



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Entre atos e ações:

**imprimindo subjetividade à escrita sobre a clínica da Terapia Ocupacional com
a criança chamada autista**

ANA CLÁUDIA REIS DE MAGALHÃES

ORIENTADORA: PROF^a DR^a DANIELA SCHEINKMAN CHATELARD

BRASÍLIA/DF

2012



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Entre atos e ações:
imprimindo subjetividade à escrita sobre a clínica da Terapia Ocupacional com
a criança chamada autista

ANA CLÁUDIA REIS DE MAGALHÃES

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

ORIENTADORA: PROF^a DR^a DANIELA SCHEINKMAN CHATELARD

Brasília/DF

2012

COMISSÃO EXAMINADORA

Profª Drª Daniela Scheinkman Chatelard
Universidade de Brasília
Presidente

Profª Drª Márcia Cristina Maesso
Membro Externo

Profª Drª Dione de Medeiros Lula Zavaroni
Universidade de Brasília
Membro Interno

Profª Drª Deise Matos do Amparo
Universidade de Brasília
Membro Suplente

Homenagem

Às mães trabalhadoras e estudantes.

À minha mãe Gema pelo exemplo de força e de dedicação à vida .
Ao meu pai João pelo significativo sorriso e pelos sábios ensinamentos.

AGRADECIMENTOS

Ao Vitor, meu amado filho, obrigada por todas as vezes que você me chamou para brincar e por aquelas que você, mesmo tão pequenino, mostrou que entendia o que era mamãe ir estudar e trabalhar. Obrigada por me ensinar a esperar e por me acompanhar na impressão das primeiras versões. Ao Sergio, meu companheiro de vida, pela paciência e pela falta dela, e acima de tudo pela dedicação cuidadosa ao nosso filho.

À ManaLu, ao meu pai e à minha mãe pelo amor, acolhimento, incentivo e apoio. À Celma pelo carinho e cuidado com minha casa e família. Aos profissionais da Cabo Frio pelos cuidados dedicados ao Vitor. À Vânia Otero, pela escuta, pela paciência e por me ajudar a desembaçar a vista. Aos meus amigos, especialmente Márcia, Vlad, Rodrigo, Paula, Roberta, Rafael, Amália, Shai e Ana Thereza, por acolherem e dividirem tamanhos desesperos e exacerbações e, a maneira de cada um, me fazer rir disso tudo. À prima Natália pelo apoio imprescindível no início.

À Andréa de Sá Gonçalves, indiscutivelmente por me abrir, em seu fascinante estilo, as portas da Psicanálise. Devo-lhe os meus mais profundos agradecimentos pela sua existência, pela sua leitura e pelas inúmeras contribuições.

À minha orientadora professora Daniela Scheinkman Chatelard pela cautela, pela oportunidade, pelas indicações de leitura e por me aceitar como orientanda. Aos queridos professores, Gilson Muza e Marisa Pacini pelo acolhimento e pelas cartas de recomendação. À professora Tânia Rivera pela torcida, acessibilidade, sensibilidade e ensinamentos preciosos. À professora Terezinha Viana por me ensinar subjetividade de maneira única, valorizando e permitindo o ecletismo, a liberdade e a diversidade. À Inês Catão pelas dicas de leitura, pelas discussões e pelo acolhimento e incentivo às minhas primeiras investigações teóricas. Aos funcionários da secretaria do Departamento de Psicologia Clínica (PCL) da UnB e aos colegas da pós-graduação, em especial a Áurea Cerqueira, Michele Candiani, Renata Leite e Mauro Rehbein por suas leituras, cortes e escuta. Aos meus primeiros alunos pelos ensinamentos.

Às amigas terapeutas ocupacionais Maria Fernanda Panucci e Luciana Rodrigues pelas leituras e pelos valiosos comentários. Ao July por gravar a trilha sonora. A Jô Benetton pelo acolhimento, carinho, disponibilidade e exemplo de profissionalismo. À Thelma Matsukura pela sensibilidade e pelo ensinamento. A Dione Zavaroni, Márcia Maesso e Deise Amparo por aceitarem participar da banca. À Ângela Vorcaro pelas indicações de leitura e pela referência de ética, humildade e saber no terreno da psicanálise. À Janete Pinheiro e a equipe da Clínica do Renascer (CR), em 2004, pelos ensinamentos.

Aos colegas do COMPP, em especial à equipe do Capinho, pelo apoio e por todas as riquezas que o trabalho em equipe nos traz. Agradeço especialmente à Maria Cláudia pela calma ajuda na formatação do trabalho. A Simone, Viviane e Dulce pela aposta, pela flexibilidade e pelos acordos fundamentais a conclusão deste trabalho.

Ao limite do corpo e à escrita digital, que me permitiu criar a partir de atos falhos em tela a proximidade letra a letra materializada pelo olhar.

Enfim, especialmente, aos pacientes e aos seus familiares pela confiança e por me fazerem marcas, memórias e histórias.

RESUMO

Magalhães, A. C. R. (2012). *Entre atos e ações: imprimindo subjetividade à escrita sobre a clínica da Terapia Ocupacional com a criança chamada autista*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

O que a clínica da Terapia Ocupacional tem a dizer (ou a escrever) sobre a criança autista? Este trabalho objetivou repensar a prática da Terapia Ocupacional com esta criança à luz de considerações teóricas e conceitos da psicanálise. Duas questões direcionaram o percurso da reflexão e da escrita: em que momento fazer valer a voz da especialidade Terapia Ocupacional na clínica interdisciplinar, institucional e pública à criança autista? A Terapia Ocupacional, atravessada por conceitos e noções da psicanálise como sujeito, pulsão, transferência e estatuto do Outro propõe intervenções possíveis a criança autista sem que seja entendida como uma aplicação da psicanálise? Acredita-se que a escolha do referencial teórico da psicanálise para sustentar a prática e a escrita deste trabalho resultou em novo lugar que sustenta a suposição de sujeito à clínica da Terapia Ocupacional com a criança autista. Este caminho de reflexão foi conduzido por revisões bibliográficas de teorias da prática de Terapia Ocupacional e por leituras de autores da psicanálise como Freud, Lacan, Dolto, Winnicott e colaboradores contemporâneos que abordam especificamente a clínica com crianças autistas. O objetivo não foi aprofundar nas teorias e conceitos propostos por estes autores, mas sim, compor um caminho possível de escrita pelas supostas superfícies de contato entre os dois campos, baseado em minha prática clínica cotidiana como terapeuta ocupacional da equipe do Centro de Atenção Psicossocial da infância e da Adolescência de Brasília.

Palavras-chave: Terapia Ocupacional. Autismo. Pulsão. Estatuto do Outro. Objetos concretos. Atividade.

ABSTRACT

Magalhães, A.C.R. (2012). *Between acts and actions: printing subjectivity to the write about the Occupational Therapy clinic with the autistic child*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

What does the Occupational Therapy clinic have to say (or write) about an autistic child? The objective of this work is to promote the practice of occupational therapy with this child based on theoretical considerations and psychoanalysis concepts. The two main questions that directed this research are: At which point should the voice of the occupational therapy specialty start to be factored into the interdisciplinary and institutional clinic of the autistic children ? Occupational Therapy, crossed by concepts and psychoanalysis notions, like subject, pulsion, transfers and statute of Other makes a proposition of possible interventions to the autistic child without being understood how the “application” of psychoanalysis? It was believed that the choice of theoretical reference of psychocanalysis to support the practice and the writings of this work resulted in a new place that supports a supposition of the subject *suposto saber* , important notion for the clinic with the autistic child. This way of reflection was conducted by bibliographic revisions of theories of the practice or occupational therapy and by readings of psychoanalysis authors such as Freud, Lacan, Dolto, Winnicott and other contemporary collaborators that specifically deal with clinics autistic children. The main objective was no to get deeper in theories and concepts proposed by these authors, but instead, to build a way of writing by the supposedly “surfaces of contact” between the two fields, based in my daily clinical practice as an occupational therapist on the team from the Center of Psychosocial Attention of children and adolescents of Brasília.

Key-words: Occupational Therapy. Autism. Pulsion. Statute of Other. Concrets objects. Activity.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
PRIMEIRO ATO: COLHEITA NA TERAPIA OCUPACIONAL	18
Teoria da Integração Sensorial.....	19
Influência da Psicodinâmica	23
Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)	27
SEGUNDO ATO: PASSAGEM PELO CAMPO DA PSICANÁLISE	31
As pulsões e destinos de pulsão e a releitura de Lacan	32
A imagem inconsciente do corpo – Dolto	37
Freud e o narcisismo	38
Lacan: estágio do espelho e estatuto do Outro – grandes contribuições lacanianas	41
Corpo pulsional e estatuto do Outro no autismo e suas implicações no tratamento: Lacan e releituras contemporâneas	44
O conceito de transferência e releituras iniciadas em Terapia Ocupacional	49
Notas sobre o uso dos objetos concretos na clínica	53
<i>Breves noções sobre objeto e uso de objetos para a Psicanálise</i>	54
<i>Uso de objetos em Terapia Ocupacional: a atividade, a ação e o fazer em questão</i>	57
TERCEIRO ATO: A PARTICULARIDADE DO TRABALHO INSTITUCIONAL	60
O olhar oblíquo e o lugar da equipe	64
O(s) diagnóstico(s) do Outro e a suposição de sujeito: parceria possível?	65
DISCUSSÃO: TRANSFORMANDO OS FRUTOS COLHIDOS	71
CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
ANEXO	103

APRESENTAÇÃO

Qual a direção possível do tratamento em Terapia Ocupacional com a criança autista a partir da interlocução com a Psicanálise? Como fazer atuar a Terapia Ocupacional em suas especificidades tendo como base o que esta criança nos ensina? Qual caminho segue a escrita desta clínica?

Ao tomar por base essas questões, esta dissertação descreve e vale-se da interlocução com a Psicanálise para o desenvolvimento da Terapeuta Ocupacional em contexto interdisciplinar, atendendo a crianças com transtornos mentais, em sua maioria, as chamadas autistas¹.

Ao repensar meu percurso de formação e a orientação recebida no Mestrado, tive indícios para construir esta apresentação e afirmar que um pressuposto texto científico tem algo de subjetivo, biográfico, principalmente quando, no caso aqui, se busca aproximar da Psicanálise. Portanto, para discutir esta questão é necessário explicitar o meu trajeto de formação, pois este coincide com o trabalho de construção desta dissertação.

Há dez anos concluí minha formação em Terapia Ocupacional pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG), escola particular em que o ensino era (ao menos na ocasião de minha formatura) pautado no discurso médico. Após dois anos, concluía o curso de especialização em Terapia Ocupacional Dinâmica aplicada à Neurologia nas Faculdades Salesianos de Lins/SP, escola também particular que buscava transmitir e aplicar os pressupostos do método Terapia Ocupacional dinâmica² às técnicas e aos procedimentos da Terapia Ocupacional na área neurológica.

Além dos estágios que realizava no último ano da graduação, minha experiência profissional começou com dois atendimentos domiciliares em Terapia Ocupacional em Belo Horizonte, um deles de um rapaz com o diagnóstico associado a questões neurológicas, e outro, uma criança de dois anos, que seus pais ainda buscavam entender o que acontecia diante do importante atraso no desenvolvimento que ela apresentava.

Em 2003, tomei posse na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) como

¹ A escolha frequente pelas expressões “criança chamada autista” ou “criança dita autista” ou “criança diagnosticada autista” será justificada no Terceiro Ato; nele discuto a questão do diagnóstico elaborado pelo outro para esta criança. Porém, em algum momento, nota-se que aproximo da ideia de autismo para a Psicanálise, voltando a usar a expressão “criança autista” com maior frequência.

² Será discutido no Primeiro Ato.

terapeuta ocupacional do Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), instituição que desenvolvo meu trabalho atual e que apresentarei com mais detalhes no Terceiro Ato, em que discuto a particularidade do trabalho institucional em equipe.

No momento em que associava duas clínicas diversas – as crianças e os adolescentes que apresentam transtornos mentais graves e as pessoas que apresentavam toxicomanias –, lancei à Universidade de Brasília-UnB e iniciei meu percurso que, até hoje, objetiva fundamentar teoricamente o que faço na clínica da Terapia Ocupacional. Nesse momento, a Psicanálise me foi apresentada ou eu me deixei ser fígada por ela.

Em 2006, me inscrevi como aluna especial do mestrado do Departamento de Antropologia, cursando a disciplina Antropologia da Saúde, com a professora Carla Costa. Ali começava a germinar a questão originária do meu percurso: como articular dois campos aparentemente tão diversos? Assim, a questão da formação ficava exposta, confundindo-se com a problemática da profissão. Estava participando de um discurso completamente diferente daquele em que me formara até ali: dogmático, empoderado e médico. Então, coloquei na mala dois mestres: Lévi-Strauss e Foucault e segui viagem. Foi neste período que comecei a participar dos Seminários Abertos do Centro de Especialidades em Terapia Ocupacional (Ceto) em São Paulo com a professora Maria José Benetton, buscando subsídios para fundamentar e viabilizar meu projeto de pesquisa para um futuro mestrado.

Depois desse período – que considero de choque com o nível de discussão e de cobrança da universidade pública –, retornei à UnB em 2008³ como aluna especial do mestrado do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura, buscando me aproximar de alguma maneira da psicanálise como suporte teórico para a clínica que exercia, já que isso me parecia inevitável. Cursei disciplinas com os professores Tânia Rivera, Luiz Celes e Terezinha Camargo em que me aproximei um pouco mais da teoria psicanalítica. Muito interessada pela articulação entre Arte e Psicanálise, levei na mala os autores Freud, Borges, Lacan e Joyce.

³ Outra motivação foi a abertura na Universidade de Brasília (UnB), em 2008, do curso de graduação em Terapia Ocupacional no *campus* da Ceilândia, possibilitando a participação em futuros concursos para docente.

Vale ressaltar que, em todos os trabalhos finais das disciplinas cursadas como aluna especial, desde a Antropologia, a Terapia Ocupacional insistia em aparecer, obviamente por um compromisso ético com a clínica que desenvolvo até hoje.

Já com um razoável número de créditos no Departamento, decidi me inscrever no processo de seleção para uma vaga no Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura mesmo sabendo do paradoxo que me acompanhava desde o início: como falar da clínica da Terapia Ocupacional em um mestrado em Psicologia Clínica? Mas, nesta minha reflexão, uma passagem do edital me autorizava seguir: “Poderão inscrever-se no processo seletivo candidatas graduadas em psicologia e *áreas afins*, a critério da Comissão Geral de Seleção de Mestrado”. Bom, a meu critério, Terapia Ocupacional em princípio, é uma área afim da Psicologia. A aprovação na seleção me fez acreditar que não estava, em tese, equivocada.

Minha ideia inicial para o projeto de pesquisa do mestrado era articular conceitos da Psicanálise como objeto, inconsciente e ato analítico com intervenções na clínica de Terapia Ocupacional, além de continuar questionando a prática da Terapia Ocupacional, o momento da emergência desta profissão e a sua apresentação com o que eu chamava de “clínica de imagens’ onde o material concreto, as produções culturais, os fazeres dos sujeitos são tão relevante no processo de tratamento”⁴. Em Terapia Ocupacional costuma-se falar em ação, ato, fazeres, produção, produto, objeto, análise de atividades, trilhas associativas, ocupação; todos os termos que pareciam buscar a singularidade, o fundamento e uma espécie de linguagem possível para esta prática.

No início das pesquisas bibliográficas, diante do banco de teses e dissertações da Capes⁵ encontrei 231 trabalhos com o assunto Terapia Ocupacional, sendo 184 dissertações de mestrado e 47 teses de doutorado. Porém, ao ler os resumos dos trabalhos, percebi que a ferramenta captou trabalhos que mencionavam a Terapia Ocupacional, mas não eram necessariamente escritos por

⁴ Fragmento da Exposição de Motivos: documento entregue por mim à secretaria do Programa de Psicologia Clínica.

⁵ Onde constam teses defendidas junto a programas de pós-graduação do país a partir do ano de 1987. Disponível em: no sítio: <<http://www.capes.gov.br/servicos/banco-de-teses>>. Acesso em: 28 out. 2011.

terapeutas ocupacionais. Sendo mais específica em minha busca, procurei por toda a expressão “Terapia Ocupacional e autismo” até que três trabalhos apareceram em tela: três dissertações de mestrado, sendo duas escritas por terapeutas ocupacionais.

A delimitação ou o recorte do campo desta dissertação potencializa a escrita da minha experiência como terapeuta ocupacional da equipe que atende a criança diagnosticada autista utilizando o referencial teórico da Psicanálise. Dessa forma, busco sustentar o objetivo principal deste estudo que é desenvolver, ou melhor, expor a experiência de “atravessamento” pela Psicanálise na escrita sobre a clínica da Terapia Ocupacional com a criança autista.

Defendo a ideia como pesquisadora de que as interseções, conexões e desconexões entre os saberes são fundamentais para ampliar a nossa percepção de fenômenos, de sujeitos, de matérias; visão que vai na contramão do discurso das especialidades. Pode parecer contraditório tal comentário com o que proponho nesta dissertação: falar de uma prática de uma especialidade ou de um campo específico: a Terapia Ocupacional. Porém, a questão é que para falar da clínica que faço é preciso inicialmente localizá-la e nomeá-la.

A Terapia Ocupacional surge como profissão em 1917 nos Estados Unidos e tem como precursora Eleonor Clark Slagle que criou a técnica treinamento de hábitos no contexto de internação asilar influenciada pelos movimentos higienistas e humanistas que caracterizavam a discussão sobre o uso da ocupação como cuidado aos doentes mentais (Tedesco, 2007, p. 156). Com o impacto dos movimentos de reabilitação e o discurso da interdisciplinaridade por volta dos anos 50, a especificidade dos procedimentos da profissão passou a ser um problema, voltando-se ao discurso médico. O primeiro curso técnico no Brasil aconteceu em 1959 e a Terapia Ocupacional foi reconhecida como profissão de nível superior em 1968⁶.

Segundo Benetton, “a Terapia Ocupacional (...) tem na investigação do empírico o início da sua aproximação à ciência” (2006, p. 21), caracterizando-se, portanto, como uma profissão extremamente prática. Somadas às elaborações teóricas e as técnicas utilizadas na intervenção, a

⁶ Vejam bem que a data de inauguração do COMPP coincide com a data em que a profissão foi reconhecida como nível superior.

Terapia Ocupacional é também considerada por Benetton uma tecnologia. Assim, “a Terapia Ocupacional permite transitar entre o empírico e o científico e construir em torno do seu instrumento atividades, procedimentos da ordem das teorias das técnicas” (p. 22), sustentando este campo tecnológico.

Evoluindo suas elaborações, a autora opta pelo termo procedimento no lugar de técnica com vista a incluir “o homem” (2006, p. 23) no processo da terapia ocupacioanal. Este estaria supostamente excluído na tecnologia. Define procedimento como “um método de proceder, uma forma ou desenho de proceder subordinado ao cumprimento dos atos e trâmites de um processo” (2006, p. 23). Para Benetton, método e metodologia são termos utilizados no sentido de “estabelecer as direções das instigações da clínica” (2006, p. 23), como uma bússola.

O sentido de desenvolver, a título de apresentação desta dissertação, a evolução da Terapia Ocupacional como ciência justifica-se à medida que, para trazer o campo da subjetividade como norte das intervenções na prática clínica, deve-se ter uma noção de como a profissão tradicionalmente se coloca no campo da cultura.

Assim, me incluo na busca de elaborações teóricas que possam sustentar esta prática, que tem convivido com processos emancipatórios⁷ que, por vezes, ameaçam sua existência. Esta ameaça não se dá nem no sentido de redução da formação de profissionais nem no sentido de diminuição da oferta de trabalho, pois cursos de graduação⁸ e pós-graduação⁹ em Terapia Ocupacional estão se abrindo e serviços públicos e privados estão convocando cada vez mais terapeutas ocupacionais. Porém, ainda é comum encontrarmos profissionais perdidos com relação às suas especificidades buscando ora aprofundar-se em técnicas cada vez mais especializadas, ora debandarem-se radicalmente para outras áreas do conhecimento desviando da reflexão da própria prática.

⁷ Um exemplo é o atual discurso representativo da classe do órgão regulamentador da profissão. Fala-se na eminente separação do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito) em dois diferentes, um para cada profissão, em busca de maior autonomia financeira, intelectual, de mercado etc.

⁸ Inclusive teremos este ano a formação da primeira turma de terapeutas ocupacionais na UnB.

⁹ A título de informação sobre a formação profissional, temos hoje no Brasil, apenas um curso de Mestrado específico em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de São Carlos/SP, inaugurado em 2010.

Segundo Medeiros (2003), a Terapia Ocupacional, mesmo conquistando o estatuto de profissão, é um saber e uma prática em si mesma multidisciplinar. Como vislumbrar especificidade em uma prática que nasce e se sustenta nesta suposta indiferenciação? O que a criança chamada autista pode nos ensinar sobre isso? A imposição de um saber sobre a criança por meio da aplicação de técnicas e/ou métodos proporciona espaço à construção de sua subjetividade?

Entendo que, de forma análoga, a escrita desta dissertação denuncia a suposta problemática da profissão e caminha, portanto, rumo à constituição da profissão, buscando fundamentos e perspectivas para a prática. No caso aqui, falamos da criança chamada autista e também, neste processo emancipatório, da jovem Terapia Ocupacional, que pretende se firmar como prática mais autônoma e com marcas mais sólidas.

Ao aproximar-me do campo teórico da Psicologia clínica, mais especificamente da Psicanálise, encontrei espaço para iniciar elaborações sobre a prática da Terapia Ocupacional junto a crianças autistas. Esta escolha se deu também no momento em que percebi que seria impraticável sustentar uma clínica baseada apenas em conceitos práticos, explicáveis e conscientes como acontece na maioria das práticas de Terapia Ocupacional.

A Psicanálise, muitas vezes, ajuda a ampliar a discussão científica, a criticar, a tomar outro rumo no que poderia parecer extremamente limitado, e principalmente, a desconstruir saberes que inviabilizam a possibilidade de constituição do sujeito. Assim me coloco em um campo de pesquisa pouco explorado por terapeutas ocupacionais, em que as produções estão pautadas em sua maior parte na definição de autismo segundo o discurso médico e/ou da ciência.

Ao basear-me na noção de *sujeito* para a Psicanálise, repenso as práticas propostas por autores da Terapia Ocupacional no tratamento à criança autista. Para tal, proponho discutir a questão do corpo, do diagnóstico e da relação da criança autista com o(s) outro(s) e com os objetos a fim de repensar elementos da Terapia Ocupacional, como atividade, ação, objeto concreto e fazer.

O objetivo deste trabalho não é revisar, elaborar ou caracterizar sobre o termo autismo e sua história, até porque esta temática já vem sendo densamente desenvolvida em diversos trabalhos

nacionais de orientações teóricas diversas, principalmente na última década (Catão, 2009; Jerusalinsky, 2010; Marcelino, 2010; Cavalcanti & Rocha, 2007; Schwartzman, 2003; Pimenta, 2003) – da mesma forma, não objetiva a revisão exaustiva de conceitos e termos psicanalíticos, ou suas explicações lineares, mas sim busca imprimir subjetividade à escrita da clínica da Terapia Ocupacional com a criança chamada autista com base nas revisões realizadas no campo da Terapia Ocupacional e no da Psicanálise.

Os capítulos que compõem a dissertação foram pensados e organizados para que o leitor conheça um panorama prático e teórico da Terapia Ocupacional atuando com a criança dita autista e depois passe para o referencial teórico da Psicanálise, no entendimento de constituição de sujeito e do autismo, para então seguir para a discussão proposta em que se busca a impressão do sujeito, ou a referência à subjetividade na prática e na escrita sobre a Terapia Ocupacional.

No **Primeiro Ato: colheita na Terapia Ocupacional**, apresentam-se trabalhos científicos nacionais e internacionais escritos por terapeutas ocupacionais sobre suas práticas com crianças autistas, destacando-se as bases teóricas que estes estudos se fundam. Dois discursos se precipitaram desta pesquisa: o da Teoria da Integração Sensorial, criada por Jean Ayres, e o das práticas influenciadas pela Psicodinâmica, entre elas o Método Terapia Ocupacional Dinâmica criado por Jô Benetton.

No **Segundo Ato: passagem pelo campo da Psicanálise**, apresentam-se considerações teóricas orientada pelas seguintes questões: A partir de que olhar ou de que ideia de corpo está se falando ou tratando em Terapia Ocupacional? Podemos falar em corpo pulsional, corpo linguagem, como nos propõe a Psicanálise mesmo diante do corpo biológico que comparece em uma limitação física, psíquica, social e/ou sensorial como entende as abordagens da Terapia Ocupacional?

Para fomentar a discussão trago o conceito de *pulsão* a partir de um texto de Freud e releituras de Jacques Lacan. Em seguida, as noções de imagem do corpo e de esquema corporal, elaboradas por Françoise Dolto, também sugerem contribuições importantes. Seguindo com a ideia de *constituição de sujeito*, de acordo com a psicanálise, seguimos com a concepção de outro no

registro imaginário e com o *estatuto do Outro* proposto por Lacan e contribuições de seus comentadores contemporâneos. Complemento o percurso fazendo referência ao conceito de *transferência* e como ela vem sendo tratada por terapeutas ocupacionais. Finalizo com breves noções sobre objeto, trazendo reflexões e contribuições teóricas acerca do uso de objetos concretos no tratamento de crianças autistas tentando articular a noção de objeto à noção de *atividade* para a Terapia Ocupacional com algumas ideias de psicanalistas como Winnicott, Tustin e autores contemporâneos da Psicanálise que falam sobre a função e/ou lugar dos objetos concretos nessa clínica.

É importante observar que, no primeiro e no segundo ato, muitas vezes nos depararemos propositalmente apenas com a explanação da teoria na tentativa de evidenciar o percurso de leitura que foi feito nas revisões bibliográficas, para que só depois, na discussão do trabalho, possamos talvez desenvolvê-las.

No **Terceiro Ato**, tendo em vista a criança autista e a especificidade do trabalho institucional, apresento o campo de onde trago minhas indagações, o CAPSi do COMPP e, em seguida, faço referências sobre o tratamento do Outro, como proposto por teóricos da vertente da psicanálise aplicada, para posteriormente, apresentar elaborações sobre a questão do diagnóstico nesta clínica permeados pela possibilidade (ou não) de referência à constituição subjetiva da criança.

Na **Discussão**, apresentam-se reflexões e questionamentos a respeito das teorias apresentadas nos atos anteriores associadas às minhas reflexões sobre a clínica, momento em que apresento algumas cenas do trabalho que se desdobrarão nas **Considerações finais** desta dissertação. Sustento, como propõe o título do trabalho, a ideia principal deste estudo: a encenação na escrita do efeito do que supostamente chamei de experiência de atravessamento, o que seria propriamente a interlocução, possível ou impossível, da Terapia Ocupacional com a Psicanálise. Nesse momento, imprime-se a marca singular da autora no próprio ato de fazer a escrita e também sugiro possibilidades de trabalhos futuros, abrindo questões para propiciar a continuidade do conteúdo desta dissertação, apontando

limitações importantes deste trabalho e colocando em evidência a ressignificação que a escrita desta dissertação e a passagem pela constituição subjetiva provocaram na autora.

