify if: With Behavioral Disturbance

- 290.xx Dementia of the Alzheimer's Type, With Late Onset (*also code 331.0 Alzheimer's disease on Axis III*) (139)
- .0 Uncomplicated
 - .3 With Delirium
 - .20 With Delusions
 - .21 With Depressed Mood
Specify if: With Behavioral Disturbance
- 290.xx Vascular Dementia (143)
- .40 Uncomplicated
 - .41 With Delirium
 - .42 With Delusions
 - .43 With Depressed Mood
Specify if: With Behavioral Disturbance
- 294.9 Dementia Due to HIV Disease (*also code 043.1 HIV infection affecting central nervous system on Axis III*) (148)
- 294.1 Dementia Due to Head Trauma (*also code 854.00 head injury on Axis III*) (148)
- 294.1 Dementia Due to Parkinson's Disease (*also code 332.0 Parkinson's disease on Axis III*) (148)
- 294.1 Dementia Due to Huntington's Disease (*also code 333.4 Huntington's disease on Axis III*) (149)
- 290.10 Dementia Due to Pick's Disease (*also code 331.1 Pick's disease on Axis III*) (149)
- 290.10 Dementia Due to Creutzfeldt-Jakob Disease (*also code 046.1 Creutzfeldt-Jakob disease on Axis III*) (150)
- 294.1 Dementia Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition not listed above*] (*also code the general medical condition on Axis III*) (151)
- .- Substance-Induced Persisting Dementia (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*) (152)
- .- Dementia Due to Multiple Etiologies (*code each of the specific etiologies*) (154)
- 294.8 Dementia NOS (155)
- AMNESTIC DISORDERS** (156)
- 294.0 Amnestic Disorder Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition*] (158)
Specify if: Transient/Chronic
- .- Substance-Induced Persisting Amnestic Disorder (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*) (161)
- 294.8 Amnestic Disorder NOS (163)
- OTHER COGNITIVE DISORDERS** (163)
- 294.9 Cognitive Disorder NOS (163)
- Mental Disorders Due to a General Medical Condition Not Elsewhere Classified** (165)
- 293.89 Catatonic Disorder Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition*] (169)
- 310.1 Personality Change Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition*] (171)
Specify type: Labile Type/Disinhibited Type/Aggressive Type/Apathetic Type/Paranoid Type/Other Type/Combined Type/Unspecified Type
- 293.9 Mental Disorder NOS Due to . . . [*Indicate the General Medical Condition*] (174)

Substance-Related Disorders (175)

^a *The following specifiers may be applied to Substance Dependence:*

With Physiological Dependence/Without Physiological Dependence

Early Full Remission/Early Partial Remission
Sustained Full Remission/Sustained Partial Remission

On Agonist Therapy/In a Controlled Environment

The following specifiers apply to Substance-Induced Disorders as noted:

¹With Onset During Intoxication/^WWith Onset During Withdrawal

ALCOHOL-RELATED DISORDERS (194)**Alcohol Use Disorders**

- 303.90 Alcohol Dependence^a (195)
305.00 Alcohol Abuse (196)

Alcohol-Induced Disorders

- 303.00 Alcohol Intoxication (196)
291.8 Alcohol Withdrawal (197)
Specify if: With Perceptual Disturbances
291.0 Alcohol Intoxication Delirium (129)
291.0 Alcohol Withdrawal Delirium (129)
291.2 Alcohol-Induced Persisting Dementia (152)
291.1 Alcohol-Induced Persisting Amnesic Disorder (161)
291.x Alcohol-Induced Psychotic Disorder (310)
.5 With Delusions^{1,W}
.3 With Hallucinations^{1,W}
291.8 Alcohol-Induced Mood Disorder^{1,W} (370)
291.8 Alcohol-Induced Anxiety Disorder^{1,W} (439)
291.8 Alcohol-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
291.8 Alcohol-Induced Sleep Disorder^{1,W} (601)
291.9 Alcohol-Related Disorder NOS (204)

AMPHETAMINE (OR AMPHETAMINE-LIKE)-RELATED DISORDERS (204)**Amphetamine Use Disorders**

- 304.40 Amphetamine Dependence^a (206)
305.70 Amphetamine Abuse (206)

Amphetamine-Induced Disorders

- 292.89 Amphetamine Intoxication (207)
Specify if: With Perceptual Disturbances
292.0 Amphetamine Withdrawal (208)
292.81 Amphetamine Intoxication Delirium (129)
292.xx Amphetamine-Induced Psychotic Disorder (310)
.11 With Delusions¹
.12 With Hallucinations¹
292.84 Amphetamine-Induced Mood Disorder^{1,W} (370)
292.89 Amphetamine-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
292.89 Amphetamine-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
292.89 Amphetamine-Induced Sleep Disorder^{1,W} (601)
292.9 Amphetamine-Related Disorder NOS (211)

CAFFEINE-RELATED DISORDERS (212)**Caffeine-Induced Disorders**

- 305.90 Caffeine Intoxication (212)
292.89 Caffeine-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
292.89 Caffeine-Induced Sleep Disorder¹ (601)
292.9 Caffeine-Related Disorder NOS (215)

CANNABIS-RELATED DISORDERS (215)**Cannabis Use Disorders**

- 304.30 Cannabis Dependence^a (216)
305.20 Cannabis Abuse (217)

Cannabis-Induced Disorders

- 292.89 Cannabis Intoxication (217)
Specify if: With Perceptual Disturbances
292.81 Cannabis Intoxication Delirium (129)

- 292.xx Cannabis-Induced Psychotic Disorder (310)
 - .11 With Delusions¹
 - .12 With Hallucinations¹
- 292.89 Cannabis-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
- 292.9 Cannabis-Related Disorder NOS (221)

COCAINE-RELATED DISORDERS (221)

Cocaine Use Disorders

- 304.20 Cocaine Dependence^a (222)
- 305.60 Cocaine Abuse (223)

Cocaine-Induced Disorders

- 292.89 Cocaine Intoxication (223)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.0 Cocaine Withdrawal (225)
- 292.81 Cocaine Intoxication Delirium (129)
- 292.xx Cocaine-Induced Psychotic Disorder (310)
 - .11 With Delusions¹
 - .12 With Hallucinations¹
- 292.84 Cocaine-Induced Mood Disorder^{1,w} (370)
- 292.89 Cocaine-Induced Anxiety Disorder^{1,w} (439)
- 292.89 Cocaine-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
- 292.89 Cocaine-Induced Sleep Disorder^{1,w} (601)
- 292.9 Cocaine-Related Disorder NOS (229)

HALLUCINOGEN-RELATED DISORDERS (229)

Hallucinogen Use Disorders

- 304.50 Hallucinogen Dependence^a (230)
- 305.30 Hallucinogen Abuse (231)

Hallucinogen-Induced Disorders

- 292.89 Hallucinogen Intoxication (232)
- 292.89 Hallucinogen Persisting Perception Disorder (Flashbacks) (233)

- 292.81 Hallucinogen Intoxication Delirium (129)
- 292.xx Hallucinogen-Induced Psychotic Disorder (310)
 - .11 With Delusions¹
 - .12 With Hallucinations¹
- 292.84 Hallucinogen-Induced Mood Disorder¹ (370)
- 292.89 Hallucinogen-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
- 292.9 Hallucinogen-Related Disorder NOS (236)

INHALANT-RELATED DISORDERS (236)

