

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS
DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

**O BRINCAR, A INTERAÇÃO DIALÓGICA
E O CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ NA
TERAPIA FONOaudiOLÓGICA
DE CRIANÇAS DO ESPECTRO AUTÍSTICO**

Dissertação de Mestrado

Michele Paula Moro

Santa Maria, Brasil.

2010

**O BRINCAR, A INTERAÇÃO DIALÓGICA
E O CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ NA
TERAPIA FONOaudiOLÓGICA
DE CRIANÇAS NO ESPECTRO AUTÍSTICO**

por

Michele Paula Moro

**Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de
Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Área de
Concentração em Linguagem Oral e Escrita, da Universidade
Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Distúrbios da Comunicação
Humana**

Orientadora: profa. Dra. Ana Paula Ramos de Souza

Co-orientadora: profa. Dra. Carolina Lisboa Mezzomo

**Santa Maria, RS, Brasil
2010**

**Ministério da Educação
Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Humana**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**O BRINCAR, A INTERAÇÃO DIALÓGICA
E O CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ NA TERAPIA
FONOAUDIOLÓGICA DE CRIANÇAS NO ESPECTRO AUTÍSTICO**

elaborada por
Michele Paula Moro

como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana

COMISSÃO EXAMINADORA

**Ana Paula Ramos de Souza, Dra.
(Presidente/Orientadora)**

**Jacy Perissinoto, Dra. (UNIFESP)
(Membro)**

**Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)
(Membro)**

Santa Maria, março de 2010

M867b Moro, Michele Paula.

O brincar, a interação dialógica e o circuito pulsional da voz na terapia fonoaudiológica de crianças do espectro autístico / por Michele Paula Moro ; orientadora Ana Paula Ramos de Souza ; co-orientadora Carolina Lisboa Mezzomo. - Santa Maria, RS, 2010.

143 f. : il ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, 2010.

1. Fonoaudiologia. 2. Linguagem. 3. Distúrbios da linguagem. 4. Crianças. 5. Autismo. 6. Desenvolvimento infantil 7. Brincar. I. Souza, Ana Paula II. Mezzomo, Carolina Lisboa. III. Título.

CDU: 616.89-008.434

Ficha catalográfica elaborada por
Denise Barbosa dos Santos - CRB10/1456

© 2010

Todos os direitos autorais reservados a Michele Paula Moro. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua Paul Harris, 42, Apto. 201, Bairro Centro, Santa Maria, RS,
CEP: 97015-480 Telefone: (55) 3027-1860 (55) 9152-4644

Email: moro.michele1@gmail.com

*Aos que me deram a alegria de fazer parte de suas vidas.
Minha dedicação por todo o sempre.*

***Ao meu mais verdadeiro e eterno amor:
- Lotar, Luci, Mariel e Marceli -***

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À professora **Drª Ana Paula Ramos de Souza**, exemplo de dedicação, determinação profissional e preocupação com o outro. Agradeço por todas as oportunidades concedidas, pela confiança e por todos os ensinamentos transmitidos; por acreditar que trabalhar é envolver, além da técnica, o olhar diferenciador da singularidade de cada sujeito, não medindo esforços em prol dos benefícios destes. Obrigada pelos momentos de convívio, nossos cafés e a alegria de receber sua amizade. Agradeço pela orientação deste trabalho e auxílio constante no meu aperfeiçoamento científico, pessoal e humano. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todo momento vivido na companhia de cada criança desta pesquisa, por abrirem partes de janelas e me receberem em seus dias na busca de novas cores para o que já faz parte de nós.

Aos pais dessas crianças, que persistiram, insistiram em confiar que o brincar “nos” ajusta como seres humanos, pelo respeito ao simples e à escuta de nossas inabilidades em saber ouvir.

À colega e amiga, Ellen Klinger, sempre compartilhando seu saber, sua tranquilidade e seu olhar ao que os meus olhos não enxergavam. Pelas risadas, cafezinhos no SAF, pelo apoio e palavras de carinho nesse percurso.

À querida professora Carolina Lisbôa Mezzomo, pelo apoio, atenção e co-orientação na elaboração da dissertação.

Aos funcionários do Serviço de Atendimento Fonoaudiológico da Universidade Federal de Santa Maria que acompanharam nossa corrida pelos corredores e, sempre, com carinho - Edna e Eliane - ofertavam seu cafezinho quentinho para animar o dia.

Às preciosas amigas, à “plllimaaa” amada e ao precioso amigo alemão, “vocês sim”, meus eternos e amados amigos. Sempre, sempre, sempre em meu coração, pelos dias de ontem, pelas boas conversas do hoje e pelas melhores que virão, porque certamente a distância é somente fato. Seus nomes “impressos” em minha vida, em minhas lembranças, alegram meu coração.

E, principalmente, minha gratidão aos que me fazem viver, a vocês: **Pai, Mãe, Léo e Marceli**, são o que de melhor, de mais belo e singular faz minha vida acontecer e colorir-se. Minha verdade mais pura, meu amor para todo sempre, a vocês que acreditaram que a “gordinha”, mesmo em seu estranhamento, chegaria e chegará ao que é o melhor para este agora. Obrigada pelo ensinamento constante no caminho do bem. Obrigada por serem “os meus pais”, “as minhas irmãs” – “a minha família”.

Às professoras Jacy Perissonoto e Elenir Fedosse por aceitarem o convite para compor a banca examinadora desta dissertação.

À UFSM e ao Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana do Departamento de Fonoaudiologia (professores e funcionários) pela oportunidade da realização deste mestrado.

“Se a palavra é prata, o silêncio é ouro.”
(Sabedoria Oriental)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação
Humana
Universidade Federal de Santa Maria

O BRINCAR, A INTERAÇÃO DIALÓGICA E O CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ NA TERAPIA FONOaudiOLÓGICA DE CRIANÇAS NO ESPECTRO AUTÍSTICO

Autora: Michele Paula Moro

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, 05 de março de 2010.

Esta pesquisa analisa os efeitos da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista, atravessada pela psicanálise, na evolução linguística e subjetiva de três sujeitos na faixa etária de 2 e 5 anos, realizada durante 10 meses, com freqüência de duas vezes por semana. A proposta baseou-se na visão de intervenção precoce de Jerusalinsky e Coriat (s.d.), na abordagem do autismo relatada por Laznik (2004), e nas idéias de atividade lúdica livre e do brincar como terapêutico em si de Winnicott (1975). Também foram utilizados princípios fonoaudiológicos produzidos a partir do deslocamento da teoria interacionista de aquisição da linguagem (De Lemos, 1992) e outros princípios sistematizados por Ramos (2008). A análise qualitativa realizada baseou-se nos autores mencionados e também no conceito de circuito pulsional da voz proposto por Catão (2009). Os resultados demonstraram que a proposta foi efetiva e eficaz para auxiliar os sujeitos a avançarem em seu simbolismo, tanto no brincar quanto na linguagem. Os sujeitos L. e C. evoluíram na linguagem de modo a ocupar as posições discursivas de pólo da língua e pólo falante/ouvinte. O sujeito A., ampliou sua exploração sensório-motora rumo ao simbolismo e passou a ocupar, por vezes, a posição discursiva de pólo do outro. Os progressos foram obtidos tanto em função da evolução do brincar, quanto da fala sintonizada, em alguns momentos em *manhês*, projetada sobre esse brincar. Os familiares participaram dessa evolução tanto nas sessões conjuntas com o filho quanto pelo trabalho de entrevista continuada. O conceito de circuito pulsional da voz sistematiza os investimentos terapêuticos no *ouvir*, *se ouvir* e *se fazer ouvir*, apresentando-se como aspecto teórico importante para o trabalho do Fonoaudiólogo em tempos de constituição psíquica.

Palavras-chave: Autismo, interacionismo, psicanálise, circuito pulsional da voz, *manhês*, aquisição da linguagem.

ABSTRACT

This research analysis the interaccionist and psychoanalisis speech therapy effects in linguistic e subjective evolution of three subjects, between two and four years old, during ten months, twice in a week sessions. The intervention based on Jerusalinsky e Coriat (s.d.) early intervention, on autism therapy of Laznik (2004), and in Winnicott's (1975) ideas about play as a therapeutic resource. Also were used speech therapy principles based on interactionist theory of language acquisition (De Lemos, 1992) e other principles organized by Ramos (2008). The qualitative analysis bases on these researchers and on voice pulsional circuit concept of Catão (2009). The results demonstrated that the therapy principles were effectives to help the subjects to improve theier play and language symbolism. The subjects L. and C. had grate language evolution. They occupied new discursive positions like language pole and speaker/hearer pole. The subject A. had improved his sensório-motor exploration in play and occupied, some times, the other discursive pole. This grow was conquisted by the play and sintonized talk, some times by baby talk, projected on this play. The parents participated of this evolution in the conjunt sessions with his son and by the continued interviews with the therapist. The voice pulsional circuit concept sistematized theorically the therapeutic intervention on hear, hear himself and ask to be heard, as an important theoretical aspect for speech therapy in psychic constitution times.

Keywords: autism, interactionism, psychoanalisis, voice pulsional circuit, baby talk, language acquisition. subjectivity.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 AUTISMO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REFLEXÕES SOBRE A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA.....	23
2.1 Histórico e caracterização clínica nas perspectivas mentalista e comportamentalista.....	23
2.2 A visão psicanalítica do autismo: da caracterização à terapia.....	28
2.2.1 Aspectos históricos.....	28
2.2.2 O circuito pulsional na avaliação e intervenção de sujeitos do espectro autístico.....	33
2.3 O brincar como espaço de intervenção fonoaudiológica: reflexões a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento.....	42
2.4 A visão interacionista de aquisição da linguagem e possíveis deslocamentos para a clínica fonoaudiológica da linguagem.....	50
2.4.1 Aquisição da linguagem na perspectiva interacionista de Cláudia de Lemos e demais estudos enunciativos.....	50
2.4.2 Fundamentos da clínica de linguagem a partir do interacionismo brasileiro.....	54
2.4.3. A perspectiva da clínica dos distúrbios de linguagem: outros deslocamentos da linguística e da psicanálise para a Fonoaudiologia	56
3 MATERIAL E MÉTODO.....	61
3.1 Casuística.....	61
3.2 Procedimento de avaliação.....	62

3.3 Procedimentos terapêuticos.....	63
3.3.1 Terapia fonoaudiológica individual com o sujeito.....	63
3.3.2 Terapia conjunta sujeito-familiar.....	68
3.3.3 Entrevista continuada - fonoaudióloga e pais	69
3.4 Resultados e análise dos dados.....	69
4 ASPECTOS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO.....	71
4.1 ARTIGO DE PESQUISA 1 - O BRINCAR E A DIALOGIA NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE CASOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO.....	72
RESUMO	72
ABSTRACT	73
INTRODUÇÃO	74
METODOLOGIA.....	76
APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	78
DISCUSSÃO.....	96
CONCLUSÃO.....	98
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	100
4.2 ARTIGO DE PESQUISA 2 – O CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ E A TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO.....	103
RESUMO.....	103
ABSTRACT.....	104
INTRODUÇÃO.....	105
METODOLOGIA.....	108
APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS.....	110
DISCUSSÃO.....	122

CONCLUSÃO.....	123
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	123
5 ARTIGO DE PESQUISA 3 – A ENTREVISTA CONTINUADA COM OS PAIS NO PROCESSO TERAPÉUTICO DE SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO.....	126
RESUMO.....	126
ABSTRACT	127
INTRODUÇÃO	128
METODOLOGIA.....	130
APRESENTAÇÃO DOS CASOS.....	132
DISCUSSÃO.....	149
CONCLUSÃO.....	152
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	153
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	156
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159
APÊNDICES.....	173
Apêndice I -Termo de consentimento livre e esclarecido.....	173
Apêndice II - Anamnese geral.....	175
Apêndice III - Instrumento de registro de dados das transcrições.....	178
ANEXOS.....	179
Anexo I - Instrumento de transcrição dos enunciados.....	179

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Síntese dos tipos de objeto.....	47
Quadro 2	- Transcrição da seqüência 1 do sujeito 1 (L).....	79
Quadro 3	- Transcrição da seqüência 2 do sujeito 1 (L).....	81
Quadro 4	- Transcrição da seqüência 3 do sujeito 1 (L).....	82
Quadro 5	- Transcrição da seqüência 4 do sujeito 1 (L).....	84
Quadro 6	- Transcrição da seqüência 1 do sujeito 2 (C).....	87
Quadro 7	- Transcrição da seqüência 2 do sujeito 2 (C).....	88
Quadro 8	- Transcrição da seqüência 3 do sujeito 2 (C).....	89
Quadro 9	- Transcrição da seqüência 4 do sujeito 2 (C).....	91
Quadro 10	- Transcrição da seqüência 1 do sujeito 3 (A).....	92
Quadro 11	- Transcrição da seqüência 2 do sujeito 3 (A).....	93
Quadro 12	- Transcrição da seqüência 3 do sujeito 3 (A).....	94
Quadro 13	- Transcrição da seqüência 1: sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-pai-criança e terapeuta.....	111
Quadro 14	- Transcrição da seqüência 2: sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-pai-criança e terapeuta.....	112
Quadro 15	- Transcrição da seqüência 3: sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta.....	114
Quadro 16	- Transcrição da seqüência 1: sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança.....	116
Quadro 17	- Transcrição da seqüência 2: sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança.....	117

Quadro 18	- Transcrição da seqüência 1: sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança.....	118
Quadro 19	- Transcrição da seqüência 2: sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta.....	119
Quadro 20	- Transcrição da seqüência 3: sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança.....	120
Quadro 21	- Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia do sujeito 1 (C).....	136
Quadro 22	- Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia no sujeito 2 (L).....	141
Quadro 23	- Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia do sujeito 3 (A).....	148

1 INTRODUÇÃO

Desde os primeiros relatos de caso de sujeitos com autismo, como o caso Dick de Melaine Klein, na década de 30 (TUSTIN, 1984), vários sintomas são descritos para caracterizar tais sujeitos: alterações qualitativas nas interações sociais, na comunicação verbal e não-verbal (dificuldades gramaticais e de organização da linguagem), presença de ações restritas e estereotipadas associadas a problemas intelectuais, motores e sensoriais (KLECAN-AKER e GILL, 2005).

Com base nesses dados, pode-se afirmar que as alterações de linguagem e de comunicação são aspectos centrais que para a família buscar o atendimento do profissional de Fonoaudiologia (FERNANDES, 2004; CARDOSO E FERNANDES, 2003, 2006; BARROS et al., 2005; PERISSONOTO, 2003, 2008; BALESTRO et al., 2009).

A queixa familiar abrange desde uma ausência de fala até a dificuldade de interpretar o que o sujeito com autismo fala, pois boa parte da fala apresenta-se na forma de ecolalia e com interligação difícil com o contexto da conversação. Sabe-se que esses sinais são apenas um subgrupo de alterações mais extensas no desenvolvimento, que afetam o brincar, as relações sociais e a cognição.

Diante de um quadro caracterizado como autismo, o fonoaudiólogo pode adotar distintos posicionamentos. O primeiro pode ser atuar na supressão de sintomas, a partir de técnicas instrumentais com o objetivo de melhorar a comunicação desses sujeitos. Tal posição parece conectar-se à idéia de que a Fonoaudiologia atua com a eliminação dos distúrbios da comunicação, ou seja, o seu foco exclusivo é a linguagem enquanto função comunicativa e não a linguagem enquanto aspecto estruturante do sujeito. Essa visão parece ser a que orienta grande número de publicações internacionais e nacionais; bem como a maioria dos artigos fonoaudiológicos que descrevem aspectos da comunicação desses sujeitos, buscando a raiz das falhas verbais na etapa pré-linguística de comunicação não-verbal (TOTH et al., 2006; PERKINS et al., 2004; BOSA, 2002). O foco de tais estudos é a falha na organização cognitiva do autista, em geral, atribuída a uma predisposição genética (THOMPSON & BOLTON, 2003; HITCHINS et al., 2004,

DYKENS et al., 2004). Os efeitos desta possível predisposição na interação com os pais e na estruturação psíquica assumem lugar secundário nesses estudos que adotam uma posição predominantemente instrumental ou técnica. Eles se centram no desenvolvimento de habilidades comunicativas, cognitivas e sociais a partir de uma terapêutica que se vale de uma maior estruturação ambiental, o que, em algumas abordagens teóricas, assume características marcadamente comportamentalistas.

Coriat e Jerusalinsky (s.d.), pesquisadores do desenvolvimento psíquico, diferenciam aspectos instrumentais de estruturais ao conceituar os aspectos importantes na análise do desenvolvimento infantil. Enquanto os aspectos estruturais se relacionam ao surgimento do sujeito, ou seja, à passagem de *infans* a sujeito, estes são evidenciados pelos aspectos biológico (orgânico), cognitivo e psicoafetivo. Os aspectos instrumentais relacionam-se às atividades de vida diária, psicomotricidade e linguagem. Note-se que a linguagem é tida como mero instrumento de comunicação; assim como a atividade corporal, mera execução de movimentos.

Em leituras psicanalíticas e de outras áreas ocupadas de estudos teóricos de linguagem mais recentes, a linguagem é admitida como aspecto estrutural (LAZNIK, 2004; CATÃO, 2009) em função da visão lacaniana de que o inconsciente se estrutura através da linguagem. Assim situada, como aspecto estruturante, a linguagem não pode ser tomada apenas enquanto função comunicativa, mas possui função mais ampla na passagem do *infans* a de sujeito. Este trabalho compartilha desta visão, assumindo que, quando o fonoaudiólogo trabalha com a linguagem, tal trabalho tem repercussões (que podem ser positivas ou não) na estruturação do sujeito, sobretudo, com crianças pequenas (até três anos) em fase da estruturação psíquica.

Assumindo a posição desses autores, surge o questionamento de como deverá ser a prática fonoaudiológica para que ela possa facilitar progressos no funcionamento linguístico do sujeito e na sua estruturação subjetiva.

Alguns poderiam advogar que não pertence ao fonoaudiólogo o papel de estruturação subjetiva. No entanto, relembrando as palavras de Vorcaro (2003), não cabe questionar a quem pertence tal função, visto que a transferência dos pais, em função da ausência de fala, dá-se ao profissional de Fonoaudiologia. A propósito, Coriat e Jerusalinsky (s.d.) afirmam que, até três anos, o trabalho com o bebê ou

criança pequena situa-se no campo das “intervenções precoces” para as quais o profissional da saúde ou educação pode habilitar-se. Entretanto, segundo os autores, tais intervenções exigem um profundo conhecimento sobre o desenvolvimento infantil em todos os seus aspectos. O fonoaudiólogo pode ser um desses profissionais que se habilitem a esse campo de atuação.

Ressaltam, no entanto, que tal intervenção não ocorre sem o apoio de uma equipe inter e até transdisciplinar¹, na qual um profissional das disciplinas *psi*, sobretudo com profunda formação em psicanálise, é fundamental. Portanto, o fonoaudiólogo pode atuar na estimulação precoce ou essencial de crianças com risco para psicoses e autismo, desde que tenha o suporte necessário de uma equipe e que inclua no trabalho terapêutico, além da criança, seus familiares, em especial aqueles que exercem as funções parentais. Esse parece ser o caso da terapia de sujeitos do espectro autístico, pois, apesar da evidente psicopatologia, a transferência com o profissional de Fonoaudiologia é evidente em muitos casos, e, por isso, será necessária uma equipe (inter ou transdisciplinar) sustentando a terapia fonoaudiológica de tais sujeitos.

Para implementar um trabalho fonoaudiológico resolutivo é preciso escolher as posições teóricas em linguagem e também em psicanálise, visto que há uma gama grande de teorias linguísticas e psicanalíticas que produzem distintos deslocamentos para a clínica fonoaudiológica.

Sabe-se que, na área da linguagem, há reflexões teóricas importantes como teorias da enunciação e/ou discurso, sobretudo a proposta interacionista de aquisição de desenvolvimento da linguagem de Cláudia de Lemos (1986; 1989; 1992). A teorização de De Lemos integra propostas fonoaudiológicas sob a denominação de Clínica de Linguagem, cujo berço científico é a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Com distintos matizes, várias pesquisadoras dessa Universidade estudam os distúrbios de linguagem a partir de contribuições linguísticas e psicanalíticas. Destacam-se, nesse sentido, os trabalhos de Lier De-Vitto (1994), Palladino (2004) e Cunha (2004). Nessa perspectiva, antes de focar o

¹ Quando os autores falam em transdisciplinaridade, remetem-se a um conceito de profunda troca de conhecimentos de modo a criar uma nova disciplina de interface. Afirmam que a intervenção precoce se dá num espaço de transdisciplina, ou seja, o profissional deve fazer uma síntese própria de várias disciplinas para acessar um tema comum e transversal a várias disciplinas: o desenvolvimento infantil. Portanto, não se trata de atendimento transdisciplinar no sentido de atendimento conjunto de dois profissionais em uma mesma sessão terapêutica. O conceito de transdisciplinaridade assumido nesta dissertação é o de disciplina de interface em que um único profissional faz a intervenção precoce ou essencial buscando conhecimento com profissionais de outras disciplinas.

domínio gramatical por parte da criança, busca-se identificar posições discursivas que a mesma ocupa em seu funcionamento linguístico. Almeja-se, também, explicitar aspectos da constituição subjetiva, sobretudo a partir da teoria freudiana (CUNHA, 2007), e sua relação com os sintomas de linguagem. O advento desta linha teórica trouxe contribuições importantes para uma nova prática fonoaudiológica, na qual a criança e seus familiares são incluídos no processo terapêutico (TERÇARIOL, 2003, 2008).

Motivada por tais estudos, esta pesquisa, busca implementar novos deslocamentos teóricos para a terapia fonoaudiológica apoiando-se também nas reflexões de autores como Winnicott (1984, 2000), Laznik (2004) e Catão (2009) no campo psicanalítico, e nos estudos como o de De Lemos (1992, 2000) no campo linguístico, de Surreaux (2000) no campo fonoaudiológico e de Coriat e Jerusalinsky (s.d.) no campo da intervenção precoce. Este estudo propõe uma intervenção fonoaudiológica, cujos focos são o brincar enquanto técnica² (Winnicott, 1975; 1983) e a interação criança-adulto enquanto foco do funcionamento de linguagem, o que permite abordar o distúrbio de linguagem da criança no espectro autístico. Trata-se, portanto, de uma abordagem um pouco distinta da abordagem da Clínica de Linguagem, embora muito afinada como a perspectiva filosófica da mesma, pois a significação é o fio condutor do processo terapêutico.

Como aborda a posição terapêutica e não uma aplicação teórica na prática, ou seja, não se busca comprovar a eficiência de uma única teoria na análise dos dados, mas sim, analisar como o trabalho fonoaudiológico repercute na vida dos sujeitos atendidos; por isso, distintos autores comparecem para a interpretação dos dados e para a reflexão sobre a prática clínica. Cabe ressaltar, no entanto, que se tomou o cuidado de não justapor teorias incompatíveis, mas buscar pontos de contato teóricos afinados filosoficamente.

Na psicanálise, buscou-se o que há de comum e inquestionável sobre desenvolvimento infantil e sobre a contribuição das funções parentais no mesmo.

² Utiliza-se aqui o termo técnica no sentido de ação refletida definida por Winnicott (1975, 1983), o que não pode ser confundido com um fazer comportamentalista. Tal termo é utilizado por profissionais de psicanálise para se opor a um fazer baseado em perspectiva espontaneísta, em que o brincar não possui objetivos terapêuticos. Para maior aprofundamento do termo, consultar o trabalho de Graña (2003), trabalho no qual se diferencia o brincar livre do jogo e se demonstra que brincar é uma técnica psicanalítica no atendimento infantil, que na perspectiva winniciotiana, diferencia-se da ludoterapia. Esta possui cunho pedagógico. Esta pesquisa filia-se à perspectiva winniciotiana do brincar, na qual o mesmo surge no espaço transicional que é fundamental para a abertura ao simbolismo.

Winnicott (1975, 1983, 2000) serviu de base para pensar o *setting* terapêutico e o brincar (atividade principal usada pelo terapeuta para promover o vínculo terapeuta-sujeito, e também para facilitar o vínculo mãe-criança ou pai-criança). Também o conceito de “mãe suficientemente boa”, aquela que provê os cuidados à criança de modo sintonizado, foi aspecto importante para inspirar as ações terapêuticas, ou seja, tal conceito winnicottiano foi utilizado para o provimento de um *holding* (ou sustentação) para que o brincar fluísse, fosse ele exploratório ou simbólico (WINNICOTT, 1945, 1978).