Anexo, coloquei **Um(a) solução**, apresentada em uma das produções de elaboração desta dissertação. Julguei importante apresentá-la ao leitor para colocá-lo a par desses fazeres paralelos inevitavelmente necessários à escrita.

Enfim, busco o início de uma construção discursiva, uma elaboração possível para o objeto da Terapia Ocupacional com base no referencial teórico da Psicanálise, que possa minimamente enriquecer o tratamento da criança chamada autista por uma equipe interdisciplinar em que o profissional terapeuta ocupacional esteja inserido.

PRIMEIRO ATO: COLHEITA NA TERAPIA OCUPACIONAL

Nos estudos preliminares de revisões bibliográficas que antecederam a escrita dessa dissertação, encontrou-se um número reduzido de trabalhos científicos que discorressem especificamente sobre a prática de terapeutas ocupacionais com a criança dita autista e seus fundamentos. A metodologia utilizada para seleção dos artigos para estes estudos foi a busca daqueles que contivessem em seus títulos as palavras autismo e Terapia Ocupacional. Em seguida, foi feita a busca pelo assunto Terapia Ocupacional e autismo. Além disso, utilizou-se o critério de serem artigos escritos por terapeutas ocupacionais, sendo apenas um deles em coautoria com uma fisioterapeuta. Também no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fez-se a mesma busca, em que duas dissertações de mestrado sobre a temática foram encontradas. Com base nestes estudos, ficaram claras as duas concepções teóricas utilizadas com maior frequência: a *Teoria da Integração Sensorial* e as *práticas influenciadas pela Psicodinâmica*, dentre elas, as que se utilizam do *Método Terapia Ocupacional Dinâmica*.

Neste capítulo, ou neste Ato, a exposição dos resultados destes estudos preliminares foi a maneira encontrada para apresentar ao leitor o trabalho já proposto em Terapia Ocupacional para a criança autista. Espera-se que se torne um panorama propício pra sustentar a reflexão sobre algumas questões que serão aprofundadas no decorrer da pesquisa, como a concepção de corpo e de diagnóstico, o lugar da criança e do terapeuta e o uso de objetos no tratamento.

Antes de discorrer sobre os dois principais eixos teóricos encontrados, farei breve panorama internacional baseado em evidências que, laboriosamente, Smith e Arbesman (2008) trazem em sua revisão sistemática sobre as práticas de terapeutas ocupacionais, principalmente as dos norte-americanas, com crianças com desordem do espectro autista¹⁰. Nos estudos preliminares desta revisão, os autores buscaram pesquisas relevantes relacionadas a intervenções com estas crianças. Dos 49 artigos selecionados, seis categorias de pesquisa foram identificadas pelos pesquisadores, e

10 Nossa tradução de “*autism spectrum disorder (ASD)*” (p. 416).

elas descrevem as abordagens e os referenciais teóricos mais utilizados pelos terapeutas ocupacionais em seus atendimentos, são eles: 1) integração sensorial e intervenções baseadas na questão sensorial; 2) intervenções interativas baseadas nas relações; 3) programas baseados em desenvolvimento de habilidades; 4) treinamento de habilidades cognitivas e sociais; 5) tratamentos mediados ou dirigidos pelos pais; e 6) intervenção comportamental intensiva. Em cada categoria, os autores definiram evidências de temas para pesquisa e para aplicação prática da Terapia Ocupacional. Notou-se que, nesses trabalhos, selecionados pelos autores, a Psicanálise não foi mencionada como possibilidade de interlocução para subsidiar o trabalho de terapeutas ocupacionais.

Retornando aos dois eixos encontrados, apresentamos aquele que encontramos em maior frequência na literatura pesquisada: a Teoria da Integração Sensorial.

Teoria da Integração Sensorial

Em 1997, Matsukura descreveu a ampla utilização da abordagem da integração sensorial na literatura internacional com ampla divulgação na comunidade científica e potencialmente se repercutindo nas práticas profissionais daquele tempo. Na literatura especializada nacional a autora não havia encontrado nenhuma referência a esta teoria. Nos trabalhos atuais, vemos que, da mesma forma, o discurso da integração sensorial é predominante na literatura estrangeira. Entretanto, no Brasil, já se encontra sua influência nos estudos sobre terapia ocupacional para crianças autistas.

Lambertuci e Magalhães (2002) difundem a teoria no artigo “Terapia Ocupacional nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento” com bastante propriedade. Segundo as autoras, a Teoria de Integração Sensorial foi fundada pela terapeuta ocupacional norte-americana Jean Ayres e tem como base o estudo das bases neurobiológicas dos distúrbios de aprendizagem. O trabalho terapêutico se dá a partir da perspectiva sensório-motora. De acordo com as autoras, as crianças autistas que apresentam “falhas no processamento sensorial” (2002, p. 228), costumam ser

desorganizadas e apresentam dificuldade de atenção e de relacionamento com as pessoas, e o objetivo maior do tratamento seria compreender como estas crianças regulam, interpretam e respondem aos diferentes tipos de sensações. A ênfase desta abordagem está na estimulação dos sistemas tátil, vestibular e proprioceptivo que processam informações do nosso corpo¹¹. Ayres define a Integração Sensorial como “o processo neurológico que organiza as sensações do corpo e do ambiente de forma a ser possível o uso eficiente do corpo no ambiente” (1988 citado em Lambertuci & Magalhães, 2002, p. 228), proporcionando assim melhor adaptação deste corpo ao meio¹².

Delineados estes pressupostos, as crianças autistas que apresentam dificuldades na integração sensorial geralmente comparecem com os seguintes problemas, definidos pelas autoras em duas categorias principais: Dificuldade na Modulação Sensorial e Falhas na Discriminação de Estímulos.

Na dificuldade na modulação sensorial, há incapacidade para “regular e organizar a intensidade e natureza da resposta aos estímulos sensoriais” (2002, p. 229). Segundo as autoras, esta dificuldade pode se evidenciar de duas maneiras. A primeira é apresentando a *hipersensibilidade sensorial* em que as crianças mostram respostas aumentadas a odores, sons, luminosidade, ficando assim mais irritáveis e agitadas, pois suas atenções são constantemente solicitadas por estímulos considerados irrelevantes. De maneira contrária, algumas crianças apresentam *hipossensibilidade sensorial* e mostram dificuldade para se registrar e se orientar aos estímulos ambientais, muitas vezes se isolando, parecendo não sentirem dor ao se machucarem, apresentando estereotípias, comportamentos repetitivos e de autoestimulação. Com estes comportamentos, “parecem suprir a necessidade interna de estímulos sensoriais” (2002, p. 231), em uma tentativa de compensação ou defesa ao que incomoda externamente.

As falhas na discriminação de estímulos de acordo com Lane, Miller e Hanft (2000 citado em Lambertuci & Magalhães, 2002) diz da “dificuldade para interpretar as características temporais

¹¹ Sistema Tátil: protege de perigo e controla o manejo de objetos com destreza. Sistema Vestibular: controla o tônus, o equilíbrio e a movimentação reflexa dos olhos, ajudando na orientação espacial além de influenciar o nível de alerta. Sistema Proprioceptivo: recebe informações dos músculos, ligamentos e articulações nos informando sobre a posição de partes do corpo no espaço, força e direção de movimentos (Lambertuci & Magalhães, 2002, p. 228-229).

¹² Não é o propósito aqui aprofundar na Teoria da Integração Sensorial a partir de sua criadora, a terapeuta ocupacional norte-americana Jean Ayres, pois sua técnica é aplicada a diferentes condições e cenários. Resolvi buscar na produção científica o que já se refere diretamente ao trabalho com crianças autistas.

e espaciais dos estímulos sensoriais” (p. 231). A capacidade discriminativa seria essencial, por exemplo, para saber a posição do próprio corpo no espaço e reconhecer a forma dos objetos pelo tato. Segundo a teoria da integração sensorial quando há problemas na discriminação, há dificuldade para planejar e executar atos motores, o que é chamado de *dispraxia*. A praxia seria a habilidade que exige “*esforço consciente e capacidade para conceituar, organizar e dirigir interações significativas com o meio ambiente*” (Ayres, Mailloux & Wendler, 1987 citado em Lambertuci & Magalhães, 2002, p. 231-232) e, geralmente, as crianças que apresentam dispraxias se apresentam pouco criativas, brincam de maneira repetitiva e precisam de modelos de outras crianças e/ou adultos.

De acordo com Lambertuci e Magalhães (2002), quando planejamos novas ações usamos os conhecimentos adquiridos em experiências anteriores e as sensações que acompanharam essas experiências. Esta parece ser uma área crítica para crianças com “distúrbios invasivos”¹³, em que está incluída a criança autista. Para dizerem sobre como lidar com os problemas sensoriais-motores observados nas crianças, as autoras defendem que o entendimento da abordagem da integração sensorial “*nos dá uma nova forma de ver a criança, que de birrenta ou agressiva, passa a ser vista como a mercê das falhas de processamento sensorial, que resultam no comportamento observado*” (2002, p. 232, grifo nosso).

Ainda acompanhando Lambertuci e Magalhães (2002), a proposta da Terapia Ocupacional com esta abordagem se resume a subsidiar atividades que fornecem estimulação tátil, propioceptiva e vestibular, de maneira gradativa para uma complexidade cada vez maior, para que promova respostas mais amadurecidas e organizadas e, portanto, mais adaptadas. Para essa terapêutica, há o uso de um arsenal de materiais específicos para que o trabalho se realize. Assim, as autoras sugerem diversas atividades para modulação tátil, para estimulação propioceptiva/vestibular, visual e auditiva, além de atividades para iniciar e manter a interação com crianças, definindo quase que um manual prático para as intervenções de terapeutas ocupacionais

¹³ Esta questão do diagnóstico será retomada no Terceiro Ato.

nos quais supostamente alcançariam objetivos predeterminados. À guisa de exemplo, diante do caso de uma criança de 2 anos que apresenta distúrbio invasivo do desenvolvimento, o objetivo maior dos terapeutas era “apresentar uma explicação para alguns dos comportamentos” (2002, p. 227) observáveis da criança.

Na mesma linha, Goldestein (2010) elaborou um guia para pais e afirma que, com o conhecimento da integração sensorial, podemos conviver com os comportamentos da criança autista “de uma forma mais eficaz” (2010, p. 13). Esta autora define o autismo como “um transtorno do desenvolvimento causado por uma disfunção neurológica de base orgânica” (2010, p. 9) e acredita que através do guia, pais, profissionais e outros cuidadores possam conhecer melhor “o mundo dos sentidos [pois] muito dos comportamentos dos autistas se deve a uma forma diferente de sentir e perceber o ambiente através dos sentidos” (Goldstein, 2010, p. 13).

Ainda no Brasil, Antunes e Vicentini (2005), terapeuta ocupacional e fisioterapeuta respectivamente, observaram que algumas crianças autistas “*não apresentavam reação aparente quando faziam caminhadas em solo quente ou quando pisavam em pedras pontiagudas*” (2005, p. 47), assim buscaram desenvolver a sensibilidade sensorial tátil plantar em portadores de autismo infantil, utilizando de forma sistemática o Tapete Sensorial®¹⁴, material feito de napa onde são coladas diferentes texturas para que a criança o atravessasse partindo do material menos agressivo (ou mais macio) para o mais agressivo (mais áspero ou pontiagudo). Enquanto a criança atravessa o tapete a terapeuta diz o tipo de textura e o adjetivo correspondente, por exemplo: espuma – macio. As autoras concluem que as “respostas adaptativas” (2005, p. 52) apresentadas pelos portadores de autismo infantil contribuíram “para a organização geral do comportamento da criança, de sua aprendizagem e interação com o meio” (2005, p. 52).

Na literatura internacional, o uso de coletes pesados¹⁵ como técnica para desenvolver atenção e processamento sensorial de estudantes com transtorno do espectro autista é bastante

¹⁴ O tapete sensorial é um produto com marca registrada, por isso a necessidade de incluir o símbolo ® em sua escrita, assim como está no resumo do artigo (Antunes & Vicentini, 2005, p. 47).

¹⁵ Tradução minha de “*weighted vests*”. Ver mais em Morrison (2007); Olson e Moulton (2004).

estudado, principalmente nos Estados Unidos. Estes coletes “proporcionam propriocepção (pressão profunda), enviando estímulos contínuos ao sistema nervoso central” (Morrinson, 2007, p. 323). Porém, o mesmo autor conclui que estudos demonstram que esta técnica apresenta evidência de eficiência limitada. Os princípios desta tecnologia são também baseados na Teoria da Integração Sensorial.

Terapeutas ocupacionais que optam por esta teoria, ou pela aplicação da técnica, fazem as seguintes considerações:

Integração Sensorial não é o mesmo que estimulação sensorial. *A criança é quem nos dará pistas sobre o que seu sistema nervoso precisa*, procurando certas experiências sensoriais ou evitando e se desorganizando diante daquelas com as quais não sabe lidar (...) é preciso se ter um cuidado especial com a segurança, preservando sempre a integridade física e respeitando o *desejo da criança*. A proposta é de que surjam novas formas de interação e intervenção com a criança (Lambertuci & Magalhães, 2002, p. 233, grifo nosso).

Influência da Psicodinâmica¹⁶

Segundo Benetton (2006), Slagle foi a terapeuta ocupacional “precursora das terapias ocupacionais dinâmicas” (p. 33) nos Estados Unidos. Com o programa denominado Treinamento de Hábitos, ela buscava explorar os aspectos saudáveis dos pacientes, “observar e captar qualquer indício de atitude e ou conduta saudável para em seguida motivar uma nova ação, mesmo que muito pequena” (p. 33). Utilizava os termos *hábitos* e *atividades* no lugar das duas expressões de uso corrente na época: *trabalho* e *ocupação*.

Para Mângia e Nicácio (2001), a perspectiva psicodinâmica surgiu no momento em que a psicanálise se mostrou, em 1960, como um saber capaz de expandir a leitura da psiquiatria deslocando o referencial biológico para a compreensão mais dinâmica do sofrimento mental. Segundo a autora, os norte-americanos Gail e Fidler foram os precursores da abordagem psicodinâmica, atribuindo ao estudo da relação terapeuta-paciente-atividade a principal contribuição ao desenvolvimento da Terapia Ocupacional.

¹⁶ A psicodinâmica é uma linha que considera os aspectos subjetivos imersos em diversos contextos. Especificamente a psicodinâmica do trabalho, pensada por Dejours, tem bastante influência no trabalho de terapeutas ocupacionais, que, no período pós-guerra, iniciaram suas práticas para reabilitação dos soldados feridos ao trabalho. Uma das contribuições importante para pensar este aspecto em trabalhos futuros é o artigo de Lancman e Uchida (2003).

Tedesco (2007) referencia o trabalho de Azima e Wittkower, “Aspectos dinâmicos e Terapia Ocupacional”, como o marco inicial da Terapia Ocupacional baseada na psicanálise. Estes autores se utilizam da teoria da sexualidade infantil freudiana e estudam elementos como sublimação, projeção e transferência para a compreensão do processo terapêutico ocupacional¹⁷.

Em seu artigo “A aplicabilidade da Terapia Ocupacional no tratamento do autismo infantil”, Matsukura (1997) relata experiências internacionais de terapeutas ocupacionais que também se baseiam na Psicodinâmica. Em uma delas, os autores relatam uma prática em que utilizam desenhos como uma técnica projetiva para que a criança se expresse. Em outra, os autores aproximam a ludoterapia da Terapia Ocupacional “como uma forma de justificar e explicitar uma prática de forma mais segura” (1997, p. 31). Conclui que, apesar de algumas semelhanças nas intervenções, essas duas práticas são bastante distintas.

A mesma autora deixa clara sua posição de que durante o processo de Terapia Ocupacional:

Geralmente as interpretações verbais relativas à criança não fazem parte da dinâmica estabelecida (...); as considerações e compreensões observadas pelo terapeuta em relação à criança são trabalhadas de forma contextualizada nas ações que se estabelecem durante o processo de realização das atividades e da relação terapêutica que se estabelece (Matsukura, 1997, p. 32).

Neste mesmo trabalho, Matsukura traz os três principais aspectos a serem trabalhados no tratamento da criança autista com orientação Psicodinâmica: o vínculo terapêutico; a clareza dos limites e dos espaços utilizados pela criança e pelo terapeuta; e a busca de aproximação junto com a possibilidade de uma situação de “brincar”.

Propondo uma forma alternativa de trabalho, Matsukura, Silva, Misorelli e Donato (1993) trazem a intervenção domiciliar em Terapia Ocupacional no tratamento de uma criança autista. Esta modalidade de tratamento tem o objetivo de “preencher espaços que invariavelmente o acompanhamento clínico em terapia ocupacional tradicional embasado na metodologia psicodinâmica não alcança” (1993, p. 13).

No início deste tratamento, os pais solicitaram que fossem desenvolvidas atividades escolares. Paulatinamente foram propostas atividades relacionadas ao desenvolvimento de sua

¹⁷ Nessa dissertação, propõe-se o enfoque nos trabalhos nacionais mesmo sabendo da importante influência estrangeira que eles sofrem.

coordenação motora, “passando por ‘fazer brigadeiros’, até atividades de decoração do quarto” (1993, p. 14). As autoras observam que quando passaram a desenvolver “atividades mais relacionadas com a ocupação do espaço próprio” (1993, p. 15) do paciente, em que as atividades apresentavam um produto final, estas eram mais valorizadas pela família. As primeiras sessões aconteciam no jardim da casa, na área externa, e só com o tempo foram passando para o interior da casa. Constataram que com a intervenção domiciliar “a interação da criança com os familiares parecia menos submissa/ausente do que era percebida anteriormente. A partir de então, os limites eram colocados por 'P', dizendo aos outros o que aprovava e o que não aprovava (o seu desejo)” (1993, p. 15).

Em outro estudo, Cunha e Matsukura (1998) trabalham com a orientação Psicodinâmica e buscam relacionar as estereotipias, as atividades desenvolvidas e as verbalizações da criança autista “no contexto de Terapia Ocupacional através da observação direta do comportamento para o levantamento de estereotipias apresentadas pela criança” (1998, p. 68).

Este artigo foi elaborado com o material da dissertação de Matsukura, uma das autoras que utilizou-se da orientação psicodinâmica para apresentar um estudo de caso. Destacou a importância da atividade e da relação terapêutica como fundamentais no processo de intervenção com a criança autista. A metodologia utilizada foram filmagens de atendimentos a uma criança dita autista, em que era disponibilizado, em sua maior parte, massa de modelar e objetos já modelados (ou “já abandonados”) em sessões anteriores pela própria criança. Em algumas sessões havia a introdução de um novo material/atividade. Constatou-se que as estereotipias apareciam com maior frequência em dois momentos diversos: junto ao que chamaram de comportamentos bastante elaborados que seriam as brincadeiras que envolviam a prática de simbolização e, nos momentos de “completa ausência da realidade” (Cunha & Matsukura, 1998, p. 75), quando a criança utilizava todo o repertório de estereotipias ao mesmo tempo.

O artigo traz o questionamento importante no tocante ao posicionamento necessário ao terapeuta quanto às estereotipias apresentadas pela criança autista e a conseqüente direção do

tratamento em Terapia Ocupacional: suprimir as estereotípias ou compreendê-las? Segundo as autoras, no caso da supressão, há uma exigência em manter a criança em contato com a realidade, e no caso da compreensão, busca-se a significação da estereotípiia, permitindo o seu lugar na história da criança. A hipótese das autoras é de que “a criança necessita destes atos (das estereotípias), como forma de estar/vivenciar situações ainda extremas dentro de seu repertório de atitudes” (1998, p. 75), pois são uma das poucas coisas que a representa. Percebem que as estereotípias diminuem a partir do momento em que lhe são ofertadas outras formas de se expressar, instrumentos estes que começam a fazer parte do seu eu.

Em um momento do estudo, as autoras fazem referência a terapeuta ocupacional americana Zissermann (1991 citado em Cunha e Matsukura, 1998). Esta afirma que, em substituição à falta de contato tátil, as crianças apresentam ansiedade, confusão e autoestimulação. Esta terapeuta utiliza *luvas de baixa pressão* para redução de movimentos repetitivos e autoestimulatórios. Com esse recurso, nota-se também aqui a interferência no trabalho da abordagem psicodinâmica da abordagem.

Em seguida, corroborando com a ideia de Bettelheim (1987 citado em Cunha e Matsukura, 1998), autor psicanalista que segue a linha de que todo sintoma tem algo a dizer sobre o sujeito e que as estereotípias, tomadas como sintoma, são a aparição mais espontânea da criança representando a maneira de elas interferirem na realidade, Cunha e Matsukura (1998) entendem que o pressuposto da Terapia Ocupacional com orientação psicodinâmica é de que os sintomas estão relacionados a uma dinâmica inconsciente e que seu instrumental “permite perceber as necessidades emocionais e as que dizem respeito ao relacionamento interpessoal (que são projetados ou transferidos para a relação com o terapeuta).” (1998, p. 70), indicando importante elaboração sobre a relação estabelecida entre terapeuta ocupacional e paciente.

Associada à compreensão dinâmica das atividades e da relação estabelecida com a criança, o terapeuta ocupacional se aproxima das necessidades dela e busca sua socialização, objetivo principal da Terapia Ocupacional. A psicodinâmica “auxilia a desenvolver a receptividade do

mundo interno da criança para uma forma de comunicar seus problemas e ansiedades” (p. 70), considerando, dessa forma, a construção subjetiva no trabalho.

Seguiremos agora para outra proposta, mais específica, oriunda da psicodinâmica: o Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), criado por Jô Benetton, no Ceto na cidade de São Paulo.

Método Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD)

Assim como na Teoria da Integração Sensorial, terapeutas ocupacionais são formados em um curso específico para aplicar este método. Optou-se por descrever alguns de seus pressupostos com a finalidade de subsidiar o entendimento dos trabalhos que se utilizam dele no atendimento à criança autista.

A construção do MTOd teve como marco inicial a dissertação de mestrado defendida por Maria José Benetton, em 1989, na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), intitulada *Terapia Ocupacional: uma abordagem metodológica em saúde mental*. Após esse período, a autora deu continuidade a seu trabalho em sua tese de doutorado *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental*, em 1994, defendida na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Atualmente, seu livro *Trilhas associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional*¹⁸ é referência na transmissão dos pressupostos do método, sendo também uma das mais valiosas contribuições para pensar os conceitos e os fundamentos da Terapia Ocupacional.

O método criado se sustentou inicialmente na clínica com psicóticos e privilegia a dinâmica da relação denominada *triádica* entre os seguintes termos: terapeuta-paciente-atividade. A dinâmica de movimento destes termos é “determinada fundamentalmente pelo trânsito entre mundo interno e o mundo externo” (Benetton, Tedesco & Ferrari, 2002, p. 1). O

¹⁸ Já em sua 3ª edição revisada. A primeira edição de 1991 teve como título: *Trilhas associativas: ampliando recursos na clínica da psicose*.

caminho a ser percorrido nesta relação triádica é denominado *trilhas associativas* que é entendido como um procedimento específico de Terapia Ocupacional onde teríamos as seguintes etapas:

Compile as atividades; ensinar e/ou indicar atividades; agrupar e sub-agrupar as atividades e significar as atividades, por associações feitas pelo paciente, podendo ter auxílio da terapeuta ocupacional, para que ele possa construir uma nova história (Benetton, 1991 citado em Ceccato, 2002, p. 18).

Como o nosso objetivo é trazer as contribuições teóricas referente à clínica com a criança autista, nos ateremos ao texto “O Silêncio”, de Benetton (1993), destinado ao tratamento terapêutico ocupacional de pacientes autistas, em que a autora trabalha com o referencial teórico da psicanálise para construir seu entendimento do processo de terapia e utiliza dos autores psicanalistas Mannoni, Green e Winnicott. Além da psicanálise, Jô busca contribuições do filósofo Wittgenstein, em especial a maneira como ele trabalhou o conceito de linguagem. Benetton constata que *o silêncio* não significa contraponto a linguagem localizando a intervenção da Terapia Ocupacional justamente na “barreira comunicacional do autista constituída de objetos, palavras, brincadeiras” (1993, p. 1), tomar essa barreira do lado do terapeuta e dizer do afeto imperioso que por acaso ultrapassa a força desta barreira e se mostra nos próprios elementos constituintes dela, como possibilidade de linguagem com o paciente. Diz que, diante do caso de autismo, se depara com um “corpo silencioso, onde não se vislumbra afeto, não havendo o 'corpo falar', e sim, o corpo autista” (1993, p. 1). O objetivo do tratamento proposto pela autora é:

Através da compreensão da psicodinâmica desse acontecer, na relação terapeuta-paciente, apresentar condutas técnicas psicopedagógicas desenvolvidas no processo de realização de atividades que objetivam a articulação da linguagem do autista entre o de dentro e o de fora (Benetton, 1993, p. 1).

Em recortes de sessões com dois pacientes autistas, Jô identificou a constituição desta barreira em cada um: o primeiro usava como barreira “objeto-coisas” (1993, p. 1) e o segundo “um incansável palavreado jogado ao ar” (1993, p. 1). Ao trazer o caso de um menino, a terapeuta relaciona o estabelecimento do hábito de bem alimentar-se, dado no tratamento terapêutico ocupacional, a ampliação do processo de sucção, pois as atividades desenvolvidas durante os atendimentos:

Tinham a função concomitante do treino como hábito alimentar, caráter de ser reforço positivo para a ampliação de uso do material da sala de terapia ocupacional, como também o da aproximação da relação terapeuta-paciente (Benetton, 1993, p. 3).

Em uma aparente tentativa de generalizar o papel do terapeuta nas sessões com crianças autistas, a mesma autora ainda nos coloca ser necessário o Programa de Terapia Ocupacional um Silêncio; “o silêncio do terapeuta: o silêncio dos próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade e da angústia” (1993, p. 3) necessários à transposição da barreira que o autista “se nos” impõe, sendo possível assim um caminho para estabelecer a relação.

Pensa que, em se tratando de Terapia Ocupacional, um projeto técnico está previamente desenhado por meio do *fazer*:

(...) que é delimitado pelo estabelecimento de um campo terapêutico onde três elementos igualmente significativos se apresentam: o paciente, a terapeuta e a atividade. Uma dinâmica particular aí se instala, na compreensão e intervenção nos processos psicodinâmicos ocorridos na relação terapeuta-paciente e na dinâmica de fazer, construir, realizar e criar atividades que tanto deixam a descoberto movimentos fantasiosos e projetivos, como são objetos de uso na realidade externa (1993, p. 2).

Coloca que o terapeuta ocupacional deve ser capaz de “ver no processo de realização de atividades, por um lado, um corpo usando da linguagem no mostrável e por outro, o processo de aprendizagem” (1993, p. 2), enfatizando a dimensão psicopedagógica nos procedimentos da Terapia Ocupacional.