Inhalant Use Disorders

- 304.60 Inhalant Dependence^a (238)
- 305.90 Inhalant Abuse (238)

Inhalant-Induced Disorders

- 292.89 Inhalant Intoxication (239)
- 292.81 Inhalant Intoxication Delirium (129)
- 292.82 Inhalant-Induced Persisting Dementia (152)
- 292.xx Inhalant-Induced Psychotic Disorder (310)
 - .11 With Delusions¹
 - .12 With Hallucinations¹
- 292.84 Inhalant-Induced Mood Disorder¹ (370)
- 292.89 Inhalant-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
- 292.9 Inhalant-Related Disorder NOS (242)

NICOTINE-RELATED DISORDERS (242)

Nicotine Use Disorder

- 305.10 Nicotine Dependence^a (243)

Nicotine-Induced Disorder

- 292.0 Nicotine Withdrawal (244)
- 292.9 Nicotine-Related Disorder NOS (247)

OPIOID-RELATED DISORDERS (247)

Opioid Use Disorders

- 304.00 Opioid Dependence^a (248)
- 305.50 Opioid Abuse (249)

Opioid-Induced Disorders

- 292.89 Opioid Intoxication (249)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.0 Opioid Withdrawal (250)
- 292.81 Opioid Intoxication Delirium (129)
- 292.xx Opioid-Induced Psychotic Disorder (310)
- .11 With Delusions¹
- .12 With Hallucinations¹
- 292.84 Opioid-Induced Mood Disorder¹ (370)
- 292.89 Opioid-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
- 292.89 Opioid-Induced Sleep Disorder^{1,w} (601)
- 292.9 Opioid-Related Disorder NOS (255)

PHENCYCLIDINE (OR PHENCYCLIDINE-LIKE)-RELATED DISORDERS (255)**Phencyclidine Use Disorders**

- 304.90 Phencyclidine Dependence^a (256)
- 305.90 Phencyclidine Abuse (257)

Phencyclidine-Induced Disorders

- 292.89 Phencyclidine Intoxication (257)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.81 Phencyclidine Intoxication Delirium (129)
- 292.xx Phencyclidine-Induced Psychotic Disorder (310)
- .11 With Delusions¹
- .12 With Hallucinations¹
- 292.84 Phencyclidine-Induced Mood Disorder¹ (370)
- 292.89 Phencyclidine-Induced Anxiety Disorder¹ (439)
- 292.9 Phencyclidine-Related Disorder NOS (261)

SEDATIVE-, HYPNOTIC-, OR ANXIOLYTIC-RELATED DISORDERS (261)**Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Use Disorders**

- 304.10 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Dependence^a (262)

- 305.40 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Abuse (263)

Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Disorders

- 292.89 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication (263)
- 292.0 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal (264)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Intoxication Delirium (129)
- 292.81 Sedative, Hypnotic, or Anxiolytic Withdrawal Delirium (129)
- 292.82 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Dementia (152)
- 292.83 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Persisting Amnesic Disorder (161)
- 292.xx Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Psychotic Disorder (310)
- .11 With Delusions^{1,w}
- .12 With Hallucinations^{1,w}
- 292.84 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Mood Disorder^{1,w} (370)
- 292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Anxiety Disorder^w (439)
- 292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
- 292.89 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Induced Sleep Disorder^{1,w} (601)
- 292.9 Sedative-, Hypnotic-, or Anxiolytic-Related Disorder NOS (269)

POLYSUBSTANCE-RELATED DISORDER

- 304.80 Polysubstance Dependence^a (270)

**OTHER (OR UNKNOWN)
SUBSTANCE-RELATED
DISORDERS (270)**

**Other (or Unknown) Substance
Use Disorders**

- 304.90 Other (or Unknown) Substance Dependence^a (176)
- 305.90 Other (or Unknown) Substance Abuse (182)

**Other (or Unknown) Substance-
Induced Disorders**

- 292.89 Other (or Unknown) Substance Intoxication (183)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.0 Other (or Unknown) Substance Withdrawal (184)
Specify if: With Perceptual Disturbances
- 292.81 Other (or Unknown) Substance-Induced Delirium (129)
- 292.82 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Dementia (152)
- 292.83 Other (or Unknown) Substance-Induced Persisting Amnesic Disorder (161)
- 292.xx Other (or Unknown) Substance-Induced Psychotic Disorder (310)
 - .11 With Delusions^{1,W}
 - .12 With Hallucinations^{1,W}
- 292.84 Other (or Unknown) Substance-Induced Mood Disorder^{1,W} (370)
- 292.89 Other (or Unknown) Substance-Induced Anxiety Disorder^{1,W} (439)
- 292.89 Other (or Unknown) Substance-Induced Sexual Dysfunction¹ (519)
- 292.89 Other (or Unknown) Substance-Induced Sleep Disorder^{1,W} (601)
- 292.9 Other (or Unknown) Substance-Related Disorder NOS (272)

**Schizophrenia and Other
Psychotic Disorders (273)**

295.xx Schizophrenia (274)

The following Classification of Longitudinal Course applies to all subtypes of Schizophrenia:

- Episodic With Interepisode Residual Symptoms (*specify if:* With Prominent Negative Symptoms)/Episodic With No Interepisode Residual Symptoms/Continuous (*specify if:* With Prominent Negative Symptoms)
- Single Episode In Partial Remission (*specify if:* With Prominent Negative Symptoms)/Single Episode In Full Remission
- Other or Unspecified Pattern

- .30 Paranoid Type (287)
- .10 Disorganized Type (287)
- .20 Catatonic Type (288)
- .90 Undifferentiated Type (289)
- .60 Residual Type (289)
- 295.40 Schizophreniform Disorder (290)
Specify if: Without Good Prognostic Features/With Good Prognostic Features
- 295.70 Schizoaffective Disorder (292)
Specify type: Bipolar Type/Depressive Type
- 297.1 Delusional Disorder (296)
Specify type: Erotomanic Type/Grandiose Type/Jealous Type/Persecutory Type/Somatic Type/Mixed Type/Unspecified Type
- 298.8 Brief Psychotic Disorder (302)
Specify if: With Marked Stressor(s)/Without Marked Stressor(s)/With Postpartum Onset
- 297.3 Shared Psychotic Disorder (305)
- 293.xx Psychotic Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (306)
 - .81 With Delusions
 - .82 With Hallucinations
- .- Substance-Induced Psychotic Disorder (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*) (310)
Specify if: With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal
- 298.9 Psychotic Disorder NOS (315)

Mood Disorders (317)

Code current state of Major Depressive Disorder or Bipolar I Disorder in fifth digit:

- 1 = Mild
- 2 = Moderate
- 3 = Severe Without Psychotic Features
- 4 = Severe With Psychotic Features
Specify: Mood-Congruent Psychotic Features/Mood-Incongruent Psychotic Features
- 5 = In Partial Remission
- 6 = In Full Remission
- 0 = Unspecified

The following specifiers apply (for current or most recent episode) to Mood Disorders as noted:

- ^aSeverity/Psychotic/Remission Specifiers/^bChronic/^cWith Catatonic Features/^dWith Melancholic Features/^eWith Atypical Features/^fWith Postpartum Onset

The following specifiers apply to Mood Disorders as noted:

- ^gWith or Without Full Interepisode Recovery/^hWith Seasonal Pattern/ⁱWith Rapid Cycling