Além de Winnicott, esta pesquisa inspira-se em outros estudiosos do desenvolvimento psíquico, em Laznik e Catão principalmente. Tal teoria psicanalítica apresenta aspectos não abordados na proposta winnicottiana, como o conceito de circuito pulsional corporal (LAZNIK, 2004) e circuito pulsional da voz (CATÃO, 2009), bem como a noção de função paterna. Os mesmos foram fundamentais para compor a terapêutica e para explanar aspectos dos três casos trabalhados e analisados neste estudo. Houve, portanto, uma estruturação inicial fortemente marcada pela teoria winnicottiana, que, aos poucos, foi sendo complementada por alguns conceitos da linha teórica lacaniana.

Já em relação à teoria interacionista de aquisição da linguagem, foram fundamentais os conceitos de posição discursiva ocupada pela criança (DE LEMOS, 1992), permitindo o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos na estruturação do conhecimento gramatical por esta. Há, ainda, o conceito de funcionamento dialógico adequado ou não para o funcionamento de tais processos (RECHIA, 2009). Este trabalho, analisando casos de retardo de linguagem, com sintoma de dispraxia verbal, demonstrou que o pseudodiálogo, ou mesmo a ausência de um diálogo, pode dificultar a experiência da criança na língua e, portanto, o funcionamento dos processos metafóricos e metonímicos. Esse pseudodiálogo diminui a potencialização do funcionamento linguístico do sujeito.

A propósito do diálogo, Mancopes (2006) afirma que pode haver obstáculos para o funcionamento linguístico e, embora a construção do conhecimento gramatical não fique impedida, a interpretação pelo interlocutor do dito pelo sujeito dificulta a experiência linguística e pode gerar a cristalização de posições discursivas em casos de retardo de aquisição da linguagem oral.

É pressuposto deste trabalho, que a ausência ou um funcionamento precário do diálogo mãe-filho pode dificultar a aquisição da linguagem, caso não haja outro

adulto que possibilite o funcionamento linguístico à criança. No caso dos sujeitos em “estruturação autística” ou do chamado “espectro autístico”, pressupõe-se que o mesmo pode ocorrer em dimensão mais extensa, visto que tais sujeitos apresentam especial dificuldade para efetivar o diálogo. Portanto, se o adulto desistir de esforçar-se para manter o diálogo (nos casos de autistas verbais) ou de interpretar as manifestações comunicativas não-verbais, estereotipadas ou não, possivelmente, o funcionamento linguístico ficará muito dificultado ou, até mesmo, ausente nesses casos.

Considerando o exposto, defende-se, neste estudo, uma visão complementar entre as propostas psicanalítica para a constituição da subjetividade e interacionista para a constituição da linguagem. Tal arranjo teórico-metodológico possibilita refletir sobre aspectos envolvidos na formulação de hipóteses de funcionamento linguístico e sobre a proposição de ações terapêuticas junto ao sujeito do espectro autístico e seus pais. Pretende-se, portanto, nesta pesquisa, efetuar um deslocamento de tais teorias para pensar a intervenção fonoaudiológica em sujeitos com retardo de aquisição da linguagem do espectro autístico.

A partir de tais perspectivas teóricas, identificou-se como delineamento de pesquisa mais adequado o de estudo de caso. Considerou-se, ainda, que sujeitos diagnosticados como pertencentes ao quadro do espectro autístico (com idade inferior ou próxima a três anos) seriam casos preferenciais, dadas as possibilidades de modificação estrutural previstas por Laznik (2004), estudiosa do autismo na perspectiva psicanalítica lacaniana, conforme já indicado. Portanto, estudaram-se três casos, de sujeitos na faixa etária de 2 a 5 anos e seus familiares.

Desse modo, o objetivo geral desta pesquisa foi construir e analisar os efeitos de uma abordagem terapêutica fonoaudiológica para sujeitos do espectro autístico, ainda em fase de estruturação psíquica, baseada em deslocamentos teóricos do interacionismo brasileiro, e de aspectos teóricos psicanalíticos acerca do brincar e do circuito pulsional no desenvolvimento infantil.

O tema desta pesquisa é apresentado no segundo capítulo. Nele consta uma resenha dos trabalhos que versam sobre o autismo, sobre a terapia fonoaudiológica em casos de retardo de linguagem e do espectro autístico, bem como são discutidos conceitos psicanalíticos acerca do brincar, das funções parentais, do circuito pulsional corporal e da voz. Neste capítulo, também são discutidos conceitos sobre a

aquisição da linguagem na visão interacionista e os deslocamentos teóricos da mesma para a prática clínica em Fonoaudiologia.

No terceiro capítulo, é apresentada a metodologia do estudo, na qual são descritas as formas de avaliação dos sujeitos e da intervenção terapêutica, além dos aspectos éticos e da construção da análise realizada nesta pesquisa.

Destacamos a forma alternativa escolhida para compor esta dissertação, na qual os resultados são apresentados na forma de artigos, expostos nos capítulos 4 e 5. No capítulo 4, há dois artigos sobre o processo terapêutico. O primeiro, intitulado “O brincar e a dialogia na terapia fonoaudiológica de sujeitos do espectro autístico”, discute a terapia com foco em atividades lúdicas e no diálogo proposta nesta pesquisa e aborda a evolução dos sujeitos e seus familiares neste âmbito. O segundo artigo analisa as evoluções dos sujeitos e seus familiares a partir do olhar sobre o circuito pulsional da voz e suas contribuições para pensar os tempos evolutivos dos sujeitos em seu funcionamento linguístico (“Círculo pulsional da voz e terapia fonoaudiológica de sujeitos do espectro autístico”). No quinto capítulo, é apresentado o terceiro artigo de pesquisa sobre “A entrevista continuada com os pais no processo terapêutico de sujeitos do espectro autístico”, no qual se pode ter uma visão mais precisa do trabalho com as figuras parentais.

Finalizando a dissertação, encontram-se as Considerações Finais, que buscam responder aos objetivos da pesquisa e, ainda, tecem os comentários conclusivos acerca da abordagem terapêutica implementada nos casos estudados.

2 AUTISMO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL: REFLEXÕES SOBRE A INTERVENÇÃO FONOAUDIOLÓGICA

2.1 Histórico e caracterização clínica do autismo e da linguagem nas perspectivas mentalista e comportamentalista

O termo “autismo” é oriundo da palavra grega “autos” que significa “próprio” ou “de si mesmo”. Antes mesmo da publicação do trabalho de Kanner, em 1943 (“Autistic Disturbances of Affective Contact”), muitas descrições do conceito de autismo já tinham sido feitas, por exemplo, “as crianças invulgares”, tais como Vítor - o rapaz selvagem de Aveyron - estudado por Itard”, em 1801 (MARQUES, 1998).

Segundo Kuperstein e Missalglia (2005), o termo autista foi introduzido na literatura psiquiátrica em 1906 por Plouller; em 1911, passou a ser difundido por Bleuler em seus estudos sobre o quadro de esquizofrenia. Melanie Klein, em 1930, também fez análises sobre o autismo, partindo da descrição clínica do caso “O Pequeno Dick”. Segundo Tustin (1984), “Dick” teria sido classificado como autista por Klein, se a descrição da síndrome já tivesse sido apresentada por Leo Kanner, fato que ocorreu treze anos mais tarde (CAMARGOS, 2002).

Iniciam-se, então, a partir de 1943, com a publicação de artigo por Kanner, a delimitação e o estudo científico do autismo. O autor descreveu um grupo de onze crianças que apresentavam um quadro clínico considerado raro, no qual a desordem fundamental era a incapacidade de relacionamento com pessoas e situações, desde o início da vida. Dentre as dificuldades apresentadas, foram observadas a ausência de movimento antecipatório, atividades e movimentos repetitivos, resistência a mudanças e alterações na linguagem.

Segundo Kanner (1943), algumas das primeiras características observadas na linguagem desses sujeitos foram: inversão pronominal (substituição do uso da primeira pessoa do singular pela terceira), presença de ecolalia imediata e tardia, uso de palavras de maneira descontextualizada e limitação da atividade espontânea. Outra característica observada foi o atraso da aquisição da fala e o uso não-comunicativo da mesma.

De acordo com Frith (1997), Marques (1998), Pereira (1999) e Falcão (1999), desde 1943, evidencia-se o esforço de Kanner para conferir ao autismo uma identidade diferenciada e diferenciadora das perturbações do desenvolvimento descritas até daquele momento. Diferentes autores concordam em citar o autismo como um diagnóstico que apresenta grandes controvérsias, uma vez que engloba, dentro dos seus conceitos, uma gama bastante variada de doenças com diferentes quadros clínicos que têm como fator comum o autismo (ASSUMPÇÃO Jr. 1995; FERNANDES, 1996).

Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002), o autismo integra o grupo dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, ou seja, o grupo das patologias caracterizadas por prejuízos severos e invasivos nas diversas áreas do desenvolvimento. São comuns ao quadro de autismo: inabilidade da interação recíproca; inabilitades na comunicação ou presença de condutas estereotipadas, interesses e atividades restritos. Os prejuízos qualitativos que definem essas condições são distintamente desviantes do nível relativo do desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. As características variam de um autista para outro, alguns apresentam formas mais graves da síndrome e outras mais leves.

Perissinoto (2003) afirma que a expressão “espectro autístico”, já consagrada na prática clínica, seria mais pertinente, visto que reuniria os quadros de autismo leve, de alto e de baixo funcionamento, os traços autísticos, o autismo clássico e a síndrome de Asperger. Segundo a autora, com tal expressão, assume-se a função de diagnóstico, sem que o clínico perca de vista a gravidade de cada uma das manifestações atípicas. É possível, assim, buscar diagnósticos precisos e norteadores de condutas terapêuticas. A propósito, para Fernandes (2004), a definição dos distúrbios que deveriam ser incluídos no espectro autístico ainda está em discussão, entretanto, do ponto de vista da autora, haveria pouca discordância a respeito da noção de que existe mesmo um espectro autístico.

Atualmente, existem três classificações mais usadas para diagnosticar o autismo: a 4^a edição revisada do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4^a edição do DSM-IV-TR), publicada pela Associação Americana de Psiquiatria em 1993; a 10^a edição da International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Código Internacional de Doenças - CID 10), proposta pela Organização Mundial de Saúde (1987), e a classificação francesa -

Classification Freançaise des Troubles Mentaux de L' Enfant et L' Adolescent, sigla defendida por Misès et al, (1988). Outro sistema de classificação em uso é a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), aprovado pela Organização Mundial de Saúde em 2001, que reflete a mudança de uma abordagem baseada nas consequências das doenças (CID -10) para uma abordagem que prioriza o entendimento da funcionalidade e da incapacidade humana tendo o ambiente como facilitador ou como barreira para o desempenho de ações e tarefas (NORDENFELT, 2003).

Independentemente da classificação usada, é frequente que as variações características de um quadro do espectro autístico sejam descritas a partir da tríade de deficiências nas áreas: social, de comunicação e de comportamento. Porém, está cada vez mais difícil saber se essas três deficiências realmente aparecem em conjunto e em todos os casos de autismo. Há casos de problemas de comunicação e interação social sem os problemas comportamentais, o que tem aumentado as dificuldades em saber os limites do chamado “autismo” (GILLBERG, 2005).

Em geral, os estudos sobre aquisição e desenvolvimento de linguagem no autismo focalizam a comunicação da criança (FERNANDES e BARROS, 2001; CARDOSO e FERNANDES, 2003; MOLINI e FERNANDES, 2003); alguns analisam a diáde mãe (cuidador)-criança, buscando compreender em que medida o papel de pais e cuidadores influencia a comunicação da criança autista (BORGES e SALOMÃO, 2003; SILLER e SIGMAN, 2002).

Perissinoto (1995) destaca que são comuns atrasos ou alterações no comportamento inicial da linguagem (pré-verbal); por exemplo: os relacionados à reação aos sons, às vocalizações, ao balbucio, à diferenciação do choro e à reprodução dos sons (imitação em geral). Segundo a autora tais características são descritas pelas famílias e comumente observadas pelos profissionais que atuam com crianças autistas.

Segundo Rivière (2002), há algum tempo, o desenvolvimento da linguagem expressiva tem sido central em todos os programas terapêuticos para sujeitos autistas. Esses programas caracterizam-se por recorrer a múltiplos códigos de comunicação, não somente na linguagem oral, e objetivam melhorar as possibilidades comunicativas do sujeito autista. Definem-se por acentuar os objetivos funcionais e pragmáticos; têm uma inspiração evolutiva e psicolinguística e

realçam a importância de desenvolver habilidades linguísticas e comunicativas em contextos naturais.

Há também um grupo de autores que trabalham em uma abordagem que considera o autismo do ponto de vista cognitivo. Mazet & Lebovici (1991) afirmam o autismo como uma forma de ausência completa de fronteira psíquica, decorrente de uma falta de diferenciação entre o animado e o inanimado.

Pensando nessa caracterização, o sujeito autista estaria vivendo em um estado mental marcado por insuficiente diferenciação entre estímulos vindos de dentro ou de fora do corpo, tornando-a incapaz de construir representações emocionais. Dessa forma, todo estímulo (social e não-social) seria vivido como sendo fragmentado, impedindo a possibilidade de formação de uma experiência contínua, seja quando está só ou na presença de outros. Esses autores ressaltam a necessidade de se mobilizar a atenção destes sujeitos, de modo a lhes possibilitar uma relação coerente com os objetos e com o seu próprio *self*.

Ciente das considerações acima, pode-se dizer que a ação da terapia fonoaudiológica é fundamental no autismo, já que as alterações de linguagem e de comunicação, presentes no quadro clínico, são estruturadoras da constituição do sujeito.

Reed (1994) afirma, em visão gramaticista tradicional, que a linguagem é um código no qual símbolos específicos são utilizados para representar, significar idéias, desejos e pensamentos. Destaca que a semântica é o componente da linguagem que lida com o referente para palavras e o significado dos segmentos. As palavras, então, são usadas para representar itens, atributos, conceitos ou experiências. No autismo, essas habilidades estão gravemente debilitadas ou não existem. O indivíduo não tem habilidade de interagir no autismo, o que dificultaria o processo de comunicação (CABALLO, 2003). Nesses termos, o sujeito com autismo apresenta uma inabilidade de integrar informações com contexto e significado, e esse fato pode gerar referências fragmentadas ou parciais das pistas de comunicação.

Perissinoto (2003) esclarece o papel fundamental do interlocutor na relação entre os processos e os produtos da linguagem do indivíduo autista, pois cabe a ele identificar e salientar pistas de informações e buscar a coerência do diálogo junto ao contexto. A autora enfatiza a importância do fonoaudiólogo no processo terapêutico; afirma que ao avaliar, analisar e intervir profissionalmente, o fonoaudiólogo permite uma transformação na linguagem do autista.

Muitos autores (HOWARD et al., 2005; INGERSOLL & SCHREIBMAN, 2006; TURNER et al., 2006) defendem que certas abordagens terapêuticas desempenham um papel importante no desenvolvimento das capacidades comunicativas e na redução dos sintomas comportamentais associados ao autismo. Tal contribuição situa-se no nível da criação de oportunidades de comunicação, desenvolvendo a interação social e proporcionando aquisições importantes. Estas abordagens podem facultar à criança autista formas positivas e seguras de desenvolverem relações em ambientes protegidos (AARONS e GITTENS, 1992; AMA, 2005).

Pelas colocações dos autores até aqui citados, pode-se dizer que eles partem de uma visão de língua enquanto código e com função primordial de comunicação. Não há uma reflexão da língua enquanto lugar de funcionamento do ser (WINNICOTT, 1988). Adicionalmente, o sujeito do qual se fala é o do conhecimento, não sendo abordada a questão de uma constituição psíquica mais abrangente - ou seja - aquela que inclui os aspectos psicoafetivos nos casos de autismo. Do ponto de vista adotado nesta pesquisa, tal perspectiva limita a conexão entre o funcionamento linguístico e o processo de subjetivação e, como consequência daquela visão, tem-se a formulação da avaliação e da intervenção junto ao sujeito com autismo por meio de descrições exaustivas da patologia e de modelos comportamentais de intervenção como, por exemplo, a metodologia Teach (SCHOPLER et al., 1980). Tal programa de atendimento resulta, basicamente, da Psicologia Comportamental que objetiva apoiar o sujeito com autismo a chegar à idade adulta com o máximo de autonomia possível. São atividades realizadas em uma estrutura física bem delimitada, com espaços definidos para a execução de cada função, sequência de atividades e uso direto de apoio visual como cartões e murais; sempre buscando-a com compreensão da criança para efetuar a atividade (LEON e LEWIS, 1997).

Embora não se negue as possíveis contribuições das abordagens anteriormente referidas, para quem concebe que a função comunicativa da linguagem não é a única e nem a mais importante, torna-se imperativo buscar teorias que proporcionem uma outra compreensão do sujeito com autismo.

Neste trabalho, defende-se que o interacionismo brasileiro (DE LEMOS, 1989), enquanto proposta de aquisição da linguagem, deslocado para a clínica dos distúrbios da linguagem associado à visão psicanalítica de desenvolvimento infantil são fundamentais para propor novas alternativas clínicas em Fonoaudiologia.

2.2 A visão psicanalítica do autismo: da caracterização à terapia

2.2.1 Aspectos históricos

Diferentes postulados teóricos transitam na explicação psicanalítica do autismo. Ao analisar as contribuições dessa escola de pensamento, Maratos (1996) conclui que a preocupação da maioria dos psicanalistas tem sido mais a de descrever o funcionamento mental, os estados afetivos e o modo como essas crianças se relacionam com as pessoas do que com questões etiológicas. No entanto, é possível extrair desta literatura, especialmente da produzida até final da década de 70, certa preocupação, também, com etiologia.

Desde a década de 40, têm-se relatos de que crianças autistas sofrem ou sofreriam de uma inabilidade inata para se relacionarem emocionalmente com outras pessoas. Tais observações não são suficientes para garantir que a falta de afetividade vivida por crianças com autismo é a causa para o quadro apresentado, por isso, levantou-se a discussão de que poderia existir uma ligação entre autismo e depressão materna, sugerindo que esse caráter afetivo poderia estar interferindo na capacidade de a mãe cuidar e envolver-se emocionalmente com o seu bebê (KANNER e EISENBERG, 1956).

Portanto, a partir das publicações de Kanner, causas psicogênicas passaram a ser formuladas através de observações clínicas e da abordagem psicanalítica.

Em diversos estudos, o autismo é compreendido como sendo, por exemplo, uma reação autônoma da criança à ‘rejeição materna’ cuja raiva leva a interpretação do mundo, à imagem da sua cólera e à reação de desesperança (BETTELHEIM, 1967). Klein (1965) afirma ser uma cisão precoce do ego, ocasionando uma desorganização dos processos adaptativos e integrativos como falha na superação da posição paranóide. Outros autores dizem ser um sintoma dos pais em que a mãe é vista como um vazio de manifestações espontâneas de sentimentos (KAUFMAN et al., 1962).

Meltzer (1975) ainda chama a atenção para a necessidade de um modelo de *feedback* interacional que contemple tanto a natureza quanto os cuidados dispensados ao bebê, e faz a ressalva de que, a despeito de alguma disfunção

neurológica inicial, sempre haverá uma forma particular de *deficit* psicológico resultante da interação com o ambiente, tendo o autismo uma etiologia múltipla (ALVAREZ, 1992).

A primeira psicanalista responsável pelo reconhecimento e tratamento da psicose em crianças foi Melanie Klein. Apesar dessa autora não distinguir os quadros autistas da esquizofrenia infantil, reconheceu a presença, nas crianças com autismo, de características qualitativamente diferentes de outras crianças consideradas psicóticas (KLEIN, 1965). Afirmava a existência de funções inadequadas que inibem o desenvolvimento, relacionadas à angústia decorrente de intenso conflito entre o instinto de vida e morte. Assim como Kanner (1943), Klein julgava ser esta inibição de origem constitucional a qual, em combinação com as defesas primitivas e excessivas do ego, resultaria no quadro autista com reação bloqueadora da relação com a realidade e do desenvolvimento da fantasia, culminando com um *deficit* na capacidade de simbolizar.

Outra psicanalista estudiosa do quadro autístico foi Margaret Mahler (1968), que desenvolveu suas idéias sobre o autismo infantil a partir de uma teoria evolutiva. Explicava o autismo como sendo um subgrupo das psicoses infantis e uma regressão ou fixação a uma fase inicial do desenvolvimento de não-diferenciação perceptiva, na qual os sintomas que mais se destacam são as dificuldades em integrar sensações vindas do mundo externo e interno, e de perceber a mãe na qualidade de representante do mundo exterior.

Na década de 80, a psicanalista inglesa Frances Tustin (1981, 1984) também reconheceu uma fase autista “normal” no desenvolvimento infantil, sendo a diferença entre esta e o autismo patológico uma questão de grau. Para a autora, o autismo seria uma reação traumática à experiência de separação materna, que envolveria o predomínio de sensações desorganizadas, como uma reação a uma incapacidade de filtrar as experiências sensoriais, na qual a função do ‘tampão’ ou ‘concha’ autística seria mais a de proteção do que compensatória, levando a um colapso depressivo (TUSTIN, 1981).

A autora trabalhou com a idéia de dois tipos de autismo: o crustáceo e o amebiano (TUSTIN, 1981). No primeiro tipo, haveria uma recusa em aproximar-se de outro, mas este outro é, de algum modo, reconhecido. Este seria um autismo de origem mais psicológica. Já o segundo tipo, o amebiano, teria uma base orgânica

mais evidente e, em muitos casos, estaria somado à deficiência mental. Este se assemelharia ao quadro de autismo clássico descrito por Kanner (1943).

O autismo também foi tema do pediatra e psicanalista infantil Donald Winnicott. Suas idéias permitem compreender o autismo como uma questão de imaturidade emocional, relacionada à inadequação ou insuficiência do ambiente perante suas necessidades. Essa compreensão pode evitar que o autismo seja tomado como uma doença (nos termos da psiquiatria), uma entidade nosológica, que, muitas vezes, retira a importância da relação ambiente-indivíduo da constituição do problema. Essa afirmação expressa o pensamento de que, por mais que determinado momento e contexto tendam a levar o bebê para um estado autístico, existem cuidados do ambiente que podem minimizar quaisquer consequências de fatores adversos, e possibilitar que o desenvolvimento possa seguir de um modo satisfatório (WINNICOTT, 1966, p. 180).

Na teoria winnicottiana, o desenvolvimento emocional na infância está intimamente ligado ao estado emocional em que se encontra a família, mais precisamente a mãe ou quem exerce a função materna. O bebê depende de um adulto que esteja disponível para cuidá-lo e para inseri-lo no mundo, mostrando, ensinando, fazendo o bebê participar de tudo o que acontece a sua volta, oferecendo a ele o sentido das coisas do mundo físico e social. Um ambiente suficientemente bom é aquele ambiente proporcionado pela mãe por meio de seus cuidados, capacitando o bebê a ter novas experiências, a constituir um ego pessoal individualizado, a dominar seus instintos e a defrontar-se com as dificuldades inerentes à vida (WINNICOTT, 2000). Para Winnicott (1988), a mãe desempenha certas tarefas na relação com seu filho, possibilitando que ele coloque em marcha o seu processo maturacional.

O mesmo autor fala em *holding* (sustentação) como ponto importante para a estruturação emocional e psíquica do bebê, pelo qual a mãe protege o bebê, tanto do ponto de vista físico quanto psicológico, dando a sustentação necessária ao seu ser, no início da vida. Tal sustentação emerge de um estado psíquico inicial da mãe, que Winnicott (2000) denominava de preocupação materna primária. A partir do *holding* materno, ou seja, do olhar integrador, do calor, do cheiro e dos cuidados da mãe, o bebê terá a possibilidade de sentir-se uno e de constituir-se (por intermédio desse contato) numa linha de continuidade do *self*, base da genuinidade do *ser*.

(WINNICOTT, 1983; SILVA, 1997). Assim, um ambiente não-suficientemente bom poderia distorcer o desenvolvimento do bebê (WINNICOTT, 2000).