Mesmo trabalhando com uma paciente psicótica adulta na clínica da Terapia Ocupacional, Rainone (1998) traz importantes contribuições para pensar uma Terapia Ocupacional que considera a subjetividade, ou seja, atravessada pela Psicanálise. Baseada no referencial psicanalítico e em contribuições do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, afirma que “o sujeito se subjetiva porque consegue se inscrever na ordem simbólica e que a função paterna é isto que o introduz no discurso e no vínculo social” (1998, p. 51) e defende que, diante da clínica com psicóticos, na Terapia Ocupacional o objetivo é: “possibilitar a reconstrução da cadeia significativa permitindo experimentar um fazer, não mais atrelado a um fazer que não lhe seja próprio, experimentando e circulando por outros códigos comunicacionais e novas formas de se relacionar com o social” (1998, p. 53). Esta autora reconhece a composição das trilhas associativas, elaborada por

Benetton, como uma possibilidade de acompanhamento dos fazeres dos sujeitos, “um caminho que demonstra a correlação entre fatos, pessoas e objetos” (1998, p. 53).

Seguindo com as contribuições do Método Terapia Ocupacional Dinâmica, recentemente contamos com a dissertação de Hernandes (2010) que, apesar de tratar da Síndrome de Asperger em um garoto de 11 anos, apresenta (aceitando a autora plenamente a classificação médica para a condição desta criança) e traz reflexões para pensar a aplicação da técnica de análise de atividades – trilhas associativas – do Método Terapia Ocupacional Dinâmica elaborado por Jô Benetton. Tedesco e Ferrari (2000) caracterizam a transmissão dessa técnica criada por Benetton como transmissão na formatação conceitual, ou seja, não há como reproduzir esta técnica pela simples repetição de procedimentos ou atos, e sim pela apropriação de sua formatação conceitual.

A seguir iniciaremos o **Segundo Ato**, o atravessamento pela Psicanálise. Um percurso de leitura a partir das ideias de corpo pulsional, transferência, estatuto do Outro, conceito de sujeito e relação com objetos concretos para a Psicanálise, tendo o foco na clínica com crianças ditas autistas, especialmente a clínica institucional. Este percurso traz contribuições para ampliarmos as reflexões sobre o que supostamente acontece na Terapia Ocupacional em atenção à criança autista.

SEGUNDO ATO: PASSAGEM PELO CAMPO DA PSICANÁLISE

“O progresso do conhecimento não suporta rigidez das definições”
(Freud, 1915, p. 209).

“ (...) a inscrição significante só é possível sob a condição de que exista Outro, quer dizer, não tanto o lugar do significante (esse lugar jamais falta), mas um parceiro que o encarne e que troque objetos com o sujeito”
(Nominé, 2001, p. 14).

Neste Ato, percorremos os conceitos e as ideias da psicanálise com base em autores clássicos e contemporâneos, buscando um percurso que permita pensar a constituição da subjetividade da criança autista a partir do *corpo* e da *relação com o (O)outro*¹⁹ e com os objetos. O texto não busca definições rígidas, densos aprofundamentos ou linearidade conceitual da Psicanálise, de outra maneira, busca um panorama que sinalize o sujeito sujeito à pesquisa.

Inicialmente, antes de aprofundarmos na particularidade da criança autista, de acordo com a Psicanálise, julgou-se necessário construir uma tentativa de base teórica para clarear a ideia de constituição de sujeito, a fim de problematizar a noção de corpo em Terapia Ocupacional e a suposta relação estabelecida no espaço terapêutico. Para isso, será apresentada a noção psicanalítica de corpo pulsional com base no texto *As pulsões e destinos de pulsão* (Freud, 1915), a releitura de Lacan, noções de esquema corporal e imagem corporal para Françoise Dolto, as concepções de *estádio do espelho* e do *estatuto do Outro* concebido por Lacan e o conceito de *transferência* em Psicanálise e em discussões já iniciadas em Terapia Ocupacional. Vale lembrar que a questão específica do autismo aparecerá no decorrer do capítulo, com contribuições de releituras de Freud e Lacan por autores contemporâneos da Psicanálise que trabalham com esta clínica, destacando principalmente a questão pulsional, o estatuto do Outro e o uso de objetos concretos no tratamento à essa criança.

A partir de que olhar ou de que ideia de corpo está se falando ou tratando em Terapia Ocupacional? Podemos falar em *corpo pulsional*, *corpo linguagem*, como nos propõe a

¹⁹ Mais a frente, tocaremos no assunto do Outro com “o” maiúsculo e do outro com “o” minúsculo diferenciado por Lacan.

Psicanálise mesmo diante do corpo biológico que comparece em uma limitação física, psíquica, social e/ou sensorial como entende as abordagens da Terapia Ocupacional?

As pulsões e destinos de pulsão e a releitura de Lacan

Para iniciar a experiência de atravessamento proposto, elegeu-se o texto *As pulsões e destinos de pulsão*²⁰ por ser um trabalho em que Freud (1915) dedica especificamente ao tema da pulsão e por ser um texto que traz elementos da perspectiva biológica em seu início, o que faz ressonância com o que fundamenta a própria formação de terapeutas ocupacionais. Sabe-se que Freud teve no campo da neurologia o início de sua formação e daí surgiram suas inquietações para desenvolver sua importante teoria conhecida como a Teoria da Sexualidade Infantil, fundando assim a base da Psicanálise propriamente dita.

Nesse texto, baseado na perspectiva biológica da vida psíquica e também no momento em que, me pareceu, Freud consegue diferenciar a visão da psicanálise da visão da biologia, ele diz que a pulsão surge como “um conceito-limite entre o psíquico e o somático” (1915, p. 3). A localização da pulsão no espaço *entre* inaugura a ambiguidade do uso do conceito por Freud. Nesse texto, a pulsão aparece como “representante psíquico dos estímulos oriundos do interior do corpo” (1915, p. 3); nos textos subsequentes, traz avanços à Teoria Pulsional, ela aparece como algo não psíquico. É preciso fazer essa observação para que o leitor fique a par de que o conceito de pulsão é algo exaustivamente elaborado no decorrer de toda obra de Freud, não é algo definido apenas com base neste texto.

Freud inicia este trabalho propondo, do ponto de vista da fisiologia, a diferenciação entre estímulo e pulsão, colocando sobre o nome de ação o que seria a descarga para fora de um estímulo vindo de fora, “essa ação tem a finalidade de retirar a substância da influência do estímulo, de

²⁰ Em outras traduções, pode ser visto como: *Os instintos e suas vicissitudes* ou *As pulsões e suas vicissitudes*. A tradução escolhida aqui foi a de Verlaine Freitas conforme listada nas referências bibliográficas.

afastá-la do âmbito de ação dele” (1915, p. 1), portanto, uma ação que potencializa outra ação. Esta substância a que Freud se refere é a substância enervada do tecido vivo; e sua ação se apresenta com componente motor, por meio dos movimentos musculares. Comparando estímulo e pulsão, esta última “seria um estímulo para o psíquico” (1915, p. 1), apesar da existência de outros estímulos para o psiquismo que não o pulsional, como os fisiológicos, as necessidade, como a fome e a sede. Mais a frente, Freud associa o componente perceptivo ao estímulo pulsional para diferenciá-lo dos demais estímulos psíquicos.

Voltando a referência a ação, Freud diz que para o estímulo externo apenas uma única ação é esperada, “de cujo tipo coloca-se a fuga motora da fonte do estímulo” (1915, p. 2). Exemplificando, podemos pensar da seguinte forma: um ser vivo recebendo estimulação em sua “substância nervosa” (1915, p. 2), quando percebe os estímulos, percebe também que tem aqueles que não pode se livrar, sinalizando assim a existência de um “mundo interior” não dominável, os estímulos pulsionais, em que as exigências são maiores e induzem o sistema nervoso a realizar “(...) atividades entrelaçadas, sobrepostas, que modificam o mundo exterior em tal extensão, que oferecem satisfação à fonte interna de estímulo e sobretudo forçam tal sistema a desistir de sua intenção de eliminação de estímulos” (Freud, 1915, p. 2).

Luiz Hanns (1999) trabalhou a tradução dos textos freudianos diretamente do alemão e nos traz contribuições acerca do termo pulsão em Freud. Segundo ele, *Trieb*, o termo freudiano alemão para pulsão, é “algo que 'propulsiona', 'coloca em movimento', 'agulha', 'toca pra frente', 'não deixa parar' e 'empurra’” (1999, p. 29). Segundo Freud, “são as pulsões e não os estímulos externos os motores propriamente ditos do progresso” (1915, p. 2).

Caracterizando melhor, Freud desenvolve os quatro termos que se ligam à pulsão: a pressão, a meta ,o objeto e a fonte. A pressão estaria relacionada ao aspecto motor e é em sua descrição que Freud diz que “toda pulsão é um fragmento de atividade” (1915, p. 3). A meta é a satisfação, “que somente pode ser alcançada através da supressão do estado do estímulo na fonte da pulsão” (1915, p. 3), vários caminhos podem levar a esta satisfação. O objeto “é aquele em que ou através de que a

pulsão pode alcançar sua finalidade” (1915, p. 3), é variável, pode ser trocado, pode ser até mesmo uma parte do próprio corpo. Aqui Freud chama atenção para o estado de fixação, que acontece em períodos precoces do desenvolvimento pulsional, imobilizando a pulsão, apresentando resistência à separação, o que já nos reporta à especificidade do autismo que será abordada mais a frente. Finalmente, a fonte é “o processo somático em um órgão ou parte do corpo” (1915, p. 3-4).

Apesar de Freud dizer que o estudo da fonte pulsional não interessaria à Psicologia e à Psicanálise, pois na vida psíquica esta já se torna conhecida por meio das metas, mais tarde falará em *zonas erógenas* para se referir a estas fontes. Segundo Lacan (1964, p. 166), estas são investidas libidinalmente por Outro²¹ e demarcadas por sua estrutura de borda, como, por exemplo, a boca. Esta consideração é importante para que mais à frente possamos entender a questão do autismo para alguns autores da psicanálise, que é entendida, muitas vezes, pelo não investimento libidinal do Outro direcionado às fontes pulsionais da criança.

Valendo-se da clínica que inaugura a psicanálise, a clínica das neuroses de transferência – a histeria e a neurose obsessiva –, Freud observa a particularidade pulsional, “os anseios da sexualidade e do ego na raiz de cada uma dessas afecções” (1915, p. 4) e então, teoricamente, sugere diferenciar as pulsões em dois grupos²². O primeiro seria o das *pulsões do ego*, também chamadas de *pulsões de autoconservação*, e o segundo, o das *pulsões sexuais*. É sobre este segundo grupo que Freud diz que a psicanálise pode contribuir com base na observação das psiconeuroses, ou neuroses de transferência.

Segundo ele, a finalidade das pulsões sexuais é o prazer do órgão. Em seu surgimento, elas se apoiam nas *pulsões de autoconservação*, separando-se destas no caminho rumo ao objeto. Uma parte das pulsões sexuais permanece ligada às *pulsões do ego*, carregada de componentes libidinosos, que se manifestam, segundo Freud, na situação de adoecimento. Os destinos pulsionais que Freud depreende de suas observações são: a inversão em seu contrário, a volta contra a própria

²¹ Lembramos que mais à frente discutiremos sobre o estatuto do Outro concebido por Lacan.

²² Segundo Lasnik (2004), Freud não conserva este dualismo no desenvolvimento do seu trabalho. Na segunda teoria das pulsões, agrupou as pulsões sexuais e as pulsões do eu sob o nome de pulsão de vida oposta ao que seria pulsão de morte. Lacan discorda destes dualismos, entendendo eles como dois aspectos de toda pulsão.

pessoa, o recalque e a sublimação. Neste texto, ele dá atenção aos dois primeiros. Na inversão em seu contrário parte dos pares de opostos sadismo-masiquismo e voyeurismo-exibicionismo para compreender a mudança de estado da pulsão de forma ativa para a passiva e da transformação do amor em ódio para compreender a inversão de seu conteúdo.

Freud diz que a vida psíquica é regida por três polaridades de opostos: sujeito(ego) -objeto (mundo exterior); prazer-desprazer; e ativo-passivo. Na primeira oposição, vê-se anteriormente que ela “é imposta bem cedo através da experiência de que o sujeito pode silenciar os estímulos exteriores através de sua ação muscular, mas que contra os estímulos pulsionais, ele está indefeso.” (1915, p. 9).

Portanto, retomando e avançando a teoria pulsional freudiana e caracterizando a pulsão como força constante no sentido de uma energia potencial e reservando ao termo pulsão, apenas as pulsões sexuais parciais, Lacan (1964) acrescenta e nos adverte que:

Na pulsão, não se trata (...) de energia cinética, de algo que vai se regir pelo movimento. A descarga em causa é de natureza completamente diferente. A constância do impulso proíbe qualquer assimilação da pulsão a uma função biológica, a qual tem sempre um ritmo (p. 163).

Nesse ponto é importante diferenciar a noção de movimento que se trata aqui. A questão é: a pulsão pode, em algum nível, comparecer no corpo biológico, físico (aquele que vimos com frequência na Terapia Ocupacional) ou ela só comparece no corpo pulsional, como proposto pela psicanálise? Esta questão nos acompanhará até que se possa discuti-la, tendo em vista a especificidade do autismo.

Partindo das investigações sobre o trajeto realizado para a satisfação pulsional, Lacan elabora o circuito pulsional, que é o movimento circular, em três tempos, que sai da fonte da pulsão e retorna a ela, dando a volta no que formulou como sendo o “*objeto a*”, objeto causa do desejo²³. Para que esta *volta* seja dada, faz-se necessário atingir a dimensão do Outro, para só então dar surgimento ao sujeito da pulsão, ou o sujeito do inconsciente, que em sua constituição opera por dois movimentos: o da alienação ao outro imaginário e o da separação, em uma dimensão simbólica. Lasnik (2004), leitora de Lacan, sustenta que no terceiro tempo do circuito pulsional

²³ Falaremos um pouco mais a respeito desta grandiosa contribuição lacaniana na sessão onde trabalharemos as noções de objeto para a Psicanálise.

surge a “alienação real, [aquela que] vem se enodar à alienação simbólica que consiste no fato de que quando *Eu* falo é pelos significantes do Outro, e logo numa alienação inevitável” (2004, p. 99).

Se referindo ao aspecto estrutural, ao desenho da pulsão, Lacan (2008[1964]) coloca que “a montagem da pulsão é uma montagem que, de saída, se apresenta como não tendo nem pé nem cabeça – no sentido em que se fala de montagem numa colagem surrealista” (p. 161), parecendo deslocada da ideia de círculo redondo, como conhecemos empiricamente. Esta circularidade pulsional não é algo que se refere à busca por uma finalidade, como nos alerta Lacan, e sim nos aponta para a essência da pulsão entendida como “o traçado do ato” (p. 167).

Retomando a descrição que vimos de Freud, ao trabalhar a satisfação pulsional a partir do sadismo-masiquismo e da pulsão escópica do voyeurismo-exibicionismo, Lasnik (2004) nos diz que o primeiro tempo tem um caráter ativo, em que a pulsão se lança a um objeto externo; o segundo tempo tem um caráter reflexivo, em que o objeto faz parte do próprio corpo; e, enfim, o terceiro tempo Freud o qualifica como passivo, em que a pessoa se faz objeto do outro. Segundo Lasnik (2004), Lacan atribui a este último tempo o caráter do primeiro advir do sujeito, o novo sujeito, o próprio outro.

Aprofundando na questão da constituição do sujeito a partir *do e no* corpo, Lacan (2008[1964]) traz o conceito de *Real-Ich*, “concebido como suportado, não pelo organismo inteiro, mas pelo sistema nervoso. Ele tem um caráter de sujeito planificado, objetivado” (2008[1964], p. 162). Deste ponto, trabalha a questão da satisfação pulsional e localiza-a na categoria do impossível, impossível entendido como o real. Desta forma, o real está para Lacan não como o “obstáculo ao princípio do prazer” (2008[1964], p. 165), princípio este desenvolvido por Freud²⁴, mas “se distingue por sua separação do campo do princípio do prazer, por sua dessexualização, pelo fato de que sua economia, em seguida, admite algo de novo, que é justamente o impossível” (2008[1964], p. 165).

²⁴ Ver mais em Freud, S. (1911). Formulações sobre os dois princípios do funcionamento mental. Edição Brasileira das Obras Psicológicas de Freud, volume XII, Imago. Neste texto, vemos os dois princípios a saber: o princípio do prazer e o princípio da realidade.

Contribuindo para pensar o circuito pulsional atrelado à ideia de constituição subjetiva, Ribeiro (2005) afirma que “em psicanálise não podemos conceber a subjetivação como um dado natural, como algo que se adquire com o desenvolvimento biológico, como poderíamos pensar no caso de funções biológicas como a respiratória, a digestiva, a circulatória, etc.” (2005, p. 21).

Concluindo, para Lacan, a pulsão é o conceito que articula corpo e significante entendendo que “o inconsciente é estruturado como a linguagem” (Lacan, 2008[1964], p. 199); então não é apenas um conceito de articulação entre o biológico e o psíquico como nos propõe Freud, é mais do que isso no que aproximada concepção de Outro.

Françoise Dolto sustenta algumas reflexões importantes para a discussão sobre a prática de Terapia Ocupacional. Trata-se de importante ícone no campo da Psicanálise com crianças, visto sua vasta experiência clínica e sua elaboração do conceito de “imagem inconsciente do corpo” baseada nos conceitos de *imagem corporal* e *esquema corporal*. Em seguida, retornaremos com Freud e Lacan.

A imagem inconsciente do corpo – Dolto

Contemporânea a Lacan, mas desenvolvendo outro ponto de vista, a psicanalista francesa Françoise Dolto, em 1939, apresentava lápis de cor, papel e massinha de modelar à criança que lhe procurava. Foram nessas atividades de composição livre que ela percebeu a imagem do corpo, imagem “não especular e substrato relacional da linguagem” (1939, p. 12). Entendia os desenhos como representações dos fantasmas da criança, sendo as estruturas inconscientes ali decodificadas pela fala da criança sobre o desenho dirigida ao analista. Os desenhos eram apresentados e analisados sucessivamente no decorrer das sessões quando então surgiam as lembranças e as associações inconscientemente figuradas. Eram interpretações por meio dos desenhos, e ela dizia que “por meio da encenação gráfica a criança mediatiza pulsões parciais do seu desejo” (Dolto, 2010, p. 6). Para Dolto, “quando uma criança desenha, é sempre o seu próprio retrato que ela está desenhando; sem isso, não desenharia” (Dolto & Nasio, 2008, p. 11).

Dolto diz que a imagem corporal e o esquema corporal (entendida como a “realidade de fato”, p. 10) são “entidades que normalmente se cruzam no narcisismo fundamental” (Dolto & Nasio, 2008, p. 14). Já adiantando a especificidade que vamos logo tratar nesta dissertação, para ela, não haveria no autismo a ameaça de dissociação da *imagem do corpo* e do *esquema corporal*, pois não há a formação desta imagem, “não tem eu, nem identidade, nem mãe”.²⁵ Portanto, para Dolto “o corpo é ao mesmo tempo uma parte inconsciente do eu e o lugar de onde o sujeito pode dizer: 'eu” (2010, p. 12). Ela costumava perguntar à criança onde ela estava nos desenhos, entendendo que a partir do momento em que a criança se situava num lugar, ela interagia com outro. Dizia que isso era “fazer um desenho falar, e não comentar o seu conteúdo (...) um desenho não se conta, é a própria criança que se conta através do desenho” (Dolto & Nasio, p. 11).

Quando questionada sobre a afirmação de que se a criança está no discurso, logo está na linguagem e, portanto, é consequência direta ela falar, Dolto responde:

Uma criança que não fala é integralmente linguagem e está integralmente na linguagem; isto, naturalmente, sob a condição de que falemos com ela esforçando-nos para vê-la como um destinatário tão válido quanto você pode ser para si mesmo (2010, p. 56).

Após esta passagem de Dolto questiono: o desejo (de quem trata) é (im – em)prestável à criança autista?

Antes de tentarmos ampliar o entendimento do estágio do espelho e do estatuto do Outro, como nos propõe Lacan, parece necessário introduzir brevemente a concepção freudiana de narcisismo, visto que trouxemos a referência de Dolto a este texto.

Freud e o narcisismo

Quando falou pela primeira vez no assunto, em 1909, Freud declarou que o narcisismo era uma “fase intermediária necessária entre o auto-erotismo e o amor objetal” (Freud, 1914, p. 89). No ano seguinte ampliou a discussão sobre o conceito em *Leonardo da Vinci e uma*

²⁵ Dolto propõe a decomposição da palavra **imagem** como um jogo de palavras em que *i* = identidade, *ma* – primeira sílaba da palavra mãe e *gem* – significando tanto Terra (Gé, Géia na mitologia grega), quanto “eu” [je] (Dolto e Nasio, 2008, p. 10-11).

lembrança de sua infância e, em 1914, no texto *Sobre o Narcisismo: uma introdução* traz elementos importantes que podem contribuir para o entendimento da noção de corpo que estamos tratando.

Neste texto, Freud releva a importância do narcisismo no desenvolvimento sexual e aprofunda nas relações estabelecidas entre o ego (*das ich*²⁶) e os objetos, distinguindo a libido²⁷ do ego da libido objetal, em que quanto mais uma é usada mais a outra se esvazia. Além disso, introduz os conceitos de ideal do ego e do que mais tarde chamou de superego.

O narcisismo denota “a atitude de uma pessoa que trata seu próprio corpo da mesma forma pela qual o corpo de um objeto sexual é comumente tratado” (1914, p. 89), com carícias até obter satisfação completa, atitude esta localizada no desenvolvimento sexual normal do humano, tendo relação com o instinto de autopreservação ou pulsão de autoconservação, como vimos anteriormente. Teríamos assim o *narcisismo primário*.

Refletindo sobre a clínica dos parafrênicos²⁸, Freud entende que este paciente “parece ter retirado sua libido das pessoas e coisas do mundo externo, sem substituí-las por outras” (1914, p. 90), como na histeria e na neurose obsessiva, histéricos e neuróticos obsessivos fazem utilizando o recurso da fantasia. Quando o parafrênico consegue fazer a substituição, indica um processo secundário em uma tentativa de recuperação e de retorno libidinal aos objetos, o que seria o *narcisismo secundário*.

Freud observa que as crianças de sua época (1910) apresentavam uma atitude análoga em relação ao mundo externo, contribuindo para a formação de sua teoria que serve inclusive para as crianças de nosso tempo. Formulou a ideia de que “há uma catexia libidinal original do ego, parte da qual é transmitida a objetos, mas que fundamentalmente persiste e está relacionada com as

²⁶ Hoje vemos que o entendimento de *eu* no lugar de *ego* é a tradução mais usada, dizendo-se eu, superego e ideal de eu. Porém, como a referência deste texto foi extraída da Editora Imago, mantivemos a tradução de ego para o termo alemão *ich*.

²⁷ Libido: energia sexual. Para Lacan ([1964]2008) “a libido é órgão essencial para de compreender a natureza da pulsão. Esse órgão é irreal. Irreal não é de modo algum imaginário. O irreal se define por se articular ao real de um modo que nos escapa, e é justamente o que exige que sua representação seja mítica, como a fizemos. Mas, por ser irreal, isso não impede um órgão de se encarnar” (p. 201).

²⁸ Como chamou os esquizofrênicos e os dementes precoces, onde poderíamos supor estar os autistas.

catexias objetais” (1910, p. 91-92), portanto, elas se apresentam conjuntamente e a primeira, a libido do ego só aparece quando há catexia objetal²⁹.

Ao aprofundar a relação entre o autoerotismo e o narcisismo, Freud supõe que o ego tem que ser desenvolvido, não está pronto no indivíduo desde o começo. Freud diz: “É necessário que algo seja adicionado ao auto-erotismo – uma nova ação psíquica – a fim de provocar o narcisismo” (1910, p. 93). Assim, retomamos a importância do outro imaginário e, por conseguinte do Outro, na constituição subjetiva, que será tratada em seguida. Para a clínica do autismo, o estudo da qualidade desta ação psíquica específica parece nos chamar a atenção, talvez supostamente pelo *ego*.

Mais à frente, trabalhando a separação dos instintos sexuais dos instintos do ego³⁰ (teoria da libido), Freud (1914) fala de uma “energia psíquica indiferente que só se torna libido através do ato de catexização de um objeto” (p. 94), esta seria uma força psíquica especial. Estaria aqui dando indícios do que chamou no texto *As pulsões e destinos de pulsão* (1915) de estímulo não psíquico?

Acompanhando Freud, o texto sobre o narcisismo desenvolve-se passando pelo *complexo de castração*, ou *protesto masculino* como conceituou seu colega Adler (1910 citado em Freud 1914). Este quase elevou o conceito à posição de “única força motora na formação tanto do caráter quanto da neurose” (p. 109) baseando-se na valorização social, exatamente diferente na maneira como a pesquisa psicanalítica freudiana reconheceu a questão, que entende a base narcisista no complexo de castração, mas não entende a gênese da neurose. Neste momento, Freud trabalha o conceito de repressão para então formular a noção de *ego ideal*, entendendo que a satisfação ora antes desfrutada na infância, no narcisismo primário, desloca-se a esse ego ideal, possuído de perfeição como o ego infantil. Freud adverte que a formação do *ideal de eu* é muito confundido com o que chamou de *sublimação* da pulsão, apesar de ambas estarem relacionadas em sua formação.

Apesar de considerar a importância da referência ao complexo de castração em estudo posterior, enfocaremos as contribuições lacanianas em sua releitura de Freud e em suas avançadas proposições.

²⁹ Vemos que os termos catexia, libido, energia empregados neste texto por Freud são precedentes ao texto que formulou no ano seguinte, ao qual já nos referimos anteriormente nesta dissertação, a saber, *As pulsões e destinos de pulsão* de 1915.

³⁰ Entenda-se também como *pulsão* a tradução por *instinto*.

Lacan: estádio do espelho e estatuto do Outro – grandes contribuições lacanianas

Para esta dissertação, apenas um texto de Lacan a respeito da complexa Teoria do Estádio³¹ do Espelho será explicitada, pois considera-se um marco e o início da formulação lacaniana. Segundo Pimenta (2003), há três momentos cronológicos de formulação deste conceito na obra de Lacan que se coincidem com a incidência dos registros³² em suas abordagens. O texto que se segue faz referência ao primeiro momento, em que a prevalência, segundo a autora, é “primariamente imaginária” (2003, p. 74). Nesta primeira concepção o desfecho seria a “constituição de um eu corporal diferenciado dos demais objetos do mundo” (2003, p. 75) sustentado pela imagem corporal totalitária do outro, originando “um 'desacordo' em uma relação de exclusão: 'ou você, ou eu' (...) instaurando a agressividade estrutural da relação narcísica” (2003, p. 76).

A leitura do texto de Lacan, referente ao estádio do espelho, nos evoca a outros conceitos de psicanálise propostos por Freud e outros desenvolvidos pelo próprio Lacan; mas o objetivo aqui não é analisar pormenorizadamente o texto e aprofundar nos demais conceitos psicanalíticos, mas sim iluminar as passagens que refletem na clínica que exerço e seguir a construção desta dissertação com alguma suposição de coerência e sentido para quem toma a interlocução entre campos uma caminho possível.