DEPRESSIVE DISORDERS

- 296.xx Major Depressive Disorder, (339)
 - .2x Single Episode^{a,b,c,d,e,f}
 - .3x Recurrent^{a,b,c,d,e,f,g,h}
- 300.4 Dysthymic Disorder (345)
Specify if: Early Onset/Late Onset
Specify: With Atypical Features
- 311 Depressive Disorder NOS (350)

BIPOLAR DISORDERS

- 296.xx Bipolar I Disorder, (350)
 - .0x Single Manic Episode^{a,c,f}
Specify if: Mixed
 - .40 Most Recent Episode Hypomanic^{g,h,i}
 - .4x Most Recent Episode Manic^{a,c,f,g,h,i}
 - .6x Most Recent Episode Mixed^{a,c,f,g,h,i}
 - .5x Most Recent Episode Depressed^{a,b,c,d,e,f,g,h,i}
 - .7 Most Recent Episode Unspecified^{g,h,i}
- 296.89 Bipolar II Disorder^{a,b,c,d,e,f,g,h,i} (359)
Specify (current or most recent episode): Hypomanic/Depressed

- 301.13 Cyclothymic Disorder (363)
- 296.80 Bipolar Disorder NOS (366)

- 293.83 Mood Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (366)

Specify type: With Depressive Features/With Major Depressive-Like Episode/With Manic Features/With Mixed Features

- .- Substance-Induced Mood Disorder (refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes) (370)

Specify type: With Depressive Features/With Manic Features/With Mixed Features

Specify if: With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal

- 296.90 Mood Disorder NOS (375)

Anxiety Disorders (393)

- 300.01 Panic Disorder Without Agoraphobia (397)
- 300.21 Panic Disorder With Agoraphobia (397)
- 300.22 Agoraphobia Without History of Panic Disorder (403)
- 300.29 Specific Phobia (405)
Specify type: Animal Type/Natural Environment Type/ Blood-Injection-Injury Type/Situational Type/Other Type
- 300.23 Social Phobia (411)
Specify if: Generalized
- 300.3 Obsessive-Compulsive Disorder (417)
Specify if: With Poor Insight
- 309.81 Posttraumatic Stress Disorder (424)
Specify if: Acute/Chronic
Specify if: With Delayed Onset
- 308.3 Acute Stress Disorder (429)
- 300.02 Generalized Anxiety Disorder (432)
- 293.89 Anxiety Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (436)
Specify if: With Generalized Anxiety/With Panic Attacks/With Obsessive-Compulsive Symptoms

- .- Substance-Induced Anxiety Disorder (*refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes*) (439)
Specify if: With Generalized Anxiety/With Panic Attacks/With Obsessive-Compulsive Symptoms/With Phobic Symptoms
Specify if: With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal
- 300.00 Anxiety Disorder NOS (444)

Somatoform Disorders (445)

- 300.81 Somatization Disorder (446)
- 300.81 Undifferentiated Somatoform Disorder (450)
- 300.11 Conversion Disorder (452)
Specify type: With Motor Symptom or Deficit/With Sensory Symptom or Deficit/With Seizures or Convulsions/With Mixed Presentation
- 307.xx Pain Disorder (458)
 - .80 Associated With Psychological Factors
 - .89 Associated With Both Psychological Factors and a General Medical Condition
Specify if: Acute/Chronic
- 300.7 Hypochondriasis (462)
Specify if: With Poor Insight
- 300.7 Body Dysmorphic Disorder (466)
- 300.81 Somatoform Disorder NOS (468)

Factitious Disorders (471)

- 300.xx Factitious Disorder (471)
 - .16 With Predominantly Psychological Signs and Symptoms
 - .19 With Predominantly Physical Signs and Symptoms
 - .19 With Combined Psychological and Physical Signs and Symptoms
- 300.19 Factitious Disorder NOS (475)

Dissociative Disorders (477)

- 300.12 Dissociative Amnesia (478)
- 300.13 Dissociative Fugue (481)
- 300.14 Dissociative Identity Disorder (484)
- 300.6 Depersonalization Disorder (488)
- 300.15 Dissociative Disorder NOS (490)

Sexual and Gender

Identity Disorders (493)

SEXUAL DYSFUNCTIONS (493)

The following specifiers apply to all primary Sexual Dysfunctions:

- Lifelong Type/Acquired Type
- Generalized Type/Situational Type
- Due to Psychological Factors/Due to Combined Factors

Sexual Desire Disorders

- 302.71 Hypoactive Sexual Desire Disorder (496)
- 302.79 Sexual Aversion Disorder (499)

Sexual Arousal Disorders

- 302.72 Female Sexual Arousal Disorder (500)
- 302.72 Male Erectile Disorder (502)

Orgasmic Disorders

- 302.73 Female Orgasmic Disorder (505)
- 302.74 Male Orgasmic Disorder (507)
- 302.75 Premature Ejaculation (509)

Sexual Pain Disorders

- 302.76 Dyspareunia (Not Due to a General Medical Condition) (511)
- 306.51 Vaginismus (Not Due to a General Medical Condition) (513)

Sexual Dysfunction Due to a General Medical Condition (515)

- 625.8 Female Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (515)
- 608.89 Male Hypoactive Sexual Desire Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (515)

SLEEP DISORDERS RELATED TO ANOTHER MENTAL DISORDER (592)

- 307.42 Insomnia Related to . . .
[Indicate the Axis I or Axis II Disorder] (592)
- 307.44 Hypersomnia Related to . . .
[Indicate the Axis I or Axis II Disorder] (592)

OTHER SLEEP DISORDERS

- 780.xx Sleep Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical Condition] (597)
 - .52 Insomnia Type
 - .54 Hypersomnia Type
 - .59 Parasomnia Type
 - .59 Mixed Type
- .— Substance-Induced Sleep Disorder
(refer to Substance-Related Disorders for substance-specific codes) (601)
Specify type: Insomnia Type/Hypersomnia Type/Parasomnia Type/Mixed Type
Specify if: With Onset During Intoxication/With Onset During Withdrawal

Impulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified (609)

- 312.34 Intermittent Explosive Disorder (609)
- 312.32 Kleptomania (612)
- 312.33 Pyromania (614)
- 312.31 Pathological Gambling (615)
- 312.39 Trichotillomania (618)
- 312.30 Impulse-Control Disorder NOS (621)

Adjustment Disorders (623)

- 309.xx Adjustment Disorder (623)
 - .0 With Depressed Mood
 - .24 With Anxiety
 - .28 With Mixed Anxiety and Depressed Mood
 - .3 With Disturbance of Conduct
 - .4 With Mixed Disturbance of Emotions and Conduct
 - .9 Unspecified
Specify if: Acute/Chronic

Personality Disorders (629)

- Note:** *These are coded on Axis II.*
- 301.0 Paranoid Personality Disorder (634)
 - 301.20 Schizoid Personality Disorder (638)
 - 301.22 Schizotypal Personality Disorder (641)
 - 301.7 Antisocial Personality Disorder (645)
 - 301.83 Borderline Personality Disorder (650)
 - 301.50 Histrionic Personality Disorder (655)
 - 301.81 Narcissistic Personality Disorder (658)
 - 301.82 Avoidant Personality Disorder (662)
 - 301.6 Dependent Personality Disorder (665)
 - 301.4 Obsessive-Compulsive Personality Disorder (669)
 - 301.9 Personality Disorder NOS (673)

Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention (675)

PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING MEDICAL CONDITION (675)