Winnicott (1984) aponta, ainda, para a necessidade de um papel paterno inicial que possa desviar da preocupação materna assuntos outros que não estejam ligados ao recém-nascido. Quanto mais existirem conflitos internos ou dificuldades pessoais, mais a mãe precisará de um ambiente sustentador da situação de maternidade, quando tudo se intensifica. Se não houver essa sustentação, pode-se supor um recrudescimento de sentimentos de insegurança, desamparo, raiva, ódio, que por sua intensidade, pelo fato de serem considerados inadequados ao papel materno, e pela incerteza de que o ambiente próximo consiga entender e acolher, são reprimidos, tornando-se inconscientes para a mãe. As formações reativas que podem advir desse inconsciente reprimido não só tornam indiscriminados esses sentimentos para a mãe – e, por isso, impossíveis de serem elaborados por ela –, como também não permitem que o ambiente os identifique e promova a ajuda necessária.

A entrada do pai ou o exercício da função paterna é um articulador poderoso para que a introdução na ordem simbólica, metafórica, seja possível (LACAN, 1994). Ao descolar a criança da mãe, impedindo o incesto, cria o espaço necessário para a descoberta, pela criança, de que ela é uma e a mãe outra. A partir daí surge o espaço transicional, no qual surgirá o brincar e a linguagem (WINNICOTT, 2000). Essa construção está subordinada à organização psíquica daqueles que cuidam da criança, como se imaginam nas funções parentais e como imaginam a criança em seu universo psíquico.

O essencial para que o sujeito se constitua é que ele seja simbolicamente reconhecido pela palavra do Outro, encarnado, na maioria das vezes, pelos pais³.

No autismo, a criança produziria uma organização defensiva, no sentido de adquirir uma invulnerabilidade diante da ameaça de voltar a ser tomada por uma agonia anteriormente sentida, devido a uma “invasão” ou falha do ambiente para com ela, na fase de extrema dependência do início de sua vida. Sem a defesa, a criança ver-se-ia diante *“de uma quebra da organização mental da ordem da desintegração, despersonalização, desorientação, queda para sempre e perda do*

³ É este reconhecimento, responsável pela inscrição do sujeito na função fálica, que transformará a criança – a partir do real de sua anatomia (sexo) – em ser falante, homem ou mulher. Portanto, o que está em jogo não é apenas o acesso ao simbólico, e com ele a linguagem, mas a própria constituição de gênero pelo sujeito (CECCARELLI, 2002).

sentido do real e da capacidade de se relacionar com os objetos” (WINNICOTT, 1984, p.98).

Outra autora de grande importância nos estudos do autismo, desde o início dos anos 90, tem sido a psicanalista lacaniana Marie-Christine Laznik (1997). A autora apresenta uma modificação da técnica psicanalítica para o tratamento de crianças autistas, dirigida para a criança e sua mãe, a saber: “a técnica da tradução”. Essa técnica, empregada no início do trabalho psicanalítico, tem como intuito não apenas criar a relação transferencial entre a criança e o analista, mas também, permitir à mãe compreender suas angústias em relação ao filho e a si mesma. Observou, com essa aplicação, que o trabalho de “tradução dos comportamentos do filho” para a mãe é de importância fundamental para restituir a ela “a loucura necessária das mães” (preocupação materna primária de Winnicott). Segundo a autora, tal estratégia tem permitido que a criança comece a brincar nos primeiros meses do tratamento.

Embora assuma pressupostos lacanianos, Laznik (2004), em algumas situações relacionadas ao vínculo e ao ambiente, afirma, da mesma forma que Winnicott, que o cuidado com um ambiente suficientemente bom e o *holding* podem deixar de ser exercidos tanto por uma mãe emocionalmente prejudicada, como em função de um bebê não-responsivo, que não busca sua mãe, o que pode levar essa mãe a cuidá-lo de forma maquinal. Um bebê responsável seria aquele que apresenta boas respostas ao *manhês* (conjunto particular de modificações no modo de falar de um adulto que se dirige a um bebê e que consegue com tais modificações captar atenção do bebê).

No entanto, podem existir déficits orgânicos que não dêem essa possibilidade de responder e, consequentemente, façam a mãe desistir de investir na relação com seu bebê. Torna-se importante ressaltar que, seja por motivações da mãe e/ou do bebê, o não-olhar entre o bebê e sua mãe e o fracasso do circuito pulsional completo são a expressão clínica da não-instauração estrutural que funda o funcionamento do aparelho psíquico e que, também, permite o surgimento da linguagem do bebê. Nesses termos: ninguém fala e diz sem uma estruturação psíquica mínima. Esse não-olhar entre mãe e bebê pode evoluir para uma síndrome autística caracterizada por uma relação interpessoal prejudicada, dificuldade de reconhecimento de si e do outro, resistência ao contato físico, presença de ecolalia e estereotipias, entre outros sintomas. Porém, é sinal de uma dificuldade maior no

nível da relação especular com o Outro, o que pode levar a não-constituição do estádio de espelho, processo pelo qual o bebê assume a imagem de seu próprio corpo, descolado do corpo materno (LAZNIK, 2004). Obviamente, que tal imagem depende, ainda, da entrada da Lei Paterna para a constituição de um outro, desvinculado do corpo materno (LACAN, 1998).

2.2.2 O circuito pulsional na avaliação e intervenção de sujeitos do espectro autístico

As relações do sujeito com o Outro se ocupam precisamente de mecanismos psíquicos de alienação e separação que operem em detrimento de sua estruturação, demonstrando a importância de estabelecer-se o movimento do circuito pulsional. Para tanto, faz-se necessário o entendimento do conceito de pulsão, que para a psicanálise refere-se às tensões e intensidades que se encontram na origem da atividade motora do organismo e do funcionamento psíquico. Essa força constante impele a criação psíquica e sobrevivência do sujeito, funcionando como modelo alternativo ao plano de ação por tomada de decisão, ou ao seu contrário, por instinto ou tendência, delineando as variações do desejo que passa a envolver o sujeito (LACAN, 1979).

Lacan (1985) aprofunda a idéia de pulsão a partir da pluralidade desta, enfatizando que toda pulsão é parcial e, para além dos tipos de pulsões definidas por Freud (pulsões orais e anais, sexuais e de morte), define outras duas como fundamentais na tomada do desejo pelo sujeito através do Outro. Assim, além das pulsões descritas por Freud tem-se a pulsão escópica (cujo objeto seria o olhar) e a pulsão invocante (cujo objeto seria a voz). Nestas pulsões, os objetos do desejo surgidos no sujeito ocorrem através do desejo *pelo* Outro; no caso da pulsão invocante, do desejo *do* Outro. Essa teorização do funcionamento das pulsões para além daquelas reduções biologizantes, funcionalistas ou psicologizantes (por exemplo, que descreveria as fases do desenvolvimento psicossexual de um indivíduo, rumo à maturidade e à adaptação) possibilitam uma compreensão bastante sofisticada das modalidades de vinculação do sujeito com o Outro, seja este Outro tomado no sentido do Outro materno, do Outro da castração, isto é, do

funcionamento simbólico, do Outro como linguagem, ou do Outro cultural (Lacan, 1985, p. 188).

Dessa forma, a pulsão invocante teria aí a singularidade de mostrar-se eminentemente aberta, uma vez que, pensando no suporte orgânico em que se instala a pulsão invocante, o ouvido seria um orifício que não se fecha, instaurando uma relação diferenciada nas modalidades de ligação/separação do sujeito ao Outro. Sendo a pulsão o resultado do funcionamento da demanda do Outro, a pulsão invocante declinar-se-á, pois, entre um “ser chamado”, um “fazer-se chamar” e um “chamar”.

Para Jacques Lacan (1936, apud LAZNIK, 2004, p.16), o reconhecimento pelo Outro da imagem especular, matriz do eu, ou seja, idéia de si mesmo, é o momento no qual a criança se vira para o adulto que a sustenta e a carrega e pede-lhe uma confirmação, pelo olhar, do que ele percebe no espelho como uma assunção de uma imagem, de um domínio ainda não conquistado. É esse momento que dará ao bebê seu sentimento de unidade de sua imagem corporal, o que será a base de sua relação com os outros. O “olhar” libidinal dos pais (olhar desejante, apostando em um sujeito), articulado à realidade orgânica do bebê, irá constituir, mais tarde, a vivência de seu corpo. Esse investimento libidinal, por parte dos pais, permite-lhes uma ilusão antecipadora, na qual eles percebem o real orgânico do bebê. Esse olhar é o que possibilitará à mãe escutar nos balbucios do bebê mensagens significantes que ele fará suas mais tarde. Pensando no possível reconhecimento dessas manifestações, Laznik (2004) marcou três tempos no circuito pulsional:

- 1) Primeiro tempo: pulsão oral na qual o bebê vai em busca do objeto oral (seio ou mamadeira) para apoderar-se dele;
- 2) Segundo tempo: no qual o bebê tem atividade auto-erótica (chupar seu dedo, sua mão ou uma chupeta);
- 3) Terceiro tempo: no qual ocorre o assujeitamento da criança a um Outro, que se tornará o sujeito da pulsão do bebê. Um bom exemplo seria quando a mãe beija o bebê e isso desperta sorrisos dele, demonstrando que o seu desejo era fisgar o gozo desse Outro materno. Em um momento, a mãe solicita o corpo do bebê o que a satisfaz, a partir daí, em resposta, o bebê irá oferecer o seu corpo a ela para ver novamente a sua satisfação. O bebê vai à “pesca” do gozo de sua mãe, enquanto ela representa para ele o grande Outro primordial provedor de

significantes, ou seja, aquele que transmite, pela demanda do bebê, o modo de veicular a falta.

Segundo Laznik (2004), a esse terceiro tempo corresponde uma alienação simbólica e se estabelece uma protoconversação entre mãe e bebê, pois a mãe fala no lugar de seu bebê valendo-se do *manhês*. Nesse terceiro tempo, surge para toda criança um novo sujeito, que é propriamente o sujeito da pulsão, a quem a criança se assujeita, de quem se faz objeto. Se não há circuito pulsional completo, o corpo não é tomado pela pulsão, seus orifícios não funcionam como zonas erógenas, não fazem borda, as crianças babam, são hipotônicas, etc. Assim, não há construção do corpo erógeno e a imagem corporal não se constitui convenientemente. Se há um fracasso na construção do circuito pulsional completo, o autismo representaria o não-surgimento de um sujeito da pulsão, aquele que se faria objeto para o gozo do Outro (LAZNIK, 1989).

Para Laznik (2004), a voz é anterior ao olhar para o bebê, e, como se viu anteriormente, o *manhês* abre caminho para a subjetivação. Além disto, a fala segue tendo importância fundamental para a psicanálise, visto que é através dela que se pode dizer acerca do que marcou a constitutividade do sujeito. A voz tem padrões de tom, timbre, ritmo e intensidade variáveis que já são captados pelo bebê, afetado pelos sons desde o último trimestre de gestação, segundo a medicina fetal. O bebê é extremamente precoce em relação ao contato com o estímulo sonoro, e muitas mães relatam que seus bebês se mexem na barriga diante de certos estímulos sonoros específicos, de certas músicas ou da fala de algumas pessoas. A autora sustenta uma intervenção clínica precoce em crianças com sinais de autismo e sua hipótese é a de que se torna possível uma evolução clínica muito mais favorável para os casos de risco de autismo, desde que se atue precocemente com a mãe e o bebê (LAZNIK, 1997).

É importante ressaltar que, para Laznik (2004), o segundo tempo pode ser completamente enganador, pois para um bebê que suga o dedo ou a chupeta, só pode ser afirmada a dimensão auto-erótica, se o terceiro tempo do circuito pulsional estiver presente em outros momentos. A ausência deste circuito impedirá a presença da ligação erótica ao Outro.

Catão (2009), inspirada nos estudos de Lacan, sintetiza tal descrição como sendo falha na operação de alienação e propõe o Circuito Pulsional da Voz. Nesse sentido, considerando os três tempos pulsionais da voz, a autora (p.124-125) afirma

que “o *primeiro tempo do circuito pulsional* é caracterizado pelo *chamamento do Outro* e pela *resposta do bebê a esse chamado, ancorado na prosódia da voz, ou seja, no OUVIR*”. Ressalta, ainda, que “a voz do Outro primordial leva em si o traço de um gozo que este tem em estar com o bebê”. A autora diz que os ouvidos são os únicos orifícios corporais que não se podem fechar e, para que um circuito da pulsão se estabeleça, é preciso que esse tempo seja também o da pulsão invocante, a já referida função de chamamento da voz do Outro primordial.

Ao mesmo tempo em que ouve, o bebê se manifesta, e essa manifestação ganha interpretação pelo Outro primordial, o que permite o bebê *SE OUVIR*. Portanto, demanda o enlaçamento com o Outro. O grito do *infans* retorna na voz da mãe sob forma de uma demanda, o que confere autoria à manifestação do bebê, o que enseja o terceiro tempo: O *SE FAZER OUVIR*.

No terceiro tempo do circuito pulsional, no que concerne ao objeto, a voz, o bebê é ativo.

Nele aparece um novo sujeito, que não é o eu, *Ich*, tendo a um só tempo valor de grande Outro e de pequeno outro. Uma vez completado esse terceiro tempo do circuito pulsional, o Outro real encarnado pela mãe passa a ser o novo sujeito da pulsão (CATÃO, 2009, p.125).

A autora acima, analisando o estatuto da voz, afirma que ouvir a si mesmo é uma experiência presente desde que haja emissão vocal. Ao falar, o sujeito obrigatoriamente tem de se ouvir, mas é apenas através da voz do outro que ele se escuta (p.134). Crespin (2004), a esse respeito, afirma que o aparecimento das vocalizações e dos balbucios no bebê corresponde ao investimento libidinal da voz como objeto de pulsão. Assim, ela faz girar o circuito da pulsão oral em torno de um objeto outro que não o da satisfação da necessidade alimentar da criança (LAZNIK, 2004). Ela comporta uma atribuição de lugar ao sujeito pela participação que possui em toda cadeia de significante. Ela é polifônica e localiza o sujeito.

Catão (2009, p.141) afirma ainda, que “o *espírito de que se trata* quando se refere à sua encarnação no *infans* é o traço deixado pelo gozo do Outro no corpo da criança, *inicialmente pela voz*”. Posteriormente, veiculado por ela, encarna-se a linguagem, visto que a voz conduz o sentido e engendra a ligação significante-significado.

A autora (p.142) ressalta que a escuta do Outro decide sobre um saber que ali está em jogo, ainda que lhe escape, pois, ao supor um sentido no grito, nas

vocalizações ou nos esboços de fala da criança, ele permite o funcionamento linguístico. Do mesmo modo, ao ouvir um neologismo na fala de um autista, a atribuição de sentido, seja como valor de chiste ou como produção languageira, o analista permite que tal produção passe do “sem sentido” ao “passo-do-sentido”. O que o texto de Catão (2009) leva a supor é que a estereotipia é uma manifestação comunicativa da criança autista, que, embora primitiva, pode ser investida pelo terapeuta, fazendo a criança se reconhecer na voz que desse Outro retornou.

No relato de um caso de um menino de seis anos com diagnóstico de autismo, Catão (2009) afirma o fato de o menino ter um evitamento seletivo da voz da mãe e de ruídos. Ressalta como, durante dois anos, esta criança, que já apresentava sintomas do espectro autístico, tinha sido tomada pelos pais como tendo um desenvolvimento normal. Apenas a falta da palavra é que criou as condições para a busca por socorro. Na evolução do caso, quando o menino começa a falar, a mãe começa a sentir-se constrangida com sua fala, demandando à analista que o fizesse “falar direito” (CATÃO, op.cit, p.87).

O modelo de intervenção, no caso descrito por Catão (2009), apresentou todo movimento no processo de surgimento do sujeito pelo desejo do Outro através da retomada do circuito pulsional da voz. A capacidade de representação do sujeito iniciada nos primeiros momentos de terapia com o brincar foi utilizada como uma forma de “dizer algo”, deslizando, dessa forma, por entre os objetos na busca pelo deslocamento de uma linguagem inexistente. O trabalho é consolidado pelo investimento libidinal dado pelo Outro – no caso do analista – o que a mãe não pôde fazer, já que o registro pulsional só existe se a questão do gozo do Outro se colocar (LAZNIK, 1997).

A autora ressalta que é pelo “fato de alguém, investido da função de Outro Primordial, escutar o que o bebê ainda não diz, que ele um dia falará” (CATÃO, 2009, p.87). Na mesma página, afirma ser fácil concluir que “a criança autista não acede à fala por treinamentos de qualquer tipo, mas apenas pela instauração do funcionamento simbólico”. Ressalta que, para que isso se dê, é preciso a inserção irreversível no campo pulsional. Na evolução do caso, deixa claro que a possibilidade de separação da mãe iniciou uma brincadeira de esconder que foi fundamental para a elaboração de sua fantasmática e acesso mais pleno ao simbólico. O menino foi, assim, retomando seu processo de constituição subjetiva no ponto em que parecia ter sido interrompido. Houve, portanto, no trabalho da analista,

via brincar e funcionamento na linguagem, o acesso ao simbólico por parte do menino.

Em relação à mãe do menino, observava a presença de vários fatores, já descritos em pesquisas sobre índices de risco para o desenvolvimento (KUPFER e VOLONTOLINI, 2005), que alimentavam a psicopatologia do menino, a saber: não supor um sujeito, não estabelecer a demanda do filho, não sustentar a alternância entre ausência e presença e a incapacidade de sustentar a lei para o filho, ou seja, ausência da função paterna (LACAN, 1998).

Cabe ressaltar, que o tempo em que um laço psicopatológico se instaura precocemente entre criança e pais é questão fundamental para se levar em conta no processo terapêutico. A terapia mais tardia, além dos três anos, para Laznik (2004) ainda pode restabelecer o circuito pulsional completo. Porém, será preciso labutar muito mais, para que a criança venha a falar, já que o período sensível, no qual a criança entra com uma grande naturalidade no campo dos significantes do Outro e pode deles se apropriar, já passou (LAZNIK, 2004). No entanto, a partir da perspectiva estabelecida pelos autores em termos de circuito pulsional, é possível pensar em uma forma concreta de intervenção, delineando-se algumas estratégias para tanto. Entre elas, podem ser elencados o brincar e a projeção da voz sobre o mesmo, mas, sobretudo, o retorno das emissões da criança pela atribuição de sentido ao que ela tenta expressar. Acredita-se que tais estratégias poderiam ser generalizadas para qualquer tipo de distúrbio da linguagem, não só em relação à terapia de quadros do espectro autístico.

Outros autores ressaltam a importância de se detectar precocemente os sinais de autismo para permitir uma intervenção mais cedo possível. Bernardino (2008, p.55) salienta que “*o que acontece com as crianças que têm transtornos globais do desenvolvimento é que elas não conseguem encontrar uma significação para si.*” Ainda, na mesma página, afirma que a terapia tem como “*trabalho necessário justamente poder construir junto a essas crianças e seus pais essas possibilidades de significação*”.

Assim, fazendo um deslocamento da psicanálise para clínica fonoaudiológica, a tarefa do fonoaudiólogo não será apenas aquela que o imaginário social atribui a esta profissão: a de fazer falar (VORCARO, 2003). Do nosso ponto de vista, há o entendimento de que, sem a passagem pelo circuito pulsional, não haverá acesso ao simbólico. Diante de tal fato, pode-se hipotetizar que não haverá a fala de um

sujeito, podendo haver apenas a construção de um conhecimento gramatical não analisado, que pode emergir na forma ecolática, usando aqui, o conceito de “alingua” referido por Lacan (1972-1973).

Nessa perspectiva, é fundamental observar, na sessão terapêutica, os movimentos possíveis no desejo e no estabelecimento de tempos do circuito pulsional. Possivelmente, o fonoaudiólogo poderá, via a dinâmica da tradução proposta por Laznik (2004), valer-se do *manhês* projetado sobre o brincar sensório-motor e auto-erógeno da criança autista para criar uma ponte para o simbolismo e, com ele, de acesso ao processo de aquisição da linguagem. O funcionamento linguístico, na compreensão da linguagem oral, proporcionado nessa ponte, pode fazer emergir a relação com o Outro e o funcionamento do sujeito com autismo na linguagem.

Pensando na estruturação do sujeito, percebe-se, através da visão psicanalítica, que não existe sujeito (em formação) sem linguagem, pois o inconsciente se estrutura como linguagem.

Lacan (1972-1973, p.39) afirma sobre a estrutura neurótica, a articulação das três instâncias, o real, o imaginário e o simbólico; decorre desta articulação a possibilidade de funcionamento na linguagem. O mesmo não é observado na psicose, pois o acesso ao simbolismo não se dá do mesmo modo que na estruturação neurótica, e existe um imaginário que se desfaz a todo momento. Em várias situações em que a criança fala, é considerada uma “alíngua”, já que os neologismos utilizados pelo sujeito podem não ser interpretáveis pelo interlocutor comum, embora possam receber um sentido na escuta do analista.

Seguindo esse pensamento, pode-se dizer que o ser humano é constituído a partir da e na linguagem.

Com isso, segundo Groisman e Jerusalinsky (1999), a Psicanálise pode contribuir com a Fonoaudiologia, através da consideração de que a linguagem não é mais vista apenas como um mero sistema instrumental de expressão de idéias e sentimentos, mas sim, como o constitutivo e o constituinte da possibilidade de que se articule o sujeito em relação ao Outro no campo de desejo e demanda. O conceito de desejo, elemento não-enunciável e inconsciente, está ligado a lembranças infantis que estão na base de toda a demanda da criança (KUPFER, 1990).

Portanto, tem-se a linguagem como ponto de partida tanto para tratamentos em Fonoaudiologia quanto para em Psicanálise. A psicanálise lacaniana (oriunda das teorias freudianas) concebe a linguagem na estruturação do sujeito, e vem sendo aplicada por psicanalistas de crianças, como Laznik (1997a, 1997b) e Dolto (2002); no Brasil por estudiosos como Jerusalinsky (1999, 2004a, 2004b, 2004c) e Vorcaro (2004).

Reunindo-se os conceitos da clínica psicanalítica, é possível fazer um deslocamento para pensar os princípios terapêuticos na clínica fonoaudiológica com autismo:

- Conceito de autismo - O sujeito com autismo, estruturalmente, trata-se de um sujeito que, de um modo geral, não efetuou o terceiro tempo do circuito pulsional. Embora essa descrição geral ofereça um ponto de partida importante para pensar o diagnóstico e a intervenção, cabe ressaltar que a forma como isso se dá, em cada caso, é extremamente singular e que a investigação profunda e detalhada da história de cada criança, em termos de herança simbólica, é fundamental. Fato que não descarta a investigação do biológico;
- Conceito de desenvolvimento Infantil - o brincar também tem papel estruturante na constituição do sujeito e usá-lo com estratégia é fundamental na terapêutica de distúrbios de linguagem na infância, e torna-se mais relevante ainda quando se está diante de casos do espectro autístico. Crianças, cujo brincar demonstre os primórdios do simbolismo, é importante investir nele, pois permitirá a ponte para o *se ouvir* e o *se fazer ouvir*, conforme afirma Catão (2009). A fala que alterne em presença e ausência, de modo sintonizado ao que o sujeito faz em seu brincar, pode facilitar o acesso do sujeito ao funcionamento na/da linguagem.
- Conceito do *manhês* - o *manhês* é projetado sobre o brincar, e pode ser fundamental para crianças que se encontram em um brincar puramente sensório-motor, como ponte ao simbolismo, pela possibilidade de engendrar o *ouvir*.

Catão (2009) cita Kupfer (comunicação pessoal em 26 de abril, 2004) ao afirmar que há casos de psicose não-decidida em que pode haver sinais autísticos, os quais podem responder bem ao trabalho terapêutico tanto em relação à qualidade do outro (Outro), quanto no que concerne ao movimento de concessão da criança

com sua necessária alienação. Catão (2009) também refere que os casos de psicose não-decididos se diferenciam do autismo infantil precoce, cuja evolução pode ser um quadro de psicose, em que o funcionamento de linguagem ocorre a partir de uma certa suplência (Graciela Crespin, 2004 comunicação pessoal apud Catão, 2009), que é melhor do que o total apartamento do Outro, como ocorre na síndrome autística.

Além disso, Catão recorda Laznik (1997) ao afirmar que o autismo significaria uma elisão em que ocorre uma retirada maciça de investimento do sistema perceptivo, mas também uma falha da segunda inscrição no inconsciente. O fracasso dessa segunda inscrição, pelo menos em alguns casos, seria uma ausência de representação da falta na mãe. O não-brincar, o não-nomear e o não-imaginar cenários demonstraram que algo falha na função de representação na criança autista.