O estádio do espelho é uma marcante contribuição para dizer do momento inicial e necessário de constituição do bebê, quando diante do espelho, depara-se com a própria imagem constituída junto ao outro que o aponta, por meio do olhar. O “aspecto instantâneo da imagem” (1998[1949], p. 97) capturada jubilosamente pelo bebê, antes mesmo de este andar ou ficar de pé, testemunha o suficiente para compreendermos este momento “como uma identificação (...), ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (p. 97), precipitando daí o eu de uma forma primordial, antes da objetivação na relação com o outro e “antes que a linguagem

³¹ Estádio: “campo fortificado” (Lacan, 1948, p. 101).

³² São três os registros elaborados a saber: imaginário, simbólico e real. Ver mais em: Lacan, *Seminário R.S.I. livro 22*.

lhe restitua sua função de sujeito” (p. 97) nesta dialética eu-outro. A forma do corpo que é antecipada ao sujeito na plataforma da exterioridade “é mais constituinte do que constituída” (p. 98) e, neste momento, o aspecto motor ainda é irreconhecível.

No momento da conclusão do estágio do espelho, inaugura, pela identificação com a imago do semelhante e pelo drama do ciúme primordial, a dialética que desde então liga o [eu] a situações socialmente elaboradas. Esse momento que:

Faz todo o saber humano bascular para a mediatização pelo desejo do outro, constituir seus objetos numa equivalência abstrata pela concordância de outrem, e que faz do [eu] esse aparelho para o qual qualquer impulso dos instintos será um perigo, ainda que corresponda a uma maturação natural – passando desde então a própria normalização dessa maturação a depender, no homem, de uma intermediação cultural, tal como se vê, no que tange ao objeto sexual, no complexo de Édipo (p. 101).

O estágio do espelho “constitui essencialmente um modelo de identificação primária, que logo serve de 'matriz' para as identificações posteriores”, que se apresentarão, de acordo com a teoria freudiana, “secundárias ao complexo de Édipo” (Volnovich, 1993, p. 73). Assim, estamos nos referindo a todas as relações sociais que se desenrolem deste momento caríssimo à teoria psicanalítica e que inaugura o entendimento da importância da função paterna na constituição do sujeito.³³

No texto *Introdução do grande Outro*, Lacan (1985[1954-1955]) elabora a questão do eu e do outro, assentando que o eu é uma construção imaginária. Por conseguinte, trabalhando a relação do eu com o outro especular (do estágio do espelho, outro imaginário), faz referência ao que chamou de “muro da linguagem”, evoluindo suas formações para a dimensão simbólica, representada pelo Outro; demonstrando assim sua brilhante leitura a respeito da construção subjetiva, explicitando o que acontece em uma análise. Trata-se de uma apresentação complexa e de suma importância para o entendimento da teoria lacaniana. Porém, como já dissemos antes, não caberia, no propósito desta dissertação, esse aprofundamento. Dentre outros aspectos, vale atentar para a questão imagética que esta elaboração nos provoca.

Para Lacan, o Outro, grafado maiúsculo, o grande Outro, seria o lugar dos significantes.

³³ Não é objetivo deste trabalho, como vimos, aprofundar densamente nos conceitos de psicanálise, justamente para preservar a ideia de interlocução entre os dois campos: terapia ocupacional e psicanálise, proposto neste estudo. Porém sabemos da importância da leitura do Complexo de Édipo para posteriores elaborações.

Com relação ao bebê, costumeiramente é a mãe quem ocupa pela primeira vez este lugar, conhecido assim como Outro primordial. Este primeiro Outro é referência para todos os que virão em seguida, representados como o social. Portanto, o Outro de alguma forma faz referência à cultura, a possibilidade de laço social que a criança venha a fazer. Um sujeito para se constituir deve passar por este campo do Outro. Diz Lacan:

O Outro é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer. (...) É do lado desse vivo, chamado à subjetividade, que se manifesta essencialmente a pulsão (Lacan, 2008 [1964], p. 200).

Já o outro grafado letra minúscula seria o outro semelhante, o outro imaginário da relação entre dois (dual), também necessário à constituição do sujeito, como vimos na leitura lacaniana, no estágio do espelho. Porém, como nos atenta Maud Mannoni (1999), psicanalista francesa, ícone no campo da psicanálise com crianças e contemporânea a Lacan, “no lugar do outro imaginário não há lugar para a criança, há de se conformar ao desejo do Outro” (p. 51). Dessa forma, o outro precisa encarnar e situar o lugar do Outro.

Segundo Mannoni (1999), a criança em seus primeiros anos passa por conflitos identificatórios e o mundo exterior, após imaginarizado, deve pouco a pouco ser simbolizado. Esta autora, retomando Freud, afirma que o sintoma apresentado pela criança sempre inclui o sujeito e o Outro. Porém, este Outro se apresenta barrado em seu desejo, ou seja, “Lacan nos mostra o que o sujeito desejante³⁴ espera do Outro: receber o que falta à sua fala” (Mannoni, 1999, p. 58), os significantes que o elevam à condição simbólica de ser falante (e também faltante).

Oliveira e Carvalho (1994) em *O atendimento de crianças: questões sobre a estrutura psíquica* dizem que “a criança ocupa um lugar fálico em relação ao desejo materno e ao mesmo tempo denuncia a incompletude da mãe” (p. 31). Trata-se de uma relação conflituosa, pois ambos se anulam como sujeitos desejantes, deparando-se com suas castrações. O sintoma aparece como solução e a criança torna-se o “representante do sintoma familiar” (p. 31). Para as autoras:

A criança, que vem como a parte materializada ou atuante do discurso do Outro, deve ser escutada e devolvida ao seu próprio discurso; ela representa o que não consegue simbolizar, permanecendo unida a um discurso imaginário (1994, p. 31).

³⁴ Sujeito desejante, sujeito da pulsão, sujeito do inconsciente aqui tomamos como similares.

No trabalho de análise, busca-se reorientar a posição materna em relação ao seu próprio desejo, reformulando assim a posição da criança, libertando-a do lugar de objeto (p. 32), porém isso só acontece se a função paterna tiver operada.

Wanjtal (2004) contribui com as exposições apresentadas até aqui dizendo que, para o bebê, nenhuma fuga é eficaz contra os estímulos pulsionais. O recém-nascido depende do outro para apaziguar ou diminuir a intensidade dessa estimulação, ele não consegue executar a *ação específica* necessária para organizar-se psiquicamente. O sujeito terá de sonhar com um outro antes mesmo de sua constituição.

Segundo Lacan ([1955/1956] citado em Jerusalinsky, 1984), a criança se interessa por vários objetos antes de passar pelo estágio do espelho e este interesse “está orientado pelo desejo materno, que recorta o mundo em concordância com o discurso do qual é mediadora” (p. 11). Para ele, o olhar materno “ pode ser chamado de função no sentido descritivo do papel que lhe cabe como primeiro objeto que se oferece a ser simbolizado” (p. 12) e finaliza dizendo que “além do que o sujeito demanda, além do que o outro demanda ao sujeito, está o que o outro (a mãe) deseja” (p. 12).

Entendendo melhor a importância do estatuto do Outro na constituição do sujeito, vamos agora tentar trazer descrições sobre essas observações para o entendimento da Psicanálise a respeito do que acontece na criança autista, na tentativa de fundamentar o retorno das contribuições posteriores sobre transferência e uso de objetos no tratamento.

Corpo pulsional e estatuto do Outro no autismo e suas implicações no tratamento: Lacan e releituras contemporâneas

Como se dá o circuito pulsional, ou a circulação pulsional, na criança autista? O circuito pulsional da criança passa pelos circuitos de seus pais/pares? É possível conceber a ideia de um circuito próprio? Como se dá a manifestação pulsional em crianças que não se utilizam da fala? Elas apresentam linguagem ou estão aquém dela?

O seguinte trecho da música *O vento* de Toquinho e Vinícius de Moraes (1981, álbum *Arca de Noé 2*) parece ilustrar os posicionamentos sobre a especificidade da clínica com a criança chamada autista e a questão do corpo que aqui se coloca: “Estou vivo mas não tenho corpo, por isso é que eu não tenho forma”. Vivo mas sem corpo? Ou corpo pulsional sem borda, sem limite, sem captura significativa?

Em sua pesquisa de mestrado, Pimenta (2003) nos traz que, especificamente, sobre o autismo podemos encontrar duas referências feitas por Lacan em seu ensino: no *Discurso de encerramento das jornadas sobre psicose infantil* em 1967 e na *Conferência em Genebra sobre o sintoma* em 1975.

No primeiro momento, Lacan retoma a apresentação feita pelo psicanalista Sami-Ali em um colóquio organizado pela psicanalista Maud Mannoni, em que ele fazia referência à Teoria dos Objetos Transicionais (elaborada pelo psicanalista Winnicott) e o componente não verbal encontrado na gênese do verbo, colocando a palavra como um objeto transicional. Sami-Ali apresenta um caso clínico colocando o mutismo apresentado pela criança como “uma consagração da ruptura com o objeto primordial, a mãe, sinônimo do mundo exterior” (Sami-Ali, 1971, p. 88 citado em Pimenta, 2003, p. 99). Lacan critica “a crença de uma harmonia inicial entre criança e mãe” (p. 100) colocada por Ali objetando a noção de corpo apresentada, dizendo que “o corpo da criança é o que responde ao objeto *a*” (p. 100). Sobre o objeto transicional, Lacan observa sua importância no fato da criança ter servido, ou não, de objeto transicional para sua mãe.

No segundo momento, na Conferência em Genebra, Lacan responde a uma pergunta de um ouvinte, pergunta essa motivada pela consideração feita anteriormente por Lacan de que “é a mãe quem fala à criança e que é necessário também que a criança a escute” (1953 citado em Pimenta 2003, p. 102). Dr. Cramer pergunta se os autistas não estariam privados desta escuta. Ao que Lacan responde “os autistas escutam muitas coisas, (...) mas não escutam o que os outros têm a lhes falar quando se ocupam deles” (1953 citado em Pimenta 2003, p. 103). Recomenda que seja preciso entender onde escutaram o que articularam, afirmando que os autistas articulam muitas coisas, mas

há algo que paralisa. Ao final diz que os autistas são “personagens bastante verbosos”, apesar da dificuldade de entendimento por parte dos outros.

Os autores pós-lacanianos que sustentam de alguma forma a teoria lacaniana trabalham com concepções diversas sobre o corpo da criança autista.

Pensando a clínica do autismo, Lasnik (2004) questiona a suposição lacaniana de que o sujeito da pulsão não existe antes do terceiro tempo do circuito pulsional. Em *Por uma teoria lacaniana das pulsões* (Lasnik, 2004), a autora apresenta de maneira clara sua posição com relação ao que acontece com a criança autista. Elabora a hipótese de “fracasso da instalação do circuito pulsional” (p. 90) em alguns casos de autismo, descartando a possibilidade de argumentarmos que onde há ser vivo há pulsão em funcionamento. Entende que no tocante a fonte pulsional, as zonas erógenas nas crianças autistas “não fazem borda por não terem sido tomadas num circuito pulsional” (p. 83) num investimento libidinal pelo Outro.

Em outro texto a mesma autora diz:

As crianças autistas, na impossibilidade em que se acham de constituir uma relação qualquer com um semelhante – nem que seja da alienação – situam-se necessariamente num tempo lógico anterior à constituição do estágio do espelho. O estudo deste tempo lógico deve tornar possível articular de maneira interessante o papel de um agente Real no ato Simbólico que permite a constituição da imagem especular enquanto tal (Lasnik-Penot, 1991, p. 9).

Sustentando a ideia de não “instauração da relação especular”, Lasnik defende como consequência possível no caso do autismo “a não instauração da relação simbólica fundamental” por uma “falha fundamental da própria presença original do Outro, tendo como consequência a impossibilidade da instauração do tempo constitutivo do imaginário, e então do eu” (Lasnik-Penot, 1991, p. 32-33).

Na mesma direção de Lasnik, Nascimento (2001) complementa dizendo que no autismo podemos pensar em:

Fracasso da especularização e em não-organização da imagem do corpo próprio, construção necessária e operada pelo reconhecimento do Outro primordial, que, pelo olhar, cria e antecipa a imagem totalizante que deverá ser capturada com júbilo pelo bebê. Se não há passagem pelo espelho, fracassa a dimensão imaginária que lançaria as coordenadas da constituição subjetiva. O que resta, então, é puro organismo (2001, p. 58).

Para Stefan (1991), no autismo não há corpo da pulsão, mas o corpo da alimentação, dos excrementos, da sobrevivência. De maneira mais radical, Pimenta (2003) diz que a criança autista apresenta “inexistência da noção de corpo” (p. 16). Na mesma direção nos aponta Vorcaro (1999), dizendo que a criança autista:

É, ...ou puro ser vivo, organismo, ou pura máquina significante. Suas aquisições são reflexas, na medida em que, na maquinação significante em que se faz ventríloca, nada diz respeito ao funcionamento do corpo tomado pelo significante e, em suas funções orgânicas, nada diz respeito ao funcionamento significante (1999, p. 34-35).

Retornando à Pimenta (2003), que repensa o autismo para a Psicanálise, vemos que:

A falta de constituição da imagem real da criança, matriz de sua imagem especular, ocasionada pela ausência do Ideal-do-eu, ponto do sujeito no desejo materno, é o cerne do autismo. Sua problemática localiza-se, logicamente, nos primórdios do primeiro tempo do Édipo e tem como consequência a não-alienação da criança nos significantes do Outro. Esse contexto estrutural é o que provoca o 'desencadeamento' tão precoce do autismo (ou seja, desde sempre) (2003, p. 90).

Aproximando as implicações destas proposições lacanianas ao tratamento do autismo, vemos com Ribeiro (2005) que o estatuto do Outro é “questão preliminar a todo tratamento possível das crianças autistas” (p. 20), pois é no Outro que estão as coordenadas simbólicas que direcionam e possibilitam o surgimento do sujeito. Segundo essa autora, “se tomarmos aqui o Outro como lugar da linguagem, não podemos dizer que estas crianças, pelo fato de muitas vezes não falarem, estejam fixadas num período pré-verbal do desenvolvimento” (p. 30 e 31) como parecem sugerir outras abordagens. Ela trabalha com a hipótese de que “o testemunho do Outro na constituição do sujeito não se alicerça na pessoa da mãe ou do pai que fala à criança, mas num olhar fundado pela linguagem, pelo simbólico” (p. 24).

A título de complementação, a reflexão é interessante para a observação de Nominé (2001) sobre a clínica do autismo, quando percebe a necessidade de abordar o Outro, acrescentando-lhe um qualitativo como viu em diversos trabalhos na área de psicanálise, como Outro primordial, Outro real ou Outro não furado. Ele traz uma contribuição importante a partir destas qualificações de Outro, dizendo que “o autista é presa do simbólico, presa da linguagem, mas não presa do Outro” (2001, p. 13).

Segundo Jerusalinsky (2010), é necessário se deixar arrastar por uma transferência que ataca qualquer tentativa de intromissão do outro e se opõe a qualquer tipo de descontinuidade. Concordo com ele quando diz que se trata de uma experiência clínica que nos arranca radicalmente do campo do significante.

De acordo com Kupfer (2010), para o autista há um primeiro significante engendrado no campo do Outro, porém não seguem outros significantes que gerariam combinações e substituições de significantes, o que seria típico do funcionamento da linguagem. Dessa forma, a presença do outro se torna sígnica, pois não há outro recortado ou simbolizado e sim absoluto. As variações no campo do outro então são tidas como ameaças e a criança autista reage com evitação a elas.

Fernandes L. R. (2000) traz uma questão intrigante: qualquer Outro real pode dar lugar ao acesso simbólico, à tomada da criança na linguagem? Ao parti da experiência com a criança autista, esta autora trabalha a constituição do sujeito por meio do conceito de *Outro primordial*, aquele que apresenta o que chamou de *o olhar do engano*, definido como objeto-causa de desejo, introduzindo uma falta no campo do Outro, abrindo possibilidades de significação e de advento do sujeito. Para autora, o Outro tem uma *dimensão criativa primordial* o que estaria longe de uma dimensão ideal, como causa única do sujeito advir.

Trabalhando o conceito de *transferência* em seus atendimentos em psicomotricidade a criança autista, Yañez diz:

Quando a criança não pode se captar no olhar do Outro, perde a possibilidade de ter referências identificatórias e tem dificuldades para estabelecer uma relação imaginária. O olhar do Outro é que lhe devolve a imagem do que ela é (1990, p. 52).

Agora, é o momento propício para introduzir o conceito de transferência e a sua releitura por terapeutas ocupacionais, de maneira breve e enredando a concepção de estatuto do Outro.

O conceito de transferência e releituras iniciadas em Terapia Ocupacional

Diante das exposições relativas ao outro e ao Outro, indago qual seria o lugar suposto que o terapeuta ocupacional tem se colocado diante do reconhecimento da transferência (se é que ela é reconhecida e que se tenha que tomar um lugar)? Se há transferência na clínica com a criança autista há um lugar específico a se ocupar? Ficaré no lugar de Outro, de outro?

Buscando maior clareza deste conceito fundamental da psicanálise, traz-se notas a respeito do texto freudiano *A dinâmica da transferência* (Freud, 1912). Segundo Freud, o indivíduo tem uma maneira própria de conduzir sua sexualidade, ou “vida erótica”, que se formou a partir de suas próprias disposições e das primeiras experiências sofridas. Apenas uma parte dos “impulsos que determinam o curso da vida erótica” (p. 134) se dirige para a realidade, outra aparece na forma de fantasia e outra “totalmente inconsciente”. Na aproximação com o outro, se a necessidade de amar não foi satisfeita, a tendência é a repetição de uma maneira específica de aproximar, com “ideias libidinais antecipadas”. E estas ideias, quando dirigidas ao psicanalista, estão incluídas em séries psíquicas realizadas pelo paciente e são provenientes de ideias conscientes e inconscientes. “Na análise, a transferência surge como a resistência mais poderosa ao tratamento, enquanto que, fora dela, deve ser encarada como veículo de cura e condição de sucesso” (p. 135). Freud neste texto diz que a transferência é “necessariamente ocasionada durante o tratamento psicanalítico” (p. 133) e a seguir afirma que

não é fato que a transferência surja com maior intensidade e ausência de coibição durante a psicanálise que fora dela. Nas instituições em que os doentes dos nervos são tratados de modo não analítico, podemos observar que a transferência ocorre com mais intensidade e sob as formas mais indignas, chegando a nada menos que servidão mental e, ademais, apresentando o mais claro colorido erótico (p. 136).

Estas colocações nos remetem a pensar o manejo da transferência por outros profissionais, inclusive os terapeutas ocupacionais. Segundo Freud, ao tratamento analítico, o analista passa a “rastrear a libido”, na tentativa de “torná-la acessível à consciência”. Esse trabalho pode, contraditoriamente, levar ao surgimento de resistências oriundas das próprias forças que fizeram a

libido regredir. O psicanalista parece também ir atrás do manejo destas resistências; para ele “cada associação isolada, cada ato da pessoa em tratamento tem de levar em conta a resistência e representa uma conciliação entre as forças que estão lutando no sentido do restabelecimento e as que se lhe opõem” (Freud, 1912, p. 138).

Em *A Pulsão parcial e seu circuito*, Lacan (1964) coloca que:

A transferência é aquilo que manifesta na experiência da atualização da realidade do inconsciente, no que ela é sexualidade (...) a sexualidade está presente em ação na transferência (...) em certos momentos ela se manifesta a descoberto em forma de amor (p. 171/172).

Devido à pequena produção em Terapia Ocupacional que trata especificamente da relação³⁵ estabelecida entre o terapeuta ocupacional e a criança dita autista, resolveu-se apresentar as releituras do conceito de transferência realizadas em trabalhos de terapeutas ocupacionais que já avançaram a reflexão em suas práticas, não especificamente com a criança autista, mas que trazem contribuições importantes. São elas S. R. Fernandes e, mais uma vez, Jô Benetton.

S. R. Fernandes (2006) traz claramente a relevância do conceito psicanalítico em seu artigo intitulado “A transferência e a construção de um fazer criativo” para pensar a relação estabelecida na clínica da Terapia Ocupacional. Defende a ideia de que a transferência pode ser importante operador em outras práticas clínicas além da Psicanálise. Para tanto, retoma o conceito na Teoria Psicanalítica de Freud e Lacan e reflete sobre a função e a especificidade da transferência em Terapia Ocupacional e discute sua pertinência e seu manejo, apontando “como ele pode ser desenvolvido no contexto singular de um tratamento em que o uso de atividades é fator diferencial” (p. 123), entendendo a atividade então em um lugar privilegiado.

Antes de iniciar suas reflexões a autora diz que:

A transferência foi inicialmente abordada e conceituada pela psicanálise, porém não se restringe ao tratamento psicanalítico estrito senso. Ela aparece na relação com o outro (...) sempre que alguém deposita certo saber em um outro e espera algo deste (p. 126).

Baseada na noção introduzida por Lacan de *sujeito suposto saber*³⁶, a autora defende que o processo terapêutico é sustentado pela transferência e acontece “se o terapeuta puder sustentar este lugar

³⁵ Talvez seja melhor utilizar o termo interação.

³⁶ Ler mais em Lacan ([1964]1998, p. 224-236).

ilusório” (p. 125), mas tomando cuidado para não se fixar nele. Acentua que a transferência deve ser aceita pelo terapeuta como inerente à terapia e não algo particular.

A autora aponta dois equívocos que fundamentam a ideia de que a transferência na Terapia Ocupacional não acontece como na Psicanálise. O primeiro é considerar a transferência como um fenômeno que depende do tipo de terapia. O segundo seria pautado na suposição de uma “concepção específica de psicanálise” (p. 126) e o manejo de transferência lhe sendo exclusivo. S. R. Fernandes (2006) acredita que não há somente a Psicanálise e sim várias abordagens que decorrem da mesma a partir de uma ambiguidade freudiana. Estas diferenças direcionam a duas posições: a linha que busca resgatar o objeto perdido e a que busca construir um novo objeto. A transferência se caracterizará de maneira diversa dependendo da posição do terapeuta, ou de sua escolha ética. A autora localiza as intervenções da Terapia Ocupacional na segunda linha que vê o fenômeno transferencial como ferramenta.

Segundo a autora, “se não se atribui algum saber ao terapeuta, de nada adianta a sua palavra ou ato” (2006, p. 126). O saber que estaria em jogo na transferência seria “o saber sobre o fazer atividade, sobre o fazer do cotidiano, sobre si” (2006, p. 127), se diferenciando da especificidade da Psicanálise, que seria o saber sobre o sujeito do inconsciente, porém aproximando suas intervenções.

Na terapia ocupacional, as atividades criadas também fazem parte de uma sintaxe construída, modelada, costurada. Cabe ao terapeuta ocupacional sustentar a posição de que as atividades construídas tem um sentido, entrelaçam-se num discurso e são, assim, criações significantes. Este é o saber do terapeuta, ou seja, de que nada é feito em vão e que na terapia ocupacional a história é construída em ato, no próprio fazer cotidiano (S. R. Fernandes, 2006, p. 127).

A autora conclui que a ação promovida pelo terapeuta ocupacional proporciona, “pelo processo de fazer e pelos sentidos que a ação adquiri *a posteriori*” (p. 127), o “saber fazer” do sujeito. Segundo ela, é a transferência que sustenta a construção desse fazer criativo pelo sujeito autor.

Sob outra ótica, Benetton (2006) diz ser necessário que o terapeuta ocupacional saiba fazer a atividade que é proposta ao paciente, pois só assim é possível “conhecer a dinâmica própria do

processo de realização de uma dada atividade” (p. 51). Como vimos anteriormente, em sua tese de doutorado, Jô desenvolve o que chamou de *relação triádica*, esta estabelecida entre paciente-terapeuta-atividade e “subsidiada pelo campo transferencial” (Benetton, 1994, p. 76), justificativa que se faz devido ao fato de reconhecer o que chamou de componente psicoterápico da Terapia Ocupacional; porém, não acredita “que exista uma posição psicanalítica sobre a transferência que possa ser simplesmente transferida para a posição da terapia ocupacional” (p. 76), marcando a necessidade de diferença de posicionamento com relação a ela. Segundo a autora, a ênfase dada pelo terapeuta ocupacional tanto na realidade externa quanto na realidade interna é o que o diferencia do analista.

Benetton, de um lado, aproxima a relação professor-aluno à relação terapeuta ocupacional-paciente, quando diz que ambas “buscam objetivar um desenvolvimento psicoeducacional” (p. 78), de outro lado aponta a diferença entre elas quando diz que o terapeuta busca o aprimoramento emocional em suas práticas. Nesse sentido, o terapeuta busca e cria terreno propício para o surgimento da transferência:

São as manifestações transferenciais positivas, nascidas de uma aliança provida pelo fazer partilhado que estabelece a dependência, dependência esta necessária tanto por parte do terapeuta ocupacional como no uso do professor, porque dela decorre a produção, a construção e a criação no desenvolvimento psicoeducacional (Benetton, 1994, p. 78-79).

A autora pensa que, no momento em que a transferência se funda, o primeiro objetivo do trabalho da terapeuta ocupacional se dá ao reconhecer que esse conceito permite ver e compreender ocorrências na clínica, como quando um paciente recua e afasta-se “com o simples resvalar entre mãos que ajudam a construir algo faz” (1994, p. 79), o que permite ao terapeuta, diante deste comportamento, avanços, recuos, limites e indicações de direção do tratamento. Benetton traz a seguinte descrição sobre o papel do terapeuta ocupacional diante da transferência:

Resta, então, uma comunicação turva e surda da transferência. A atitude de espera recuada deve conter um caráter muito ativo para a terapeuta ocupacional, que é o de discriminação e retenção das informações (1994, p. 80).

Benetton trabalha com o conceito de *maternagem* de Winnicott para “referendar o agir construtor da terapeuta quando este vem impregnado de afeto e de emoções na realização de tarefas

partilhadas” (1994, p. 80); o prazer de fazer junto. Jô traz também François Perrier e sua releitura da psicanálise lacaniana para subsidiar o trabalho com o esquizofrênico.³⁷

Jô acrescenta que no campo transferencial surge o espaço para a historicidade, “uma história contada em versos, música, pintura, cerâmica, bordado, culinária e outras formas de atividades” (1994, p. 81), desenvolvendo assim as *trilhas associativas*.

Na 3ª edição do livro *Trilhas Associativas: ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional*, Jô, vendo seu “equivoco”, se apropria da dimensão da ação educativa na função terapêutica e vai além dos conceitos de transferência e maternagem como núcleo central da relação triádica dizendo:

um movimento de ação e reação é o determinante da dinâmica relacional entre os três termos da terapia ocupacional. Isto porque ao se enfatizar o fazer, o realizar atividades tem tanta relevância em terapia ocupacional e está tão impregnado da realidade externa que valorizar o interno, de pronto desqualifica essa forma vital da profissão (Benetton, 2006, p. 54).