- 316 . . . *[Specified Psychological Factor] Affecting . . . [Indicate the General Medical Condition] (675)*
Choose name based on nature of factors:
 - Mental Disorder Affecting Medical Condition
 - Psychological Symptoms Affecting Medical Condition
 - Personality Traits or Coping Style Affecting Medical Condition
 - Maladaptive Health Behaviors Affecting Medical Condition
 - Stress-Related Physiological Response Affecting Medical Condition
 - Other or Unspecified Psychological Factors Affecting Medical Condition

- 607.84 Male Erectile Disorder Due to . . .
[Indicate the General Medical
Condition] (515)
- 625.0 Female Dyspareunia Due to . . .
[Indicate the General Medical
Condition] (515)
- 608.89 Male Dyspareunia Due to . . .
[Indicate the General Medical
Condition] (515)
- 625.8 Other Female Sexual Dysfunction
Due to . . . [Indicate the General
Medical Condition] (515)
- 608.89 Other Male Sexual Dysfunction
Due to . . . [Indicate the General
Medical Condition] (515)
- .- Substance-Induced Sexual
Dysfunction (refer to Substance-
Related Disorders for substance-
specific codes) (519)
Specify if: With Impaired Desire/
With Impaired Arousal/With Impaired
Orgasm/With Sexual Pain
Specify if: With Onset During
Intoxication
- 302.70 Sexual Dysfunction NOS (522)
- PARAPHILIAS (522)**
- 302.4 Exhibitionism (525)
- 302.81 Fetishism (526)
- 302.89 Frotteurism (527)
- 302.2 Pedophilia (527)
Specify if: Sexually Attracted to
Males/Sexually Attracted to Females/
Sexually Attracted to Both
Specify if: Limited to Incest
Specify type: Exclusive Type/
Nonexclusive Type
- 302.83 Sexual Masochism (529)
- 302.84 Sexual Sadism (530)
- 302.3 Transvestic Fetishism (530)
Specify if: With Gender Dysphoria
- 302.82 Voyeurism (532)
- 302.9 Paraphilia NOS (532)
- GENDER IDENTITY DISORDERS (532)**
- 302.xx Gender Identity Disorder (532)
.6 in Children
.85 in Adolescents or Adults
Specify if: Sexually Attracted to Males/
Sexually Attracted to Females/Sexually
Attracted to Both/Sexually Attracted to
Neither
- 302.6 Gender Identity Disorder
NOS (538)
- 302.9 Sexual Disorder NOS (538)
- Eating Disorders (539)**
- 307.1 Anorexia Nervosa (539)
Specify type: Restricting Type;
Binge-Eating/Purging Type
- 307.51 Bulimia Nervosa (545)
Specify type: Purging Type/
Nonpurging Type
- 307.50 Eating Disorder NOS (550)
- Sleep Disorders (551)**
- PRIMARY SLEEP DISORDERS (553)**
- Dyssomnias (553)**
- 307.42 Primary Insomnia (553)
- 307.44 Primary Hypersomnia (557)
Specify if: Recurrent
- 347 Narcolepsy (562)
- 780.59 Breathing-Related Sleep
Disorder (567)
- 307.45 Circadian Rhythm Sleep
Disorder (573)
Specify type: Delayed Sleep Phase
Type/Jet Lag Type/Shift Work Type/
Unspecified Type
- 307.47 Dyssomnia NOS (579)
- Parasomnias (579)**
- 307.47 Nightmare Disorder (580)
- 307.46 Sleep Terror Disorder (583)
- 307.46 Sleepwalking Disorder (587)
- 307.47 Parasomnia NOS (592)

MEDICATION-INDUCED**MOVEMENT DISORDERS (678)**

- 332.1 Neuroleptic-Induced
Parkinsonism (679)
- 333.92 Neuroleptic Malignant
Syndrome (679)
- 333.7 Neuroleptic-Induced Acute
Dystonia (679)
- 333.99 Neuroleptic-Induced Acute
Akathisia (679)
- 333.82 Neuroleptic-Induced Tardive
Dyskinesia (679)
- 333.1 Medication-Induced Postural
Tremor (680)
- 333.90 Medication-Induced Movement
Disorder NOS (680)

**OTHER MEDICATION-INDUCED
DISORDER**

- 995.2 Adverse Effects of Medication
NOS (680)

RELATIONAL PROBLEMS (680)

- V61.9 Relational Problem Related to
a Mental Disorder or General
Medical Condition (681)
- V61.20 Parent-Child Relational
Problem (681)
- V61.1 Partner Relational Problem (681)
- V61.8 Sibling Relational Problem (681)
- V62.81 Relational Problem NOS (681)

PROBLEMS RELATED TO ABUSE**OR NEGLECT (682)**

- V61.21 Physical Abuse of Child (682)
*(code 995.5 if focus of attention
is on victim)*
- V61.21 Sexual Abuse of Child (682)
*(code 995.5 if focus of attention
is on victim)*
- V61.21 Neglect of Child (682)
*(code 995.5 if focus of attention
is on victim)*
- V61.1 Physical Abuse of Adult (682)
*(code 995.81 if focus of attention
is on victim)*
- V61.1 Sexual Abuse of Adult (682)
*(code 995.81 if focus of attention
is on victim)*

**ADDITIONAL CONDITIONS THAT
MAY BE A FOCUS OF CLINICAL
ATTENTION (683)**

- V15.81 Noncompliance With
Treatment (683)
- V65.2 Malingering (683)
- V71.01 Adult Antisocial Behavior (683)
- V71.02 Child or Adolescent Antisocial
Behavior (684)
- V62.89 Borderline Intellectual
Functioning (684)
Note: This is coded on Axis II.
- 780.9 Age-Related Cognitive Decline (684)
- V62.82 Bereavement (684)
- V62.3 Academic Problem (685)
- V62.2 Occupational Problem (685)
- 313.82 Identity Problem (685)
- V62.89 Religious or Spiritual Problem (685)
- V62.4 Acculturation Problem (685)
- V62.89 Phase of Life Problem (685)

Additional Codes

- 300.9 Unspecified Mental Disorder
(nonpsychotic) (687)
- V71.09 No Diagnosis or Condition on
Axis I (687)
- 799.9 Diagnosis or Condition Deferred
on Axis I (687)
- V71.09 No Diagnosis on Axis II (687)
- 799.9 Diagnosis Deferred on Axis II (687)

Multiaxial System

- Axis I Clinical Disorders
Other Conditions That May Be a
Focus of Clinical Attention
- Axis II Personality Disorders
Mental Retardation
- Axis III General Medical Conditions
- Axis IV Psychosocial and Environmental
Problems
- Axis V Global Assessment of Functioning

Pervasive Development Disorders (PDD)

The term "PDD" is widely used by professionals to refer to children with autism and related disorders; however, there is a great deal of disagreement and confusion among professionals concerning the PDD label. Diagnosis of PDD, including autism or any other developmental disability, is based upon the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition (DSM-IV)*, published by the American Psychiatric Association (Washington, DC, 1994), and is the main diagnostic reference of mental health professionals in the U.S.

According to the *DSM-IV*, the term "PDD" is not a specific diagnosis, but an umbrella term under which the specific diagnoses are defined.