Catão (2009) afirma, ainda, que a relação da criança autista com o som é ilustrativa da ocorrência de uma falha quando, da passagem deste para voz, algo faz com que a voz não funcione como objeto da pulsão, ou dito de outro modo, que a voz não se instale como função psíquica.

Deslocando tais conceitos para a clínica fonoaudiológica, pode-se imaginar que um sujeito não terá linguagem sem a passagem por tais tempos pulsionais. Para tanto, é preciso que o Outro primordial esteja ali presente para *ouvir* e retornar a demanda (*se ouvir*), como requisitos para chegar ao *se fazer ouvir*. Esse papel pode ser representado pelo fonoaudiólogo, desde que este tenha conhecimento mínimo do desenvolvimento psíquico e que adote uma concepção de linguagem em que a unidade de análise e trabalho com a linguagem seja o diálogo (a diáde criança-adulto).

Acredita-se que o fonoaudiólogo possa fazer atribuição de sentido a falas não-convencionais, nas sessões de terapia de linguagem, como forma de inserção da criança no funcionamento linguístico (mesmo quando ele desconhece ou não se localiza como adepto da teoria psicanalítica). Assim, quando ele atribui um sentido a um neologismo, a uma estereotipia, ele produz um deslocamento desta para o estatuto de enunciado. No entanto, ele só pode fazer isso se supuser o “autista” como um sujeito, o que se opõe ao olhar teórico comportamentalista, em que se recomenda não ouvir a estereotipia na tentativa de suprimi-la. Nessa busca pelo reconhecimento do sujeito em sua estruturação, faz-se do brincar o meio de

facilitação da significação. Em função da importância do brincar no *setting*, a seguir, será efetivada uma breve discussão sobre o brincar no processo terapêutico de Fonoaudiologia.

2.3 O brincar como espaço de intervenção fonoaudiológica: reflexões a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento

O brincar é uma atividade complexa, indispensável ao desenvolvimento infantil. Brincando, a criança constrói as bases para a compreensão sobre si própria e sobre o mundo que a cerca, pois a brincadeira traz objetos ou fenômenos oriundos da realidade externa (KUPFER, 2005; VOLTOLINI, 2006).

Sabe-se que a atividade de brincar é o aspecto mais importante da infância, sendo um ato natural e espontâneo, que pode ser observado desde os primeiros meses de vida da criança. Ela abrange todos os níveis estruturais da vida de uma criança: as emoções, o intelecto, a cultura, aspectos físicos e comportamentais (PAPALIA, 2001). Pelas ações da criança sobre os objetos, enquanto brinca, o adulto tem a oportunidade de observar de que modo ela está se organizando e construindo conhecimentos (VIGOTSKY, 2001).

Pensando em constituição de sujeito da/na linguagem e nos processos que produzem essa rede simbólica (que confere singularidade ao sujeito), Kupfer (2007), através de autores contemporâneos de orientação teórica lacaniana que trabalham com as psicopatologias infantis, como Alfredo Jerusalinsky e Marie Christine Laznik, evidencia o fato de que a aprendizagem segue uma lógica, que é própria ao sujeito. A aprendizagem se funda em operações simbólicas construídas desde o nascimento, o que faz com que os processos mentais/intelectuais caminhem lado a lado na constituição da subjetividade.

A educação (informal e formal) oferece o enriquecimento que possibilita aos sujeitos ampliarem suas redes de significação, isto a situa numa função que, quando necessário, produz efeitos terapêuticos, assim como o brincar que possibilita à criança manifestar seu entendimento da vida, pois há uma construção, mesmo sem que ocorra necessariamente um processo de interpretação por parte de profissionais dedicados à construção cognitiva das crianças. Portanto, o brincar pode ajudar os

profissionais envolvidos na tarefa educativa e terapêutica a efetuarem uma modificação do olhar dirigida às crianças, como refere Laznik (2000), em seus estudos na clínica de bebês.

O brincar da criança possibilita a construção da reflexão, da autonomia e da criatividade, estabelecendo, desta forma, uma relação estreita entre jogo e aprendizagem. Aprender a agir somente se dá em contato significativo com o outro. Não há possibilidade de aprendizagem fora do convívio social. Tal fato permite assegurar que a inteligência é essencialmente interativa. A criança precisa sentir um vínculo afetivo e confiável e é o adulto que a ampara e confere oportunidades para as configurações psíquicas se formarem (VIGOTSKY, 2001; OLIVEIRA, 2000; RONCADA e MARQUES 1998).

Pensando na clínica fonoaudiológica, o brincar pode ser utilizado como um recurso terapêutico, principalmente, quando há mediação do adulto durante a atividade lúdica. A criança precisa de um ambiente que a permita ensaiar situações para as quais não está preparada na vida real. Pelo brincar, ela projeta-se nas atividades dos adultos, simulando atitudes, valores, hábitos significados que estão muito aquém das suas possibilidades efetivas. Conforme Vigotsky (2001), interações vividas no brincar possibilitam a internalização do real e promovem o desenvolvimento cognitivo. O fato de o brincar gerar uma zona de desenvolvimento proximal (VIGOTSKY, op.cit) justifica a escolha dessa atividade para avaliar o nível de desenvolvimento linguístico-cognitivo da criança, bem como a influência direta da interação materna, conforme apontam os estudos de muitas pesquisadoras da Fonoaudiologia Junqueira (1999), Sant'ana, Resende e Ramos (2004) e Goldfeld e Chiarl (2005).

Bernardino (2004), em seus estudos sobre psicoses infantis apresenta a concepção de psicoses não-decididas da infância, tendo em vista a impossibilidade de se definir o destino psíquico da criança, uma vez que esta se encontra em um tempo cuja constituição subjetiva ainda pode apresentar desdobramentos. Esse é o aspecto que se deve considerar quando se lança o olhar para as habilidades da criança, especialmente daquelas cuja constituição psíquica encontra-se truncada. As crianças pequenas estão em processo de constituição (não têm estrutura pronta) – isto quer dizer que estruturas simbólicas estão formando-se – assim também acontece com as crianças cujos traços apontam para um autismo (presença de falhas que interferem na colocação do aparato orgânico a serviço do simbólico). A

autora esclarece que são esses os fatores que dificultam a aprendizagem e a produção intelectual de crianças com riscos para o autismo.

Segundo Catão (2009), é preciso visualizar a necessidade de significar as produções espontâneas manifestadas pela criança; significar a escolha de um brinquedo como sendo o assunto que se deseja falar, ou seja, atribuir sentido ao que é dito ou demonstrado pelas crianças é uma maneira de ajudar a criança a perceber que suas escolhas ou atitudes tem importância e estão sendo *ouvidas* pelo outro (CATÃO, 2009).

Esse mecanismo de significação requer maior respeito frente aos momentos de fechamento autístico da criança, saber acolher e transformar em demanda as brechas que podem ser produzidas é o que os fundamentos da psicanálise podem orientar. Dessa forma, espera-se que a criança com autismo se beneficie dos mesmos atributos dados a outras crianças, sendo necessário mudar o foco da aprendizagem para a construção de sentidos. Isso pode ocorrer do educativo para o constitutivo, mostrando, assim, os efeitos terapêuticos que diferentes ambientes produzem.

Os profissionais envolvidos na terapêutica de crianças (com ou sem autismo) precisam adquirir uma escuta sensível, tal como apontada por Kupfer (2007), capaz de enxergar aquilo que não está lá e se predispor em transformar aquilo que escutam como ruídos em sons (significativos). Tendo em vista essa concepção, que aposta no poder subjetivante dos diferentes discursos circulantes no campo social e que, por isso, são capazes de sustentar lugares sócio-normatizadores para as crianças, há muito a se fazer nos processos terapêuticos em Fonoaudiologia

Convém dizer que essa idéia de que o brincar não é apenas um espaço de construção de conhecimento, mas como espaço de subjetivação, não é investida em larga escala na vida escolar. É, portanto, elemento ainda pouco explorado, que, possivelmente, vem ganhando espaço na reflexão de alguns educadores. Do mesmo modo, na clínica fonoaudiológica, há profissionais, ligados a concepções mais comportamentalistas e mentalistas de linguagem, que adotam uma visão do brincar sem sua dimensão subjetiva. Graña e Ramos (2006) afirmam, ao analisar as filmagens das interações de um grupo de fonoaudiólogas com sujeitos com distúrbios de fala, que há um grupo de profissionais para o qual o brincar assume a função de suavizar a tarefa instrumental, e um outro para o qual o brincar assume forma de subjetivação. As autoras constataram que, no primeiro grupo, as crianças

em terapia pareciam “mais perdidas” em relação aos objetivos terapêuticos, enquanto que crianças, tratadas como sujeitos desejantes (com direito a escolher o brinquedo), foram as que mais sabiam quais eram os objetivos da terapia de fala propostos, ou seja, para estas, era mais clara a diferença entre o brincar e o trabalho instrumental. Mais que isso, pelo brincar, podia-se trabalhar o desejo de falar melhor, pelo trabalho do ser projetado pela linguagem.

Pode-se afirmar que na prática clínica com crianças do espectro autista, também são encontradas as duas posições. Porém, nesta pesquisa, a qual adota uma posição próxima à psicanálise, destacam-se os conhecimentos produzidos por Winnicott (1975, 1984) como fundamentais para a teorização sobre o brincar na terapia fonoaudiológica, seja qual for a estrutura psíquica do sujeito.

A proposta de Winnicott (1984), também abordada por Laznik (1997), sustenta uma intervenção clínica, na mais tenra idade, junto a crianças com sinais de autismo; realça que é possível obter uma evolução clínica muito mais favorável, para os casos de risco de autismo, desde que se atue precocemente com a mãe e o bebê. Segundo Winnicott (1975), esse trabalho terapêutico evidencia a importância de um espaço em que a criança aprenda a *brincar de ser*, como se pudesse ensaiar uma existência própria, ou seja, experimentar um jeito peculiar de possuir a si mesmo.

A teoria do brincar desenvolvida por Winnicott (1975) parte da consideração de que a brincadeira é primária e não produto da sublimação dos instintos. É uma forma básica de viver, universal e própria da saúde, que facilita o crescimento e conduz aos relacionamentos grupais.

Para o autor, o brincar surge no contexto da relação mãe-bebê, na qual, inicialmente, a mãe é percebida como um objeto subjetivo, isto é, criado pelo bebê. A mãe, quando sensível e orientada para as necessidades de seu filho, torna concreto o que ele está pronto para encontrar, possibilitando a experiência da ilusão e de controle onipotente sobre o mundo.

Em um segundo estágio, o interjogo entre a realidade psíquica pessoal e a experiência de controle de objetos reais cria um espaço potencial entre a mãe e o bebê, no qual a brincadeira começa. A criança se desilude e reconhece, pela ruptura gradativa do *holding* provocada pela alternância entre presença e ausência da mãe, que ela e a mãe não são um só. Nesse momento, emerge a demanda de um espaço de transição e surgem os objetos transicionais que aplacam a angústia de

separação entre mãe e bebê. Daí surge, também, a necessidade de brincar e a construção da realidade (WINNICOTT, 1975).

Um estágio a mais e a criança é capaz de ficar sozinha ou fora da presença da mãe, brincando com base na suposição de que ela está disponível. Finalmente, abre-se o espaço para um brincar conjunto em um relacionamento, em que a mãe introduz seu próprio brincar (WINNICOTT, 1975).

O trabalho de Winnicott (1975) ressalta a relativização da importância da interpretação verbal juntamente com uma acentuação da relevância do *brincar*, conforme já dito, considerado como dotado de valor terapêutico. É no brincar que o sujeito, criança ou adulto, pode ser criativo e exercer seu *self*. Além disso, no brincar é possível a comunicação. Nos termos do autor, a psicanálise é uma “forma altamente especializada do brincar, a serviço da comunicação consigo mesmo e com os outros” (WINNICOTT, 1975, p. 63). Sugerindo que, se a criança não é capaz de brincar, por si, o terapeuta deve dirigir seu trabalho no sentido de levá-la a conseguir brincar.

Segundo Tahan e Maia (2005), as tarefas de que fala Winnicott (2000) são descritas como constitutivas do ser humano e, quando compõem a função do terapeuta, podem ajudar a humanizar tal função, contribuindo, assim, para o posicionamento do fonoaudiólogo perante o sujeito, de modo que seja possível considerar as particularidades e singularidade dele no atendimento fonoaudiológico, inclusive na utilização que se fizer necessária de técnicas específicas (TAHAN e MAIA, 2005).

Em relação ao uso do objeto pelo sujeito com autismo, Graña (2008) oferece extensa revisão afirmando que existem três relações objetais: objeto transicional, objeto fetiche e objeto autístico. Para tanto, a autora revisa os trabalhos de Winnicott (1975) e Tustin (1975/1984). A proposta da autora, sintetizada no quadro 1, serviu de referência teórica para observar o brincar dos sujeitos desta pesquisa. A propósito, uma análise mais apurada de sua aplicação na terapia fonoaudiológica, através do olhar sobre os objetos utilizados pelo sujeito, está como primeiro artigo teórico da dissertação de Klinger (2010). No quadro 1, é oferecida uma síntese dos principais aspectos analisados no brincar de sujeitos do espectro autístico a partir das proposições teóricas de Graña (2008). Nesta dissertação, não serão feitas análises detalhadas da evolução do brincar dos sujeitos de pesquisa, visto que tal análise está aprofundada no referido artigo de Klinger (op.cit). Ressalta-se, no

entanto, que o referencial teórico para pensar o brincar enquanto técnica terapêutica foi o mesmo, e a observação das mudanças nesse brincar, a partir dessa terapêutica, seguiram a proposta de Graña (2008).

	Objetos Transicionais	Objetos Fétiches	Objetos Autísticos
Investimento	Primeira possessão não-eu torna-se mais importante do que a mãe real	Contato direto com a mãe real continua sendo o mais importante	Não constituem "possessões não-eu"; impedem a percepção da separação física com o mundo externo
Utilização	Como defesa contra a ansiedade, é um acalmodor e tranquilizador (sedativo que sempre funciona)	Como uma defesa contra o temor da separação da mãe, é um confortador erotizado	Como proteção para seus corpos impotentes e desprotegidos, que são vividos como alvos de ataques brutais e aniquiladores
Aspecto	Inicialmente macio e fofo	Bizarro (cordões, família de ursos, coelhos reais)	Duro e não-moldável (chaves, dados, etc.)
Característica	Único; somente pode ser substituído por novos objetos criados pelo bebê; uso universal (normalmente são fraldas e bichinhos de pelúcia)	Único; pode se estender para todos os similares daquele objeto como uma obsessão	Ritualísticos, estáticos e promíscuos; apego e preocupação excessiva; não são simbolizáveis; são peculiares a cada criança
Período	4 a 12 meses	Pode aparecer mais tarde e prolongar-se até idade avançada	Assume desde cedo o lugar das relações de objeto humanas, impedindo sua ocorrência
Localização	Zona intermediária, área de onipotência não contestada; continuidade direta com o brincar e o fantasiar	Retido no interior da órbita de onipotência materna; ocupa o centro da relação simbiótica	Como prolongamento do corpo de criança; exploração excessiva das sensações corporais; auto-erotismo maligno
Destino	Perde o significado inicial, se torna difuso	Fixado	Fixado
Linguagem	A criança inventa uma palavra para nomear o objeto que adquire um significado afetivo particular	Não há emergência de um nome específico para o objeto	Ecolalia; a palavra é empregada de forma repetitiva e destituída de significação; sofre uma manipulação similar ao objeto autístico
Função	Dar forma à área da ilusão; promover a abertura para o mundo externo	Serve ao delírio do falso materno, renegação da separação	Promove o fechamento da criança em si; impossibilitando o investimento do "outro" humano

Quadro 1 – Síntese dos tipos de objetos

(Fonte: Graña, 2008, p. 146.)

Palladino (1999) reflete sobre as teorizações acerca do brincar para defender que o fonoaudiólogo usaria como técnica o brincar no atendimento de crianças e, a

partir do material discursivo emergente, lançaria *escuta* e *interpretação*⁴. Esses dois conceitos são nodais na clínica psicanalítica e, a partir de uma releitura desse campo, a autora os importa à Fonoaudiologia.

Note-se que o interesse do fonoaudiólogo passa para a relação entre falas emergentes durante o brincar e este como lugar em que um sintoma pode ser lido; instante em que as perturbações, falhas, incompletudes e mal entendidos da linguagem da criança, efeitos estes “*de dispersão, e não de unidade*”, irrompem (RUBINO, 2003, p.77). São essas perturbações que geram estranhamento e conclamam por interpretação do terapeuta: apontamentos em forma de (re) significações, a fim de que as mudanças sejam provocadas. Nos termos de Pollonio e Freire (2008), para se afirmar os efeitos da interpretação do fonoaudiólogo como estruturantes da fala da criança, é preciso que ela seja entendida enquanto determinação e ressignificação/restrição.

Conforme Arantes e Lier-De Vitto (1998, p. 67), o que se apresenta disperso e indeterminado na fala da criança será restringido ao se articular “*numa cadeia significante da língua constituída, num texto, escapando ao desdobramento imprevisível do significante, à homonímia e à deriva*”. Portanto, o compromisso de escuta do terapeuta à fala da criança é regido pela decifração, desvendamento enigmático e, não simplesmente, aos aspectos gramaticais, às substituições, omissões ou distorções que se apresentam na fala da criança. Sendo o sintoma emergente na situação dialógica, é nesse mesmo espaço que a linguagem ganha sentido. Há a necessidade de fazer com que a criança assuma outras posições, enquanto falante, durante o brincar, lugar no qual essas posições podem ser suscitadas pelo fonoaudiólogo.

Arantes (2005) também faz referência a essa proposta de trabalho; a autora afirma que, nos estudos e prática fonoaudiológica da perspectiva da Clínica de Linguagem (PUCSP), pretende-se ultrapassar o âmbito descritivo e assumir o rigor teórico de dizer sobre a clínica de modo a não “*recobrir a singularidade*” da fala do sujeito em terapia (justamente o que define o campo clínico). Se o que está em foco é o diálogo, a relação de investigação se volta às falas dos sujeitos envolvidos e ao modo como eles se afetam. Isso porque a terapêutica pede a interpretação de um sintoma a partir das leis internas da linguagem: os eixos metafórico e metonímico,

⁴ A escuta e a interpretação poderão ocorrer tanto em uma dimensão de funcionamento linguístico quanto subjetivo.

em um movimento de ida à fala pela via da progressão (sem restrição), bem como pela retroação/ressignificação. Sendo assim, o brincar detém função técnica nos processos de diagnóstico e terapêutico, e seu manejo, no caso, é possibilitado pelo método clínico e linguístico - discursivo.

Convém ressaltar que para as autoras da Clínica de Linguagem, quando contemplam o brincar (enquanto técnica), não lhe é atribuído papel terapêutico em si. Na referida perspectiva, diferentemente da posição adotada nesta pesquisa, não é o brincar que produz mudanças na linguagem (e na subjetividade) da criança, mas o manejo discursivo advindo desta atividade. É na linguagem que o terapêutico encontra valor e é também via linguagem/simbólico que se pode refletir sobre como o sintoma se apresenta na fala de um sujeito particular (FONSECA e VIEIRA, 2004).

É notável a contribuição dada pela Psicanálise à Clínica da Linguagem, ela “abre” as possibilidades de sentidos, enquanto a tradição da Fonoaudiologia tende a “restringi-las”, pois se atribui mais importância à forma que ao sentido (ARANTES e LIER-DE VITTO, 1998). Importam, portanto, as elaborações (e relações) entre falas criadas e (re)criadas pelo brincar, haja vista que, em tal curso, haverá “material para uma lida com a linguagem, ali haverá material suscetível à escuta fonoaudiológica (PALLADINO, 1999, p.8)”.

Winnicott (1975) supõe, no entanto, que o brincar tem valor terapêutico em termos subjetivos e que o corpo também ancora, sem a fala, um espaço a ser ocupado na clínica. Portanto, não apenas a palavra direcionada sobre o brincar, mas muitas vezes, o brincar em silêncio apresenta seus efeitos. Esse fato também é assinalado por Surreaux (2000), ao afirmar que o silêncio é tão constitutivo da subjetividade e da comunicação da linguagem quanto a palavra. Ressalta-se, nesta pesquisa, como se verá na proposta terapêutica implementada nos casos relatados, que se buscou a possibilidade de um brincar por brincar, tanto quanto a projeção da voz e da fala das crianças e da terapeuta sobre esse brincar, ou seja, é na interação do ato de brincar e de falar e silenciar durante as brincadeiras que se dá a atribuição de sentido.

O vínculo com o Outro primordial é foco principal durante as sessões. A voz/fala do terapeuta, projetada sobre o brincar, permitiu o vínculo e o refazer da ilusão/desilusão na relação mãe-criança, visto que as figuras parentais foram incluídas no processo terapêutico. O brincar não foi visualizado, portanto, apenas enquanto espaço de construção de conhecimento, pela criança, mas enquanto lugar

dela obter experiência de si mesmo e, portanto, de se constituir, como sujeito (WINNICOTT, 1975).

2.4 A visão interacionista de aquisição da linguagem e os possíveis deslocamentos para a clínica fonoaudiológica da linguagem

Nesta seção, serão abordados os pressupostos gerais da teoria interacionista de aquisição da linguagem, proposta por Cláudia de Lemos, e os deslocamentos para a Clínica de Linguagem e para outros modos de intervenção fonoaudiológica.

2.4.1 Aquisição da linguagem na perspectiva interacionista de Cláudia de Lemos e demais estudos enunciativos

Em uma primeira versão da proposta teórica interacionista de aquisição da linguagem, reconhecida como interacionismo brasileiro, De Lemos (1989) afirma que a linguagem é uma atividade cognitiva de ação sobre o mundo e comunicativa de ação sobre o outro, pois é a partir dela que a criança age sobre o mundo e sobre o outro. Nesse sentido, a linguagem assume um estatuto de objeto, sobre o qual a criança pode atuar. Esta mesma concepção é defendida por Scarpa (1987): a perspectiva interacionista centra-se na noção de que a linguagem é uma atividade constitutiva de conhecimento do mundo pela criança. Portanto, é a partir da linguagem que a criança se constrói como sujeito, segmenta e incorpora o conhecimento de mundo e do outro.

Lemos (1989) ressalta a análise dialógica como forma de compreender o que se passa com a criança que está se inserindo no mundo e na linguagem. A autora comprehende o diálogo como unidade mínima de análise e, a partir da enunciação, observa o processo de aquisição e o desenvolvimento da linguagem da criança, definindo-o em três processos: especularidade, complementaridade e reciprocidade. Segundo a autora, tais processos dialógicos têm presença marcante na interação mãe-filho ao longo da aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Grosso modo, a especularidade ocorre quando o adulto repete a produção vocal da criança, no sentido de espelhá-la, dando significado e intenção a tal

produção, incentivando a criança a retê-la e a reproduzi-la novamente. A complementaridade ocorre quando o adulto fala algo e a criança responde diretamente ou acrescenta um significado retirado de seu próprio léxico (que antes foi do outro), e a reciprocidade ocorre quando a criança assume os papéis dialógicos, anteriormente recobertos pelo adulto. Na base dos processos de reciprocidade e complementaridade está o que a autora chama de especularidade diferida, isto é, a criança repõe fragmentos do discurso do adulto em seu próprio discurso. Esses fragmentos são retirados de práticas discursivas e recontextualizados/ retextualizados para instaurar novos diálogos (LEMOS, 1989).

Em trabalhos subsequentes (LEMOS, 1992, 1997, 2000, 2002, 2003), a autora mantém a máxima de que a linguagem se constrói nas e pelas interações sociais; porém, destaca que sua aquisição ocorre através do processo de mudança de posição da criança em relação à língua. Segundo a autora, as mudanças na fala infantil não podem ser qualificadas como acúmulo nem como construção de conhecimento, mas como mudanças consequentes à captura do sujeito pelo funcionamento da língua. Esse funcionamento está colocado na forma de processos metafóricos e metonímicos que produzem a articulação entre o sistema linguístico manifesto e o latente, durante a construção de enunciados. A autora ressalta que essa construção se dá, no entanto, entre adulto e criança e não apenas na criança.