Concluindo, a autora, baseada em sua leitura de Freud, considera o conceito de *transferência leiga* dizendo, baseada também em Winnicott, que:

Enquanto na psicanálise, a transferência é provocada, podendo ser denominada neurose da transferência, no contexto de um procedimento terapêutico-ocupacional-educacional-pedagógico, ela acaba por tornar-se um dos elementos do enredo de histórias (2006, p. 55).

Encontro agora o momento oportuno para apresentar algumas notas sobre o uso de objetos concretos na clínica com a criança autista, para, em um segundo tempo, aproximar esta discussão ao conceito de *atividade* em Terapia Ocupacional.

Notas sobre o uso dos objetos concretos na clínica

Nesta sessão, pretende-se descrever algumas elaborações realizadas por autores psicanalistas no que diz respeito ao uso de objetos na clínica com a criança autista. Achemos importante o apontamento desta discussão, pois em Terapia Ocupacional entende-se a atividade humana em seu contexto o uso de objetos, ponto fundamental para entender as intervenções colocadas.

³⁷ O autor busca o contato com o esquizofrênico na *contratransferência*, conceito que se desenrola da transferência, mas não é o caso trabalhá-lo nesse momento.

Breves noções sobre objeto e uso de objetos para a Psicanálise

É importante ter em vista que o conceito de objeto para a Psicanálise é muito amplo e não é objetivo trabalhá-lo exaustivamente, e sim, como foi feito com os outros conceitos antes citados, tentar localizar a possibilidade de interlocução com o campo da Terapia Ocupacional quando imerso na clínica do autismo.

O psicanalista Donald Winnicott (1951), baseando-se em sua observação de bebês e na maneira como estes tendem a usar partes do corpo para a satisfação dos instintos da zona erógena oral e, em um segundo momento, como estes passam a gostar de brincar com algum objeto especial, elaborou a teoria do objeto transicional. Ele introduziu os termos objetos transicionais e fenômenos transicionais para estudar a área intermediária entre “o polegar e o ursinho, entre o erotismo oral e a verdadeira relação de objeto, entre a criatividade criativa primária e a projeção do que já foi introjetado, entre o desconhecimento primário da dívida e o reconhecimento desta” (1951, p. 14). O interesse dele não estava em estudar o primeiro objeto que a criança elege, mas sim o que chamou de “primeira possessão” e na intermediação entre o subjetivo e o objetivamente percebido. Sobre o objeto transicional, Winnicott diz que, para o bebê, ele não é externo nem interno e seu destino não é internalizar nem sofrer repressão, mas perder o significado, descatexizar, a partir do momento que o bebê experimenta a ausência materna. O autor acredita que os fenômenos transicionais se espalham entre as instâncias de realidade psíquica e mundo externo.

Desenvolvendo suas reflexões, Winnicott entende o objeto com algo simbólico de um objeto parcial, tal como o seio materno, mas o que qualifica o objeto seria justamente o fato de sua realidade, o fato de ele não ser o seio em si.

Em *O destino do objeto transicional*, Winnicott ([1959]1994) traz a seguinte elaboração a respeito do objeto transicional com base na observação de bebês:

Essa maneira de enunciar o significado do objeto transicional torna necessário que empreguemos a palavra ilusão. A mãe está capacitando o bebê a ter a ilusão de que objetos da realidade externa podem ser reais para

ele, isto é, que podem ser alucinações, uma vez que são apenas estas que são sentidas como reais (p. 45).

Winnicott (1971) colocou como uma das possibilidades de análise do uso de objetos pelo bebê a questão da capacidade de criação, imaginativa, inventiva e de originar ou produzir um objeto. Para este autor, “onde o crescimento é constante, o objeto transicional é o primeiro símbolo, que é, ao mesmo tempo, tanto a alucinação quanto uma parte objetivamente percebida da realidade externa” (p. 44). Diferentemente do que pensa Tustin em relação aos objetos autísticos, o *objeto transicional* “conjuga em si um misto de 'eu' e 'não-eu” (Lucero & Vorcaro, 2011, p. 2), como as palavras do vocabulário para Dolto e Nasio:

(...) que a criança adquire para dele não mais se separar. É graças a seu vocabulário, com efeito, que ela entra na cultura, será compreendida por outros e terá constantemente uma imagem do corpo espaço-temporalizada na relação com a mãe (2008, p. 19).

Refletindo sobre o uso do objeto, Winnicott ([1968]1971) diz que a capacidade de usar um objeto é mais apurada que a capacidade de relacionar-se a objeto, pois, para ele, a relação pode ser estabelecida com um objeto subjetivo, enquanto no uso, o objeto faz parte da realidade externa.

Sob outro ponto de vista, apesar de iniciar suas elaborações com objeções ao entendimento sobre o objeto transicional de Winnicott, Lacan afirma que “a pulsão apreendendo seu objeto, aprende de algum modo que não é justamente por aí que ela se satisfaz” (1964, p. 165), ou seja, “essa boca que se abre no registro da pulsão – não é pelo alimento que ela se satisfaz, é (...) pelo prazer da boca (p. 165)”. Com estas afirmativas, dentre outras, Lacan desenvolve a noção de 'objeto *a'*, “objeto perdido” (p. 176), objeto causa do desejo, “objeto indeglutível, (...) que resta atravessado na garganta do significante” (Lacan, 1964, p. 262).

A teorização lacaniana sobre o objeto é vastíssima e extremamente cara à Psicanálise, porém, voltando o foco com base nestes fragmentos sobre objeto, é importante dizer que neste momento objetiva-se falar sobre o objeto concreto, material que está em jogo na clínica com a criança autista; mesmo que, acidentalmente, de maneira indireta possa apontar alguma referência às noções psicanalíticas.

Baseando na clínica do autismo, iniciaremos com Pimenta (2003) quando diz que há uma necessidade “quase vital da criação de um objeto autístico” (p. 16) no atendimento ao autista. Este objeto funcionaria como substituto a fálha estrutural instituída e as intervenções visariam “facilitar a criação deste objeto” (p. 16), onde atingir-se-ia, supostamente, um patamar de onde a criança não “regrediria” em suas aquisições sociais, pois haveria uma mudança estrutural em sua posição. A criança no entendimento desta autora estaria assim emergindo do autismo.

O nome *objeto autístico* nos remete à experiente psicanalista de crianças, da escola de psicanálise da linha inglesa, Francis Tustin (1990), que nomeia “objetos autistas” ou “objetos de sensações” aqueles que são experimentados pela criança autista como partes do próprio corpo, funcionando muitas vezes como um protetor às ameaças externas, “como um amuleto” (1990, p. 86) impedindo a “percepção de separação física” (1990, p. 89) e da sensação de aniquilação. É interessante como Tustin eleva estes objetos a uma categoria humanizante, ou seja, ela quase dá vida própria a estes objetos como se eles não estivessem em relação com um corpo-sujeito. A autora caracteriza-os como estáticos, duros, sem fantasia associada e inflexíveis, qualidades estas que dificultariam o desenvolvimento de redes associativas por parte da criança. Para Tustin, diferente do que acontece na clínica das crianças neuróticas, os objetos não representam sentimentos para a criança autista.

Se referindo ao termo atividade, Tustin diz que os objetos autistas “são o resultado de, e resultam em, círculos repetitivos de atividade que se tornam arraigados” (1990, p. 87). Muito interessante esta ideia circular repetitiva para retomar a discussão sobre a questão pulsional envolvida na clínica do autismo. Desta forma, a que atividade Tustin se refere? À atividade pulsional? As novas redes de associação não podem ser esperadas, tomando por base justamente a aparente inflexibilidade do objeto autístico?

A autora também eleva a questão da experimentação deste objeto por parte da criança autista para elaborar o “fenômeno” de sucessão e a substituição de objetos. Ou seja, os objetos, mesmos diferentes, são experimentados como sendo os mesmos, pois para a autora “um objeto autista é

primariamente uma sensação” (1990, p. 89). Com relação à resposta que as crianças autistas tem frente a estes objetos, Tustin diz que se trata de uma resposta “à base de contornos e perfis: significado e função não são levados em consideração” (1990, p. 87) e segue dizendo que:

(...) nas crianças autistas as modalidades sensoriais não são sempre claramente diferenciadas umas das outras. Assim, a visão e a audição são frequentemente experimentadas pela criança de forma tátil, como sendo *tocada* pelo objeto. Palavras escritas que tem aproximadamente o mesmo formato são sentidas como sendo as mesmas. Isto se aplica também a objetos, quadros e sons. Isto leva ao que o observador designa como a natureza concreta da experiência da criança autista (Tustin, 1990, p. 88).

Lucero e Vorcaro (2011) sustentam a hipótese de que:

A criança autista não se confunde quanto à origem de seu objeto: trata-se de um objeto real do mundo externo, mas que não foi investido libidinalmente por outro ser humano. O autista está inserido na cultura, no campo Simbólico, mas vive a experiência de satisfação de forma não pulsional. O objeto que ela encontra não vem de um Outro, mas deve ser buscado em seu próprio corpo ou em objetos quaisquer pertencentes ao mundo externo (2011, p. 5).

Para Eric Laurente (2007, citado em Lucero & Vorcaro, 2011,) no autismo trata-se mais do que “um objeto fora-do-corpo”, mas sempre da “produção de uma montagem do corpo” (p. 6). O objeto seria uma tentativa de aproximar-se do Outro linguageiro, uma tentativa de se localizar.

O psicanalista Jerusalinsky (1984) incita a uma discussão sobre o uso de objetos na clínica com a criança autista fazendo a seguinte leitura:

A operação a nível do objeto real torna-se o ponto de partida obrigatório de qualquer tentativa de ascender ao Simbólico. Isto pareceria indicar que a redução da criança a nível do puro Real é muito mais radical no autismo do que nas outras psicoses infantis (p. 19).

Uso de objetos em Terapia Ocupacional: a atividade, a ação e o fazer em questão

Para Benetton (2006) e Fernandes (2006), os procedimentos da Terapia Ocupacional são dimensionados pelo uso de atividades e isto é fator diferencial na prática clínica. Na Terapia Ocupacional, as atividades são entendidas como a apresentação de materiais concretos (objetos concretos) a serem experimentados, transformados ou não pela criança. Para a Terapia Ocupacional influenciada pela psicodinâmica entende-se que “a realização de atividades terapêuticas permite a expressão de emoções bem como possibilita um conhecimento do indivíduo em termos de sua história que muitas vezes não podem ser verbalizados por ele” (Castro e Silva 1990 citado em Matsukura, 1997, p. 31).

Outras elaborações realizadas por Barros, Ghirard e Lopes (2002) sobre o termo *atividade* em Terapia Ocupacional também contribuem com a reflexão sobre o uso de objetos. Estas autoras trazem construções baseadas na perspectiva sociológica e no conceito de atividades na área denominada “Terapia Ocupacional social”. São práticas marcadas pela lógica territorial a partir da ideia de desinstitucionalização, o que nos faz reportar ao campo institucional, campo desta dissertação³⁸:

As atividades são compreendidas no interior de processos reais de vida. Elas são pensadas singularmente para cada pessoa, para cada situação, mas sempre referidas à história grupal, à classe social e ao universo simbólico. Abandona-se, assim, o pressuposto de que existam atividades cujas características abstratas possam ser estudadas separadamente e prescritas segundo grupos de patologias, sintomas ou situações hipotéticas (, 2002, p. 100).

Apesar de Benetton (2006) também entender as atividades como constituintes do universo cultural humano, defendendo o uso variado destas durante a Terapia Ocupacional, afirma que “o que configura o caráter da Terapia Ocupacional é a aplicação delas em condições e situações determinadas” (p. 24), assim, caracteriza a Terapia Ocupacional baseada no modelo médico como aquela que escolhe atividades em função dos sintomas das doenças perdendo de vista possíveis escolhas subjetivas de atividades específicas. Aproximando do que chamou dimensão inconsciente, Benetton faz a seguinte afirmativa em relação ao conceito atividades:

As atividades absorvem da psicologia a dimensão inconsciente, mas tornam-se um conceito permeado de historicidade, nutrido pela dimensão sócio-política e cultural enquanto instrumento para a emancipação. Um conceito inacabado, indicial; universal por ser trans-situacional, que tem significados distintos em cada situação particular e só ganha sentido no contexto de intercâmbio e das práticas em que se realiza. A atividade torna-se situada e significante na imbricação de um caleidoscópio de interpretações: ela é percebida, vivida e interpretada por cada um de seus atores (a pessoa, o terapeuta ocupacional, o grupo mediato, a cultura e os valores buscados) e é modificada pelo intento de transformação presente nos objetivos do programa em que se inscreve. As atividades possuem matéria irredutível que se empresta à significação, mas que impõe condição para sua atuação e define limites para a interpretação (2006, p. 102).

Para Fernandes (2006), as atividades não são dissociadas do discurso verbal do paciente, mais do que isso, se remetem à história vivida em ato pelo sujeito. Para ela, os objetos concretos em Terapia Ocupacional não estão em oposição com as construções psíquicas, são internas e externas ao mesmo tempo. Estou de acordo com sua visão de que o sujeito “se constitui na ação, no fazer, no

³⁸ No próximo Ato será apresentado o campo para refletir sobre as questões institucionais que atravessam a clínica que exerço.

falar, no processo... num artesanato constante, pois o inconsciente não é uma região obscura, ele é construído em ato, no fazer da vida” (p. 127).

Relendo a proposta de Fidler, Tedesco (2007) destaca a *ação* em Terapia Ocupacional como conceito intimamente ligado ao conceito de atividade, entendendo a ação como um processo implícito da relação triádica e “agente catalisador ou desencadeador de estímulos intrapsíquicos” (p. 158). Fidler trabalha com o conceito de dinâmica do fazer onde a atividade é entendida como objeto. No desenvolvimento de seu trabalho, Fidler define objeto em Terapia Ocupacional como “materiais da vida cotidiana que todos têm que manejar, compreender e utilizar” (Tedesco, 2007, p. 158). Tedesco recomenda que os estudos que compreendem as atividade como mediação e intermediação devem ser avançados.

Ressalta-se que o processo de constituição do sujeito em Psicanálise está diretamente relacionado com os conceitos trabalhados neste Ato. No próximo serão apresentadas outras contribuições a respeito do conceito de sujeito para a Psicanálise, após discutir a particularidade do trabalho institucional e a questão da negociação do diagnóstico.

TERCEIRO ATO: A PARTICULARIDADE DO TRABALHO INSTITUCIONAL

Antes de iniciar a fundamentação teórica que sustenta as reflexões sobre o trabalho realizado em equipe com a criança autista em uma instituição, apresento-lhes breve relato de onde extraio as indagações contidas nesta dissertação.

Como diz Vorcaro (1999), apresentar uma instituição é tarefa difícil, pois “falar de uma instituição sugere a possibilidade de falar em nome de seus membros, supondo um discurso que os represente” (p. 105) e que seja acessível ao público. No caso da instituição que desenvolvo o meu trabalho, o Centro de Orientação Médico Psicopedagógica (COMPP), assim como na instituição que Vorcaro desenvolveu seu trabalho, a diversidade teórica e clínica dos profissionais é muito grande, tornando essa apresentação ainda mais dificultada.

O COMPP é um órgão da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, localizado no Plano Piloto, Brasília, foi criado em outubro de 1969³⁹ para atendimento a crianças com dificuldades escolares e emocionais. Com o crescimento da cidade, a clientela se modificou tomando uma dimensão de complexidade que fez com que o primeiro, e até hoje o único⁴⁰, Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência (CAPSi) fosse credenciado pelo Ministério da Saúde (MS), em 1998, em suas dependências.

Buscando oferecer um trabalho de melhor qualidade diante da imensa demanda dirigida à instituição, a equipe do CAPSi se dividiu em três. Temos hoje a equipe chamada Capinho, que atende crianças de 0 a 8 anos, a equipe Travessia, que atende crianças de 9 a 13 anos, e a equipe Caps Adolescente, que atende adolescentes de 14 a 21 anos. Apesar desta divisão parecer equivocada devido ao critério utilizado: faixa etária e definição de criança e adolescente, ela se faz necessária institucionalmente e sustenta modos diferentes de funcionamento das equipes, nos trazendo a riqueza de pensar a clínica tendo em vista esta particularidade.

³⁹ Nove anos após a inauguração de Brasília (1960).

⁴⁰ Esta palavra único foi destacada para fazer jus a um discurso que a equipe sustenta a fim de mostrar sua indignação com a tamanha demanda reprimida da instituição. Não é objetivo desta dissertação aprofundar nas questões político-clínicas que compõem o cenário da instituição. Para ler mais sobre o movimento conhecido como Reforma Psiquiátrica e o que seria o CAPSi, *vide* a Lei nº 1.0216 e Portaria nº 336/2002 do MS.

Faço parte da Equipe Capinho, responsável pelas crianças menores, em que maioria delas tem diagnóstico médico de Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), abrangendo o autismo de acordo com o CID-10 e DSM-IV⁴¹. Nossa equipe conta atualmente com os profissionais das seguintes áreas: assistência social, fonoaudiologia, pedagogia, educação física, psicologia, psiquiatria, neurologia, Terapia Ocupacional, nutrição e enfermagem.

A criança que chega aos nossos cuidados inicia a seguinte trilha institucional: Acolhimento Geral do COMPP em que uma equipe com dois profissionais de especialidades diferentes exploram a queixa familiar. Se há suspeita de ser um *caso* para a equipe do Capinho, segue para a nossa porta de entrada: uma avaliação médica com a psiquiatra ou com a neurologista vai depender se a criança já passou por uma dessas avaliações externamente ou do número de vagas disponíveis de cada profissional. Desta avaliação é levada para a equipe, tão logo quanto possível, no Estudo de Caso, que acontece na nossa reunião semanal. Neste encontro, a criança é falada pela médica que a acolheu inicialmente, por meio de sua anamnese e, em seguida, são realizados os encaminhamentos para outras especialidades que se fizerem necessárias ao caso. Frequentemente, as crianças seguem para o Grupo Interventivo Psicológico (GIP) que consiste em seis encontros com a criança e seus responsáveis – a proposta primária é trabalhar a elaboração do(s) diagnóstico(s). A seguir, tendo como base as avaliações complementares e/ou do GIP, o caso segue novamente para a equipe no estudo de caso.

Após a fase diagnóstica e interventiva, traçamos o esboço do plano terapêutico da criança, fazendo uma proposta de atendimento nos dispositivos que oferecemos e/ou articulando a rede de assistência externa. Seu caso será classificado de acordo com a gravidade e será inscrito em uma lista de espera, aguardando a convocação quando surgirem as vagas.

Na fase terapêutica propriamente dita, trabalhamos atualmente com o Grupo Terapêutico Interdisciplinar (GTI); neste dois profissionais de especialidades diferentes atendem em uma sala a

⁴¹ Classificação Internacional de Doenças e Diagnóstico de Saúde Mental respectivamente.

um *agrupamento*⁴² de no máximo cinco crianças e, simultaneamente, em outra sala, seus pais e/ou responsáveis participam do Grupo de Pais, que poderá ser coordenado por assistente social, psicóloga, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem ou psiquiatra, dependendo do dia. Desta maneira, cada encontro com os pais terá uma proposta de trabalho diferente. Os GTIs matutinos, dos quais faço parte, trabalham no formato de dupla de terapeuta e coterapeuta, sendo as psicólogas geralmente as responsáveis pela coordenação da sessão.

A psicologia, a fonoaudiologia, o serviço social e a Terapia Ocupacional também oferecem atendimentos individuais para aqueles casos mais difíceis de aderirem à proposta do Grupo Terapêutico Interdisciplinar.

O fato de compormos uma equipe de trabalho que se propõe a perpetuar o que é um CAPSi, nos autoriza a apropriarmos do discurso da abordagem psicossocial que a política de saúde mental nacional atual propõe, supostamente transformando todos nós em potenciais *operadores de saúde mental* e as crianças e seus familiares em *usuários* dos dispositivos institucionais. Porém, devido à diversidade cultural dos diferentes colegas de equipe, tentamos distanciar dos saberes prontos das diversas especialidades e das diretrizes da política vigente, não com a intenção de não os seguir, mas tentando construir, desse modo, uma maneira peculiar, artesanalmente inventada, do atendimento institucional a esta criança dita autista. O exercício da clínica é diário, cotidiano, de desconstrução das especialidades e de direção à construção da subjetividade da criança, considerando, também, a subjetividade de cada um da equipe.

Foi a psicanalista Maud Mannoni quem trouxe, em 1969, as primeiras experiências com o tratamento institucional das psicoses infantis, baseando-se em sua experiência na instituição francesa chamada Bonneiul. Este trabalho tornou-se precursor de outras práticas e é baseado na concepção lacaniana do estatuto do Outro.

Na França, em 1992, Jacques Alain Miller chamou este trabalho de “*pratique à plusieurs*”, fazendo referência ao trabalho, entre vários outros, de orientação psicanalítica, que vinha sendo

⁴² Prefiro chamar agrupamento a grupo.

desenvolvido em instituições de atendimento a crianças com grave sofrimento psíquico. A instituição belga Le Courtil é um dos exemplos de adesão à esta proposta. Silva (2006) descreve quatro condições para esta prática: a primeira é que o profissional “deve” despir-se de sua especialidade a partir de sua própria posição subjetiva; a segunda é a instalação das reuniões de equipe onde a criança é falada e onde a equipe constrói um saber coletivo; a terceira é a presença do diretor terapêutico “para validar ou não o axioma de Lacan que diz que a criança está dentro da linguagem mas fora do discurso” (p. 421); e a quarta condição é a referência teórico-clínica baseada em Freud e Lacan.

Discorrendo sobre as instituições educacionais para crianças autistas, Maleval (2009) acredita que, diante das diversas abordagens de trabalho propostas, a alternativa de tratamento mais apropriada seria procurar aquelas que são “advertidas de seu funcionamento subjetivo e organizadas em função deste” (2009, p. 4), diferente daquelas pautadas no binário recompensa-punição, no princípio da disciplina ou da devoção sem limites. Assim, também se refere à “variante da psicanálise aplicada” a *pratique à plusieurs* de Miller, entendendo que para sua operação:

Seja preservado um vazio central de saber, a fim de que a teoria da clínica não seja estancada e que a singularidade de cada criança possa contestá-la. Nesses lugares, as invenções do sujeito são acolhidas sem que sejam submetidas ao *standart* de um suposto conhecimento das etapas de um desenvolvimento típico (2009, p. 4).

Também discorrendo sobre o trabalho institucional de base psicanalítica que considera o estatuto do Outro em suas práticas, Kupfer (2010) demarca dois pressupostos que alguns psicanalistas utilizam no diagnóstico estrutural e no tratamento de crianças: no autismo haveria falta do Outro e na psicose haveria excesso do Outro. De acordo com a autora, Tratamento do Outro foi a expressão criada por Alfredo Zenoni, em 1991, para a prática institucional em que “a orientação psicanalítica da instituição resume-se a presença de um psicanalista exercendo a psicanálise sobre a criança” (1991, p. 158); tratar o Outro seria separá-lo, barrá-lo.⁴³ O tratamento do Outro instituído delimita um campo por meio da intervenção da equipe perpassando os diferentes profissionais envolvidos, incentivando a parceria entre a construção clínica e a subjetividade da criança. A aposta da autora é de que esse tratamento oferece à criança a possibilidade de reinvenção de seu Outro, possibilitando a formação de laços sociais.

⁴³ Apesar de que a autora pondera sobre a questão diagnóstica na clínica com crianças autistas e psicóticas, em que, dependendo do pressuposto teórico, também na psicose infantil este seria o tratamento dado ao Outro.

O olhar oblíquo e o lugar da equipe

Apresentando dispositivos criados para tratar do Outro, como as Oficinas de Portas Abertas desenvolvidas na instituição Lugar de Vida, Kupfer (2010) se refere à ideia de *olhar oblíquo* na clínica com crianças autistas; aquele olhar que “tenta reconhecer e fisgar o desejo da criança, não pela demanda direta ou imperativa do olhar ou da voz do Outro, mas buscando apresentar para a criança” (2010, p. 163) diferentes representações do Outro na cultura. Esta observação coincide com a recomendação de Strauss de que “não devemos dar mostras a um autista de que estamos nos ocupando dele (...) já que para aquela criança, o inaceitável é que a iniciativa venha do Outro”, (Strauss, 1993 citado em Kupfer, 2010) de forma intrusiva e devastadora.

Uma observação clínica de Ribeiro (2005) contribui com a referência ao outro e a direção do olhar e dos olhares no tratamento desta criança:

Se estamos ocupados com alguma outra atividade, são capazes de se aproximar e nos surpreender, falando ou nos dirigindo uma demanda. Uma criança pode recusar-se a entrar na sala quando chamada, mas, se nos dirigimos a outra criança e não a ela, prontamente se levanta e nos atende (2005, p. 18).

A mesma autora e a sua equipe de trabalho constataram que, em seu aparente isolamento, “as crianças autistas não são indiferentes à presença do outro” (p. 18). Traz a contribuição de Baio e Kusniereck (1993) que têm como hipótese que as estereotípias dessas crianças podem ser consideradas uma tentativa de barrar a intrusão do Outro, contribuindo com a ideia que vimos de *Outro excessivo* colocada por Kupfer.

L. R. Fernandes (2000) introduz seu trabalho sobre o Outro na clínica com a criança autista apresentando o caso de um menino que foi atendido em uma instituição e teve uma rápida melhora após o trabalho fisioterápico que se submeteu. Atribui essa “mudança de lugar” (2000, p. 18) sofrida pela criança mais ao investimento de desejo no olhar do Outro, este encarnado na figura da fisioterapeuta e dos agentes institucionais, e menos à dimensão técnica do trabalho fisioterápico. *A posteriori*, a autora sugere que este é o momento do “nascimento simbólico” (2000, p. 19). Os avanços desta criança estavam ligados ao que o Outro poderia esperar dela. Assim, vemos que o

profissional, ou agente institucional, como a autora chama, que encarna o investimento de desejo em seu olhar dirigido à criança, pode ser qualquer um, ou melhor, de qualquer especialidade, função ou cargo. E, mais ainda, aponta que a questão do Outro é algo que vai mais além da questão técnica. Partindo deste ponto, a autora desenvolve as questões: “De que se trata neste olhar? Como ele se constitui?” Ou mais teoricamente “que olhar precipita de forma inaugural a passagem ao *infans* de uma coisa, ou de um mero organismo, a um ser com subjetividade, (...) com acesso ao universo da linguagem, possibilitando sua constituição?” (L. R. Fernandes, 2000, p. 24).

Precedendo do sentimento de insuficiência dos agentes institucionais frente às manifestações de uma criança autista e das palavras que por eles lhe eram dirigidas, como, por exemplo: “O que se bate (...) o que tem problema neurológico (...) o que não enxerga” (200, p. 18), a autora busca sustentar que o Outro tem uma dimensão criativa primordial, sem a qual o sujeito não poderia constituir, corroborando com o trabalho feito em instituições, sustentado pelos autores descritos aqui.

Sobre o fato de trabalharmos em equipe, estou de acordo com Vorcaro (1999), quando descreve quatro funções da clínica em contexto interdisciplinar: “tornar o desconhecimento formulável; criar um campo de interrogação às teorias; expor enigmas da experiência clínica; e enfrentar o ideal de interdisciplinaridade” (p. 116).