Diagnostic labels are used to indicate commonalities among individuals. The key defining symptom of autism that differentiates it from other syndromes and/or conditions is substantial impairment in social interaction (Frith, 1989). The diagnosis of autism indicates that qualitative impairments in communication, social skills, and range of interests and activities exist. As no medical tests can be performed to indicate the presence of autism or any other PDD, the diagnosis is based upon the presence or absence of specific behaviors. For example, a child may be diagnosed as having PDD-NOS if he or she has some behaviors that are seen in autism, but does not meet the full criteria for having autism. **Most importantly, whether a child is diagnosed with a PDD (like autism) or a PDD-NOS, his/her treatment will be similar.**

Autism is a spectrum disorder, with symptoms ranging from mild to severe. As a spectrum disorder, the level of developmental delay is unique to each individual. If a diagnosis of PDD-NOS is made, rather than autism, the diagnosticians should clearly specify the behaviors present. Evaluation reports are more useful if they are specific and become more helpful for parents and professionals in later years when reevaluations are conducted.

Ideally, a multidisciplinary team of professionals should evaluate a child suspected of having autism. The team may include, but may not be limited to, a psychologist or psychiatrist, a speech pathologist and other medical professionals, including a developmental pediatrician and/or neurologist. Parents and teachers should also be included, as they have important information to share when determining a child's diagnosis.

In the end, parents should be more concerned that their child find the appropriate educational treatment based on their needs, rather than spending too much effort to find the perfect diagnostic label. Most often, programs designed specifically for children with autism will produce greater benefits, while the use of the general PDD label can prevent children from obtaining services relative to their needs.

Also within each diagnosis is the Autism Society's Panel of Professional Advisors' recommended definition of the autism spectrum and related syndromes and conditions, which is not to be used for research purposes but rather for defining the demographics of the Autism Society's membership. The Autism Society is not attempting to represent individuals with related syndromes or conditions who do not also have autism, but rather those where autism is present in related syndromes and conditions, and where autism is the defining syndrome (e.g., autism-Asperger's). The rationale for this position is due to the unique service needs that are imperative for individuals with autism that may not be required of the cohort disability.

- Autistic Disorder

- Asperger's Disorder
- Rett's Disorder
- Childhood Disintegrative Disorder
- PDD-NOS

299.00 Autistic Disorder

The central features of Autistic Disorder are the presence of markedly abnormal or impaired development in social interaction and communication, and a markedly restricted repertoire of activity and interest. The manifestations of this disorder vary greatly depending on the developmental level and chronological age of the individual. Autistic Disorder is sometimes referred to as Early Infantile Autism, Childhood Autism, or Kanner's Autism (page 66).

A. A total of six (or more) items from (1), (2), and (3), with at least two from (1), and one each from (2) and (3):

1. Qualitative impairment in social interaction, as manifested by at least two of the following:
 - Marked impairment in the use of multiple nonverbal behaviors such as eye to-eye gaze, facial expression, body postures, and gestures to regulate social interaction .
 - Failure to develop peer relationships appropriate to developmental level
 - A lack of spontaneous seeking to share enjoyment, interests, or achievements with other people (e.g., by a lack of showing, bringing, or pointing out objects of interest)
 - Lack of social or emotional reciprocity
2. Qualitative impairments in communication as manifested by at least one of the following:
 - Delay in, or total lack of, the development of spoken language (not accompanied by an attempt to compensate through alternative modes of communication such as gestures or mime)
 - In individuals with adequate speech, marked impairment in the ability to initiate or sustain a conversation with others
 - Stereotyped and repetitive use of language or idiosyncratic language
 - Lack of varied, spontaneous make-believe play or social imitative play appropriate to developmental level
3. Restricted repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities, as manifested by at least one of the following:
 - Encompassing preoccupation with one or more stereotyped patterns of interest that is abnormal either in intensity or focus
 - Apparently inflexible adherence to specific, nonfunctional routines or rituals
 - Stereotyped and repetitive motor mannerisms (e.g., hand or finger flapping or twisting, or complex whole-body movements)
 - Persistent preoccupation with parts of object

B. Delays or abnormal functioning in at least one of the following areas, with onset prior to age 3 years:

- Social interaction
- Language as used in social communication
- Symbolic or imaginative play

C. The disturbance is not better accounted for by Rett's Disorder or Childhood Disintegrative Disorder.

299.80 Asperger's Disorder

The essential features of Asperger's Disorder are severe and sustained impairment in social interaction and the development of restricted, repetitive patterns of behavior, interest, and activity. The disturbance must clinically show significant impairment in social, occupational, and other important areas of functioning. In contrast to Autistic Disorder, there are no clinically significant delays in language. In addition there are no clinically significant delays in cognitive development or in the development of age-appropriate self-help skills, adaptive behavior, and curiosity about the environment in childhood.

A. Qualitative impairment in social interaction, as manifested by at least two of the following:

- Marked impairment in the use of multiple nonverbal behaviors such as eye-to-eye gaze, facial expression, body postures, and gestures to regulate social interaction
- Failure to develop peer relationships appropriate to developmental level
- A lack of spontaneous seeking to share enjoyment, interests, or achievements with other people (e.g., by a lack of showing, bringing, or pointing out objects of interest to other people)
- Lack of social or emotional reciprocity

B. Restricted repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities, as manifested by at least one of the following:

- Encompassing preoccupation with one or more stereotyped and restricted patterns of interest that is abnormal either in intensity or focus
- Apparently inflexible adherence to specific, non-functional routines or rituals
- Stereotyped and repetitive motor mannerisms (e.g., hand or finger flapping or twisting, or complex whole-body movements)
- Persistent preoccupation with parts of objects

C. The disturbance causes clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

D. There is no clinically significant general delay in language (e.g., single words used by age 2 years, communicative phrases used by age 3 years)

E. There is no clinically significant delay in cognitive development or in the development of age-appropriate self-help skills, adaptive behavior (other than in social interaction), and curiosity about the environment in childhood.

F. Criteria are not met for another specific Pervasive Developmental Disorder or Schizophrenia.

299.80 Rett's Disorder

The essential feature of Rett's Disorder is the development of multiple specific deficits following a period of normal functioning after birth. There is a loss of previously acquired purposeful hand skills before subsequent development of characteristic hand movement resembling hand wringing or hand washing. Interest in the social environment diminishes in the first few years after the onset of the disorder. There is also significant impairment in

expressive and receptive language development with severe psychomotor retardation.
(Page 71)

A. All of the following:

- Apparently normal prenatal and prenatal development
- Apparently normal psychomotor development through the first 5 months after birth
- Normal head circumference at birth

B. Onset of all of the following after the period of normal development:

- Deceleration of head growth between ages 5 and 48 months
- Loss of previously acquired purposeful hand skills between ages 5 and 30 months with the subsequent development of stereotyped hand movements (e.g., hand-wringing or hand washing)
- Loss of social engagement early in the course (although often social interaction develops later)
- Appearance of poorly coordinated gait or trunk movements
- Severely impaired expressive and receptive language development with severe psychomotor retardation

299.10 Childhood Disintegrative Disorder

The central feature of Childhood Disintegrative Disorder is a marked regression in multiple areas of functioning following a period of at least two years of apparently normal development. After the first two years of life, the child has a clinically significant loss of previously acquired skills in at least two of the following areas: expressive or receptive language; social skills or adaptive behavior; bowel or bladder control; or play or motor skills. Individuals with this disorder exhibit the social and communicative deficits and behavioral features generally observed in Autistic Disorder, as there is qualitative impairment in social interaction, communication, and restrictive, repetitive and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities. (Page 73)

A. Apparently normal development for at least the first 2 years after birth as manifested by the presence of age-appropriate verbal and nonverbal communication, social relationships, play, and adaptive behavior.