Tal perspectiva teórica tem produzido uma série de trabalhos em aquisição típica e atípica de linguagem. Isso parece ser porque a teoria auxilia no melhor entendimento do processo aquisitivo da linguagem, tomando como foco a diáde mãe-criança, superando estudos interacionistas anteriores (estudos brunerianos) cujo foco era a mãe ou a criança em separado.

Lemos (1992), conforme já indicado, mantém o diálogo como unidade mínima de análise para o estudo do processo de aquisição da linguagem e o conceito de interação passa a ser entendido como o funcionamento linguístico do adulto “metabolizando” os significantes da criança, ou seja, no diálogo, os fragmentos do discurso da criança ganham estatuto cognitivo e comunicativo na fala da mãe. Na fala da criança, podem ser observados “erros” que distinguem sua produção oral da fala do adulto, como também são evidenciados fragmentos da fala deste. De modo especial, a mãe, no início do processo, dá lugar ao seu filho por meio de interpretações e atribuições de intenções, de sentido e de referência aos esboços de

fala produzidos por ele. Desse modo, a criança é inserida na linguagem e capturada por ela por meio do Outro (LEMOS, 1992).

Note-se que a partir da década de 90, os trabalhos de Lemos passam a apresentar uma reestruturação teórica de base psicanalítica, fundamentando que o que acontece na linguagem da criança, que a permite passar de *infans* a falante, não pode ser resumido a um processo de conhecimento cumulativo marcado por estágios de desenvolvimento. Para a autora, o que orienta o percurso linguístico da criança é o efeito de um processo de subjetivação pela linguagem; subjetivação esta marcada para sempre pela divisão entre ser falado pelo Outro e poder comparecer enquanto diferença nos interstícios dessa fala (LEMOS, 2001).

Para Lier-de-Vitto (1998), nos intervalos a criança cede lugar para o Outro falar e para ele movimentar-se, o que marca uma diferença entre a fala do outro e a fala da criança, assim como reafirma sua mudança de posição diante da língua. Essa posição em que o sujeito se revela, pode evidenciar a emergência do sujeito a cada intervalo, a qual se dá através dos processos metafóricos e metonímicos que permitem o trânsito da criança na/pela linguagem (LEMOS 1992). São processos que surgem através da substituição de elementos da língua, seja em cadeias manifestas e/ou latentes na representação do significante que quer informar, e da combinação destes elementos. Tais processos permitem observar a emergência da criança na língua, assim como negam que a aquisição da linguagem seja um processo de desenvolvimento que chega a um estágio final, no qual não haveria mais ressignificações (LEMOS 1992).

Segundo Lemos (2002), os movimentos de significação no diálogo adulto-criança criam posições discursivas entre as quais uma movimentação da criança. Portanto, a autora não postula tais posições como etapas evolutivas, mas como posições que podem ser predominantes em determinados momentos. Tal como Mancopes (2006), entendemos que a cristalização de posições discursivas, provavelmente, é um sinal de perigo importante no processo de aquisição da linguagem infantil.

Sabe-se que Lemos se ocupa da explicação dos aspectos sintático-semânticos da linguagem, enquanto que Scarpa se dedica ao estudo da prosódia. A propósito, os trabalhos de Scarpa (1999) parecem comprovar a importância do *manhês*, assinalado no terreno psicanalítico (LAZNIK, 2004), como fio condutor da significação. A autora, ao estudar a aquisição da linguagem (destacando os

aspectos prosódicos), afirma haver interface da prosódia com outros componentes linguísticos, de tal forma que somados são o *input* com o qual a criança se depara no processo de interação com adultos. Isso demonstra que, mesmo ante de produzir fala, a criança apresenta uma tendência de associação entre determinadas variações entonacionais e determinadas funções comunicativas, tal como ocorre na linguagem de adultos. São “pistas” prosódicas que podem ser usadas como estratégias de segmentação, extração e processamento de informações através de “pedaços do *input*” do adulto. Esses “pedaços do *input*” podem ser utilizados pelas crianças como forma de “imitação” da fala do adulto. A autora afirma que, por meio da entonação, juntamente a outros traços prosódicos, tem-se um importante mecanismo de estruturação dialógica entre criança e adulto.

Assim como Scarpa (1999), outros autores, como Crystal (1969), Ryan (1978), Sullivan e Horowitz (1983) atestam a importância mediadora da prosódia, por esta apresentar função social. Ainda, admitem ter a prosódia, a função de demonstrar a força ilocutória dos atos de fala, como a de expressar sua função intersubjetiva, dadas, aqui, possivelmente pelos contornos entonacionais, os mesmos imbricados na fala materna.

Também, inspirado pela perspectiva interacionista, o estudo de Issler (1997) descreve a evolução dos pronomes EU e TU pela criança, correlacionando a mudança de posição do interlocutor como necessária para a compreensão desses termos. Explora a mudança subjetiva produzida pelo movimento discursivo da mãe no período evolutivo dos três primeiros anos, nos quais a mãe fala *do* bebê, *para* o bebê e *pelo* bebê. Este movimento discursivo materno é essencial para a dinâmica constitutiva da criança, favorecendo sua organização quanto às pessoas discursivas: Eu, Tu, Ele.

Em uma perspectiva enunciativa da linguagem, a partir de Benveniste (1995), Silva (2007) discute o processo de aquisição da linguagem; sobretudo, a relação Eu-Tu/Ele, demonstrando o ato de inscrição da criança como sujeito da linguagem. Seu estudo apresenta o dispositivo enunciativo (Eu-Tu/Ele) como constitutivo do ato de enunciação e do ato de aquisição da linguagem, pois, considera o sujeito (eu-tu), a língua (ele) e a cultura para mostrar as relações e os mecanismos enunciativos implicados no ato singular de instauração da criança na linguagem.

Seja na perspectiva enunciativa ou interacionista, a aquisição da linguagem é vista como processo de permanente (re)construção, não mais como um processo de

fases evolutivas lineares e universais. Nessas visões, a aquisição é tomada como processo singular do sujeito na linguagem e, por isso, é possível promover um deslocamento das mesmas para a clínica dos distúrbios da linguagem, como fazem autores da chamada Clínica de Linguagem, indicados anteriormente, porém, melhor explorados na próxima seção.

2.4.2 Fundamentos da clínica de linguagem a partir do interacionismo brasileiro

O interacionismo brasileiro considera a atividade da criança, sua interação com o mundo e a importância da situação interativa fatores imprescindíveis para a aquisição da linguagem.

A linguagem, como atividade discursiva, tem um papel muito anterior à sua função expressiva: um papel constitutivo - “ela é força fundante, é condição para a significação e para o nascimento do sujeito” (LIER-DE VITTO, 1994; CORDEIRO, 2000). Assim, falar não é apenas se comunicar, como afirmam as visões comportamentalistas e cognitivistas de linguagem; falar é um modo de ser, de exercer uma posição discursiva.

A linguagem é algo que acontece entre os interlocutores, condição na qual tanto quem produz quanto quem interpreta são mutuamente afetados. Os significados passam por uma construção social, por isso, intersubjetiva. Essa é uma reflexão que parece ser fundamental para o desenvolvimento da Fonoaudiologia enquanto ciência, já que se caracteriza como uma área transdisciplinar na terapia de linguagem (VORCARO, 2003). Nesse sentido, o terapeuta deve estar em movimento constante de sintonia com o que o sujeito faz e diz, expandindo através de comentários e de perguntas suas falas (MALDANER, 2005), mas também sabendo suportar o silêncio (SURREAUX, 2001), pois, caso contrário, tende a preencher os turnos com uma fala desconexa, que induz o sujeito (em terapia) a permanecer em sua posição de negação discursiva.

Autores como Massi (2001) e Maldaner (2005) baseiam seus estudos na visão interacionista, destacando a interação criança-interlocutor como fundamental para o desenvolvimento discursivo, seja no acesso às primeiras palavras (MALDANER, 2005) ou no desenvolvimento narrativo (PERRONI, 1992 apud

MASSI). Segundo essas autoras, a experimentação do ambiente pela criança, as atividades realizadas e a importância da situação interativa são consideradas como fatores imprescindíveis para a aquisição da linguagem. Maldaner (2005) considera o fonoaudiólogo um interlocutor privilegiado por conhecer os processos de aquisição da linguagem, ele é capaz de auxiliar a construção da linguagem da criança, permitindo-a assumir o seu papel de sujeito na interação dialógica. Tal aspecto também é ressaltado por Mancopes (2006) ao afirmar que a linguagem captura o sujeito e condiciona sua estruturação subjetiva no processo de aquisição da linguagem, cujo *modus operandi* é a interação.

Massi (2001), Maldaner (2005) e Rechia (2009), através de suas pesquisas, provam a eficácia da abordagem interacionista na terapêutica de sujeitos com distúrbios de linguagem. As autoras demonstram que o funcionamento da linguagem na atividade dialógica (interação adulto-criança) é a melhor forma de aproximar o sujeito da língua e possibilitar que o mesmo adquira conhecimento, inclusive, gramatical. Tal abordagem demonstra a importância da interlocução mediada pelo fonoaudiólogo, para que os sujeitos possam se constituir como falantes-ouvintes.

Matteo (2001), ao investigar a função terapêutica na área da Fonoaudiologia, sugere que a postura adotada pelo fonoaudiólogo está relacionada ao que ele comprehende do acontecer humano. Para a autora, quando a função terapêutica está restrita à supressão do sintoma, o ser humano aparece dividido em funções corporais que necessitam ser corrigidas por meio das técnicas específicas. Por outro lado, o olhar humanizado do terapeuta (aquele que considera a singularidade do paciente) atribui uma outra concepção ao espaço terapêutico que, ao contrário de ser um espaço para treinamento, passa a ser um espaço para constituição de pessoas.

A propósito da ação do terapeuta, há que se reconhecer as importantes colocações de Palladino (2004) e Cunha (2004). Estas pesquisadoras, tendo em vista o funcionamento terapêutico em Fonoaudiologia, afirmam não ser possível pensar a “clínica de linguagem” sem pensar a relação que se estabelece entre o adulto, especialmente a mãe e a criança, pois é nessa relação que está estruturado o lugar do sujeito que não fala. Com base nessa análise, é que se pode auxiliar a criança a circular nas posições discursivas de pólo do outro, pólo da língua e pólo falante/ouvinte e, assim, construir o conhecimento gramatical, partindo dos eixos metafóricos e metonímicos descritos por Lemos (1992).

Mancopes (2006) afirma que é possível pensar a clínica em Fonoaudiologia em termos de movimentos entre tais posições, ressalta, a hipótese de cristalização em determinadas posições e que esta pode estar relacionada à forma como as interações da diáde mãe-criança se constituem. A escuta do fonoaudiólogo pode ir além daquilo que é dito e pode assumir a existência do *sentido na alma da palavra*, implicando a não existência de um sentido único, pleno e homogêneo (PALLADINO, 1999, p.101).

Cavalcante (2005) aproxima em seu artigo - Nome Dele – as pesquisas de Cláudia De Lemos, conduzidas desde 1999, na área de aquisição da linguagem em interlocução com a Psicanálise, em especial, com Laznik (2004). Segundo as interpretações de Cavalcante (2005), a mãe passa a criar manifestações de subjetividade do bebê através do “manhês” (LASNIK, 2004). Essa subjetividade antecipada pela mãe faz do bebê um interlocutor desde as protoconversações. A comunicação oral de instauração da especularidade materna, através do pseudodiálogo, traz a possibilidade de configurar a relação mãe-bebê, desde o início, como de uma constituição subjetiva (CAVALCANTE, 2005, p. 30-45). Portanto, embora com focos distintos, parece haver um encontro natural entre as observações psicanalíticas e as interacionistas acerca da condição do *infans*, pois ambas as teorias assumem o papel fundamental do adulto no desenvolvimento infantil; como o Outro detentor da língua e da cultura.

2.4.3 A perspectiva da clínica dos distúrbios de linguagem: outros deslocamentos da linguística e da psicanálise para a Fonoaudiologia

Surreaux (2000), fonoaudióloga dedicada ao estudo da aquisição da linguagem e modo de intervir em Fonoaudiologia, afirma haver fundamental importância do silêncio em terapia. De acordo com a autora, o espaço para o silêncio como elemento estruturante da significação fica suprimido em detrimento da necessidade de que alguns fonoaudiólogos possuem de prover o sujeito (neste caso encarados como “paciente”) de palavras, embora fosse fundamental suportar o sintoma de linguagem para haver possibilidades de evolução clínica.

Segundo Surreaux (2000), não se trata de silenciar (ao invés de preencher todos os espaços com fala), mas de construir junto com o paciente uma

possibilidade de dizer, tomando o silêncio como elemento constitutivo da linguagem. O silêncio é uma “falta” necessária para que não haja excessos, bombardeios de estímulos e de exigência de retornos por parte do sujeito. Em sua pesquisa, a autora propõe uma categorização do silêncio, e a aponta como importante ao trabalho fonoaudiológico:

- Silêncio Funcional: de etiologia orgânica ou funcional, como na deficiência mental grave, paralisia cerebral, etc;
- Silêncio ligado a uma Posição Subjetiva: que é a dificuldade subjetiva do sujeito em dar conta de uma inscrição simbólica de seu dizer para o Outro (autismo, psicose);
- Silêncio de Resistência: é o silêncio do “paciente” quando o profissional tenta impor uma fala (quando há exigência de fala do “paciente”)
- Silêncio como Inibição: dificuldade ou impossibilidade do “paciente” dizer algo para o outro.

Convém dizer que as diferenciações propostas por Surreaux (2000) operaram de modo satisfatório no entendimento do funcionamento dos sujeitos analisados na pesquisa de Rechia (2009), autora com interesse similar ao de Surreaux, porém dedicada ao estudo de dispraxia verbal, na qual se procurou conectar a evolução terapêutica de sujeito com atraso de linguagem ao tipo de laço efetivado entre os pais e a criança. Conforme Rechia (2009), esse silêncio é necessário para que haja espaço para o sujeito falar e para que se possa ouvi-lo, mesmo que sua produção não seja convencional, pois cada som constitui uma rede de significantes que demandará interpretação linguística por parte do interlocutor do sujeito com distúrbio de linguagem. A interpretação do terapeuta é o “motor” do funcionamento linguístico, pois permitirá ao sujeito sua identificação como falante/ouvinte. A falta do silêncio, por parte do fonoaudiólogo, causa resistência do sujeito com atraso de linguagem em falar para muitos sujeitos. Esse fato também foi observado no silêncio de alguns sujeitos diante da fala excessiva das mães que não conferiam turno a seus filhos.

A autora constatou que foi determinante para o progresso a possibilidade de as mães interpretarem o silêncio de seus filhos, colocando, assim, a linguagem em funcionamento. Também foi fundamental, no caso de algumas mães, que as mesmas fizessem silêncio, evitando assim o silêncio de resistência dos sujeitos que acontecia quando elas tentavam induzir a fala dos filhos.

Segundo Rechia (2009), os sujeitos observados desenvolveram um retardamento de aquisição da linguagem tanto por falta de acesso pleno ao simbolismo, quanto pelo limite biológico imposto pela dispraxia verbal. No entanto, conforme a autora, a patologia de base não se constitui no cerne das dificuldades de funcionamento linguístico. Ela limitou o aparecimento de fala, mas foi totalmente superada diante das funções parentais suficientemente boas, que ancorassem a atividade dialógica.

A autora também concorda com o fato de que não ocorrer diálogo, durante a interação da diáde mãe-filho, pode justificar uma possível cristalização na posição discursiva das crianças. Ela relaciona tal fato muito mais ao comportamento materno, talvez de descrença na capacidade de falar do filho, do que ao impedimento orgânico do sujeito. Tal descrença parecia muito mais relacionada a problemas no exercício das funções parentais, sobretudo, a materna, do que apenas consequência da fala ininteligível ou ausente do filho. Principalmente, com aquelas mães que falavam muito e que demonstraram problemas para ocupar a função materna, a dificuldade no entendimento da fala do filho impedia ancoragem linguística permitida pelo espelhamento em casos de ruptura importante no gesto articulatório (RAMOS, 2007).

A visão de tais autoras parece incorporar o que Jerusalinsky (1993) afirma: para poder ser alguém, precisa-se da linguagem; ela é, portanto, condição *sine qua non* para a emergência do sujeito. No entanto, para estar na linguagem é preciso que alguém a ofereça em rotinas significativas para o sujeito. Esse espaço é ocupado, prioritariamente, por aqueles que exercem as funções parentais e que não só oferecem a linguagem, mas atribuem significado à existência do *infans* para que ele se torne sujeito. Assim, tanto o aspecto estrutural quanto instrumental estão absolutamente amalgamados ao início do desenvolvimento (CORIAT e JERUSALINSKY, s.d.) e a fonoaudióloga, embora socialmente imaginada apenas na função instrumental, terá de lidar com ambos aspectos, sobretudo em momentos evolutivos anteriores aos três anos de idade.

Coriat e Jerusalinsky (op cit) diferenciam bem o trabalho instrumental do trabalho estrutural, afirmando que este ocorre antes dos três anos. Para os autores, o trabalho estrutural, nesta fase, é muito mais familiar do que em qualquer outra fase evolutiva. Para tanto, afirmam a necessidade de os pais possuírem suporte terapêutico com o analista em sessões semanais, sem o filho(a), e o sujeito ter atendimento semanal com “estimulador precoce” escolhido a partir da transferência

parental. Se a preocupação for com a fala ou linguagem, o fonoaudiólogo seria o profissional prioritário. Por outro lado, se for com a psicomotricidade, seria o fisioterapeuta; se com a aprendizagem, o pedagogo, e assim por diante.

Nesse formato clínico, implementado há mais de 30 anos pelo Centro Lydia Coriat, em Porto Alegre, e em Buenos Aires, observam-se ganhos importantes na evolução de sujeitos que dele usufruíram. Por isso, inspira a modalidade de atendimento selecionada para esta pesquisa.

Tomou-se por base o fato de que os familiares de sujeitos, em fase de estruturação autística, com fala ausente ou quase ausente, buscaram o atendimento fonoaudiológico na Clínica-escola da UFSM, na qual a pesquisa foi realizada, em função de estarem transferenciados com o profissional de Fonoaudiologia e preocupados com a ausência de fala dos filhos. Em função disso, a fonoaudióloga-pesquisadora foi o profissional selecionado para os atendimentos e ofereceu sessões semanais para os sujeitos e para os pais, desempenhando uma dupla função terapêutica, em relação ao sujeito e em relação aos pais, até que os pais pudessem aceitar o profissional da Psicologia. No entanto, este profissional esteve sempre presente na discussão dos casos, a partir de observações no espelho, do relato da fonoaudióloga e da visualização das filmagens. Tais aspectos apontam para uma clínica dos distúrbios da linguagem em uma modalidade marcadamente interdisciplinar e, por vezes, transdisciplinar, como se buscará relatar no método da pesquisa.

Considerando tais pressupostos teóricos, no entanto, cabe sintetizar os princípios terapêuticos que embasaram esta intervenção; provisoriamente denominada de Clínica dos Distúrbios de Linguagem:

- Oferecimento do *holding* e da possibilidade do brincar livre (fosse ele exploratório ou simbólico), ou seja, utilizou-se o brincar enquanto espaço de subjetivação e de desenvolvimento cognitivo;
- Projeção da voz e da interpretação linguística sobre todas as formas de expressão do sujeito (verbal ou não-verbal, estereotipadas ou não), que buscassem comunicar algo à terapeuta ou à mãe. Nesse sentido, o esforço da fonoaudióloga em atribuir sentido ao que foi dito pelo sujeito foi constante. Portanto, um sujeito tem de ser suposto;

- Sensibilidade e sintonia fina da terapeuta para saber quando falar (interpretar) ou quando calar, na tentativa de evitar o silêncio de resistência;
- Atendimentos individuais com o sujeito, com os pais e em conjunto pais-sujeito, buscando-se, também, oferecer espaço a todos os familiares;
- Trabalho em equipe inter e transdisciplinar, com discussão permanente das sessões e dos conceitos teóricos norteadores do processo terapêutico;
- Assessoria às escolas através da discussão com professores, orientadores pedagógicos e diretores acerca do funcionamento do sujeito e do processo terapêutico.

Além desses princípios, outros utilizados nos retardos de aquisição de linguagem (RAL), em geral, foram observados (RAMOS, 2008), retomando ainda, a importância dos conceitos teóricos de autismo, desenvolvimento infantil e *manhês*.

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Casuística

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, na qual foram estudados três sujeitos entre dois e quatro anos de idade cronológica, com diagnóstico de autismo, conforme os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) – IV que são semelhantes ao Código de Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10.

Inicialmente, o projeto foi encaminhado para análise no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), bem como no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da mesma instituição. A pesquisa só foi desenvolvida mediante a aprovação dos mesmos. Esta pesquisa se insere no Projeto de Pesquisa “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: retardos de aquisição da linguagem oral secundários a grandes transtornos do desenvolvimento”, aprovado pelo CEP/UFSM, sob o número do CAEE n. 0117.0.243.000-07.

A amostra foi constituída por sujeitos atendidos no Ambulatório de Pediatria do Hospital Universitário de Santa Maria, sem acompanhamento prévio de terapia fonoaudiológica, encaminhados ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico (SAF) – Clínica – Escola do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM.

Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice I) e receberam explicações continuadas sobre a pesquisa, tendo um retorno global desta ao seu término. Foi-lhes garantido o direito de voluntariado, pois poderiam manter a terapia no caso de não aceitarem ou desistirem de participar da pesquisa. Deixou-se claro o respeito ao sigilo de suas identidades e de seus filhos.

Após esse procedimento, foi filmada a primeira sessão terapêutica (interação de cada sujeito com a terapeuta) e, também, a interação da criança com sua respectiva mãe em sala do SAF (ambiente terapêutico, porém sem a presença do

terapeuta). Foram duas filmagens das crianças e suas mães; uma no início do atendimento e outra no final, ou seja, aproximadamente 10 meses após o seu início.

Posteriormente, foram analisadas as gravações realizadas na primeira e na última interação em terapia, para se observar características do espectro autista, já citadas na revisão de literatura desta dissertação, e para auxiliar na elaboração e execução da abordagem terapêutica.

As fitas e filmagens foram armazenadas pelo pesquisador responsável e só poderão ser utilizadas para exposições acadêmicas (aulas em pós-graduação ou em graduação) e/ou em eventos e artigos científicos mediante autorização específica.

3.2 Procedimentos de Avaliação

Do Ambulatório de Pediatria, os sujeitos foram encaminhados para o SAF, foram triados fonoaudiológicamente e depois avaliados pelo neurologista do SAF.

Em seguida, deu-se início ao processo terapêutico. Foi realizada entrevista inicial (Apêndice II), por meio da qual foram investigados dados pessoais, histórico familiar, desenvolvimento neuropsicomotor, processo de aquisição e de desenvolvimento da linguagem, hábitos de vida diária, nível de escolaridade, convívio social, comportamentos, antecedentes fisiopatológicos e avaliações e/ou atendimentos anteriormente realizados.

Posteriormente, foram avaliadas as condições de linguagem dos sujeitos por meio de atividades lúdicas. Os aspectos analisados foram: desempenho do sujeito na compreensão de atitudes e de situações, habilidades de empatia, finalidade, reciprocidade, jogos imaginativos ou simbólicos, direcionamento do olhar, entre outros. Também, foram analisadas características do desenvolvimento, conforme preconizado pelas teorias norteadoras deste estudo. Quando o sujeito produzia fala, verificou-se se a mesma era uma fala ecolática, ou se era linguagem analisada ou não⁵. Se analisada, o domínio dos componentes sintáticos, lexicais e fonológicos foi observado qualitativamente.

⁵ Entende-se como fala ecolática a fala que simplesmente parece repetir o dito pelo interlocutor, embora possa ter algum sentido (ver Klinger, 2010). Já a fala com status de linguagem, pode ser analisada ou não. Se não analisada pode ser um ato enunciativo que apresenta fragmentos da fala do adulto. Já na fala analisada, tem-se a construção de um conhecimento gramatical por parte do sujeito. Para melhor detalhamento do conceito, ver Lemos (1989).