O(s) diagnóstico(s) do Outro e a suposição de sujeito: parceria possível?

Nos trabalhos encontrados em Terapia Ocupacional com relação ao atendimento à criança dita autista, vê-se que a possibilidade de tornar-se sujeito é, muitas vezes, aniquilada por uma compreensão da criança como produto da ciência ou uma compreensão que coloca na dimensão psicopedagógica o lugar do saber, encarnado, portanto, em ambas as vertentes, no saber do terapeuta sobre o da criança.

Compartilho a ideia da equipe de psicopedagogia do Centro Lydia Coriat quando diz que:

É necessário escutar além da disfunção corporal (...). Trata-se de escutar sem marcar, sem etiquetar. Deixar espaço para que os significantes circulem e abrir uma escuta em relação a eles, no espaço aberto, para que a lógica da criança se manifeste. Trata-se de poder segui-la e deduzi-la nas hipóteses implícitas no seu dizer e/ou fazer (Yañez, 1990, p. 48).

A terapeuta ocupacional Montanari (1995), referia que, em seus atendimentos à “criança especial”, procurava não se deter em patologias e diagnósticos, apesar de reconhecer a importância deles para clarear e apontar caminhos, mas não para conduzir formas de atendimento.

Atualmente, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, a CIF, publicada pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (2003)⁴⁴, tem aparecido no discurso de terapeutas ocupacionais e outros profissionais da área da saúde e parece sustentar e legitimar várias intervenções, muitas vezes esquivando da possibilidade de trabalho em direção à subjetividade. Parece vir atender a angústias relativas a onde “encaixar” a criança que atendem, como objetivar o tratamento, entre outras. Sabemos, portanto, que a aplicação prática das classificações internacionais tem ponto bastante positivo como a possibilidade de concessão de benefícios provenientes da assistência social, redução de impostos e incentivo à pesquisa, abrindo possibilidades na gestão da saúde, além de melhorar a comunicação em saúde (produção de laudos, estatísticas, articulação com convênios). Porém, a linguagem unificada e padronizada que qualquer classificação propõe não dá conta de sustentar, por si mesma, a subjetividade.

Ainda no que concerne ao diagnóstico em Terapia Ocupacional, Jô Benetton elabora o *diagnóstico situacional* baseado nos pressupostos do MTOD. Para essa autora, o fato de o paciente “não gostar” ou o “não querer fazer nada” já é o suficiente para se diagnosticar em Terapia Ocupacional, se opondo aos que “acham que ele é ou tem” algo. Segundo Ceccato (2002), a constituição do diagnóstico situacional:

É estabelecida pela análise das condições sócio-emocionais imediatas, com as quais o indivíduo se apresenta para a nossa observação, bem como seu modo de estar inserido ou não no social, o lugar que ele ocupa na família, com seus amigos, no trabalho, atividades esportivas e de lazer. Lançamos mão além disso, da composição diagnóstica – contamos com os diagnósticos psiquiátricos, psicológicos, psicanalíticos, de serviço social, de enfermagem” (p. 19).

⁴⁴ Não é objetivo deste trabalho explicar o que é a CIF e sim apontá-la neste contexto de diagnósticos. Podemos ver mais sobre a CIF em trabalhos como o de Buchala (2003), Farias e Buchala (2005), Drumond (2006), Sampaio e outros (2007) e Guerzoni e outros (2008).

Trazendo o ponto de vista da Psicanálise, Vorcaro (2011) diz que, no caso da criança autista, “a atenção psiquiátrica encontrou, no recurso diagnóstico, o meio privilegiado para definir a condição de criança que, a despeito de uma condição orgânica suficiente, denunciava um mal-estar” (p. 220). Dessa maneira, a autora nos conforta historicizando a necessidade de utilização deste recurso na clínica.

Concordo com a dicotomia existente em relação aos diagnósticos médico e psicanalítico apresentada por Pimenta (2003) de que podemos localizar os trabalhos dos terapeutas ocupacionais do lado do que a autora chamou de “Discurso da Ciência”, onde se localiza o discurso médico. Entretanto, trazer como contraponto o outro discurso, o psicanalítico e a sua suposição de sujeito, parece necessário para pensarmos o deslocamento deste lugar, mas não de um polo a outro na dicotomia, mas um avanço que possa ter repercussões na clínica da Terapia Ocupacional.

Trazemos a construção sobre o sujeito elaborada por Besser (1996), baseada no referencial lacaniano, para repensarmos então a questão do diagnóstico:

Certamente, ele (o sujeito) não coincide com a consciência. Isto é posto desde Freud com o determinismo inconsciente dos atos do homem. Inconsciente que se revela na fala daquele que busca entender o sentido de seu sintoma. Ou seja, que se mostra onde o discurso falha; também onde o ato, precisamente, falha. Mas, distinguir o inconsciente basta para identificar o sujeito? Lacan, a partir da lógica do significante, indica que o sujeito depende deste para existir. E, justamente, não se encontra lá onde se diz. Sujeito, assim, dividido, separado do seu dito embora representado por ele. Barrado, igualmente do seu desejo, sua única consistência possível. Assim, se é pela palavra que podemos apreender o sujeito, é o limite desta que nos ensina a dimensão de sua realidade (p. 1).

Também contribuindo com a questão diagnóstica e suas consequências no tratamento da criança autista, sob o ponto de vista da psicanálise, Cullere-Crespin (2010) defende a ideia de que a proposta terapêutica para a criança autista depende da concepção de distúrbio que tem o terapeuta. Segundo a autora, na abordagem comportamental, procura-se substitutos aos déficits cognitivos apresentados para os quais são realizados treinos específicos, anulando as possibilidades de a criança ter acesso ao campo do Outro, contribuindo para o seu fechamento. Já na abordagem psicanalítica, há uma aposta na criança tomada como sujeito e na sua relação com o Outro. Utilizando da apresentação de um caso clínico, a autora propõe três etapas para o trabalho psicanalítico com crianças autistas: aproximação, engajamento e trocas. Seu trabalho também se

refere à “relação sensorial que a criança autista estabelece com o objeto” (2010, p. 163), fazendo uma contraposição entre as abordagens piagetianas, de base cognitivista e a psicanalítica, em que a sensação se torna percepção, “acoplando o funcionamento de um órgão sensorial com uma aparelhagem significativa” (2010, p. 163). Para a autora, o desenvolvimento normal é frequentemente descrito como a relação, ou contato do bebê com o seu primeiro Outro, o Outro primordial, geralmente encarnado na pessoa da mãe. Coloca que:

A criança com desenvolvimento padrão, “aprende”, “embebendo-se” literalmente com as características do Outro, por identificação e em seguida por imitação (...) é preciso que o bebê seja tomado enquanto objeto da pulsão da mãe, isto é, que o bebê seja satisfatório para ela, e que ele em espelho obtenha satisfação com isso (Cullere-Crespin, 2010, p. 160).

Na etapa da aproximação, ou na tentativa de inclusão do Outro em seu circuito, a autora fala da utilização do “registro sensorial” que a criança privilegia como a “deambulação, a manipulação de objetos, os tapinhas ou gritos” (2010, p. 163), traduz esse momento como uma aceitação da atividade da criança “como se ela nos fosse dirigida” (2010, p.163). Na etapa de engajamento, a satisfação da criança vem do Outro e não mais da autoestimulação. É quando surge a possibilidade de demanda dirigida ao terapeuta, é quando há o surgimento da falta. Finalmente, na etapa de trocas, a criança dispõe de ferramentas para entrar em relação com o mundo, avançando para a complexidade, sendo capaz de se identificar e imitar, retornando ao curso de desenvolvimento padrão.

Elia (2004) ensina que a categoria de sujeito procede do campo filosófico e foi Lacan quem a introduziu na Psicanálise. Já em Freud, podemos ter indicações sobre o que é um sujeito “em sua relação com o inconsciente, mesmo que não encontremos a noção de sujeito assim nomeada” (p. 77). A descoberta do inconsciente é o que marca a criação da Psicanálise por Freud. Este é o seu mote, seu ponto nodal para desenvolver esta, ao menos inicialmente, ciência, como podemos ver pelo próprio título de um de seus primeiros trabalhos, escrito em 1895, o *Projeto para uma psicologia científica*.

Acompanhando Elia (2004), a Psicanálise diz do saber do inconsciente, que não é de especialista nem do senso comum, é um saber leigo. Este saber não é imediatamente acessível pelo

leigo e nem “elaborável por uma via intelectualista” (2004, p. 9). A via de acesso ao saber inconsciente exige de nós, inicialmente, a perda da ilusão de que é por uma dessas vias que temos que seguir. A novidade seria que:

A psicanálise subverte o lugar e o modo como qualquer saber pode ser produzido, estabelecendo, a partir da suposição de um sujeito do inconsciente, que qualquer saber verdadeiro sobre o sujeito só pode ser produzido nas condições do dispositivo psicanalítico, ou seja, a partir da relação do sujeito com o ato da fala (Elia, 2004, p. 71).

Baseado em Descartes e em sua célebre frase “*Penso, logo sou*”, inaugura-se na filosofia o discurso do saber a partir deste pensar sobre o ser. O autor comenta que “o sujeito se desdobra, movimento pelo qual se coloca no ato de conhecer, é suposto a este ato, mas não mais como mero correlato do objeto conhecido” (Elia, 2004, p. 13).

L. R. Ribeiro (2005), se referindo à clínica com a criança autista, também contribui com a concepção de sujeito atrelada à possibilidade diagnóstica, quando diz que:

Fazer-se sujeito não é um processo que se dá de forma “natural”, mas é uma construção que requer trabalho. Na medida que a estratégia autística se estabelece com a mesma precocidade da constituição dita normal, ela nos obriga a pensar a própria constituição normal como uma construção – uma construção entre outras possíveis (p. 29).

Pimenta (2003) afirma que a hipótese diagnóstica do autismo para a Psicanálise se baseia no diagnóstico estrutural da Psicanálise, elaborado a partir da “posição do sujeito autista diante do Outro e do objeto” (p. 15). Aponta que existe uma anuência pela maior parte dos profissionais que atuam com crianças autistas, quanto ao caráter deficitário da síndrome, aceitando um déficit cognitivo instalado. No caso da Integração Sensorial vê-se o déficit sensorial. Apresentando a historiografia do termo autismo, a autora traz a concepção freudiana de autoerotismo, este

tomado como um estágio do desenvolvimento sexual onde a pulsão não se encaminha para nenhum objeto, satisfazendo-se no próprio corpo. O estágio auto-erótico antecede o estágio narcísico, onde a pulsão toma o eu como objeto de satisfação. Os estágios seguintes aos narcísicos, ao contrário dos dois primeiros, demonstram o domínio de uma determinada pulsão: estágio oral, estágio anal-sádico e estágio fálico (Pimenta, 2003, p. 19).

Para a autora, na hipótese psicanalítica, o autista se protege da presença do Outro e, então, no tratamento, as intervenções são direcionadas para a redução dos mecanismos de defesa a níveis suportáveis para a criança.

Acredita-se ser importante observar que a questão diagnóstica é um tema em que se apresentam muitas controvérsias quanto a um suposto consenso, como vemos na própria Psicanálise quando Cavalcanti e Rocha (2007) trazem as divergências de duas diferentes escolas de Psicanálise: a inglesa e a francesa. Segundo as autoras, para a teoria psicanalítica da escola inglesa, que tem como suas principais representantes Melaine Klein e Francis Tustin, “o autismo é definido como uma patologia precoce, um tipo específico de organização psíquica (‘arcaica’), marcada pela ausências de linguagem e de relações objetais” (p. 25). Já para Teoria Psicanalítica da Escola Francesa, a lacaniana, no autismo “há uma falência da operação significante, mediante a impossibilidade do Outro materno de supor e antecipar um sujeito, impossibilitando a constituição das relações especulares e do circuito pulsional” (p. 25).

Seguiremos a discussão dos dados ou das revisões apresentadas para tentar iniciar a abertura da escrita no tocante ao entendimento da clínica da Terapia Ocupacional após o atravessamento pela Psicanálise.

DISCUSSÃO: TRANSFORMANDO OS FRUTOS COLHIDOS

“(...) não podemos nos esquecer de que nada do que diz respeito ao comportamento do ser humano como sujeito, e ao que quer que seja no qual ele se realize, no qual simplesmente ele é, não pode escapar de ser submetido às leis da fala”
(Lacan, 1985 [1955;56], p. 100 citado em Ribeiro, 2005, p. 18).

Após a apresentação das teorias que sustentam as práticas da Terapia Ocupacional com a criança autista, as indicações teóricas da Psicanálise e, em um terceiro ato, as reflexões sobre a prática institucional, apresento neste capítulo alguns questionamentos e discussões acerca do tratamento terapêutico ocupacional com vista a expor a possível e impossível interlocução entre os campos.

A questão inicial é: estaríamos no procedimento de Terapia Ocupacional incluindo o *indivíduo*, como nos apontou Benetton, no caso aqui a criança, mas assim excluindo o sujeito do inconsciente, a saber, o sujeito de acordo com a Psicanálise?

Sobre o corpo, pergunto: Qual a dimensão de corpo trabalhada na clínica da Terapia Ocupacional com crianças ditas autistas? Quando falo em dimensão, penso logo ao que a imagem da ideia representada por esta palavra parece buscar: o limite, o recorte. E aqui talvez nos referimos ao recorte do (ou operado no) Outro. Há limite do (ou no) corpo desta criança?

Sobre o trabalho em equipe questiono: Qual a voz, nesta multivocidade chamada equipe, que deve ser privilegiada? A da criança. Mas esse espaço existente de fronteiras, quando estamos trabalhando em equipe, nos obriga a aproximar cada vez mais do que nos é próprio, apesar de que esta questão da propriedade já por si soa estranha, visto que o que é *eu* é o que é de (ou do) Outro, se é com e a partir da imagem do outro e do olhar do Outro que *eu* me constituo?

Antes de desenvolver estas questões, é importante observar a diferença existente entre teorizar técnicas, ou seja, teorizar a prática, como vimos acontecer em Terapia Ocupacional; e, de outra maneira, servir-se destas (técnicas) para buscar uma teorização sobre o sujeito autista, como acontece na Psicanálise, a fim de favorecer sua subjetivação.

Constatamos que, na maior parte dos trabalhos, as práticas de Terapia Ocupacional com a criança autista se ocupam basicamente em expor os pressupostos da teoria ou do método e os

objetivos das intervenções baseados nestes, em uma tentativa proposital de aplicação da teoria, da técnica ou do método na prática (e na escrita sobre ela). Percebe-se que uma teoria, técnica ou método não dão conta de dizer a singularidade da criança, ou seja, de propiciar a sua subjetividade, mesmo que disponham da participação da criança-indivíduo, ou criança-paciente.

Sobre a Teoria da Integração Sensorial questiono se é possível “organizar as sensações do ambiente” (Goldestein, 2010, p. 8) para a criança usar de maneira mais eficiente o corpo no espaço, ou seja, como ter controle do ambiente? Entendendo o ambiente como outro ou Outro, poderíamos avançar nesta questão? Este outro da Teoria da Integração Sensorial, o meio ambiente, me parece massificador e, muitas vezes, acompanhando Kupfer, excessivo.

Por outro lado, ao falar de crianças com autistas que apresentam dispraxias, Lambertuci e Magalhães (2002) parecem trazer uma contribuição para ampliação do entendimento sobre a criança, mesmo que com base nos pressupostos da integração sensorial. Vimos que, para as autoras, frente ao planejamento de novas ações, a criança se utiliza de conhecimentos adquiridos em experiências anteriores e as sensações que acompanharam estes momentos, parecendo fazer referência ao registro significativo, simbólico.

Porém, se nos cegarmos na aplicação das técnicas e dos pressupostos da teoria, podemos afirmar que do ponto de vista da integração sensorial a criança parece estar fadada à sua condição de falha. Neste posicionamento, a criança corre o risco de ser reduzida à condição de objeto e não de sujeito. Na opinião de Pimenta (2003), a técnica da integração sensorial aponta o “extremo da anulação total da subjetividade da criança” (p. 59). Apesar disso, acredito que as crianças podem se beneficiar de sua prática se a condição subjetiva e os aspectos transferenciais ao menos forem levados em conta no tratamento.

Sobre os materiais utilizados nesta técnica sabemos que são objetos muitas vezes realmente atraentes aos olhos de uma criança, porém temo a ideia da pré-concepção de que todos estes materiais possuem, em si mesmos, uma função específica para a criança, como se o uso desses materiais ficasse reduzido a apenas uma resposta possível esperada pelo terapeuta ocupacional, ou

seja, uma espécie de medicalização dos objetos, esse aparelho ou material para aquele objetivo; como acontece com o uso dos remédios na medicina.

A Teoria da Integração Sensorial muitas vezes busca explicar, como se fosse possível, a partir de uma perspectiva, o comportamento da criança, denotando o reducionismo comumente encontrado nas práticas de saúde. Percebemos que o corpo é tratado como o corpo físico, biológico, “massa bruta” como nos diz Freud (1915) e a ideia aqui é que, na tentativa de interlocução com a Psicanálise, alcancemos a ampliação dessa discussão, evitando práticas que desconsideram ou anulam a dimensão de sujeito da criança autista.

Parece que o que se chama de estimulação sensorial nesta abordagem seria algo que vem de fora, do ambiente para a criança. O que Lambertuci e Magalhães (2002) chamaram de “pistas que a criança nos dá” (p. 233) ao utilizar das técnicas desta teoria, talvez já nos permita aproximar do estímulo pulsional a que Freud (1915) se refere, parecendo apontar uma possível dimensão de sujeito. Este foi o momento em que se as autoras se referiram a uma produção própria da criança, inclusive se referindo ao desejo da criança, porém, atribuíram ao sistema nervoso o lugar deste *interno*.

Na clínica, vemos que não existe técnica nem recurso material a se aplicar com a criança dita autista que dê conta de seu tratamento, por si só. Apesar de se acreditar que muitas crianças, mesmo que acidentalmente, se beneficiem da integração sensorial, parece que os avanços da teoria, ao menos no que diz respeito ao envolvimento dos aspectos subjetivos da criança no tratamento, encontram-se impossibilitados, por atribuírem à aplicação da técnica o saber sobre a singularidade da criança. Portanto, sua utilização requer cautela, pois pode trazer propostas de trabalho que se ocupam apenas de um aspecto da criança, no caso o sensorial, fragmentando seu corpo e excluindo completamente sua possibilidade subjetiva.

Questiona-se uma teoria que parece generalizar à condição dessa criança chamada autista as “falhas e sinais de falhas de integração sensorial” (Antunes & Vicentini, 2005, p. 47). No máximo consente-se com a ideia de que para cada sujeito uma sensorialidade (assim como em “cada cabeça uma sentença”), que não diz nada específico, ou relevante, quando olhado de forma isolada, sobre

sua singularidade. É viável para construção da subjetividade da criança conceber um padrão ou perfil sensorial específico de sua condição, ou uma exacerbação sensorial que ao contrário de te favorecer como marca subjetivante te coloca na condição de objeto defeituoso? Esta falta (ou falha) não deveria estar instalada na teoria que supostamente tenta dizer sobre ela?

Para a ciência moderna, a Teoria da Integração Sensorial parece buscar *evidências científicas*⁴⁵ que comprovam a eficácia da intervenção, ganhando consequentemente *status* social, científico e garantindo consumidores adeptos às suas propostas. A tonalidade orgânica e objetiva sobressai aos aspectos subjetivos e singulares dos sujeitos envolvidos (pais, filhos, terapeutas). Os conceitos de disfunção, transtorno, déficit e as ideias de inadequação são esperados, podendo tornar empecilhos na constituição do sujeito. É preciso lembrar que para o profissional terapeuta ocupacional poder aplicar a técnica da Terapia de Integração Sensorial é preciso que seja habilitado em um curso específico de formação, assim como acontece na formação do Método Terapia Ocupacional Dinâmica. A formação e os investimentos relacionados a ela são escolhas de cada um e isso não está em questão; o que coloco é que me parece ser preciso refletir e considerar a “outra face da moeda” na tentativa de sustentar o foco no sujeito.

Retomando o outro ponto de vista colocado, as práticas influenciadas pela psicodinâmica, vemos que, apesar da metodologia utilizada no trabalho de Cunha e Matsukura (1998) parecer privilegiar uma observação na orientação de aspectos objetivos, observáveis no comportamento da criança, na tentativa de buscar significação às estereotipias apresentadas, as autoras indicam avanços para a nossa interlocução com a Psicanálise no que diz respeito ao campo do Outro. As autoras dizem que “a expressão só tem sentido terapêutico se implica uma comunicação, e comunicação sempre inclui o outro” (1998, p. 70) e uma vez comunicando, dialogando, permite-se um campo para a escuta e consequentemente ao sujeito.

⁴⁵ Grifo meu para chamar atenção a esta nomenclatura tão corrente no discurso universitário. Segundo o Houaiss (2004), curiosamente a evidência é “a qualidade do que não dá margem a dúvidas”. Como isso é possível em se tratando de sujeitos? É vidência?

Além do pilar da compreensão da psicodinâmica do indivíduo, Benetton (1993) coloca o pilar da “elaboração de técnicas psicopedagógicas para a realização de atividades na terapia ocupacional” (p. 2). É com relação às técnicas psicopedagógicas para realização de atividades na Terapia Ocupacional que acredito que a subjetividade da criança dentro do Método Terapia Ocupacional Dinâmica possa ser abalada, no tocante à relação que possa vir a ser estabelecida entre a terapeuta ocupacional e a criança.

Sobre a concepção de corpo na clínica com as crianças ditas autistas, vemos muitas vezes corpos que se esbarram em objetos e não de modo diferente em outras crianças, nos pais e nos terapeutas. Corpo em permanência física, orgânica. Corpos em quina. Também vemos aquelas crianças que se estiram no chão e ali ficam admirando um objeto, podendo ser este um brinquedo ou até mesmo as próprias mãos. Às vezes permanecem deliciando (ou passando por) um piscar de olhos ou um movimento de vai e vêm do tronco.

Frente a estas manifestações e experimentações, basta ao terapeuta ocupacional se aproximar da criança para manuseá-la e confortá-la em uma posição mais ereta, ou mais fisicamente correta como vemos nas orientações que partem das premissas organicistas? É aquele que vai retirá-la deste estado fazendo o convite para mexer-se, ocupar-se e distrair-se com outras atividades? Penso que não tão obviamente assim, como se estivéssemos tratando apenas o corpo da criança e não a criança, ou melhor, o sujeito que ali aposta-se estar ou a vir a ser.

A Terapia Ocupacional tem em sua essência a proposta de convidar o sujeito a agir, a fazer algo com os materiais, objetos ali existentes. Brincar poderia ser sim uma das opções, mas às vezes penso que a criança dita autista apresenta *protótipos* de brincar, se é que posso chamar assim. E, parece que neste protótipo, não descartando que aí está envolvida a subjetividade, é possível que o terapeuta ocupacional intervenha. Ou talvez, o seu brincar encontra-se estruturado nos alicerces das formas objetais, muito próximos às quinas de seu corpo próprio. Isso nos anima a pensar na maneira como ofertamos e tratamos os objetos nesta clínica e por que não, como esta criança se relaciona com eles.

Sobre as contribuições freudianas, como não se lembrar da prática da Terapia Ocupacional

ao pensar em corpo pulsional sendo uma clínica caracterizada justamente pela convocação do sujeito (ou do indivíduo ou paciente como vimos nos trabalhos anteriormente mencionados) a agir, frente a objetos concretos, materiais e atividades possíveis, talvez de forma motora inicialmente, mas em busca de um agir mais amplo, de uma posição mais ativa, ou algo assim. Considerar esta convocação psíquica em Terapia Ocupacional talvez possa evitar o que costumeiramente vemos em práticas clínicas diversas: a dicotomização do sujeito de seu corpo, ou do psíquico e do somático.

Trata-se de ressaltar aqui o aspecto fronteiro da pulsão. E isto sustenta a articulação de dois campos, pensando aqui tanto a proposta desta dissertação quanto a questão do trânsito entre o mundo interno e mundo externo. Trata-se de partir deste lugar.

Na pulsão trata-se de uma força constante, que apresenta um componente perceptual. Freud não faz aqui referência à questão motora. Mas é interessante que ele não abre mão da referência à motricidade quando diz que “são as pulsões e não os estímulos externos os motores propriamente ditos do progresso” (Freud, 1915, p. 2). São elas as responsáveis pelo alto desenvolvimento do sistema nervoso. Podemos ver aqui a supremacia da pulsão ao puramente biológico.

Assumindo que a clínica da Terapia Ocupacional, potencialmente, trata da questão corporal, inevitavelmente atentamos a seguinte proposição freudiana: “A substância perceptiva do ser vivo obterá na sua atividade muscular um ponto de vista para distinguir um “externo” de um “interno” (1915, p. 2), assim, encontra-se a essência da pulsão.

Parece que, na prática da Integração Sensorial, o trabalho se dá principalmente na direção do que Freud denominou “fuga motora da fonte do estímulo” (1915, p. 2), esperando uma espécie de resposta reflexa ou automatizada do músculo em questão. Faz-se necessário à Terapia Ocupacional posicionar-se apenas com a ideia de estímulos externos, que não os pulsionais, como se estivéssemos à procura da melhor esquiwa?

Em sua releitura do texto de Freud, Lacan (1964) em seu texto *Desmontagem da Pulsão*, traz a pulsão como um dos quatro conceitos fundamentais da Psicanálise, sendo essencial ao que chamou de “experiência analítica” (p. 159). Com isso, coloca-se a proposta desta dissertação: fazer

uma interlocução entre Terapia Ocupacional e Psicanálise a partir de conceitos de uma das áreas, no caso aqui da última. A essa espécie de “injeção conceitual” que o título do trabalho se refere: imprimir subjetividade à escrita sobre a clínica parece fazer alguma ressonância com o que Lacan chama de experiência analítica, mas aqui se aponta esse caráter experimental, introdutório. Reconheci na prática clínica da Terapia Ocupacional com a criança autista algo que parece dizer da pulsão de acordo com os textos psicanalíticos. Como nos diz Lacan, “basta ser alguém que pratica com crianças para conhecer este elemento que constitui o peso clínico de cada um dos casos” (Lacan, 1964, p. 160), peso este muitas vezes atípico na clínica com as crianças autistas.

Penso que o circuito pulsional não deve ser tomado como algo necessariamente linear a ser desenvolvido, algo sequencial em que é preciso conquistar etapas, em que se existem prerequisites para mudar a página do texto, apesar de que didaticamente ele parece ser assim exposto. O tempo lógico está em uma dinâmica temporal, onde há um vencimento de etapas para só assim permitir a constituição da imagem especular? A meu ver, o melhor da atemporalidade, ou da pulsão, é o mosaicismo que ela retrata em sua constituição.