B. Clinically significant loss of previously acquired skills (before age 10 years) in at least two of the following areas:

- Expressive or receptive language
- Social skills or adaptive behavior
- Bowel or bladder control
- Play
- Motor skills

C. Abnormalities of functioning in at least two of the following areas:

- Qualitative impairment in social interaction (e.g., impairment in nonverbal behaviors, failure to develop peer relationships, lack of social or emotional reciprocity)

- Qualitative impairments in communication (e.g., delay or lack of spoken language, inability to initiate or sustain a conversation, stereotyped and repetitive use of language, lack of varied make-believe play)
 - Restricted, repetitive, and stereotyped patterns of behavior, interests, and activities, including motor stereotypes and mannerisms
- D. The disturbance is not better accounted for by another specific Pervasive Developmental Disorder or by Schizophrenia.

ANEXO XI

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL
MANUAL OF
MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5TM

DSM-5 Classification

Before each disorder name, ICD-9-CM codes are provided, followed by ICD-10-CM codes in parentheses. Blank lines indicate that either the ICD-9-CM or the ICD-10-CM code is not applicable. For some disorders, the code can be indicated only according to the subtype or specifier.

ICD-9-CM codes are to be used for coding purposes in the United States through September 30, 2014. ICD-10-CM codes are to be used starting October 1, 2014.

Following chapter titles and disorder names, page numbers for the corresponding text or criteria are included in parentheses.

Note for all mental disorders due to another medical condition: Indicate the name of the other medical condition in the name of the mental disorder due to [the medical condition]. The code and name for the other medical condition should be listed first immediately before the mental disorder due to the medical condition.

Neurodevelopmental Disorders (31)

Intellectual Disabilities (33)

- 319** (____) Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (33)
Specify current severity:
- (F70) Mild
 - (F71) Moderate
 - (F72) Severe
 - (F73) Profound
- 315.8** (F88) Global Developmental Delay (41)
- 319** (F79) Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (41)

Communication Disorders (41)

- 315.39** (F80.9) Language Disorder (42)
- 315.39** (F80.0) Speech Sound Disorder (44)
- 315.35** (F80.81) Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) (45)
Note: Later-onset cases are diagnosed as 307.0 (F98.5) adult-onset fluency disorder.
- 315.39** (F80.89) Social (Pragmatic) Communication Disorder (47)
- 307.9** (F80.9) Unspecified Communication Disorder (49)

Autism Spectrum Disorder (50)

- 299.00 (F84.0)** Autism Spectrum Disorder (50)
Specify if: Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor; Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder
Specify current severity for Criterion A and Criterion B: Requiring very substantial support, Requiring substantial support, Requiring support
Specify if: With or without accompanying intellectual impairment, With or without accompanying language impairment, With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1])

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (59)

- ___ (___) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (59)
Specify whether:
- 314.01 (F90.2)** Combined presentation
314.00 (F90.0) Predominantly inattentive presentation
314.01 (F90.1) Predominantly hyperactive/impulsive presentation
Specify if: In partial remission
Specify current severity: Mild, Moderate, Severe
- 314.01 (F90.8)** Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (65)
314.01 (F90.9) Unspecified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (66)

Specific Learning Disorder (66)

- ___ (___) Specific Learning Disorder (66)
Specify if:
- 315.00 (F81.0)** With impairment in reading (*specify if with word reading accuracy, reading rate or fluency, reading comprehension*)
315.2 (F81.81) With impairment in written expression (*specify if with spelling accuracy, grammar and punctuation accuracy, clarity or organization of written expression*)
315.1 (F81.2) With impairment in mathematics (*specify if with number sense, memorization of arithmetic facts, accurate or fluent calculation, accurate math reasoning*)
Specify current severity: Mild, Moderate, Severe

Motor Disorders (74)

- 315.4 (F82)** Developmental Coordination Disorder (74)
307.3 (F98.4) Stereotypic Movement Disorder (77)
Specify if: With self-injurious behavior, Without self-injurious behavior
Specify if: Associated with a known medical or genetic condition, neurodevelopmental disorder, or environmental factor
Specify current severity: Mild, Moderate, Severe

Tic Disorders

- 307.23 (F95.2)** Tourette's Disorder (81)
307.22 (F95.1) Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic Disorder (81)
Specify if: With motor tics only, With vocal tics only

- 307.21 (F95.0) Provisional Tic Disorder (81)
 307.20 (F95.8) Other Specified Tic Disorder (85)
 307.20 (F95.9) Unspecified Tic Disorder (85)
- Other Neurodevelopmental Disorders (86)**
- 315.8 (F88) Other Specified Neurodevelopmental Disorder (86)
 315.9 (F89) Unspecified Neurodevelopmental Disorder (86)

Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders (87)

The following specifiers apply to Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders where indicated:

^a*Specify if:* The following course specifiers are only to be used after a 1-year duration of the disorder: First episode, currently in acute episode; First episode, currently in partial remission; First episode, currently in full remission; Multiple episodes, currently in acute episode; Multiple episodes, currently in partial remission; Multiple episodes, currently in full remission; Continuous; Unspecified

^b*Specify if:* With catatonia (use additional code 293.89 [F06.1])

^c*Specify current severity of delusions, hallucinations, disorganized speech, abnormal psychomotor behavior, negative symptoms, impaired cognition, depression, and mania symptoms*

- 301.22 (F21) Schizotypal (Personality) Disorder (90)
- 297.1 (F22) Delusional Disorder^{a, c} (90)
Specify whether: Erotomanic type, Grandiose type, Jealous type, Persecutory type, Somatic type, Mixed type, Unspecified type
Specify if: With bizarre content
- 298.8 (F23) Brief Psychotic Disorder^{b, c} (94)
Specify if: With marked stressor(s), Without marked stressor(s), With postpartum onset
- 295.40 (F20.81) Schizophreniform Disorder^{b, c} (96)
Specify if: With good prognostic features, Without good prognostic features
- 295.90 (F20.9) Schizophrenia^{a, b, c} (99)
- ___ (___) Schizoaffective Disorder^{a, b, c} (105)
Specify whether:
- 295.70 (F25.0) Bipolar type
 295.70 (F25.1) Depressive type
- ___ (___) Substance/Medication-Induced Psychotic Disorder^c (110)
Note: See the criteria set and corresponding recording procedures for substance-specific codes and ICD-9-CM and ICD-10-CM coding.
Specify if: With onset during intoxication, With onset during withdrawal
- ___ (___) Psychotic Disorder Due to Another Medical Condition^c (115)
Specify whether:
- 293.81 (F06.2) With delusions
 293.82 (F06.0) With hallucinations

Autism Spectrum Disorder

Autism Spectrum Disorder

Diagnostic Criteria	299.00 (F84.0)
---------------------	-----------------------

- A. Persistent deficits in social communication and social interaction across multiple contexts, as manifested by the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):
1. Deficits in social-emotional reciprocity, ranging, for example, from abnormal social approach and failure of normal back-and-forth conversation; to reduced sharing of interests, emotions, or affect; to failure to initiate or respond to social interactions.
 2. Deficits in nonverbal communicative behaviors used for social interaction, ranging, for example, from poorly integrated verbal and nonverbal communication; to abnormalities in eye contact and body language or deficits in understanding and use of gestures; to a total lack of facial expressions and nonverbal communication.
 3. Deficits in developing, maintaining, and understanding relationships, ranging, for example, from difficulties adjusting behavior to suit various social contexts; to difficulties in sharing imaginative play or in making friends; to absence of interest in peers.