A coleta dos dados foi realizada no SAF, em sessões de terapia fonoaudiológica individual de abordagem interacionista, que ocorreram duas vezes por semana, com duração de trinta minutos cada, ao longo de dez meses de intervenção (setembro/2008 a junho/2009). A cada oito sessões de terapia fonoaudiológica, foi realizada uma reavaliação dos aspectos supracitados, sendo as mesmas filmadas. Ao término da coleta, as filmagens foram transcritas ortograficamente e analisadas seguindo um instrumento de registro de dados (Apêndice III) de modo a representar a interação. Foi realizado um total de dez gravações para cada sujeito, de forma a auxiliar a integridade das análises registradas na pesquisa, sendo que somente a primeira e a última foram utilizadas nos exemplos relatados nos resultados. Ainda, as reações do sujeito e da família à intervenção terapêutica fizeram parte de um diário de campo, no qual foram descritos momentos importantes de cada sessão com o sujeito, ou com ele e sua mãe.

3.3 Procedimentos Terapêuticos

Conforme anunciado anteriormente, o modelo de intervenção precoce, utilizado no Centro do Lydia Coriat, foi deslocado para a intervenção fonoaudiológica ao iniciarem-se as sessões com os sujeitos e seus pais. Os pais receberam atendimentos, ao menos, quinzenais pela mesma terapeuta para a realização de entrevistas continuadas, mas com a perspectiva de serem encaminhados para terapia, quando necessário ou possível.

As sessões com os sujeitos previam a interação entre terapeuta-sujeito e pais-sujeito. O brincar utilizado, nas sessões, foi ajustado às possibilidades de cada familiar em participar das atividades.

A terapia fonoaudiológica, conforme já indicado, abrangeu três grandes estratégias, as quais serão descritas a seguir.

3.3.1 Terapia fonoaudiológica individual com o sujeito

O uso do brinquedo livre é o melhor recurso material. Ele segue alguns princípios: identificação da fase cognitiva e forma de brincar; escolha de brinquedos compatíveis com a fase atual e imediatamente seguinte para proporcionar gradativamente o progresso no brincar da criança. Através desse brincar livre, que na perspectiva winnicottiana possui um significado em si, Ramos (2008) propõe os seguintes princípios terapêuticos, cujas bases são psicolinguísticas:

- 1) Princípios do Significado e da Relação: a criança adquire a linguagem em rotinas significativas (princípio do significado) com um Outro importante para ela (princípio da relação). Para isso, a criança tem de sentir a disponibilidade afetiva e sintonia do terapeuta com ela. No primeiro estágio discursivo o pólo é o outro e o terapeuta deve poder ocupar este papel; as situações naturalísticas oportunizadas pelo brinquedo livre são as melhores para mediar a significação. Atividades com jogos constituem um segundo momento para crianças imaturas em termos relacionais, sobretudo para as que apresentem um brinquedo sensório-motor.
- 2) O Princípio da simultaneidade do Trabalho Discursivo e Instrumental : sem a conexão e a sintonia com o terapeuta, dificilmente uma criança poderá voltar-se para o aprendizado de regras gramaticais, o que pode explicar a ineficácia de modelos comportamentalistas aplicados ao tratamento de distúrbios de linguagem na infância. As estratégias instrumentais só fazem sentido no momento em que o pólo é a língua, desde que haja a devida ocupação de lugares enunciativos, ou seja, um diálogo entre o eu-tu e língua enquanto espaço do ele (SILVA, 2007). Assim, objetiva-se desenvolver conteúdo (significação) e não a forma, ou seja, o sentido é o fio condutor e o diálogo é a unidade de análise e de trabalho terapêutico. A partir do domínio maior de recursos gramaticais, sobretudo os sintáticos, até pode haver espaço para a inserção de algumas estratégias instrumentais, tais como a especularidade, complementaridade, direcionadas à construção de algum conhecimento lingüístico por parte do sujeito. No entanto, o referido cuidado com a ocupação de um lugar enunciativo é fundamental.

- 3) O Princípio do Sujeito Ativo: a criança, para se constituir sujeito discursivo, deve ser ativa na sessão. Assim, indica-se que:
- A iniciativa de discurso (verbal e não-verbal) deve ser o mais possível dela, e não do terapeuta. Por isso, o terapeuta deve falar na medida de facilitar a fala da criança, e não de modo excessivo;
 - A criança precisa ter turno comunicativo, mesmo que o silêncio seja sua forma de expressão. O terapeuta principiante deve aprender a lidar com a ansiedade em relação à ausência de fala da criança;
 - O terapeuta deve buscar um movimento de interpretação constante e sintonizado com o que a criança expressa verbalmente ou não;
 - Oferecer o brinquedo livre, procurando viabilizar a atenção do sujeito e terapeuta à atividade escolhida pelo sujeito;
 - Respeitar sua etapa de brinquedo, mas, ir ofertando, sem impor, materiais distintos de modo a promover progresso em sua exploração lúdica;
 - Desenvolver turnos já na atividade não-verbal;
 - Fazer silêncios estratégicos de modo a permitir que o sujeito se manifeste;
 - Buscar interpretar e confirmar com o sujeito a interpretação do dito através de estratégias instrumentais como a especularidade e complementaridade.
- 4) Princípios Instrumentais: A partir do momento em que o sujeito começa a ocupar um lugar de fala, pode acentuar-se a necessidade de oferecer recursos para que sua fala se amplie. Neste momento, há princípios e estratégias para a terapia que mapeiam os aspectos instrumentais como:
- Trabalhar apenas um aspecto novo de cada vez, tendo em vista que a criança adquire, primeiramente, novas funções para formas estáveis, e utilize-se de novas formas para funções já adquiridas;
 - Sequenciar os objetivos da intervenção;
 - A prática de palavras e estruturas recém-adquiridas em contextos conhecidos deve aumentar o uso das mesmas, possibilitando a realização de

enunciados mais complexos; a prática de palavras e estruturas conhecidas em contextos novos deve promover a generalização no uso das mesmas;

- A linguagem deve funcionar em contextos de comunicação naturalísticos, e com base em aspectos relevantes. O trabalho deve ocorrer mais no plano discursivo do que no nível da frase: recontar ou inventar, com variação, “estórias” simples, a inclusão de conversa cada vez mais elaborada na brincadeira sócio-dramática da criança, oportunidades repetidas para oferecer instruções em tarefas cada vez mais complexas, mantendo o sentido como fio condutor de acesso a novas formas;

- O trabalho deve aumentar a conectividade e elaboração do conhecimento de mundo, intensificando o acesso aos diversos campos semânticos e registros de fala ligados a eles;

- Os clínicos devem escolher, cuidadosamente, que aspectos do contexto tornar saliente em associação com a marcação linguística, buscando os aspectos com probabilidade de serem maximamente relevantes, tanto para a criança como para a construção lingüística do sujeito.

5) Princípios e Estratégias Lexicais:

- Apresentar conceito-nome novo em contexto conhecido;
- Ofertar nomes em conversação espontânea, em interação lúdica, com várias enunciações significativas no contexto;
- Depois do mapeamento rápido com um item lexical, apresentá-lo em distintos referentes que pertençam a sua extensão;
- Utilizar a especularidade e a complementaridade;
- Valorizar as tentativas de aproximação fonológica realizada pela criança, espelhando e confirmando sua produção;
- Não forçar as produções da criança, mas favorecê-las;
- Não falar demais, dando espaço para a criança.

6) Princípios e Estratégias Sintáticas:

- Utilizar a complementaridade e a extensão de enunciados parciais da criança quando ela está em reciprocidade;
- Ativar na memória da criança as formas sintáticas que poderão surgir logo a seguir pela marcação na fala do terapeuta;

- Fortalecer a conexão entre o evento e as estruturas que o representam (ex: derrubar o brinquedo e enunciar 'caiu'...). Repetir algumas vezes o evento e a linguagem previsível associada a ele;
- Realçar verbos no *input*, pois o verbo permite a frase.

Assim, torna-se importante enfatizar que o objetivo não segue um trabalho fonológico sistemático antes que o sujeito ingresse na etapa discursiva na qual o pólo é falante/ouvinte. O que se tem antes é uma facilitação, via especularidade, para a percepção de gestos articulatórios e não um foco na fonologia, ou seja, busca-se que o sujeito ocupe um lugar de fala através da construção progressiva de conhecimento semântico e sintático da estrutura de sua língua. A fonologia, assim como na aquisição típica, é mais tardia, embora possa ser facilitada desde sempre via especularidade.

Nesta abordagem, busca-se que o sujeito brinque de modo livre, o que irá permitir tanto uma interação linguística, sintonizada e contingente a esse brincar, quanto uma estruturação subjetiva. Esta se dará duplamente: pelo brincar em si (Winnicott, 1975) e pelo funcionamento que ele permite na linguagem. As respostas contingentes permitem que o sujeito tenha a experiência de si próprio no corpo e na língua. Portanto, as estratégias instrumentais vão comparecendo à cena terapêutica de modo progressivo e sintonizado às demandas de cada contexto enunciativo, sendo o foco do fonoaudiólogo trabalhar com a abertura de um lugar de fala para o sujeito e com sua passagem de interlocutor a sujeito (BENVENISTE, 1995).

Especificamente, considerando sujeitos do espectro autístico, a atribuição de significado tanto à produção de fala ou a possíveis ecolalias confere autoria ao sujeito que se ouve na fala do Outro. Ao se ouvir, ele se motiva a ouvir a fala do outro. Isso diminui a seletividade auditiva à voz humana e permite que se engendre o terceiro tempo pulsional: o se fazer ouvir. A hipótese, portanto, da proposta aqui implementada é que o exercício do ouvir e se ouvir permitiriam chegar ao se fazer ouvir. Para tanto, o sentido atribuído às manifestações do sujeito (técnica de tradução de Laznik, 2004) e a oportunização de tal modelo aos pais permitiriam o percurso pulsional necessário.

Para tanto, foram utilizadas, inicialmente, estratégias que buscaram a formação do vínculo terapeuta-sujeito, entre elas, algumas específicas consagradas no acompanhamento de sujeitos do espectro autista, a saber:

- 1) busca da atenção dos sujeitos com diferentes entonações, sobretudo a projeção sobre a atividade realizada pelo sujeito com fala em *manhês*;
- 2) fazer espelhamento das atividades (procurando sintonizar com o que o sujeito parece querer);
- 3) uso de materiais regressivos como massa de modelar, tinta, água, bolha de sabão (na busca do funcionamento sensório-motor);
- 4) disponibilidade de brinquedos que permitam a troca, como o jogo de bola (facilitando a troca de turno);
- 5) respeito ao brincar isolado do sujeito durante o reconhecimento do objeto (permitir com tranquilidade a exploração do brinquedo pelo sujeito). Nesses momentos, de modo cuidadoso, pôde-se falar sobre as experiências em *manhês*;
- 6) disponibilidade corporal da terapeuta ao sujeito, facilitando a aproximação entre ambos durante a realização de atividades;
- 7) o silêncio em sessão, proporcionando espaço para o sujeito se manifestar e, também, a escuta do terapeuta, o que favorece a interação da diáde terapeuta-sujeito.

3.3.2 Terapia conjunta sujeito-familiar

Nestes momentos, duas estratégias entraram em jogo: o modelo estabelecido pelo terapeuta (quando brinca com o sujeito) e o exercício do brincar (propriamente dito) entre o sujeito e seu familiar (pai ou mãe) e, entre terapeuta e familiar.

Entende-se que a sessão terapêutica torna-se um espaço privilegiado para que os pais exercitem o brincar e estabeleçam diálogos com seu filho. O terapeuta pode compreender melhor os pais e mediar o modo deles brincarem com seus filhos e, mais, buscar comprometê-los com o direcionamento do processo terapêutico do sujeito, sendo esta direção decidida por eles e o terapeuta nas entrevistas continuadas.

Pode-se assegurar que a brincadeira e a observação conjunta, terapeuta-pais, do que se conseguia ou não com o sujeito, durante as sessões, permitiu a abordagem das possibilidades ou das dificuldades dele e do próprio familiar.

Este espaço também se constituiu no mote para o encaminhamento dos pais para outros espaços terapêuticos, inclusive, para sua própria análise, pois a reflexão do terapeuta em conjunto com os pais, sobre o que ocorria na terapia, favoreceu os mesmos a tomarem consciência de suas dificuldades.

3.3.3 Entrevista continuada fonoaudióloga – familiar(es)

As entrevistas continuadas são caracterizadas como encontros entre terapeuta e familiares do sujeito, em especial, os pais; sem a presença do sujeito. A princípio, são quinzenais, sendo que a frequência foi aumentada de acordo com as necessidades dos pais. As entrevistas ocorreram com o objetivo de escuta (continuada) dos pais, conferindo a eles um espaço no qual pudessem relatar suas dúvidas, conflitos e expectativas sobre o desenvolvimento do filho. Nelas, também foram realizadas análises sobre as sessões fonoaudiológicas individuais com o sujeito e as conjuntas com os pais, oferecendo a possibilidade para pensar a relação entre o filho real e o imaginado.

Aspectos sobre o brincar e o funcionamento do sujeito também foram discutidos, buscando auxiliar os pais frente a seus relatos de inabilidade para o brincar com o filho, relação à postura dos mesmos durante o brincar.

Pode-se dizer que tais momentos de entrevista contribuíram para desmistificar a visão do filho com foco na patologia, sendo aproveitado o espaço para lembrá-los do sujeito e de sua singularidade, de modo a colocar o diagnóstico de autismo em segundo plano.

3.4 Resultados e análise dos dados

A partir das filmagens iniciais e finais, das observações realizadas em sessões (com o sujeito sozinho e em conjunto com os pais) e das entrevistas continuadas, foi construída a história evolutiva de cada sujeito e de seus pais,

analisando-se aspectos como o brincar mútuo (sujeito-pais; sujeito-terapeuta), a evolução da linguagem do sujeito e do diálogo sujeito-pais.

Considerando tais observações, foram feitas análises qualitativas das posições discursivas do sujeito e de seu brincar ao início e ao fim do período terapêutico. Assim, delineou-se uma análise dos efeitos da abordagem terapêutica da Clínica dos Distúrbios de Linguagem.

A seguir, os dados foram confrontados com a literatura e se compuseram dois artigos. No primeiro artigo, o foco de análise recai sobre a importância do circuito pulsional da voz na dialogia e do brincar no processo terapêutico. No segundo, aborda-se a relevância da entrevista continuada na terapêutica dos sujeitos (com diagnóstico de autismo) acompanhados.

4 ASPECTOS DA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA COM SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO

Neste capítulo, são apresentados dois artigos de pesquisa que abordam distintos aspectos da terapia fonoaudiológica com sujeitos do espectro autístico, entre os quais o brincar, a dialogia e o circuito pulsional da voz.

A escolha por dois artigos deveu-se ao fato de ambos abordarem olhares distintos sobre o mesmo processo terapêutico, visto que, historicamente, tal processo foi sofrendo modificações teóricas a partir do deslocamento de novos conceitos acessados no decorrer da pesquisa.

Inicialmente, a teoria winnicottiana serviu de âncora para pensar o brincar e a teoria interacionista para embasar os processos linguísticos que surgem no diálogo terapeuta-sujeito e familiar-sujeito. No entanto, sobretudo no caso de A., emergiram questões relacionadas ao uso do manhês como estratégia principal de busca da atenção do sujeito. Tal estratégia vincula-se ao conceito de pulsão e, de modo especial, de circuito pulsional da voz. Portanto, neste caso, o conceito de circuito pulsional da voz foi fundamental para pensar a terapia, bem como possibilitou um novo olhar sobre este caso e, também, uma releitura dos outros dois casos.

Por isso, na seção 4.1 apresenta-se o primeiro artigo de pesquisa sobre “O brincar e a dialogia na terapia fonoaudiológica de sujeitos do espectro autístico”, e na seção 4.2, encontra-se o artigo “O circuito pulsional da voz na terapia fonoaudiológica de sujeitos do espectro autístico”.

4.1 ARTIGO DE PESQUISA 1 – O BRINCAR E A DIALOGIA NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO⁶

RESUMO:

Tema: interação dialógica, estruturação psíquica, aquisição da linguagem e terapia de sujeitos autistas. **Objetivos:** analisar os efeitos da terapêutica de concepção interacionista atravessada pela psicanálise na terapia de sujeitos do espectro autístico. Analisar a contribuição do brincar e da dialogia na terapêutica proposta.

Método: Participaram do estudo três diádes mãe/pai e filhos; foram realizadas filmagens da interação, a partir das quais se analisaram o brincar e a relação mãe/pai-filho (o exercício das funções parentais), antes, durante e após a terapêutica proposta. A terapêutica baseou-se nos princípios de intervenção precoce de Coriat e Jerusalinsky (s.d.) e de Laznik (2004), somados aos princípios e estratégias do brincar propostos por Winnicott (1975). **Resultados:** A proposta apresentou efeitos positivos na facilitação do brincar e de acesso ao simbólico pelos três sujeitos. Dois sujeitos (L e C) iniciaram o brincar simbólico em conjunto com um funcionamento na linguagem compatível com a ocupação do pólo da língua e pólo falante/ouvinte. Um sujeito (A) conseguiu maior exploração dos objetos com início da ocupação do pólo do outro. Os pais modificaram sua entrega e participação no brincar através dos modelos fornecidos pela terapeuta. **Considerações Finais:** A construção da proposta terapêutica foi possível a partir do referencial teórico selecionado e apresentou efeitos positivos na evolução no brincar e na linguagem dos sujeitos analisados.

Descritores: Autismo, interacionismo, psicanálise, função materna, aquisição da linguagem.

⁶ Este artigo será submetido à revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Theme: dialogic interaction, psic structure, language acquisition and autism subjects therapy. **Aims:** The current study analyzed possible effects of the therapeutic process in the interactionist perspective and of theoretical references of psychoanalysis with autistic spectrum subjects. Also to analyzed the play set and dialogic therapy influence. **Methods:** Three dyads parent-child participated of the study and films of the interaction were made, in which the playing and the relation parental child in the exercise of the parental functions were analyzed, overall the maternal function. The terapeutic bases on Jerusalinsky and Coriat (s.d.) and Laznik (2004) early intervention principles, with play principles and strategies of Winnicott (1975). **Therapeutic Results:** The therapy had positive effects on play and language in the three subjects. Tow subjects (L and C) begin simbolic play with language discursive occupation of the language and speaker/hearer pole. One subject (A)had more objects exploration with the occupation of other discursive pole. The parents modified theier play by theapeutic model. **Final coments:** The intervention construction was possible by the theoretical selection and had positive effects on play and language evolution of the analysed subjects.

Keywords: Autism, interaction, psychoanalysis, maternal function, language acquisition.

INTRODUÇÃO

Na terapia fonoaudiológica da linguagem de sujeitos do espectro autístico, a chamada “perspectiva pragmática dos distúrbios da linguagem”⁽¹⁻⁵⁾, e aquela aliada à análise comportamental aplicada⁽⁶⁾, apresentam formas de avaliação e de terapia que dominam os trabalhos da literatura internacional, sobretudo a anglo-saxônica⁽⁷⁻¹⁰⁾. Na realidade brasileira, no entanto, uma outra perspectiva, a da “clínica de linguagem ou dialética”, desenvolve uma linha terapêutica apoiada em referenciais teóricos fonoaudiológicos combinados aos psicanalíticos tanto nos casos de linguagem no geral⁽¹¹⁾, quanto nos casos de psicopatologia^(12,13).

A clínica de linguagem, por outro lado, baseada em uma visão de aquisição da linguagem em que o diálogo é a unidade mínima de análise⁽¹⁴⁾, centra-se no funcionamento linguístico intersubjetivo e não apenas no produto de fala do sujeito. Ocupa-se do olhar sobre o diálogo adulto-criança na apropriação da língua enquanto objeto de ação, de conhecimento e de constituição subjetiva. No caso das verbalizações do sujeito autista, ocorre a presença de fragmentos da fala do outro, com características peculiares, que colocam questões específicas à interpretação da fala do autista pelo adulto⁽¹⁴⁾.

Autores como Mancopes⁽¹⁵⁾ afirmam não ser possível pensar a clínica de linguagem sem pensar a relação que se estabelece entre criança e adulto, especialmente a mãe e a criança, pois é nessa relação que está estruturado o lugar do sujeito que não fala. Com base nessa análise, é que se poderá auxiliar o sujeito a circular nas posições discursivas de pólo do outro, pólo da língua e pólo falante/ouvinte e a construir o conhecimento gramatical, partindo dos eixos metafóricos e metonímicos descritos por De Lemos^(14,15,16).

Acredita-se que o brincar é suporte importante desta relação dialógica⁽¹⁷⁾. No entanto, além de suporte do diálogo, tem função importante enquanto processo terapêutico em si. Winnicott⁽¹⁸⁻²⁰⁾ ressalta a importância do brincar enquanto espaço para vivenciar a experiência de si próprio. Ele permite a oferta do *holding* durante o processo terapêutico, o que, após processo regressivo, pode permitir o processo de reparação de carências que o sujeito possa ter em relação às figuras parentais. O autor afirma que o corpo, sem a fala, ancora um espaço a ser ocupado pela clínica. Por isso, na proposta terapêutica relatada, neste artigo, tanto o brincar por brincar, quanto o brincar como suporte dialógico foram considerados. Postula-se que o

silêncio, permitido pelas interações corporais, também se constitui num espaço de interlocução⁽²¹⁾.

Considerou-se também que o brincar oferece bases importantes para o diagnóstico nos casos do espectro autístico, como definem estudos clássicos do autismo^(22, 23), resumidos na proposição de Graña⁽²⁴⁾ acerca da diferença da relação objetal em estruturas neuróticas, psicóticas e autísticas.

Considerando tais pressupostos, o objetivo deste artigo foi analisar o processo terapêutico, orientado pela visão interacionista de aquisição da linguagem e por referenciais teóricos da psicanálise acerca do brincar, em três casos de sujeitos do espectro autístico. Especificamente, esta pesquisa buscou analisar as estratégias lúdicas e dialógicas do terapeuta e seus efeitos sobre o brincar e linguagem dos sujeitos em interação com suas figuras parentais.

Este estudo insere-se no Projeto de Pesquisa “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: retardos de aquisição da linguagem oral secundários a grandes transtornos do desenvolvimento”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, sob o número 0117.0.243.000-07.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, na qual foi estudado o processo terapêutico em Fonoaudiologia de três sujeitos entre dois e quatro anos de idade cronológica, com diagnóstico de autismo, conforme os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) – IV, que são semelhantes ao Código de Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10.

A amostra foi de conveniência, buscando-se os sujeitos mais jovens do serviço no qual o trabalho foi realizado, tendo em vista a perspectiva de que a plasticidade cerebral tem papel fundamental no sucesso clínico. Outro critério estabelecido para o estudo foi de os sujeitos não terem realizado terapia fonoaudiológica anterior, embora pudesse ter sido atendidos em outros espaços terapêuticos⁷.

No primeiro dia de atendimento, as mães dos três sujeitos com características do espectro autista foram esclarecidas sobre os propósitos do estudo, assim como, o direito de desistirem de participar do mesmo sem prejuízo ao tratamento do filho. Os procedimentos de coleta foram iniciados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos termos da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional.

Após a assinatura do TCLE, os três sujeitos (L, C, A) foram filmados durante sessão conjunta de interação com a terapeuta (T) e pais (Mãe-L/Pai-L, Mãe-C, Mãe-A). Posteriormente, realizaram-se as filmagens mensais da interação conjunta terapeuta-criança e, tendo-se a possibilidade da participação de pai e mãe das crianças, foram analisadas a interação dialógica das diádes, nas quais se puderam observar características dos sujeitos e de seus pais, por meio do brincar. Para tanto, foram colocados objetos próprios à faixa etária dos sujeitos na sala e foi solicitado aos pais que tentassem brincar com o filho.

Em relação aos sujeitos, observou-se a compreensão de linguagem durante a atividade lúdica, a forma de brincar (uso simbólico ou autístico do objeto) e as

⁷ Os sujeitos do caso 1 (L) e caso 2 (C) tiveram atendimento na área pedagógica alguns meses antes da terapia aqui proposta.

formas de expressão linguística (posições discursivas ocupadas, funcionamento na linguagem, presença de estereotipias verbais, etc.).

Em relação à mãe, observou-se a entonação (de satisfação, insatisfação e de desânimo), o uso ou não de *manhês* (descrição sobre a entonação da fala dirigida pelo adulto a um bebê e que capta a sua atenção), a troca de turnos entre mãe e filho, a capacidade de se sintonizar com os gestos e/ou fala do filho (capacidade de responder ou não) às demandas do sujeito.

A terapia fonoaudiológica teve início depois de feita a primeira análise da interação.