Em princípio, para além ou aquém do estádio do espelho, quando Lasnik (1991) diz, no prefácio do livro *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas* (que pelo título parece ser estranhamente recomendado apenas aos psicanalistas), que as crianças autistas se encontram “na impossibilidade de constituir uma relação qualquer com um semelhante – nem que seja de alienação” (p. 9) me chamou atenção, pois, para mim, existe sim uma relação constituída na clínica que não é uma qualquer. Não é possível caracterizar essa relação, por exemplo, como uma relação fragmentária? Estaríamos então falando de composição de uma imagem e não de constituição. Ou talvez precisasse rever a ideia de relação para a teoria psicanalítica.

Para além do que esta frase, nos traz, faço uma observação sobre o título de outro trabalho desta autora: *“Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional – quando a alienação faz falta”*, que talvez me chamou atenção pela repetição da palavra fracasso e pela possibilidade de pensar na impossibilidade de mudança de lugar pela

criança ao se referir a uma suposta passagem do fracasso ao fracasso. Para mim isso dificulta ou até impossibilita qualquer passagem que a criança possa fazer em sua constituição subjetiva, ou, de outro modo, parece lhe exigir um caminho único possível. Discordo da determinação de fracasso do aparelho psíquico, entendo como uma montagem que leva desvantagem na entrada ao mundo dos neuróticos, conseqüentemente em sua inclusão social.

Para falarmos do corpo da criança autista e da proposta que a Terapia Ocupacional se propõe ao apresentar objetos concretos ao paciente, poderíamos afirmar a partir de Dolto que uma criança em pleno estado autístico, ou autista clássica, não desenharia, pois ainda não constituiu sua imagem (inconsciente) do corpo. Antes disso uma hipótese: há algo no esquema corporal que fala da imagem. Toda imagem antes é esquematizada de alguma forma, arquetizada. Se supostamente localizarmos as intervenções do terapeuta ocupacional sobre o esquema corporal, e apenas com esta vista, permanecemos no esboço do corpo (ou da imagem inconsciente do corpo).

Dolto diz que o trabalho do psicanalista seria uma decodificação da imagem do corpo. Encontro aqui uma discrepância, ou uma dúvida teórica que certamente traz efeitos para escrever sobre a clínica. A meu ver, a imagem do corpo seria construída, inventada, mexida, trabalhada, mas em nenhuma hora decodificada. Entretanto concordo com Dolto quando diz sobre um caso clínico: “não se trata de falar com essas crianças, é preciso entrar em contato com elas” (2008, p. 21). Talvez, o que se trata na questão da criança autista é este avesso de língua, em que a estrutura linguística comparece de alguma forma antes do sujeito, impressa a seu corpo. Mas isso é possível?

No caso da criança dita autista, não estamos falando daquela que costuma responder às questões feitas de forma verbal. Talvez se fazer falar seria auxiliá-la de alguma forma a percorrer a estrutura da ação motora inicialmente, do seu fazer, e seguir.

Yañez (1996), ao trabalhar a clínica do instrumental, traz a especificidade de sua prática, a psicomotricidade atravessada pela psicanálise. Lendo seu artigo, me interrogava em que se diferenciava aquilo que ela falava da prática da Terapia Ocupacional. Penso que, enquanto a psicomotricidade se ocuparia do corpo e suas produções (corporais), a Terapia Ocupacional talvez

se ocupasse do corpo em atividade e suas produções subjetivas e objetivadas em imagens e atos simbólicos. Indo um pouco mais além, parece que me aproximo da ideia de *gesto* colocada pela mesma autora, quando diz:

(...) a ação de um corpo cai do lugar de puro movimento para dar lugar à significação, transformando-se em *gesto* na sua passagem pelo olhar do outro. Quando uma série de gestos significantes se articulam, arma-se o discurso corporal; por isso dizemos que o corpo é um corpo discursivo (p. 40).

Expandindo a questão específica do corpo, não sei se este corpo da criança dita autista seria um não corpo, ou um corpo organismo apenas, mas talvez um corpo como fumaça: denso, mas que espalha – corpo-nuvem. O limite estaria em uma espécie de diferença de densidade talvez entre o que é seu e o que é do o(O)utro. Aqui então foi inevitável seguir na direção da relação da criança dita autista com o outro e/ou Outro. E também reportar a recusa do olhar que, muitas vezes, acontece na clínica.

Sobre o trabalho em equipe e a dimensão do Outro, penso que o direcionamento do olhar e do olho, a in-direção do olhar, as outras possíveis dimensões do olhar, estes são pontos-chave ao trabalho, no caso específico aqui, do trabalho entre vários, em instituição. Imagine se fosse simples dizer, como uma aplicação de uma técnica: não olhe para uma criança autista enquanto a atende. Longe de qualquer constatação dessa ordem, a ideia é trabalhar subjetivamente o campo perceptivo e o endereçamento nesta clínica. Estamos falando de outro olhar.

Pensei na decomposição da palavra circulação em circular-ação para tentar entender como uma ação em circuito, ou uma ação articular, possa surgir em diversos momentos no atendimento a estas crianças. Aqui talvez me refira não somente à circulação pulsional, mas também à circulação da criança em uma instituição e à circulação desta criança entre os profissionais da equipe, encarnações de outros. A minha hipótese é a de que o trabalho entre vários e os encaminhamentos da criança aos diversos profissionais da equipe talvez possam indicar o tempo da criança em seu autismo (ou em seu tratamento), e aí, estaríamos nos referindo ao circuito pulsional a ser constituído ou em constituição nessa criança.

As reuniões semanais da equipe trazem contribuições valiosas para pensar a clínica. A direção do olhar ao profissional encarnado da especialidade para o qual uma criança é encaminhada, parece tentar responder à demanda e ao desejo, ora da criança, ora de seus familiares e ora dos diversos profissionais ali incluídos. Há certo silêncio que precede o encaminhamento, talvez o mesmo silêncio que vimos Benetton (1993) propor em *O silêncio*.

No COMPP, apesar das diferentes orientações teóricas que seguem os profissionais, há presença marcante dos discursos médico e psicanalítico durante os estudos de casos. Por isso, muitas vezes tendo a acreditar que a variante da psicanálise aplicada proposta por Miller tende a ser ilusória, preferindo desconfiar que existe uma possibilidade estanca de que um programa de atendimento possa dar conta do tratamento da criança autista, pois há sim uma dificuldade de circulação do saber, justamente porque ele é tomado como verdade.

Certa vez, em um Grupo Terapêutico Interdisciplinar do qual faço parte, minha colega, parceira da dupla de especialistas, me orientava a dar sentido, dar voz, traduzir ou significar o que a criança estava expressando corporalmente, mas não dizia em palavras, do tipo: “ah.. então você está com raiva porque não abrimos o armário?”. Outras vezes a mesma colega disse que sentia falta da professora de Educação Física que estava de atestado médico e antes trabalhava com ela compondo esta dupla de atendimento. Achava que determinada criança ali precisava se mexer, dar cambalhotas, jogar bola, enfim. Esta necessidade de convocar a presença do corpo físico chama a atenção nesta clínica. Presença do corpo, atravessada pelo outro semelhante. Então o corpo comparece no substrato do outro.

Outra observação que também chama atenção é que no Grupo Interdisciplinar vejo que estar em um agrupamento com a criança autista nos compele a mudarmos de lugar no espaço com certa frequência, há uma sideração de corpos, corpo do outro, o corpo da criança, de outra criança.

Em outra cena, uma colega disse que não sabia o que fazer com “aquilo”, apontando uma criança que insistia em produzir a seus olhos um “rabisco sem função” em um papel. Vendo este “rabisco”, me lembrei de uma fogueira, supus um desenho e logo o mostrei como aquilo ali, feito

naquela dimensão, no plano do chão, poderia ficar (ou ser visto de outra forma) colado com fita adesiva na janela, em outra dimensão. Minha associação “aquilo é uma fogueira de São João” é nada mais que uma criação minha, baseada no contexto de festas juninas, mas a aposta de mudança de olhar a partir de uma ideia do outro para mim já era suficiente. Assim ficou por bastantes sessões esta fogueira colocada ali, na janela da sala, sendo revisitado em olhar por todos, inclusive pela criança autora do desenho.

Em outra sessão, ainda sobre esta mesma criança, outro “rabisco sem função” me lembrou uma onda, uma cachoeira, uma água jorrando... guardei o desenho para (re)apresentá-lo ao autor na semana seguinte. Na ocasião, houve um impacto e uma continuidade do traço por parte da criança que então aumentava o fluxo daquele “rabisco” ou “água” com muita intensidade e entusiasmo. O que interessa aqui é mais a re-apresentação da produção iniciada e menos o que foi atribuído a seu “rabisco”. Este engajamento com a produção e a possibilidade de ela ser falada pareceu surtir efeitos produtivos a esta criança. Na sessão seguinte, uma colega psicanalista, ao observar este rabisco-desenho, disse que era uma onda. Em uma espécie de convocatória a uma brincadeira eu e a criança pulamos a onda, até que ela olhou para a psicanalista e disse “onda”.

Após essas breves lembranças, é preciso novamente dizer o quão enriquecedor é a experiência de trabalho feito em equipe e os efeitos sobre a criança. Penso que a interlocução de campos no trabalho com crianças ditas autistas (e talvez no geral com crianças) é extremamente necessária, quase visceral, se assim podemos dizer.

Sobre a demanda dirigida para a Terapia Ocupacional são as seguintes características das crianças que geralmente a equipe se dirige à Terapia Ocupacional: “Ainda não tem controle de esfínteres”; “são dependentes nas atividades da vida diária”; “apresentam alguma questão neurológica ou uma deficiência mental associada ao que chamamos de *quadro autístico*”; “tem algum interesse específico circunscrito, alguma habilidade genial ou especial”; “está numa posição muito infantilizada ou até mesmo colada às figuras parentais (geralmente à mãe)”. Estou longe de dizer que essas características não direcionariam uma criança à Terapia Ocupacional, ou seja, não

há um posicionamento aqui com relação ao que é certo ou errado ao fazer um encaminhamento ao terapeuta ocupacional, e sim uma sugestão de aprofundamento sobre o que o encaminhamento de tal criança sugere marcar em sua constituição.

Em relação aos efeitos dos nomes oferecidos pelos diagnósticos na clínica, penso que a escolha por caracterização, adjetivação ou subjetivação da palavra “autismo” seja refletida, pois podemos incorrer em vícios de linguagem que interferem na direção da intervenção. Entendemos que o diagnóstico clínico é algo produzido pelo discurso da ciência e que precisa ser trabalhado com os pais dessas crianças, sob a perspectiva de formação e não de informação como parecem repetir diversas práticas de atendimento. Se formarmos pais críticos e, ao mesmo tempo atentos (e também dispersos!) quanto ao que chamamos de diagnóstico, estrutura ou funcionamento, seja lá o que for, talvez já tenhamos andando meio caminho da trilha do acompanhamento a estas crianças.

De que autismo e de que sujeito estamos tratando?

Ao tentar sempre dizer, desde o título deste trabalho, em crianças *ditas* ou *chamadas* autistas busco sustentar a ideia de que o diagnóstico é algo estritamente criado no campo do Outro. Para a Psicanálise, é na transferência que o psicanalista consegue ter indícios dele. Quero apenas salientar a minha aposta de que há subjetividade anterior a este nome suposto autismo.

No título do trabalho e na maioria das passagens do texto, preferi chamar de criança dita autista, esta a que estou me referindo, apesar de que sei da possibilidade de ter incorrido em um viés e em uma generalização ao chamar assim todas estas referidas nos artigos selecionados, colocadas em diversos nomes nos trabalhos: criança especial (Montanari, 1995), criança com transtorno invasivo do desenvolvimento (Lambertuci & Magalhães, 2002), criança com desordem ou transtorno de espectro autista (Morrison, 2007; Smith & Arbesman, 2008; Watling e outros, 2005), criança com incapacidade no desenvolvimento (Schaaf & Miller, 2005).

Herdeiros do discurso médico, terapeutas ocupacionais (e até mesmo psicanalistas) costumam chamar essa criança de paciente e, em seguida, propõe o diagnóstico para lhe registrar. Faço questão de me posicionar a favor de que um diagnóstico seja construído, uma hipótese seja

depositada em uma criança, mas também é de nossa responsabilidade não permitir que a criança, sua família e os outros autores envolvidos não alienados imaginariamente a este nome.

Trata-se de uma nova entidade nosográfica? De uma nova estrutura psíquica? É o mesmo que psicose? É um tipo de psicose ou está dentro do campo desta de alguma forma? Acho que há uma interferência direta na clínica o posicionamento sobre esta questão. Quando leio um artigo de Ferrari (2002) sobre o corpo na psicose trabalhado na Terapia Ocupacional a partir de sua leitura de Gisela Pankow, observo ressonâncias com a clínica do autismo. Mas também penso que isso não é possível, são dinâmicas diferentes, processos diferentes que talvez em algum momento se encontrem. Por que me parece tão necessário este posicionamento, esta espécie de definição, se muitas vezes o que é sustentado na proposta do MTOD é que este diagnóstico não interessa para a Terapia Ocupacional, apesar de compor o que e Jô chamou de diagnóstico situacional?

Em seus trabalhos sobre o MTOD, Benetton ressaltou a existência da dimensão pedagógica nos procedimentos de Terapia Ocupacional, a “ação educativa” existente quando o terapeuta ocupacional ensina atividades. Não é justamente por se tratar de uma dinâmica própria do processo que os aspectos singulares dos sujeitos estão envolvidos, sendo impossível conhecer o processo de realização de uma atividade apenas do ponto de vista, ou do saber fazer do terapeuta? Não compreendo que exista apenas uma maneira de se fazer uma atividade. Por exemplo, lembro-me das diversas conversas com os familiares da criança quanto ao uso do banheiro ou quanto ao brincar de seu filho autista. O saber fazer seus excrementos no vaso sanitário do banheiro de casa e o brincar adequadamente com um brinquedo são fins baseados em ideais de conduta que, muitas vezes, parece servir para a balização da angústia de pais e profissionais envolvidos com essa criança. O tratamento aqui segue por outra via. Trataria aqui de terapeuta ocupacional supostamente localizada no saber fazer? Que será dos terapeutas ocupacionais se tiverem que praticar, conhecer e saber fazer todas as atividades que a criança se propõe a fazer ou que porventura propomos a ela. A vivência do processo de fazer acontece junto à criança.

Talvez podemos dizer com Fernandes (2006) que este é apenas um saber relativo à teoria e não “o saber sobre àquele sujeito específico” (p. 125). A aceitação da transferência não se resume a ocupar o lugar do saber, aceita-se a suposição dele pelo paciente.

Como vimos, na Teoria da Integração Sensorial, a relação terapeuta ocupacional-paciente está praticamente definida a partir de um saber prévio técnico do terapeuta sobre aquela criança que ali está para participar da terapia de integração sensorial, pois as dificuldade no relacionamento interpessoal dessas crianças ditas autistas “seriam reflexo de déficits de processamento motor, que tornam o comportamento da criança ineficiente e desorganizado” (Lambertuci & Magalhães, p. 227). Trata-se de lidar com uma criança que tem uma dificuldade instalada e que tem uma justificativa orgânica para isso, restando ao terapeuta auxiliar a sua melhor eficiência e organização, utilizando-se de um arsenal instrumental que proporciona diferentes sensações ao corpo físico deste “paciente”.

Estou de acordo com Yañez (1990) quando diz que não é pelo fato de uma prática clínica estar atravessada por uma reflexão psicanalítica que deixa de ocupar o lugar que a especificidade a convoca, pois “a transferência se estabelece na suposição de que um outro (encarnado no terapeuta) possui um saber que lhe pertence. Isto de supor que o outro sabe, acontece em todos os âmbitos da vida; é por isso que a transferência é um fenômeno universal” (p. 52).

Benetton diz do sujeito e do saber do sujeito, porém, está implícito em suas colocações um saber sobre o sujeito baseado na construção teórica de outro. A redução do sucesso do sujeito em seu tratamento ao “saber que o (seu) fazer é ser” (Benetton, 2006, p. 23) não poderia limitar o sujeito ao ato e ao trâmite da atividade, enclausurando-o a uma lógica processual, esperada e imposta de imediato pelo outro? Acredito que a teoria psicanalítica contribui para pensar que o processo não é, e talvez não deva ser, algo totalmente apreensível pelo sujeito. O saber do outro tem furos, tem espaço de não saber.

Pellegrini (2007) descreve as características necessárias ao terapeuta ocupacional de acordo com o MTOD, apontando ser alguém que acolha o sofrimento do paciente e que o ajude a “ (...) significar algumas sensações através da manipulação dos materiais e objetos” e que também dê “

(...) significado ao material e objetos que fazem parte do seu meio” (p. 44)

Sabe-se que o conceito de vínculo terapêutico como colocado por Matsukura (1998, p. 70) é diferente do de transferência, porém, podemos considerar que os terapeutas ocupacionais têm avançado na importância da reflexão sobre a relação estabelecida com a criança autista. Do ponto de vista da psicodinâmica a autora também traz a importância de considerar a dimensão de desejo da criança.

A leitura das breves concepções psicanalíticas sobre o uso de objetos na clínica com a criança autista vai ao encontro da suposição sustentada aqui de que a materialidade na clínica da Terapia Ocupacional, a concretude das intervenções, a apresentação e a consideração dos objetos e materiais que ali circulam como imagem concreta/real parecem fazer efeito de simbolização (ou de símbolo?) com a presença do terapeuta ocupacional localizada entre objetos, entre ações e entre atos. Parece haver um trânsito em *zigue-zague* da objetivAção à subjetivAção.

Sobre objetos e atividades, é preciso enfatizar que, como vimos, o conceito de objeto para a psicanálise é bastante diverso da ideia que se tem de objeto em Terapia Ocupacional. Nesta última, costuma-se se referir apenas ao objeto concreto. O objeto da teoria da integração sensorial, por exemplo, é pensado a partir de suas características. Uma questão sobre o uso de atividades: Como aprofundar na suposta especificidade do uso de atividades pela Terapia Ocupacional se, pelo menos no atendimento a crianças, e mais especialmente a criança autista, o uso de atividades é comum a todas as especialidades? Preferiria pensar que o fator diferencial está no fato de terapeutas ocupacionais trabalharem *o fazer* dos sujeitos que ali estão, talvez, assim, a dimensão de uso de atividades se torna diferenciada. Acredito que a maneira de apreender o objeto, dimensionada pela questão do *fazer em* Terapia Ocupacional, amplia a discussão e talvez possa compartilhar com as considerações da Psicanálise. Da mesma forma, *ação* e *atividade* são termos caros à Terapia Ocupacional e que são para a Psicanálise representantes de outras ideias que até nem representam algo significativo para a teoria.

O uso de objetos na clínica com a criança autista que é algo que faz questão no cotidiano institucional. A relação que cada uma de nós da equipe mantém com seus instrumentos de trabalho,

em sua maioria brinquedos, são no mínimo interessantes. Acredito que a clínica com crianças autistas nos leva a considerar de maneira específica esta relação com a materialidade, com a letra, com o corpo, com os objetos. E aí não falo só como as crianças se utilizam os objetos, mas também como os terapeutas os tratam.

Uma colega não larga sua casinha de madeira com seus personagens que teoricamente montam uma família, pois, segundo ela mesma diz, acredita que as crianças possam vir a fantasiar, a falar de seus conflitos familiares. Outra colega gosta de trazer elementos mais correntes no discurso midiático, como os personagens dos desenhos animados e filmes infantis da atualidade. Outras trazem objetos que demandam aspectos motores, como bolas, bambolês, colchonetes. Bom, esta (pré)-ocupação com estes objetos muitas vezes estão aí pra tentar dar conta de um suposto resgate da criança autista ante seu esperado estado inicial de recusa das manifestações do Outro.

Discordo da ideia da atividade como mediação, como vimos entender Barros, Ghirard e Lopes (2002), autoras da Terapia Ocupacional Social. Além disso, aproveito para dizer que no meu ponto de vista existe apenas uma Terapia Ocupacional, que mesmo trabalhando em contextos diversos, atua de maneira específica em seu terreno.

Acredito que devemos pensar com cautela a recomendação de Benetton (2006) sobre o uso de várias atividades em Terapia Ocupacional, concordando com Vorcaro e Kupfer (2007) sobre a possibilidade de encenarmos ali outro invasivo, excessivo na apresentação dos objetos.

Segundo Tustin é necessária uma mudança no uso patológico que as crianças fazem de seus objetos autistas. Nesta afirmação vemos que os objetos nunca deixam então de serem denominados objetos autistas, mesmo que mudem de lugar aos olhos do Outro. O uso poderá ser patológico ou saudável em sua relação com o outro. Lembro aqui de uma ideia que lancei a um paciente, para realizarmos uma espécie de coleção, ou de reserva, de suas hastes de uma planta gramínea que recolhia nos jardins do COMPP e trazia aos atendimentos sob o olhar reprovador de seus pais. Se formos de acordo com Tustin, por mais que ali na Terapia Ocupacional, *experimentamos* juntos a elaboração de um vaso de decoração com estas hastes aglomerando outros objetos de suposto

interesse, como linhas e elásticos; sempre teremos a matéria bruta equivalente a um objeto autista. Penso que, na Terapia Ocupacional, o objeto construído pode ou não ser um objeto autístico, e não algo a ser facilitado *a priori* como parece sugerir Tustin, sem que este mude de nome ou endereço. O objeto inicialmente sem relação com o ato de fazer, possa talvez, no surgimento ou no ser do sujeito autista se *objatar*.

Enfim, talvez não vamos trabalhar diretamente a posição do sujeito frente ao desejo materno ou na dinâmica pulsional, mas a partir das produções atuantes, dos objetos circundantes e que acompanham seu processo de constituição subjetiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A clínica com a criança autista nos leva aos confins de onde a questão da produção do sujeito se coloca”

(Miller, 1996a, p. 156 citado em Ribeiro, 2005, p. 18).

Podemos pensar que o próprio título desta dissertação e o que se propôs em seu primeiro capítulo vai na contramão do discurso da não especialidade. Porém, neste caso penso como Vorcaro (1994) quando diz que “é necessário aproximar-se do que emoldura e delimita uma prática, porque esta só poderá ser superada se for possível perguntar sobre suas condições de possibilidade e sobre os efeitos que produz: faces da prática clínica” (p. 15). Para pensar uma prática clínica que leva em consideração a existência do sujeito, fez-se necessária a desconstrução passo a passo do saber de especialista que a maior parte dos trabalhos encontrados na área de Terapia Ocupacional nos remeteu, seguindo a linha fenomenológica, da observação clínica. É preciso caminhar do olhar a escuta; da maturação ao desenvolvimento.

Concordo com Elia (2004) que, a partir do momento em que o sujeito é suposto pela ciência, no mesmo ato, é excluído de seu campo de operação. No caso deste trabalho, escrito em uma universidade, pude ver o que foi possível dentro das limitações que a ciência nos impõe e aceitar que com a tentativa de interlocução com a Psicanálise talvez possamos pensar uma Terapia Ocupacional mais clara, ampliando as reflexões sobre sua prática.

Sobre esta interlocução, concordo com Tedesco (2007) que diz que, mesmo com tanto exercício acadêmico, evidencia-se a dificuldade de sistematizar temáticas tão complexas. Os conceitos e ideias “acham-se tão extraordinariamente envolvidos que somos tentados a penetrar em vários problemas contíguos” (Freud, 1912, p. 137).

A persistência na interlocução entre dois campos parece ter sido a chave para subsidiar a escrita desta clínica que só posso chamar de clínica da Terapia Ocupacional atravessada pela

psicanálise, porque não é outra coisa. Da mesma maneira como nos traz Rivera (2002), sobre a articulação entre a Psicanálise e a arte, penso que a Terapia Ocupacional e a Psicanálise também “realizam encontros e afastamentos, seguindo uma alternância de espelhamentos e estranhamentos radicais” (p. 60). Acredito que isto é a própria consequência da interlocução. Todavia, certamente foram encontros e estranhamentos fecundos para novas discussões.

Esta experiência me fez enxergar que os conceitos na psicanálise são encadeados subjetivamente, a partir de sua leitura. Da noção do corpo, entendido como corpo pulsional, vi que seria inevitável percorrer, embasada nas lembranças que a clínica com a criança autista me insistia aparecer, o estatuto do Outro e a questão do uso dos objetos, até mesmo para pensar o lugar da terapeuta ocupacional neste processo.

Em vários momentos da escrita, achei que o que queria dizer parecia não caber na lógica universitária e pensei que isso parecia acontecer na clínica com a criança autista, uma escrita que aparentemente não se escreve na lógica do Outro.

Agora fico segura de que podemos ampliar a compreensão da prática da Terapia Ocupacional com a criança autista ou até teorizá-la com a consideração da emergência do sujeito e suas manifestações inconscientes sem que isto seja entendido como aplicação da Psicanálise e esta, dentre outras várias questões que me surgiram durante a escrita desta dissertação, parece apontar para várias possibilidades de trajetos em sequência a este estudo.

Com relação ao olhar da criança, talvez o seu componente perceptivo, a relação que ela faz com as imagens gráficas, como a letra, por exemplo, me parece algo de específico que podemos avançar. Instiga-me o fato de algumas crianças, apesar de não interagirem com seus semelhantes, apresentarem como sintoma⁴⁶, a leitura de rótulos, reconhecer logomarcas e decorar *slogans* e *jingles* publicitários. Assim, parecem firmar um lugar de conforto e de tentativa de linguagem e consequentemente de inscrição no discurso social (do Outro?) a partir da percepção destes signos. Talvez valesse a pena recorrermos à linguística em estudos posteriores.

⁴⁶ Aí talvez, em trabalhos futuros de articulação entre Terapia Ocupacional e Psicanálise, teríamos que discutir o que vem a ser o sintoma da criança para além das suas manifestações de comportamento.

Chama-me a atenção também a questão do direcionamento dos olhares (da criança, da terapeuta, dos pais), a dimensão espacial dos objetos no campo visual de algumas crianças e a disposição dos objetos potenciais brinquedos durante o atendimento na sala. Será que existe um espaço tridimensional na percepção, no olhar e porque não na linguagem desta criança? Como ela percebe o outro neste espaço? As crianças ditas autistas parecem demandar um olho atravessado em sua voz, que não se localiza externada, mas embutida e cristalizada em uma espécie de imagem.

Penso que a Terapia Ocupacional indica um traço de Outro, um traço da cultura, sugeridas pelas imagens e materialidade que ali são apresentadas. Nesse sentido, conversando com a psicanalista Ângela Vorcaro sobre a que se proporia a Terapia Ocupacional com a criança autista, ela me trouxe as seguintes palavras (ou a seguinte tradução!): “Seria um trabalho de apresentar e partilhar com uma criança uma versão do campo do Outro que seja menos invasiva e que permita a ela uma circulação, um saber fazer neste campo” (comunicação pessoal). Percebemos que Vorcaro sugere que pensemos no saber fazer da criança e não do terapeuta.