Specify current severity:

Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

- B. Restricted, repetitive patterns of behavior, interests, or activities, as manifested by at least two of the following, currently or by history (examples are illustrative, not exhaustive; see text):
1. Stereotyped or repetitive motor movements, use of objects, or speech (e.g., simple motor stereotypies, lining up toys or flipping objects, echolalia, idiosyncratic phrases).
 2. Insistence on sameness, inflexible adherence to routines, or ritualized patterns of verbal or nonverbal behavior (e.g., extreme distress at small changes, difficulties with transitions, rigid thinking patterns, greeting rituals, need to take same route or eat same food every day).
 3. Highly restricted, fixated interests that are abnormal in intensity or focus (e.g., strong attachment to or preoccupation with unusual objects, excessively circumscribed or perseverative interests).
 4. Hyper- or hyporeactivity to sensory input or unusual interest in sensory aspects of the environment (e.g., apparent indifference to pain/temperature, adverse response to specific sounds or textures, excessive smelling or touching of objects, visual fascination with lights or movement).

Specify current severity:

Severity is based on social communication impairments and restricted, repetitive patterns of behavior (see Table 2).

- C. Symptoms must be present in the early developmental period (but may not become fully manifest until social demands exceed limited capacities, or may be masked by learned strategies in later life).
- D. Symptoms cause clinically significant impairment in social, occupational, or other important areas of current functioning.

- E. These disturbances are not better explained by intellectual disability (intellectual developmental disorder) or global developmental delay. Intellectual disability and autism spectrum disorder frequently co-occur; to make comorbid diagnoses of autism spectrum disorder and intellectual disability, social communication should be below that expected for general developmental level.

Note: Individuals with a well-established DSM-IV diagnosis of autistic disorder, Asperger's disorder, or pervasive developmental disorder not otherwise specified should be given the diagnosis of autism spectrum disorder. Individuals who have marked deficits in social communication, but whose symptoms do not otherwise meet criteria for autism spectrum disorder, should be evaluated for social (pragmatic) communication disorder.

Specify if:

With or without accompanying intellectual impairment

With or without accompanying language impairment

Associated with a known medical or genetic condition or environmental factor
(**Coding note:** Use additional code to identify the associated medical or genetic condition.)

Associated with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder
(**Coding note:** Use additional code[s] to identify the associated neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder[s].)

With catatonia (refer to the criteria for catatonia associated with another mental disorder, pp. 119–120, for definition) (**Coding note:** Use additional code 293.89 [F06.1] catatonia associated with autism spectrum disorder to indicate the presence of the comorbid catatonia.)

Recording Procedures

For autism spectrum disorder that is associated with a known medical or genetic condition or environmental factor, or with another neurodevelopmental, mental, or behavioral disorder, record autism spectrum disorder associated with (name of condition, disorder, or factor) (e.g., autism spectrum disorder associated with Rett syndrome). Severity should be recorded as level of support needed for each of the two psychopathological domains in Table 2 (e.g., “requiring very substantial support for deficits in social communication and requiring substantial support for restricted, repetitive behaviors”). Specification of “with accompanying intellectual impairment” or “without accompanying intellectual impairment” should be recorded next. Language impairment specification should be recorded thereafter. If there is accompanying language impairment, the current level of verbal functioning should be recorded (e.g., “with accompanying language impairment—no intelligible speech” or “with accompanying language impairment—phrase speech”). If catatonia is present, record separately “catatonia associated with autism spectrum disorder.”

Specifiers

The severity specifiers (see Table 2) may be used to describe succinctly the current symptomatology (which might fall below level 1), with the recognition that severity may vary by context and fluctuate over time. Severity of social communication difficulties and restricted, repetitive behaviors should be separately rated. The descriptive severity categories should not be used to determine eligibility for and provision of services; these can only be developed at an individual level and through discussion of personal priorities and targets.

Regarding the specifier “with or without accompanying intellectual impairment,” understanding the (often uneven) intellectual profile of a child or adult with autism spectrum disorder is necessary for interpreting diagnostic features. Separate estimates of verbal and nonverbal skill are necessary (e.g., using untimed nonverbal tests to assess potential strengths in individuals with limited language).

TABLE 2 Severity levels for autism spectrum disorder

Severity level	Social communication	Restricted, repetitive behaviors
Level 3 "Requiring very substantial support"	Severe deficits in verbal and nonverbal social communication skills cause severe impairments in functioning, very limited initiation of social interactions, and minimal response to social overtures from others. For example, a person with few words of intelligible speech who rarely initiates interaction and, when he or she does, makes unusual approaches to meet needs only and responds to only very direct social approaches.	Inflexibility of behavior, extreme difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors markedly interfere with functioning in all spheres. Great distress/difficulty changing focus or action.
Level 2 "Requiring substantial support"	Marked deficits in verbal and nonverbal social communication skills; social impairments apparent even with supports in place; limited initiation of social interactions; and reduced or abnormal responses to social overtures from others. For example, a person who speaks simple sentences, whose interaction is limited to narrow special interests, and who has markedly odd nonverbal communication.	Inflexibility of behavior, difficulty coping with change, or other restricted/repetitive behaviors appear frequently enough to be obvious to the casual observer and interfere with functioning in a variety of contexts. Distress and/or difficulty changing focus or action.
Level 1 "Requiring support"	Without supports in place, deficits in social communication cause noticeable impairments. Difficulty initiating social interactions, and clear examples of atypical or unsuccessful responses to social overtures of others. May appear to have decreased interest in social interactions. For example, a person who is able to speak in full sentences and engages in communication but whose to-and-fro conversation with others fails, and whose attempts to make friends are odd and typically unsuccessful.	Inflexibility of behavior causes significant interference with functioning in one or more contexts. Difficulty switching between activities. Problems of organization and planning hamper independence.

ANEXO XII

Presidência da República
Casa Civil
Sub chefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009.

Promulga a Convenção Internacional sobre os
Direitos das Pessoas com Deficiência e seu
Protocolo Facultativo, assinados em Nova York,
em 30 de março de 2007.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e

Considerando que o Congresso Nacional aprovou, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, conforme o procedimento do § 3º do art. 5º da Constituição, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007;

Considerando que o Governo brasileiro depositou o instrumento de ratificação dos referidos atos junto ao Secretário-Geral das Nações Unidas em 1º de agosto de 2008;

Considerando que os atos internacionais em apreço entraram em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, em 31 de agosto de 2008;

DECRETA:

Art. 1º A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, apensos por cópia ao presente Decreto, serão executados e cumpridos tão inteiramente como neles se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão dos referidos diplomas internacionais ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 25 de agosto de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA
Celso Luiz Nunes Amorim