As sessões tiveram a frequência de duas vezes por semana, com duração de 30 a 45 minutos cada, a depender da aceitação do sujeito, e por um período de dez meses (contado do 1º dia do procedimento terapêutico de cada sujeito). Dentre as estratégias clínicas utilizadas, destaca-se a técnica de tradução⁽²⁵⁾, na qual a terapeuta tenta interpretar os comportamentos do sujeito em linguagem, tanto para que a criança a ouça quanto para que a mãe possa compreendê-la (a criança). Também se fez uso constante do lúdico⁽¹⁸⁻²⁰⁾, permitindo que o sujeito pudesse utilizar os objetos de modo exploratório e/ou estereotipado, mas procurando efetivar deslocamentos para o uso simbólico a partir da exploração sensório-motora e da projeção da voz (na forma de *manhês*) sobre a atividade realizada.

As interações foram transcritas a partir dos critérios de transcrição de dados linguístico-cognitivos do Banco de Dados em Neurolinguística (BDN), elaborado no Projeto de Pesquisa⁽²⁶⁾.

Ainda, foram realizadas entrevistas continuadas com as mães e/ou pais, que se caracterizam como uma forma de intervenção⁽²⁷⁾. Elas possibilitam a atualização e complementação de dados sobre o exercício das funções parentais, além de ser um momento de análise conjunta (terapeuta e familiares) dos reflexos da intervenção fonoaudiológica no ambiente familiar.

Tais entrevistas foram agendadas quinzenalmente, porém, a presença dos pais variou, estando presente ora a mãe, ora mãe/pai. Em geral, houve um aumento das entrevistas, passando para uma frequência semanal, em momentos críticos da terapia, conforme será descrito na apresentação e discussão caso a caso. O relato das entrevistas continuadas é alvo de outro artigo, mas algumas questões deste atendimento serão consideradas no decorrer deste.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados caso a caso, sendo que estes abordam a história pregressa de cada sujeito, as interações linguísticas e lúdicas da diáde mãe-filho e/ou pai-filho, destacando-se a identificação de aspectos do circuito pulsional e o relato histórico dos princípios e das estratégias terapêuticas utilizadas. Após apresentado o sujeito, são relatados e discutidos os dados produzidos em terapia fonoaudiológica de cada sujeito.

Sujeito 1 (L)

L., gênero masculino, tinha idade de 4 anos e 2 meses quando, encaminhado por neurologista, compareceu ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico, apresentando queixa de atraso na fala. Havia sido atendido por uma psicopedagoga com foco terapêutico comportamentalista.

Segundo a mãe, não houve planejamento da gravidez e a notícia causou certo “susto” ao casal. Mas, posteriormente, a novidade foi aceita com grande alegria. A mãe citou que necessitou de cuidados e repouso durante a gestação por ocorrência de sangramento durante os primeiros cinco meses. O nascimento foi a termo e o parto cesariana, sem intercorrências negativas. No sétimo dia, L. retornou ao hospital com quadro de icterícia, sendo realizado procedimento de fototerapia.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, L. adquiriu o controle cefálico e de tronco, bem como o engatinhar e o andar nos tempos esperados para a idade. Iniciou a fala, próximo do quinto mês, e as primeiras palavras ao oitavo mês. Com aproximadamente um ano, houve interrupção da fala, o que, segundo a mãe, aconteceu no mesmo período em que o pai esteve mais ausente, em função de seu trabalho.

L. iniciou escolarização (maternal) com um ano e oito meses, quando voltou a falar palavras soltas, parando novamente aos dois anos e seis meses.

Observam-se, nesse relato, algumas das evidências de casos de sujeitos do espectro autístico já referidas em outros estudos de caso ⁽²⁵⁾ em que o período pré-linguístico não é registrado pelos pais, sendo tal falta interpretada como já havendo sinais da psicopatologia.

Na ocasião da avaliação, a comunicação de L. ocorria preferencialmente na forma gestual, com fala jargonada, oscilando em períodos de maior produção e em períodos de ausência. Produzia, ao início da terapia, palavras soltas interpretadas pela mãe, mas ininteligíveis para outras pessoas.

Sobre o brincar, os pais afirmaram haver manipulação de forma repetitiva e fixação por objetos que rodeiam (ventilador e rodas de carrinhos). Nas observações iniciais, havia maior frequência de uma relação objetal autística, embora pudesse apresentar momentos de simbolismo.

Segundo a mãe, L. apresentava humor instável, situações de agressividade (auto e heteroagressão), sobretudo no ambiente escolar. Também, demonstrava dificuldades em permanecer na mesma atividade e compreendia somente ordens simples, sendo, inclusive, seletivo quanto às informações. A resposta à voz humana era seletiva.

Apresentam-se, no quadro 2, duas sequências da primeira filmagem da sessão de terapia conjunta, da qual participaram o sujeito (L), sua mãe (Mãe-L), seu pai (Pai-L) e a fonoaudióloga (T).

O contexto de produção da sequência, relatada no quadro 2, é constituído por uma cena em que a mãe escreve as letras do nome de L no quadro e solicita que ele diga os nomes das letras, o que ele faz adequadamente. A cada letra que a mãe escreve, ele a nomeia e, em seguida, ela faz um traço sob as mesmas e pergunta o que se vê na linha 1.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-L	- <i>Tudo junto fica?</i>	Tom interrogativo	
2	L			Faz um risco abaixo da escrita e do traçado da mãe. Parece seguir um ritual ao iniciar a atividade junto à mãe.
3	Mãe-L	- <i>Como é que fica tudo junto?</i>	Tom interrogativo	Mais uma vez sublinha o nome que escreve e fala.
4	L			Afasta-se, indo até a mesa e ficando de costas para a mãe.
5	L	-.....	Tom responsável e em baixa intensidade vocal	Tenta falar algo (ininteligível). A mãe interpreta como nome do filho.

6	Mãe-L:	- Não. Fica L- Fica L. - Teu nome!	Tom exclamativo	Bate palmas ao repetir o que L pareceu falar.
7	L			Afasta-se. A mãe tenta justificar seu comportamento.
8	Mãe-L	- risos	Tom de justificativa	A mãe sorri, tentando justificar; olhando para a terapeuta que agora se aproxima deles.
9	Mãe-L	- Ele sabe.	Tom afirmativo	Demonstra necessidade em afirmar o conhecimento de L pelo que lhe é proposto.
10	L			Pega alguns lápis, coloca-os sobre a sua cabeça e os deixa cair ao chão. Aparente resistência à demanda pedagógica da mãe.
11	Pai-L	- Não. Assim não.	Tom de insatisfação	Diretividade negativa.
12	T	- Vamo desenha junto no papel? - Tem muita coisa né? Tem muita coisa para escrever.	Tom interrogativo	Tenta interpretar a recusa pela atividade sem negar o movimento realizado para derrubar os lápis.
13	L	- ...	Tom de exclusão	Segmento ininteligível. Parece não dar atenção ao pedido da terapeuta e sai em busca do avião que estava sobre a mesa.

Quadro 2 - Transcrição da sequência 1 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-pai-criança
-... segmento ininteligível

Observa-se, na sequência descrita no quadro 2, uma proposta pedagógica da mãe de demonstrar o conhecimento de L. acerca das letras de seu nome. Trata-se de uma rotina familiar, orientada pela proposta terapêutica anterior (comportamentalista) com condicionamento e foco no aprendizado escolar. L. recusa tal situação pedagógica diretiva, através da situação em que derruba os lápis e busca o avião para brincar.

A intervenção terapêutica comparece através da interpretação dessa recusa em escrever. A fala da terapeuta (linha 12) parece responder à demanda de L. (sobre ser demais para ele a proposta pedagógica de aprender a escrever, enquanto que ele ainda pode brincar de aviôzinho).

A reação do pai de reprovação da cena (linha 11) demonstra que não acessa o desejo do filho, mas que se preocupa em educá-lo para não fazer bagunça na sala, o que é comum no processo educativo. No entanto, dadas as características de L., a terapeuta oferece outra interpretação à cena, de modo a direcionar o foco dos pais mais para o desejo de L. do que para o seu comportamento. Esse tipo de intervenção busca resgatar a suposição de um sujeito, com desejos e possibilidades

de expressão dos mesmos, afetada pela proposta comportamentalista anterior, na qual os pais eram direcionados para ensinar L., e não para ouvi-lo. Já, na sequência descrita no quadro 3, aparecem o brincar do pai e da mãe em resposta ao convite da terapeuta ao traduzir a demanda de L.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	T	- <i>Então, nós vamos voar! São três aviões, um pra mãe, um pra ti e um pro pai!</i>	Tom afirmativo	Tentativa de aproximação para o brincar entre L e os pais.
2	L			Parece apreciar o brincar individual. Se afasta deles, tendo em mãos o avião maior.
3	T	- <i>Tem que fazer como o avião faz oh: "Zzaaaaaaa"</i>	Tom explicativo e tom exclamativo	Imitando o barulho de um avião voando.
4	L	- "zaaaaa"	Tom exclamativo	Simula o barulho e faz o vôo do avião com movimento de mãos no ar.
5	T	- <i>Como é que o avião faz? Mostra aí pra mãe e pro pai.</i>	Tom interrogativo e tom direutivo	Tenta mediar o brincar entre L e os pais.
6	Mãe-L	- <i>Esse é meu.</i>	Tom afirmativo	Pega o aviãozinho que a terapeuta lhe entrega.
7	T	- <i>E o do pai?</i>	Tom interrogativo	Entrega um ao pai.
8	L	- "Zzaaaaaa"	Tom exclamativo	Barulhinho do avião.
9	Mãe-L	- <i>Nhommm. L, óh!</i>	Tom de reprevação	Chamando a atenção do filho.
10	T	- <i>Tem que voar!</i>	Tom imperativo	
11	Mãe-L	- <i>Filho!</i>	Tom exclamativo	Brinca de avião.
12	L			Demonstra satisfação ao brincar com a mãe. Imita a brincadeira da mãe com o avião e a acompanha, seguindo-a pela sala.
13	Pai-L	- <i>Nhom.</i>		Apresenta dificuldade em brincar livremente com o filho. O pai estava calado, olhando a movimentação na sessão, mas vendo a esposa e o filho brincarem, tenta interagir.

14	Mãe-L	- <i>Como é que ele faz?</i>	Tom interrogativo	
15	L			A criança continua a brincar com o avião sobre a mesa sem emitir som.

Quadro 3 - Transcrição da sequência 2 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

No quadro 3, observa-se que tanto o pai quanto a mãe, quando se entregam ao brincar, conseguem a atenção de L. e, só a perdem, quando começam os questionamentos para que L. demonstre seu conhecimento. Nessa sequência, fica clara que a atenção seletiva de L. só se processa quando não se sente interpretado⁽¹⁷⁾. Em alguns momentos, isso fica tão forte que aparecem movimentos estereotipados para fazer resistência da atividade proposta, como se vê na sequência 3 do quadro 4, uma situação que envolve materiais pedagógicos.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-L	- <i>Que cor que é essa?</i>	Tom interrogativo	
2	L			Bate com o pincel no papel.
3	Mãe-L	- <i>Esse é o branco.</i>	Tom explicativo	
4	L			Olha para o pote e tenta colocar o pincel nele, porém ele está fechado.
5	Mãe-L	- <i>Branco.</i>	Tom conclusivo	Tenta abrir o pote.
6	Mãe-L	- <i>Força, mamãe!</i>	Tom exclamativo	Fala como se fosse o menino dando-lhe a ordem.
7	Mãe-L			Entrega o potinho já aberto a ele.
8	L	- ...		Pega e pinta a folha com tinta branca, faça ininteligível.
9	L	- <i>Pula! Pula! Pula!</i>	Tom exclamativo	

Quadro 4 - Transcrição da sequência 3 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-criança -... segmento ininteligível

Quando a mãe solicita o nome da cor, L. bate com o pincel no papel como resposta clara de que a tinta e o papel são para pintar, e não para ficar nomeando as cores. A mãe tenta ensiná-lo a nomear, mas ele demonstra sua intenção de pintar, e ela, mais uma vez enuncia “branco” (na linha 5). L. não responde ao intervalo da mãe, mas inicia o que deixa dúvidas quanto a ser uma estereotipia ou um brincar simbólico que é a enunciação “pula, pula, pula” (durante o pintar). Convém dizer que, em outras sessões, a terapeuta atribui sentido a esse “pula, pula” como pintar “puladinhos”, já que o menino faz pontos no papel enquanto enuncia “pula” repetidamente. Neste exemplo, o brincar ancora o diálogo e permite o deslocamento da estereotipia para a ocupação do status de signo, pela atribuição de sentido à mesma.

Bolhas de sabão e carrinhos são outros objetos de interesse de L. As bolhas de sabão passaram a motivar o seu olhar após o sopro de uma em sua mão. Esses momentos, em que a terapeuta soprava bolhas em sua mão, causavam bastante euforia em L. (sorria muito, mantendo maior contato visual com a terapeuta e emissão de fala jargonada). Nessas situações, a terapeuta tentava interpretar a fala de L, mesmo sem seu retorno. Depois de algumas sessões brincando com as bolhas, L. iniciou mímica facial demonstrando organizar o movimento dos lábios para soprar. No entanto, desistia com facilidade, buscando o outro para soprar em seu lugar.

Com os carrinhos, L. diminuiu a estereotipia corporal inicial, na qual manuseava de modo rígido num vai-e-vem. Ele passou a retornar ao convite para passear com o carrinho e também para voar com o avião pela sala. O funcionamento simbólico era demonstrado quando L. usava o avião e mostrava o céu, com o indicador, enquanto falava (de forma ininteligível), parecendo associar o avião (o barulho do avião) com os barulhos externos que chamavam sua atenção. Os barulhos vindos da rua, também, chamavam seu olhar para a janela. Nos momentos em que se movia até a janela, a terapeuta o acompanhava e verbalizava de modo sintonizado com suas indicações. Essa atenção seletiva a barulhos possibilitou a nomeação dos objetos e de fatos passados na rua. Tal condição revela a evolução da linguagem de L. provocada pela interpretação terapêutica.

A terapeuta buscou dar atenção às formas de expressão de L., conferindo-lhe autoria, mesmo que, em muitos momentos, fossem ininteligíveis ou mesmo desestabilizadoras, como quando pedia que ela se retirasse da sala, pois queria

brincar sozinho com a mãe. Muitas vezes, L. solicitava que a terapeuta ficasse observando pelo espelho espião.

Esse movimento da terapeuta, que conferiu sentido às suas palavras, gestos e expressões faciais, permitiu que L. estruturasse seu conhecimento linguístico e que ocupasse a posições discursivas como o pólo da língua evidente em enunciados como: “fica ichéli, ota aga, não, abi, vem mãe, vem ichéli”; (fica Michele, outra água, abri, vem mãe, vem Michele).

O trabalho fonoaudiológico funcionou como um “modelo” para a mãe, que participava constantemente das sessões terapêuticas, somado às entrevistas continuadas, nas quais se abordava a percepção da mãe acerca das sessões, sobretudo, do brincar. Esse funcionamento terapêutico se opôs ao modelo comportamentalista pelo qual L. passara. Tal trabalho foi fazendo sentido para a mãe que partiu de uma situação de desconfiança (demonstrada na sessão de 11/09/08) para um entregar-se ao brincar, ao ponto de brincar de fazer caretas com o filho e a terapeuta no espelho um mês depois (na sessão de 09/10/08).

Houve um investimento na construção da auto-imagem pelo acompanhamento da auto-exploração de L. no espelho, ou seja, momentos em que a terapeuta acompanhava com o *manhês*, ressaltando sua beleza; favoreceram, assim, a experiência no espelho. O brincar de caretas (feito pela mãe e terapeuta) também pode ser caracterizado como uma exploração do corpo (de todos) no espelho. A partir desse tipo de ação, foi-se observando, cada vez mais, L. se olhar no espelho e afirmar seu nome: - o L! Também passou a nomear as pessoas conhecidas, inclusive, a terapeuta (ichéli).

Essa evolução estrutural é acompanhada de uma ocupação das posições pólo do outro e pólo da língua, em função das possibilidades de funcionamento linguístico que emergem do diálogo entre mãe e filho. Esse fato fica claro na sequência 4, a qual retrata um momento em que se trabalha a noção de presença e ausência. A terapeuta sai da sala propositalmente, sem avisar L. e sua mãe, e a mãe questiona o filho a respeito (linha 1, quadro 5).

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal

			verbal	
1	Mãe-L	- <i>A Michele foi embora? E agora?</i>	Tom interrogativo	
2	L			Olha pra mãe.
3	L			Vai até a porta e abre procurando pela terapeuta, que se encontra frente à porta com sorriso e olhar de satisfação ao vê-la na porta.
4	T	- <i>Bah! Posso entrar?</i>	Tom exclamativo e tom interrogativo	
5	L	- <i>Pode! Entra Ichéle!</i>	Tom exclamativo	Faz o convite e gesticula para que entre.
6	Mãe-L:	- <i>Entra Michele!</i>	Tom afirmativo	
7	L	- <i>Entra ichéle!</i>	Tom afirmativo	Parece existir um convite e uma recusa nesses momentos, pois afasta a terapeuta do brincar para ser apreciado com a mãe. Puxa a terapeuta pelo braço. Fecha a porta para que a terapeuta não saia novamente.
8	T	- <i>Ah, muito obrigada, então.</i>	Tom conclusivo	

Quadro 5 - Transcrição da sequência 4 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

Vê-se o domínio da troca de falante no discurso, na passagem da linha 4 para 5, quando L. responde adequadamente à pergunta de T. sobre poder entrar. L. ainda não reformula sua fala a partir do retorno da fala do outro, o que seria a ocupação do pólo falante/ouvinte. No entanto, observa-se o pleno funcionamento da linguagem (processos metafóricos e metonímicos), ancorado pelo diálogo coerente com o que é esperado para sujeitos com idade de L. (entre quatro e cinco anos). Considerando a relação de L. com o pai, observou-se a dificuldade deste em perceber os aspectos positivos do filho e de se entregar ao brincar, o que pareceu mais relacionado ao histórico do pai na ocupação da função paterna do que apenas ao diagnóstico de autismo. Isso pode ser afirmado, visto que tal negatividade não impedia que L. reconhecesse o pai em sua função, sobretudo, a lei que ele representa. Obedece muito mais ao pai do que à mãe. O pai comparece em sua função de corte, quando está presente fisicamente, demonstrando que há a suposição de um sujeito por parte do pai. No entanto, a função paterna não se efetiva quando L. está com a mãe. Esta não consegue representar a lei para o filho.

Este aspecto foi trabalhado nas entrevistas continuadas tanto com o pai quanto com a mãe. Se de um lado a mãe iniciou a colocação de limites, de outro, o pai começou a participar mais das sessões. Ao final de 15 meses de terapia, o pai conseguiu iniciar um brincar, embora em alguns momentos não o sustentasse. L., por sua vez, busca incluir o pai em seu brincar, rejeitando inclusive a entrada da terapeuta no brincar. Parece buscar uma interação diádica e evitar o terceiro na relação tanto com o pai quanto com a mãe.

Sujeito 2 (C)

C., também é um menino e estava com 4 anos e 6 meses quando compareceu à clínica fonoaudiológica com queixa principal de dificuldade na fala depois de obter diagnóstico de espectro autista, comunicado à mãe por uma psicopedagoga (a mesma profissional que atendeu L.).

Durante o período gestacional, houve a necessidade de repouso, pois a mãe apresentou ameaça de aborto a partir do sexto mês de gravidez, acompanhada de perturbado estado emocional. O nascimento foi cesariano, a termo e sem intercorrência negativa. Foi informado que C. dormia com os pais e estes observavam que ele apresentava sono muito agitado.

O desenvolvimento psicomotor ocorreu sem alterações. Quanto à linguagem, a mãe refere que, após o sexto mês, C. demonstrou balbucio e, próximo de um ano, surgiram as primeiras palavras (“mama, papa, tata”), seguindo-se de “não qué xixi” para “não quero fazer xixi”. Não usou gestos para se comunicar.

Ao início da terapia, não fazia uso de pronomes, e o uso de frases simples era restrito, sendo as mesmas produzidas soltas e fora de contexto. Apresentava fala ecolálica, assim como alguns jargões e estereotipias de mãos (*flapping*).

Durante a interação, inicialmente, a mãe pareceu não se sentir à vontade para brincar com o filho, demonstrando certa apreensão pela forma como C. utilizava os brinquedos. Parecia estar analisando cada movimento do filho, destacando o que percebia não ser adequado. Essas atitudes da mãe podem ser constatadas na sequência, no quadro 6, em que ela, embora demonstre maior interação com o filho no decorrer de atividades, confere um foco pedagógico (ensino de letras e números) à brincadeira.

Era comum, no brincar, a mãe observar alguns rituais como rodar as rodinhas dos carrinhos, tampas, etc. Ela deixava o filho brincar sozinha (C. apreciava essa

situação) e, quando este se sentia contrariado, apresentava crises de birra com tremores, atirando-se no chão. Muitas vezes, chorava sem motivo aparente.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-C	- Olha, aqui! Quero vê se tu conhece essa letra, ó! C., ó!	Tom diretivo, tom interrogativo e tom exclamativo	
2	C			Observa o que a mãe está mostrando.
3	Mãe-C	- Então me diz que cor é essa aqui? Que cor é essa aqui?	Tom interrogativo	Em várias situações insiste em mostrar que o filho detém conhecimento do que lhe é questionado.
4	C	- U “C”.	Tom exclamativo	
5	Mãe-C	- O “C”! E a cor do “C” qual é? Qual é a cor do “C”?	Tom exclamativo e tom interrogativo	Dirige a atividade realizada com o filho.
6	C	- O “C”.	Tom conclusivo, responsivo	
7	Mãe-C	- Que cor é igual a qual? Que cor é essa?	Tom interrogativo	
8	C	- “C”.	Tom conclusivo, responsivo	

Quadro 6 - Transcrição da sequência 1 do sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança

Da mesma forma do que ocorria com o sujeito 1, o manejo pedagógico da mãe é evidente. E este parece provocar situações de retraimento⁽²¹⁾ tanto em C. quanto na mãe frente às propostas para demonstrarem conhecimento (linha 3 e 7), o que pode estar relacionado ao processo terapêutico anterior com foco comportamentalista.

As atividades diretivas da mãe parecem motivadas por uma preocupação com o futuro aprendizado do filho (presente no discurso da mãe de C. durante as entrevistas continuadas) e, em outros momentos, em que ela não está sendo filmada com ele.

O papel da terapeuta, neste caso, foi alertar a mãe (durante as entrevistas continuadas por meio dos modelos em sessão) sobre a importância dela e dele entregarem-se ao brincar. Procurou demonstrar a importância de a fala de C. não ficar a deriva e ser interpretada⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Na sequência descrita, quadro 7, observa-se que a mãe chama C. e só consegue ser ouvida quando faz a onomatopéia do avião, ou seja, quando efetivamente brinca com ele (linha 8). Vê-se, portanto, que C. era capaz de oscilar entre uma relação objetal simbólica e autística já nas primeiras sessões.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-C	- Ó, zzzzzzzzz...	Tom demonstrativo	Demonstração do brincar com o avião.
2	C	-	Tom informativo	Parecia querer dizer algo à mãe (ininteligível) enquanto pegava o brinquedo que estava com ela.
3	Mãe-C	- <i>Tu não vai dar pra mim brincar contigo?</i>	Tom interrogativo	
4	C			Pega dois aviões e segue “brincando” sozinho; rodando em círculos com um avião em cada mão.
5	Mãe-C	- <i>Um só. Vem pra cá.</i>	Tom imperativo	
6	Mãe-C	- Ó, vem pra cá, ó.	Tom imperativo e tom diretivo	
7	Mãe-C	- Ó, vem pra cá! Zzzzz.	Tom imperativo e tom diretivo	
8	C			Segue na direção da mãe com seus aviões.

Quadro 7 - Transcrição da sequência 2 do sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança
-... segmento ininteligível

C. foi apresentando um brincar simbólico cada vez mais, resistindo à presença do Outro apenas quando este insistia em dirigir demasiadamente o brincar (linhas 3, 5, 6). Na linha 4, C. brinca em círculos, o que não se interpreta como se estivesse desenvolvendo um brincar estereotipado, mas sim, fugindo do comando da mãe.