Em relação à minha indagação sobre o que seria a Terapia Ocupacional entendida como uma “clínica instrumental”⁴⁷ Vorcaro diz:

uma clínica instrumental no sentido de que a criança possa fazer dos objetos, e com estes objetos, ferramentas que introduzam um novo modo de circulação e de inscrição na linguagem permitindo constituir um tecido de funcionamento que abra o trabalho da estrutura. Um trabalho de exposição da criança a objetos da cultura (como tesoura, martelo, papel) para que elas os explore e invente um fazer com eles. Menos pedagogia (...), permitir que a criança se deixe fisgar, se interesse sobre o funcionamento dos objetos a partir do que ela vê o semelhante fazendo (...) deve ser uma presença que não oferece tanta coisa, de modo que o excesso de oferta se torne uma imposição, uma demanda grande demais para ser suportada pelo autista, mas que permita sua circulação no campo do humano ao engajar-se em funcionamento a partir de uma interpelação provocada nela pelo objeto (comunicação pessoal).

Temos muita riqueza nestes comentários e muitos aspectos que daí se abrem, porém, vou me ater aqui apenas em trazer a questão: sugerir desenvolver futuramente a questão do saber fazer em Terapia Ocupacional, que ao meu ver está implícito neste comentário. É possível um fazer ser inventado?

47 Ver mais a respeito em Jerusalinsky, A. e Coriat, L. (1996). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. *Escritos da Criança*, 4, Centro Lydia Coriat, Porto Alegre. p. 6-12. Para Tedesco (2007), na Terapia Ocupacional “evidencia-se a constituição de um processo terapêutico através de uma relação e de um instrumental” (p. 156).

Mesmo que “a psicanálise leva em conta os dados fenomenológicos, mas repousa sua hipótese diagnóstica de autismo sobre o estabelecimento da posição do sujeito autista diante do Outro e do objeto” (Pimenta, 2003,p. 14-15) acho possível o terapeuta ocupacional compartilhar desta reflexão junto aos psicanalistas, pois é estritamente sobre a relação com os objetos concretos e com a cultura ou o fazer-se cultura que a Terapia Ocupacional trabalha.

Retomando os aspectos históricos que configuram a Terapia Ocupacional, Tedesco (2007) nos diz:

(...) mais importante do que essa configuração geral é a tradição que inscreve o uso das ocupações (atividades, fazeres) como ações de cuidado ligadas à cultura, às relações, às histórias entre pessoas, comunidades e sociedade. O saber para a construção de um campo relacional e de um campo do fazer para uma inscrição na cultura passou a ser a base da formação desse profissional (p. 157).

De que lugar vem à intervenção do terapeuta ocupacional e endereçada a quem? Necessariamente atua na atividade, *no fazer*? Onde faz jogo, transformação? Como ler a produção, *o fazer* da criança dita autista, isso é possível? A materialidade do objeto concreto está remetendo a criança ao real radical de seu corpo? Talvez em Terapia Ocupacional não lemos a imagem falada e sim a imagem vista e refalada, revista, revisitada. Um fazer que preceda o falar.

A direção do tratamento em Terapia Ocupacional parece consistir no convite ao sujeito a compreensão de sua atividade/ação desenvolvida no espaço terapêutico, a partir da análise *do fazer* pelo próprio sujeito que faz. Não se trata de analisar o objeto feito e retorná-lo ao sujeito, mas de tornar audível o ato, entendido ali como o processo de fazer atividades. Construir. Reconhecer a produção do sujeito.

Com base na clínica e nas questões levantadas, busquei localizar a intervenção da Terapia Ocupacional e só a vi no *entre atos e ações*. Uma intervenção que se dá na atividade do sujeito, na ação do corpo, no que resulta atividade objetivada baseada no trânsito subjetivo e do corpo, o ato. Assim o título da dissertação se desenvolveu para refletir sobre esse lugar, em que o ato parece trazer a marca da subjetividade em sua potencialidade, e a ação faz referência ao motor do corpo, ou do organismo em questão, apesar de que entendo que também há ação no ato e vice-versa. O espaço *entre* ilustra esse trânsito. Na palavra *imprimindo* é onde busquei dizer da escrita, do real da

experiência do trabalho que esta dissertação me provocou. Falo da literal impressão das letras no papel branco, será que ousando a buscar conjuntamente uma impressão do leitor?

Tenho pensado que a Terapia Ocupacional se constitui num espaço em que o convite, ou a convocação inicial é o fazer. O que estará em jogo é a ação, sendo apresentada como motora, cognitiva, mas antes de tudo de um sujeito. Neste espaço não lhe é oferecido especificamente uma proposta de composição gráfica ou plástica, lhe são abertas as portas dos armários, dos baús e ali estarão: corpos, objetos e isso. Talvez a escolha do que é plástico, gráfico, da ordem do brinquedo, construtivo, nos dirá sobre o sujeito em questão.

Lacan (1985[1954-1955]) traz uma referência interessante sobre *ação* baseada nos pressupostos da psicanálise, acredito que se refere à ação do inconsciente:

cada vez que temos de lidar com um resíduo de ação, de ação verdadeira, autêntica, com este algo de novo que surge de um sujeito – (...) – nós nos achamos diante de algo com que só mesmo nosso inconsciente não se apavora (p. 302).

O “decodificável” como nos diria Dolto (1984), que não acredito ser possível (e que bom que não seja), não se encontra na, ou apenas na produção, e sim na composição do ato de fazer algo. É preciso nos atermos na estrutura ou na forma deste ato. Segundo Mezan (1998, p. 93), a Psicanálise interessar-se-ia mais pelas condições econômicas e dinâmicas do ato do que pelo ato em si. Penso que talvez desconstruir o ato em si seja uma proposta para a clínica do autismo, apesar de não estamos falando do mesmo ato.

Outras questões nos acompanham: Estaria ali na atividade a presentificação, a imagem real ou a realimagem para ser destinada ao outro? Agora, se este veículo estrutural real estiver em movimento, for uma ação, como apreendê-lo em sua dinâmica? Estamos colocando a atividade no lugar de outro? Representante de Outro? Lugar do objeto? Ou como mediação, espaço transicional? Penso que, se talvez conseguíssemos continuar ampliando o conceito *atividade* em Terapia Ocupacional e ampliar sua compreensão, a clínica possa se tornar mais clara.

Ao pensar na clínica, lembro atividades feitas pela metade, ou não direcionadas; concluídas e não endereçadas, ato e ação que se prolongam e que, por vezes, se retratam em outras cenas

sugerindo recursos internos da criança. Restos. A criança se depara com materiais, por vezes, considerados pelo outro como inúteis, porém denotam possibilidades infinitas de se fazer algo.

Este apelo à concretude nas práticas de Terapia Ocupacional parece vir ao encontro da problemática autística. Dupla concretude, a do instrumental, materiais e ferramentas utilizados e produzidos e a literalidade das intervenções.

Enfim, aposto no comparecimento da singular potencialidade criativa, neste espaço não dito e não feito, ou desdito e desfeito, comparecendo ali um sujeito que há de vir, e que estará a reeditar e refazer.

Com este trabalho busquei entender melhor quem é esta criança – sujeito que vem fazer Terapia Ocupacional e o que esta vem tentando lhe oferecer. Acredito que muitas questões merecem ser ampliadas e (re)vistas mais de perto em trabalhos futuros. A limitação de leitura na área da Psicanálise, característica da formação de terapeutas ocupacionais, deixa lacunas que muitas vezes não articularam bem as questões propostas durante o trabalho, mas esta é uma falta que com certeza fez mover a dissertação.

Outra limitação relacionada à Terapia Ocupacional é a escassa produção científica atualizada na área específica do atendimento à criança autista e limitação no campo do saber, sendo a maioria dos trabalhos circunscritos dentro de uma única visão ou abordagem. Percebeu-se então que é necessária a ampliação do conhecimento nesta área e a interlocução com outros campos do conhecimento.

Smith e Arbesman (2008) defendem que terapeutas ocupacionais estão no momento propício para contribuir com pesquisas sobre autismo, não só devido a notável repercussão que esta temática vem apresentando nos últimos tempos, mas sim porque sempre foi uma população que nos procuram para atendimento e portanto temos respondido a esta demanda.

Para Soares (2007), a ação, o fazer humano e o cotidiano têm sido definidos como o objeto da profissão. Talvez poderemos sustentar nossa intervenção e nosso olhar na clínica com estas crianças, tendo dois pilares de articulação: a ação motora no campo do corpo físico/orgânico e o ato,

este último entendido como a imagem da atividade, envolvendo aspectos da subjetividade da criança. A clínica com crianças autistas parece possibilitar esta investigação, talvez pela questão da recusa ao olhar e do real-radical do corpo que ali comparecem.

É importante salientar que apesar do tom crítico e muitas vezes apressado que sustenta esta dissertação, não questiono a validade, a autenticidade e o mérito das intervenções propostas e desenvolvidas pelas diversas abordagens, pois sabemos da singularidade da própria clínica que, por vezes, uma abordagem e/ou terapeuta que para uma criança faz marca, para outra, naquele momento, pode não fazer.

Penso que este campo, Terapia Ocupacional, falando da clínica com crianças autistas, deve se *despir* da especialidade e dos jargões provenientes da ciência dura e da luta de classes, luta por espaço. Assim talvez aprofundaremos na dimensão de sujeito e poderemos criar possibilidades de intervenções que façam efeito à criança.

Nos trabalhos que relacionamos sobre Terapia Ocupacional com crianças autistas, vimos que não se trata de produzir a emergência deste sujeito como para a psicanálise (o sujeito do inconsciente). Seu próprio discurso não permite isto, e quando tenta possibilitar é barrado pelo saber-fazer que “se aproxima mais da relação professor-aluno do que da relação analista-paciente” (Benetton, 1994, p. 76), em que o terapeuta detém o saber e a criança aprende.

Há sujeito na criança dita autista? Vemos também que este é um tema bastante complexo e de controvérsias na Psicanálise. Aqui, concordamos com Pimenta (2003) que há sim sujeito, pois a criança é falada pelo Outro; “há, no Outro, significantes que a representam” (p. 79). Assim, na perspectiva da Terapia Ocupacional trazemos Fernandes (2006) quando diz que o “sujeito não se divide em um interior e exterior, ele se constitui na ação, no fazer, no falar, no processo (...) pois o inconsciente não é uma região obscura, ele é construído em ato, no fazer da vida” (p. 127b) proposta que parece coadunar com a da Psicanálise.

Sobre a transferência, concluímos que ela está em todo lugar, não se tornando propriedade da Psicanálise ou do psicanalista. Ela pode acontecer com qualquer profissional independentemente

da linha que este segue. O importante é reconhecê-la e trabalhar de maneira favorável à sua circularidade em prol da criança. As atividades, tanto para Fernandes, quanto para Jô Benetton (na relação triádica), estão localizadas no campo transferencial e não estão fora dele. Mas questiono como conceber a relação triádica para a criança dita autista? Como acontece a introdução deste terceiro termo – a atividade, já que a relação dual já parece comprometida? Questiono se seria possível esta intervenção na atividade na clínica da criança autista.

Enfim, esta dissertação traz uma pequena contribuição para explicitar as principais questões precipitadas no campo da Terapia Ocupacional atuando com a criança autista a partir do atravessamento pela Teoria Psicanalítica, suas limitações e benefícios. Sugere atenção maior à criança e suas potencialidades e não às técnicas e objetivos predeterminados, muitas vezes focados em suas dificuldades.

Penso que, talvez, seja exatamente daqui que começa a se explicitar a experiência da escrita desta clínica que chamo de *Terapia Ocupacional atravessada pela psicanálise*, concluindo que o tempo de sua escrita coincide com o tempo do sujeito.

O trabalho desta dissertação foi uma pequena e primeira tentativa de trazer elementos da teoria da sexualidade infantil de Freud e a lógica do significante de Lacan atreladas a reflexões sobre a clínica cotidiana que desenvolvo com a criança autista. A metodologia utiliza a exposição da leitura dentro das possibilidades que ela foi feita, foi um risco assumido, que permitiu que as letras deslizassem em uma cadeia significante. Esta aposta na exposição dos limites e das lacunas que o tempo da leitura da psicanálise (tempo de cada um) pode muitas vezes ter dificultado a acessibilidade do leitor ao texto, mas assim foi a forma do meu fazer, mesmo tendo constatado isso só depois do feito.

Ficou claro que a escrita desta dissertação representou, encenou ou fez uma analogia ao que parece potencialmente ser trabalhado na clínica do autismo: certa espera ou aposta pela constituição do sujeito fundada no tratamento com (e do) Outro. Como nos diz Elia (2004), “a emergência da angústia é a emergência do sujeito” (p. 13), e talvez este trabalho não fosse possível se não fizesse

uma aposta de que há sujeito ali, onde frequentemente é visto por o(O)utros, um objeto.

Constato que o próprio percorrer este caminho abriu horizontes para se pensar melhor a minha prática e talvez ampliar os questionamentos e os entendimentos sobre a prática de outros. Mas também me fez entrar em contato com a dimensão do Outro de uma forma única, me fazendo repensar profundamente a clínica.

A Psicanálise me parece chegar em um momento propício, tendo em vista os processos emancipatórios que compõem o cenário da atual desta escrita: o CAPSi busca separar-se do COMPP, a Terapia Ocupacional busca separar-se da fisioterapia e a autora busca separar-se do texto.

Concluindo, não posso negar que a escrita desta dissertação tem um “testemunho do Outro em ação” (Fernandes, 2000, p. 33), encarnado no outro orientador, outro UnB, outro COMPP, outro Equipe, enfim, Outro saber.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, E. S. C. F. & Vicentini, C. R. (2005). Desenvolvendo a sensibilidade sensorial tátil plantar em portadores de autismo infantil através do “tapete sensorial” – estudo de três casos. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 13 (1), p. 47-52.
- Barros, D. D. Ghirard, M. I. & Lopes, R. E. (2002). Terapia Ocupacional Social. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 13(3), p. 95-103.
- Benetton, M. J. (2010). O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. *Revista CETO*, 12 (12), p. 32-39.
- Benetton, M. J. (2006). *Trilhas associativas – ampliando subsídios metodológicos à clínica da Terapia Ocupacional* (3 ed. rev.). Campinas: Arte Brasil – Unisaesiano.
- Benetton, M. J. (1994). *Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. Tese de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP.
- Benetton, M. J. (1993). O Silêncio. *Cadernos de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos*, 4 (1-2), p. 1-3.
- Benetton, J., Tedesco, S. & Ferrari, S. (2002). Editorial. *Revista do CETO*, 7(7), p. 1.
- Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de (2001). Recuperado em 27 jun. 2012, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm.
- Brasil. Portaria nº 336 Recuperado em 22 out. 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>.
- Buchalla, C. M. (2003). A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *ACTA Fisiátrica*, 10 (1), 29-31.
- Catão, I. (2009). *O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo*. São Paulo: Instituto Langage.
- Cavalcanti, A. E. & Rocha, P. (2007). *Autismo: construções e desconstruções*. 3. ed. rev. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ceccato, (2002). Conexões e Sentidos: Recorte de um Processo de Terapia Ocupacional. *Revista do Ceto*, 7(7), 18 -21.
- Crespin, G. C. (2010). Discussão da evolução de uma síndrome autística tratada em termos de estruturação psíquica e de acesso à complexidade. *Psicologia Argumento*, 28(61), p. 159-166.
- Cunha, A. C. & Matsukura, T. S. (1998). A criança autista: possíveis relações entre estereotípias e a realização de atividades em Terapia Ocupacional – Estudo de Caso. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 7(2), p. 68-76.

- Dolto, F. (2010). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva.
- Dolto, F. & Nasio, J. D. (2001). *A criança do espelho*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Drummond, A. (2006). *Exploração do Disabilities Arm, Shoulder and Hand (DASH) através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidades e Saúde (CIF) e da Análise RASCH*. Dissertação de Mestrado, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, UFMG, Belo Horizonte.
- Elia, L. (2004). *O conceito de sujeito*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Elia, L. (2005). Um Outro Caminho: Gozo, Corpo e Sujeito na experiência psicanalítica – ou: Lacan retifica Lacan. Trabalho apresentado no Reunião Lacanoamericana de Psicanálise em Florianópolis.
- Faria, N. & Buchalla, C. M. (2005). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. *Rev. Bras. Epidemiol.* [online], 8 (2), p. 187-193.
- Fernandes, L. R. (2000). *O Olhar do Engano – Autismo e Outro primordial*. São Paulo: Escuta.
- Fernandes, S.R. (2006) A transferência e a construção de um fazer criativo. *Revista de Terapia Ocupacional da USP*, 17 (3), p. 123-128.
- Ferrari, S. M. L. (2002). A-Tua-Ação da Terapia Ocupacional no Corpo Contido. *Revista do CETO*, 7 (7), 9-13.
- Ferrari, S. M. L. (1999). Terapia ocupacional – espaço da narrativa entre forma e imagem. *Revista CETO*, ano IV (4), p. 6-10.
- Ferreira, A. B. H. (2004). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3. ed. Curitiba: Positivo.
- Ferreira, M. P. (2008). Renascida, Ave Fênix! *Psique Ciência & Vida*. Edição Especial, Ano III, (7), Editora Escala.
- Freud, S. (1912). A Dinâmica da transferência. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XII (1911-1913), Rio de Janeiro: Imago. .
- Freud, S. (1914). Sobre o narcisismo: uma introdução. *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, Vol. XIV (1914-1916), Rio de Janeiro: Imago.
- Freud, S. (1915). *As pulsões e destinos de pulsão*. Tradução de Verlaine Freitas, a partir de: Freud, S. *Trieb und Triebchinsale*. In: Freud, S. *Gesammelte Werke*, vol.X. Frankfurt am Main: Fischer, 1999, pp. 209-232. Recuperado de 5 jun. 2012, de <http://www.verlaine.pro.br/txt/freudpulsoes.pdf>.
- Goldstein, A. (2010). *O Autismo sob o olhar da Terapia Ocupacional – Um guia de orientação para pais*. São Paulo: Casa do Novo Autor.
- Guerzoni, V. P. D. e outros (2008). Análise das intervenções de Terapia Ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [on-line], 8(1), p. 17-25.
- Hanns, L. (1999). *A teoria pulsional na clínica de Freud*. Rio de Janeiro: Imago.

Hernandes, R. (2010). *Um indivíduo com síndrome Asperger: estudo de caso a partir de análise das produções de atividades expressivas pelas trilhas associativas*. Dissertação de Mestrado, Universidade Prebisteriana Mackenzie, São Paulo.

Houaiss, A. & Villar, M. S. (2004). *Minidicionário Houaiss da língua portuguesa*. 2. ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Objetiva.

Jerusalinsky, A. (2010). Considerações preliminares a todo tratamento possível do autismo. *Psicologia Argumento*, 28(61), p. 121-125.

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

Jerusalinsky, A. & Coriat, L. (1996). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. *Escritos da Criança*, 4, Centro Lydia Coriat, Porto Alegre. 6-12.

Kupfer, M. C. F., Faria, C. & Keiko, C. (2007). O tratamento institucional do Outro na psicose infantil e no autismo. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 59 (2), p. 156-166.

Lacan, J. J. ([1949]1998). *O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica*. Escritos. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. J. ([1954-1955]1985). *Introdução do Grande Outro*. O Seminário, Livro 2. Cap. XIX, 296-311. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. J. ([1964] 2008). *Desmontagem da pulsão*. O Seminário, Livro 11. Cap. XIII, 159-170. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lacan, J. J. ([1964] 2008). *A pulsão parcial e seu circuito*. O Seminário, Livro 11. Cap. XIII, 171-182. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Lambertuci, M. C. F. & Magalhães, L. C. (2002). Terapia Ocupacional nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. In: Camargos, W. Jr. E outros. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio*. (Cap. 37, p. 227-235). Brasília: Corde.

Lancman, S. & Uchida, S. (2003). Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 6, p. 79-90.

Lasnik-Penot, M. C. (1991a). *Prefácio*. O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas. 2. ed. (Coleção Psicanálise da Criança: Coisa de Criança). Salvador: Ágalma.

Lasnik-Penot, M. C. (1991b). *Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional – quando a alienação faz falta*. O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas. 2. ed. Salvador: Ágalma. (Coleção Psicanálise da Criança: Coisa de Criança).

Lasnik-Penot, M. C. (2004) *Por uma teoria lacaniana das pulsões*. A voz da sereia. Salvador: Ágalma.

Lucero, A. & Vorcaro, A. (2011). *O uso de objetos no atendimento clínico da criança autista: experiência de um acompanhamento terapêutico*. Trabalho apresentado no Congresso Internacional

de Autismo em Curitiba.

Maleval, J. C. (2009). Qual o tratamento para o sujeito autista? Tradução de Paulo Sérgio de Souza Jr. *Inter.Ação. Revista da Faculdade de Educação da UFG*, 34 (2). Recuperado em 4 jun. 2012 no sítio www.revisttas.ufg.br/index.php/interacao/article/view/8504/5965.

Mângia, E. F. & Nicácio, F. (2001). *Terapia Ocupacional e Saúde Mental: tendências principais e desafios contemporâneos. Terapia Ocupacional no Brasil*. Plexus.

Marcelino, C. (2010). *Autismo Esperança pela Nutrição*. São Paulo: M. Books.

Matsukura, T. S. (1997). A aplicabilidade da Terapia Ocupacional no tratamento do autismo infantil. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 6(1), p. 25-47.

Matsukura, T. S., Silva C. F., Misorelli, R. & Donato, R. F. (1993). Intervenção domiciliar em Terapia Ocupacional no autismo infantil – Relato de uma experiência. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, 4 (1-2), p. 10-16.

Medeiros, M. H. R. (2003). *Terapia Ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: Ed. UFSCAR.

Montanari, A. P. M. (1995) Atendimento à criança especial. *Revista do CETO*, 1(1), p. 56.

Morrinson E. E. (Spring 2007). A Review of research on the use of weighted vests with children on the autism spectrum. *Education (Chula Vista, California)*, 127(3), p. 323-327.

Nascimento, E. M. V.(2001). A questão da pulsão na clínica do autismo. *Revista Marraio. Formações Clínicas do Campo Lacaniano*, (2), p. 57- 61.

Nominé, B. (2001). O autista: um escravo da linguagem. *Revista Marraio – Autismo O último véu*, (2), p. 11-23.

Oliveira, B. S. A. & Carvalho, L. B. C. (1994) O atendimento de crianças: questões sobre a estrutura psicótica. *A criança no discurso do outro – um exercício de psicanálise*. Jussara Falek Brauer (Org.).

Olson, L. J. & Moulton, H. J. (2004). Use of Weighted Vests in Pediatric Occupational Therapy Practice. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 24(3), p. 45-60.

Organização Panamericana de Saúde. *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo, 2003.

Pellegrini, A. C. (2008). Brincar é atividade? *Revista Ceto*, 11(11), 41-46.

Pellegrini, A. C. (2007). As relações entre o brincar no Método Terapia Ocupacional Dinâmica e no Modelo Lúdico: subsídios para a Clínica na Saúde Mental Infantil. *Revista Ceto*, 10(10), p. 40-47.

Pimenta, P. R. (2003). *Autismo: déficit cognitivo ou posição do sujeito? Um estudo psicanalítico sobre o tratamento do autismo*. Dissertação apresentada a Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais, FAFICH – UFMG, Belo Horizonte.

Rainone, F. N. (1998). Clínica da Terapia Ocupacional: a função estruturante do social. *Correio da APPOA*, (55), p. 49-55.

- Ribeiro, J. M. L. C. (2005). *A criança autista em trabalho*. Rio de Janeiro: 7 Letras.
- Rivera, T. (2002). *Arte e Psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007). Tecendo uma rede de usuários da CIF. *Editorial da Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(4).
- Schaaf, R. C., & Miller, L. J. (2005). Occupational Therapy using a sensory Integrative Approach for Children with developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 11, p. 143-148.
- Schwartzman, J. S. (2003). *Autismo Infantil (Neurofacil 2)*. São Paulo: Memnon
- Silva, D. B. R. & Martinez, C. M. S. (2002). Modelos de Avaliação em Terapia Ocupacional: estudos dos hábitos funcionais e de auto-suficiência em crianças. *Cadernos de TO da UFSCar*, 10(2), p. 77-93.
- Silva, K. C. B. S. (2006). Pratique à plusieurs: relato de uma experiência na instituição belga *Le Courtil. Imaginário*, 12 (13), p. 419-425.
- Smith, J. C. & Arbesman (July- August 2008). Evidence-based review of interventions for autism used in or of relevance to occupational therapy. (Report). *American Journal of Occupational Therapy*, 62.4, p. 416(14).
- Soares, L. B. T. (2007). História da Terapia Ocupacional. In: Cavalcanti, A & Galvão, C. *Terapia Ocupacional Fundamentação & Prática* (Parte I, Capítulo I, p. 3 -9). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stefan, D. R. (2001). Autismo e Psicose. In: Lasnik-Penot, M. C. *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas*. Salvador: Ágalma.
- Tedesco, S. & Ferrari, S. (2000). Acesso à teoria da técnica trilhas associativas. *Revista do Ceto*, 5(5), p. 32-36.
- Tedesco, S. (2007). Diálogos da Terapia Ocupacional e a Psicanálise: Terapia Ocupacional Dinâmica. *Terapia Ocupacional: Fundamentação & Prática*. Cavalcanti, A. & Galvão, C. Guanabara Koogan.
- Tustin, F. (1990). Objetos Autistas. *Barreiras Autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Volnovich, J. (1993). A psicose – de Freud a Lacan. *A psicose na criança*. Cap III, Rio de Janeiro: Relume- Dumará.
- Vorcaro, A. (2011). O efeito bumerangue da classificação psicopatológica da infância. In: *O livro negro da psicopatologia contemporânea*. Jerusalinsky, A. & Fendrik, S. (Orgs.). São Paulo: Via Lettera.
- Vorcaro, A. (1999). *Crianças na psicanálise. Clínica, instituição, laço social*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud.

- Vorcaro, A. (1994). *Relações Multidisciplinares – Das negociações numa clínica de distúrbios da comunicação*. São Paulo: EDUC.
- Vorcaro, A. & Lucero, A. (2010). Entre Real, Simbólico e Imaginário: Leituras do autismo. *Psicologia Argumento*, PUCPR, p. 147-157.
- Yañez, Z. G. (1996). Psicomotricidade e seus conceitos fundamentais: esquema e imagem corporal. *Escritos da Criança*, 4(4), 32-41.
- Yañez, Z. G. (1990). Desde o verbo de Nicolás – A transferência na terapêutica do instrumental. *Escritos da criança*, 3(3), 2 ed., p. 46-54.
- Wajntal, M. (2004). *Uma clínica da construção do corpo*. São Paulo: Via Lettera.
- Watling, R., Tomchek, S. & Vesser, P. L. (November/December 2005). The scope of occupational therapy services for individuals with autism spectrum disorders across the lifespan. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59(6), p. 680-683.
- Winnicott, D. (1975). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. *O Brincar e a realidade*. Imago, Rio de Janeiro.
- Winnicott, D. ([1959]1994). O destino dos objetos transicionais. *Explorações psicanalíticas*. Capítulo 11. Porto Alegre: Artes Médicas.

ANEXO

Um(a) solução

Ana Cláudia Reis

Escrevo-leio
Voleio o que escrevo

Leio-escrevo
Escavo o que leio

Soluço
Respiro
e Calo

Escrevo de novo.

Escrevo/escrava
Leio/ livre
Livro e me livro!

Me faço ler...
ou lendo?