Este texto não substitui o publicado no DOU de 26.8.2009

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Preâmbulo

Os Estados Partes da presente Convenção,

a) *Relembrando* os princípios consagrados na Carta das Nações Unidas, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

b) *Reconhecendo* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, proclamaram e concordaram que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie,

c) *Reafirmando* a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a necessidade de garantir que todas as pessoas com deficiência os exerçam plenamente, sem discriminação,

d) *Relembrando* o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias,

e) *Reconhecendo* que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas,

f) *Reconhecendo* a importância dos princípios e das diretrizes de política, contidos no Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e nas Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, para influenciar a promoção, a formulação e a avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional para possibilitar maior igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência,

g) *Ressaltando* a importância de trazer questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante das estratégias relevantes de desenvolvimento sustentável,

h) *Reconhecendo* também que a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano,

i) *Reconhecendo* ainda a diversidade das pessoas com deficiência,

j) *Reconhecendo* a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, inclusive daquelas que requerem maior apoio,

k) *Preocupados* com o fato de que, não obstante esses diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra sua

participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo,

l) *Reconhecendo* a importância da cooperação internacional para melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência em todos os países, particularmente naqueles em desenvolvimento,

m) *Reconhecendo* as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza,

n) *Reconhecendo* a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas,

o) *Considerando* que as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhes dizem respeito diretamente,

p) *Preocupados* com as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição,

q) *Reconhecendo* que mulheres e meninas com deficiência estão freqüentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração,

r) *Reconhecendo* que as crianças com deficiência devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças e lembrando as obrigações assumidas com esse fim pelos Estados Partes na Convenção sobre os Direitos da Criança,

s) *Ressaltando* a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero aos esforços para promover o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência,

t) *Salientando* o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, reconhecendo a necessidade crítica de lidar com o impacto negativo da pobreza sobre pessoas com deficiência,

u) *Tendo em mente* que as condições de paz e segurança baseadas no pleno respeito aos propósitos e princípios consagrados na Carta das Nações Unidas e a observância dos instrumentos de direitos humanos são indispensáveis para a total proteção das pessoas com deficiência, particularmente durante conflitos armados e ocupação estrangeira,

v) *Reconhecendo* a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,

w) *Conscientes* de que a pessoa tem deveres para com outras pessoas e para com a comunidade a que pertence e que, portanto, tem a responsabilidade de esforçar-se para a promoção e a observância dos direitos reconhecidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos,

x) *Convencidos* de que a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem o direito de receber a proteção da sociedade e do Estado e de que as pessoas com deficiência e seus familiares devem receber a proteção e a assistência necessárias para tornar as famílias capazes de contribuir para o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência,

y) *Convencidos* de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos,

Acordaram o seguinte:

Artigo 1

Propósito

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

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

Artigo 2

Definições

Para os propósitos da presente Convenção:

“Comunicação” abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis;

“Língua” abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não-falada;

“Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável;

“Adaptação razoável” significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

“Desenho universal” significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico. O “desenho universal” não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

Artigo 3

Princípios gerais

Os princípios da presente Convenção são:

- f a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;
- b) A não-discriminação;
- c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- F d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- e) A igualdade de oportunidades;
- f) A acessibilidade;
- g) A igualdade entre o homem e a mulher;
- d h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.

Artigo 4

Obrigações gerais

tc
s) 1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, em qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados partes se comprometem a:

- n) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;

b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;

c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência;

d) Abster-se de participar em qualquer ato ou prática incompatível com a presente Convenção e assegurar que as autoridades públicas e instituições atuem em conformidade com a presente Convenção;

e) Tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação baseada em deficiência, por parte de qualquer pessoa, organização ou empresa privada;

f) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações com desenho universal, conforme definidos no Artigo 2 da presente Convenção, que exijam o mínimo possível de adaptação e cujo custo seja o mínimo possível, destinados a atender às necessidades específicas de pessoas com deficiência, a promover sua disponibilidade e seu uso e a promover o desenho universal quando da elaboração de normas e diretrizes;

g) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento, bem como a disponibilidade e o emprego de novas tecnologias, inclusive as tecnologias da informação e comunicação, ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, adequados a pessoas com deficiência, dando prioridade a tecnologias de custo acessível;

h) Propiciar informação acessível para as pessoas com deficiência a respeito de ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, incluindo novas tecnologias bem como outras formas de assistência, serviços de apoio e instalações;

i) Promover a capacitação em relação aos direitos reconhecidos pela presente Convenção dos profissionais e equipes que trabalham com pessoas com deficiência, de forma a melhorar a prestação de assistência e serviços garantidos por esses direitos.

2. Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício desses direitos, sem prejuízo das obrigações contidas na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional.

3. Na elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a presente Convenção e em outros processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência, os Estados Partes realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com deficiência, inclusive crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações representativas.

4. Nenhum dispositivo da presente Convenção afetará quaisquer disposições mais propícias à realização dos direitos das pessoas com deficiência, as quais possam estar contidas na legislação do Estado Parte ou no direito internacional em vigor para esse Estado. Não haverá nenhuma restrição ou derrogação de qualquer dos direitos humanos e liberdades fundamentais reconhecidos ou vigentes em qualquer Estado Parte da presente Convenção, em conformidade com leis, convenções, regulamentos ou costumes, sob a alegação de que a presente Convenção não reconhece tais direitos e liberdades ou que os reconhece em menor grau.

5. As disposições da presente Convenção se aplicam, sem limitação ou exceção, a todas as unidades constitutivas dos Estados federativos.

Artigo 5

Igualdade e não-discriminação

1.Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e sob a lei e que fazem jus, sem qualquer discriminação, a igual proteção e igual benefício da lei.

2.Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.

3.A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.

4.Nos termos da presente Convenção, as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias.

Artigo 6

Mulheres com deficiência

1.Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar às mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

2.Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção.

Artigo 7

Crianças com deficiência

1.Os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças.

2.Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o superior interesse da criança receberá consideração primordial.

3.Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito.

Artigo 8

Conscientização

1.Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para:

- a) Conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência;
- b) Combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida;
- c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência.

2.As medidas para esse fim incluem:

- a) Lançar e dar continuidade a efetivas campanhas de conscientização públicas, destinadas a:
- i) Favorecer atitude receptiva em relação aos direitos das pessoas com deficiência;
 - ii) Promover percepção positiva e maior consciência social em relação às pessoas com deficiência;
 - iii) Promover o reconhecimento das habilidades, dos méritos e das capacidades das pessoas com deficiência e de sua contribuição ao local de trabalho e ao mercado laboral;
- b) Fomentar em todos os níveis do sistema educacional, incluindo neles todas as crianças desde tenra idade, uma atitude de respeito para com os direitos das pessoas com deficiência;
- c) Incentivar todos os órgãos da mídia a retratar as pessoas com deficiência de maneira compatível com o propósito da presente Convenção;
- d) Promover programas de formação sobre sensibilização a respeito das pessoas com deficiência e sobre os direitos das pessoas com deficiência.

Artigo 9

Acessibilidade

1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros, a:

- a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, residências, instalações médicas e local de trabalho;
- b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência.

2. Os Estados Partes também tomarão medidas apropriadas para:

- a) Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de normas e diretrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e dos serviços abertos ao público ou de uso público;
- b) Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços abertos ao público ou de uso público levem em consideração todos os aspectos relativos à acessibilidade para pessoas com deficiência;
- c) Proporcionar, a todos os atores envolvidos, formação em relação às questões de acessibilidade com as quais as pessoas com deficiência se confrontam;
- d) Dotar os edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público de sinalização em braille e em formatos de fácil leitura e compreensão;
- e) Oferecer formas de assistência humana ou animal e serviços de mediadores, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais, para facilitar o acesso aos edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público;
- f) Promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiência, a fim de assegurar a essas pessoas o acesso a informações;