Quando a família começa a entender melhor o brincar demandado por C. e a se entregar mais ao mesmo, percebe-se o estabelecimento de uma interação maior entre C. e os pais, conforme se vê na sequência do quadro 8. Os pais de C. estão mais focados nas produções do filho, sejam orais ou gráficas (o desenho), e conseguem atribuir sentido ao que o menino quer manifestar. C., por sua vez, passa a manifestar seus desejos por meio da linguagem oral (linha 6) ao afirmar que não quer desenhar, embora resolva fazê-lo mais adiante.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-C	- <i>Oh filho...</i>	Tom convidativo	O convite ao brincar ocorre de forma mais tranquila sem imposição.
2	T	- <i>Olha ali a mãe.</i>	Tom imperativo	
3	Mãe-C	- <i>Tu não qué escrevê?</i>	Tom interrogativo	Busca atenção de C. para atividades que envolvam a escrita-situação frequente.
4	C			Mexe nos bonecos parecendo pensar sobre o convite da mãe.
5	T	- <i>Qué desenha hoje?</i>	Tom interrogativo	
6	C	- <i>Num qué desenha!</i>	Tom negativo	
7	C	- <i>Amarelo!</i>	Tom exclamativo	Nomeia canetinhas que vai apontando na caixa, mas pega a azul. Percebe que pega a errada e larga a canetinha no pote.
8	Mãe-C	- <i>Não, o amarelo.</i>	Tom negativo	
9	C	- <i>Amarelo! Ah, ahahaha.</i>	Tom exclamativo	Pega sozinho a canetinha amarela.
10	C	- <i>Pega o amarelo. ah... haha. Hoje está dia.</i>	Tom imperativo e tom explicativo	Olha para fora e aponta, voltando o olhar para a mãe procurando uma confirmação.
11	T	- <i>Hoje ta dia e ta chovendo.</i>	Tom explicativo	

12	Mãe-C	- <i>Hoje... Um dia lindo, e nublado. E chovendo também.</i>	Tom explicativo	A interpretação ocorre com maior frequência dando espaço aos turnos dialógicos. Fala sobre o desenho de C.
13	Pai-C	- <i>Continua o sol?</i>	Tom interrogativo	Perguntando se C. iria continuar desenhando o sol.
14	C	- <i>Os... Os olhos... Cabelo... E a boca.</i>	Tom explicativo	C. corresponde às investidas dos pais e reformula a fala enquanto desenhava o rosto do sol, em seguida, levanta-se e entrega o desenho para sua mãe.

Quadro 8 - Transcrição da sequência 3 do sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

Atualmente, C. faz suas escolhas sem esperar pela oferta de seus interlocutores e inicia o brincar simbólico; dialoga mais durante a brincadeira e busca incluir o outro na mesma. O trabalho da terapeuta, a exemplo do caso do sujeito 1, foi o de investir no brincar e no ouvir C., o que possibilitou deslocamentos importantes para o acesso ao simbolismo, em especial, à capacidade representacional.

Em termos linguísticos, está demonstrando condição de análise da fala de modo a poder ocupar uma posição de pólo da língua, como se vê na sequência do quadro 8.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados de produções verbais e não-verbais	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	C	- <i>Está aqui!</i>	Tom exclamativo	Aponta para a caixa onde estava o trem.
2	T	- <i>Achei a pilha!</i>	Tom explicativo	
3	C	- <i>Achei!</i>	Tom afirmativo	
4	T	- <i>Eu achei.</i>	Tom afirmativo e tom	
5	C	- <i>Não! Eu achei.</i>	Tom negativo e tom afirmativo	
6	T	- <i>Você achou?</i>	Tom interrogativo	

Quadro 9 - Transcrição da sequência 4 do sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

Na sequência 4 do quadro 9, C. parece espelhar a fala de T. na linha 3, o que seria a posição pólo do outro, no entanto, ao contradizer T., na linha 5, demonstra estar realmente afirmando que ele é o sujeito da expressão verbal, parecendo iniciar o entendimento do uso de dêiticos como os pronomes pessoais. Sabe-se que a ocupação dos mesmos, sobretudo, do pronome EU, é evidência de possibilidades discursivas mais avançadas que dependem da existência de uma estruturação subjetiva. Na mesma sessão, em resposta à solicitação de brincar com outro brinquedo que não o trem, C. enuncia claramente, sem espelhamentos, “Não quero!”.

Sujeito 3 (A)

A., também do gênero masculino, com idade inicial de 2 anos e 1 mês, foi encaminhado ao setor de linguagem com queixa, da família e da escola, de ausência de fala e restrito comportamento social.

O histórico gestacional foi acompanhado por situações de estado emocional conturbado e pela ocorrência de períodos de negação da gravidez, não planejada pelo casal. O parto foi a termo, embora tenha sido realizado um parto cesariano de urgência, sendo o bebê encaminhado diretamente para o oxigênio, permanecendo em incubadora por 24 horas. Teve icterícia neonatal e realizou fototerapia por aproximadamente quatro dias.

Sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, iniciou marcha, com apoio, próximo dos 10 meses e marcha, sem apoio, com 1 ano e 3 meses. A mãe referiu não observar a emissão de nenhuma palavra (com significado) ou com função comunicativa até o momento da entrevista.

Informou que A. apresentava sono variado entre momentos de calma e de inquietação, mas ainda dormia no quarto com os pais, em cama conjunta.

A seqüência 1 do quadro 10 é um exemplo do que se observou durante grande parte da primeira sessão transcrita, na qual as tentativas de interação da mãe com A. demonstravam grande ansiedade e intensa necessidade em receber respostas do filho frente ao brinquedo oferecido por ela (linha 1). Utilizou a direitividade como mecanismo para ajustar o filho ao que desejava que fosse realizado pelo mesmo, chegando, em alguns momentos, a manipular o corpo do filho em resposta às suas investidas no brincar (linha 6).

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-A	- Olha ali a bolha! Olha ali a bolha A.	Tom diretivo	
2	A	- Tatuiii.		Fala jargonada
3	Mãe-A	- Olha ali A.! Atrás de ti. Olha, lá tem outra. Outra ali!	Tom explicativo e tom afirmativo	
4	A	- Hummm, atuim		Fala jargonada
5	Mãe-A	- Vamô joga com a Michele... Vamô?	Tom convidativo e tom interrogativo	
6	Mãe-A	- Olha ali! Chuta!	Tom exclamativo	Segura a perna do filho com a mão ensaiando o chute.
7	A			Tenta afastar-se.
8	Mãe-A			A mãe busca-o, puxando-o pelo casaco.
9	A			Para e balança o corpo para frente e para traz – balanceio característico de auto-estimulação.

Quadro 10 - Transcrição da sequência 1 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança

Tais tentativas de dirigir e captar a atenção do filho pareciam ser respondidas por A. com reações de insatisfação manifestadas por forte selamento labial e emissão de jargões, acompanhados de balanceio (linha 7). Em alguns momentos, quando o ato não se tornava extremamente dirigido, a criança ensaiava um brincar exploratório, mas logo o abandonava pela intrusividade materna, manifestada por mais perguntas e comandos. Deste modo, acabava dispersando a atenção de A. e aumentando seu retraimento.

A., por sua vez, apresentava uma relação objetal autística na qual havia um uso estereotipado e restrito, de cunho sensório-motor no uso dos objetos.

Ao início dos atendimentos, na maioria das situações, A. não demonstrava simbolismo e/ou contato visual. Corria muito de um lado para o outro, batendo com

as mãos onde parava. Parecia demonstrar desconforto e ansiedade (tremores, pressão no fechamento mandibular, intensos jargões e mímica facial de choro).

Somava-se a isso, a necessidade de a mãe falar sobre si durante a sessão do filho, em função de situações de crise conjugal. Em resposta, aumentaram-se as sessões de entrevista individual com a mãe e, conseguiu-se encaminhá-la para um espaço terapêutico psicológico próprio. O mesmo ocorreu com o pai, tanto em função do que a mãe manifestava sobre a situação familiar, como em função da demanda do próprio pai (houve momentos de crise em que o casal quase se separou). Ambos foram atendidos no espaço do SAF, por profissional da Psicologia, integrante do mesmo projeto de pesquisa.

Passou-se a priorizar o atendimento de A. apenas com a terapeuta, o qual poderia ser assistido pelos pais. Nas entrevistas continuadas, as observações deles eram discutidas com a terapeuta, que procurou demonstrar, com as situações vividas em sessão, a evolução tanto da criança quanto dos pais, como incentivo para futuro progresso. Tais resultados confirmavam a importância de todo o trabalho realizado, de orientação e necessidade do envolvimento familiar, na garantia de retomar o vínculo afetivo entre A. e seus pais.

Nas sessões de A., as tentativas da terapeuta em participar do seu movimento não apresentavam retorno. Eram raros os momentos em que a criança direcionava o olhar para a terapeuta e, por isso, modificou-se a atitude de buscá-lo pela proposição de brincadeiras com o carro ou com a bola, para interpretar, com fala em *manhês*, sua exploração sensório-motora, conforme se vê na sequência exposta no quadro 11. Adotou-se, portanto, uma atitude menos propositiva e mais de espera e observação de sua atividade, ou seja, mais receptiva.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	A			Bate a bola na boca - nos dentes.
2	T	- Que bola boa, na boca do A.	Tom explicativo	Em <i>manhês</i> .
3	A			Olha a terapeuta.
4	T	- É bom A.!	Tom afirmativo	

5	A			Repete a cena e bate a bola na boca.
6	T	- Que Bom!	Tom afirmativo	Repete em manhês. Silêncio.
7	A			Olha a terapeuta e inicia jogo de soltar e aproximar a bola de si.
8	A			Aproxima-se da terapeuta aos poucos; olha para ela algumas vezes.
9	T	- <i>Essa bola é do A.! Não é minha! Não pega Michele (falando por ele).</i>	Tom explicativo e tom conclusivo	
10	A			Aproxima-se da terapeuta, coloca sua testa na testa dela.
11	T	- Que gostoso!	Tom conclusivo	Em manhês.
12	A			Afasta-se e volta a brincar com o vai e vem da bola.
13	T			Pega uma bola e faz a mesma brincadeira da criança.
14	T	- <i>Essa bola é minha! Esta aí é do A.</i>	Tom imperativo	
15	A			Sorri e olha para a terapeuta observando o que ela faz com a bola.
16	A			Levanta e vai brincar com outra bola maior.

Quadro 11 - Transcrição da sequência 2 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

Na sequência do quadro 11, percebe-se que a fala da terapeuta se constitui em uma ponte entre a conduta sensório-motora e o simbolismo (brincadeira de bola), e ancora o ouvir de A. ao mesmo tempo em que abre espaço para que ele seja ouvido. Em sessão seguinte, isso pode ser observado na interação de A. com a mãe, conforme sequência exposta no quadro 12.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-A	- <i>Vem aqui, vem! Vem cá com a mamãe.</i>	Tom convidativo	Com entonação afável e tranquila.
2	A			Puxa uma das cadeiras da mesa pequena.
3	Mãe-A	- <i>Vai sentar na</i>	Tom interrogativo e	Com entonação afável e

		<i>caderinha? A caderinha é só pra sentar, ta!</i>	tom explicativo	tranquila.
4	A			Olha para a mãe e balança a cabeça afirmativamente.
5	Mãe-A	- <i>Se tu vai sentar, a mamãe também senta.</i>	Tom explicativo, carinhoso	A entonação abre espaço para aceitar o que o filho quiser.
6	Mãe-A			Encosta-se na cadeira.
7	Mãe-A	- <i>Senta aí que a mamãe senta aqui. Senta! Senta!</i>	Tom imperativo e tom exclamativo	
8	A			Balançar afirmativo de cabeça.
9	Mãe-A	- <i>Senta! Vamo senta que eu vô fazê umas bolhazinha.</i>	Tom exclamativo e tom convidativo	Entonação afetiva e convidativa. Sorri para o filho.
10	A			Debruça-se sobre a mesa e sorri para a mãe quando esta faz bolhas. Olha para as bolhas e sorri.

Quadro 12 - Transcrição da sequência 3 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança

No quadro 12, percebe-se certa resposta em termos de compreensão da linguagem e retorno à proposição da mãe de brincarem de bolha de sabão. É importante ressaltar que a mãe estava tranquila e focada no filho neste momento, o que, possivelmente, explica o não retraimento do menino e sua aceitação da brincadeira. A. começa a se engajar em brincadeiras com o uso convencional de objetos, evoluindo na sua exploração sensório-motora. Pode-se dizer que, em termos de linguagem, A. inicia a ocupação da posição discursiva de pólo do outro, pois começa a compreender a fala do interlocutor. Esse movimento de significação das estereotipias corporais e verbais de A. permitiu que houvesse uma abertura do menino aos primórdios da simbolização.

DISCUSSÃO

O brincar e a ancoragem dialógica que ele permite⁽¹⁷⁻²⁰⁾ são os dois aspectos fundamentais que emergem para a discussão dos três casos.

Inicialmente o brincar apresentava cunho pedagógico. As mães estavam muito mais focadas em “ensinar” os filhos do que em se relacionar com eles. Esse fato parece estar relacionado, em parte, ao modo como foi dado o diagnóstico de autismo e de como se deu a terapia anterior à efetivada neste estudo, que preconizava uma postura diretiva do brincar.

Em relação ao diagnóstico, sabe-se que ele produziu um imaginário muito restrito acerca das potencialidades de desenvolvimento de L. e C. Com isso, as mães oscilavam entre uma postura pedagógica e o brincar sintonizado, observado em mães que acreditam no potencial do filho para tanto. Possivelmente, tal oscilação baseou-se, de um lado, na visão que a psicopedagoga passou sobre o autismo ao dar o diagnóstico dos sujeitos, o que direcionava para um olhar diretivo e para uma descrença no potencial de L. e C., por outro lado, havia uma percepção de que ambos possuíam potencial para simbolizar, expresso em diversos momentos das interações observadas. O trabalho do fonoaudiólogo constitui-se no incentivo às mães de investirem no potencial positivo dos mesmos, ou seja, que as mães percebessem que os filhos podiam simbolizar e brincar. O brincar de L. e C., antes e após a terapia, demonstram que se tratavam de casos mais próximos à estrutura neurótica, considerando o espectro autístico, pois havia oscilação entre a relação objetal autística, fetiche e simbólica⁽²⁴⁾.

Por outro lado, no caso 3, havia um acometimento maior tanto do sujeito, cuja relação objetal era exclusivamente autística, quanto das possibilidades de exercício da função materna. Possivelmente, este sujeito encontra-se mais próximo, no espectro, ao autismo clássico⁽²²⁾, fato relacionado tanto a aspectos orgânicos^(1-5,7-10) quanto a psíquicos⁽²³⁾ predisponentes identificáveis em sua história. No entanto, o cuidado em sustentar o investimento da mãe no filho, apesar de todas as limitações, foi a escolha terapêutica⁽²⁵⁾. Por isso, não houve uma rotulação, mas uma explicitação das dificuldades e das potencialidades de A. em termos de possibilidades do brincar sensório-motor e como proceder, via projeção do diálogo

sintonizado a esse brincar, o que já havia sido implementado com sucesso na terapia de outros casos do espectro autístico ⁽¹³⁾.

O resultado terapêutico foi que o investimento no brincar simbólico, que se esboçava em L. e C., tornou-se suficiente para que as mães, nas sessões conjuntas, encontrassem caminhos de interação com os filhos e pudessem voltar a ocupar suas funções parentais em conjunto com seus esposos. Os pais de L. e C. conseguiram voltar a investir em uma aproximação com os filhos por meio do brincar. Puderam comparecer com a função paterna nos momentos em que ela foi se fazendo necessária. Pode-se identificar, num primeiro momento, uma maior evolução no exercício da função materna, pelo comparecimento mais assíduo das mães à terapia. Em um segundo momento, a presença dos pais viabilizou o trabalho com os mesmos em sua possibilidade de brincar com seus filhos. Tais exercícios foram possibilitados pelas sessões e pelas entrevistas continuadas ⁽²⁷⁾ realizadas com o casal.

A escuta materna/paterna, que se fez presente, permitiu o funcionamento dialógico ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ e a ocupação de distintas posições discursivas. Enquanto L. e C. passaram a ocupar as posições pólo da língua e pólo falante/ouvinte, A. passou a ocupar a posição pólo do outro. Tal mudança, nos casos de L. e C., reflete novas apropriações do sistema linguístico, cuja evidência maior é o domínio do sistema pronominal pessoal, com ocupação da primeira pessoa do singular, e da flexão verbal, com mudança adequada de perspectiva durante o diálogo com o outro. Um exemplo está no quadro 5, quando L. ouve a pergunta da terapeuta “Posso entrar?” e responde “Pode”, não efetivando mais ecolalia como acontecia nas primeiras sessões, mas uma transição de pessoas e da correspondente flexão verbal, adequadas ao diálogo, e que evidencia que ali já estava estruturado um EU.

Os efeitos do brincar foram imprescindíveis na terapia, o que já era previsto por teorias e trabalhos terapêuticos que afirmam que a criança constrói as bases para a compreensão sobre si própria e sobre o mundo que a cerca a partir do brincar. A brincadeira permite que o sujeito traga objetos ou fenômenos, oriundos da realidade externa, e os projete para sua realidade interna, o que permite a diferenciação progressiva de ambas as realidades ^(19,20,21).

COMENTÁRIOS FINAIS

A partir da análise dos efeitos da terapêutica proposta pôde-se constatar que os mesmos foram positivos, visto que ancoraram o surgimento do brincar simbólico em dois dos casos analisados (L. e C.) em conjunto com a ocupação de novas posições discursivas no diálogo, refletindo a construção de novos conhecimentos linguísticos pelo ingresso amplo no período sintático por parte dos dois sujeitos. Já no caso A., percebeu-se a possibilidade de ampliação do brincar sensório-motor com momentos de compartilhamento do mesmo com o outro e ocupação da posição discursiva polo do outro. Tal progresso permitiu a este sujeito a produção de seus primeiros signos ('mama' para mãe e 'tata' para o pai). Houve, portanto, progressos importantes tanto no brincar quanto no domínio linguístico por parte dos sujeitos, através da adesão e sustentação que os familiares puderam fornecer a partir da proposta terapêutica implementada.

Pensando nos processos anteriormente vividos por cada sujeito e seus pais, fica visível o resgate do vínculo pais-filho e o investimento no diálogo que foi possível com a retomada do gozo materno/paterno através do brincar.

As concepções de sujeito e de linguagem que ancoraram a intervenção terapêutica foram propulsoras para a reestruturação dos sujeitos. Na brincadeira, dizeres emergiram e, sobre tal materialidade, a terapêutica pôde ser conduzida. Portanto, o método clínico contou com a escuta e interpretação do fonoaudiólogo, que, embora sejam conceitos estruturados na psicanálise, apresentaram-se produtivos para a terapia fonoaudiológica dos três sujeitos.

Considerando os processos terapêuticos relatados, fica evidenciada a relevância dos deslocamentos da visão interacionista de aquisição da linguagem e de referenciais teóricos da psicanálise, como o brincar livre a partir do olhar winnicottiano, para a terapia fonoaudiológica.

Os reflexos de tal abordagem ocorreram na interação dos sujeitos com seus pais, envolvidos na terapia (pelo atendimento conjunto), os quais redimensionaram seu investimento no brincar, o que se refletiu no processo de aquisição da linguagem dos sujeitos pela instauração do diálogo.

De um modo geral, percebe-se, nos casos relatados, que a terapia de linguagem escolhida demandou uma dupla função do terapeuta: a de estruturação subjetiva e de estruturação linguística propriamente dita. Tal fato convoca o

terapeuta, independentemente de sua formação profissional básica, a fazer deslocamentos tanto da teoria psicanalítica quanto da linguística para a clínica dos distúrbios de linguagem. Essa constatação demonstra que a clínica dos distúrbios de linguagem, com sujeitos que não falam ou falam pouco, perde em sua amplitude quando reduzida ao olhar sobre o orgânico ou puramente instrumental da linguagem. Mesmo diante da comprovação dos limites biológicos, nos casos do espectro autístico, há que se pensar no redimensionamento dos limites orgânicos pelo poder da linguagem. Tal perspectiva confere ao fonoaudiólogo lugar importante na terapêutica desses casos e o desafia a não se identificar com o imaginário social de ele ser um profissional que apenas “ensina a falar”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 FERNANDES, F. D. M. Resultados de terapia fonoaudiológica com adolescentes com diagnóstico incluído no espectro autístico. **Pro-fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 1, p. 67-76, jan-abr. 2005.
- 2 FERNANDES F. D. M. Fonoaudiologia e autismo: resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), vol. 20 n. 4, out-dez. 2008.
- 3 CARDOSO, C.; FERNANDES, F. D. M. Relação entre os aspectos sócio-cognitivos e perfil funcional da comunicação em um grupo de adolescentes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 89-98, jan-abr. 2006. ,
- 4 MIILHER L. P.; FERNANDES F. D. M. Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e pacientes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), vol. 18, n. 3, set-dez. 2006.
- 5 SOUSA-MORATO, P. F.; FERNANDES, F. D. M. Correlatos entre o perfil comunicativo e adaptação sócio-comunicativa no espectro autístico. **Revista CEFAC**. ahead of print EpubMar 20, 2009.
- 6 SILVA RA, LOPES-HERRERA AS, DE VITTO LPM Distúrbio de linguagem como parte de um atraso global de desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonouaudiológico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**.12(4):322-8. 2007
- 7 ROGERS SJ, et. al. Teaching young nonverbal children with autism useful speech: a pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions. **Journal Autism and Developmental Disorders**. 2009;36:1007-24.
- 8 KLECAN-AKER JS, GILL C Teaching language organization to a child with pervasive developmental disorder: a case study. **Child language teaching and therapy**. 21(1):60-74. 2005.
- 9 BELLON-HARN M.L, HARN W.E. Profile of social communicative competence in middle school children with Asperger syndrome:two cases studies. **Child language teaching and therapy**. 22 (1):1-26. 2006.
- 10 WAGNER CR, NETTELBLADT U Tor: case study of a boy with autism between the age of three and eight. **Child language teaching and therapy**, 2005; 21(2):123-45.

- 11 MACHADO F.P, CUNHA M.C, Palladino RRR Doença do refluxo gastroesofágico e retardo de linguagem: estudo de caso clínico. **Pró-fono. Revista de Atualização Científica.** 21(1):81-3. 2009.
- 12 IETO V, CUNHA M.C, Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.** 12(4):329-34. 2007
- 13 BALESTRO, J. I.; SOUZA, A. P. R.; RECHIA, I. C. Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.** Vol.14, n.1, pp. 129-135. 2009.
- 14 DE LEMOS, C. T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, n. 1, p.121-135, 1992.
- 15 MANCOPES, R. Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a lingüística e a fonoaudiologia. **Revista Desenredo - PPG em Letras da UPF**, PassoFundo, v. 2, n.2, julho/dez, p. 288-306, 2006.
- DE LEMOS, C. T. G. **Corpo & Corpus**. In:LEITE, N. V. A. (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas, SP: Mercado das Letras, p. 21-29. 2003.
- 16 DE LEMOS, C. T. G. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. Campinas (42):41-69, jan.jun. 2002.
- 17 ARANTES L. Sobre os efeitos do interacionismo no diagnóstico de linguagem. **Caderno de Estudos da Linguagem**;47(1/2):151-7; 2005.
- 18 WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago,1975.
- 19 WINNICOTT D.W. **O ambiente e os processos de maturação**: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional [1962]. Trad. ICS Ortiz. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas. Provisão para a criança na saúde e na crise; p.62-9.1990.
- 20 WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago. 2000
- 21 SURREAUX, L. M. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: Graña, C. G. (org.). **Quando a fala falta: fonoaudiologia, lingüística, psicanálise**. Itatiba, SP: Casa do Psicólogo.1^a ed., v.1, p. 143-180. 2008.
- 22 KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943. Kuperstein, A.; Missalglia, V. Autismo. Consultado em 12/09/2007 em www.autismo.com.br.
- 23 TUSTIN, F. **Estados Autísticos em Crianças**. Imago, 1984.
- 24 GRAÑA, C. G. A aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 5, p. 143-153, jan./mar. 2008.

- 25 LAZNIK, M.C. **A voz da sereia:** o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Álgama: Salvador, 2004.
- 26 COUDRY, M. I. H.; FREIRE, F. M. P. (2005a) O trabalho do cérebro e d linguagem: a vida e a sala de aula. **Coleção Linguagem em foco.** Campinas: Cefiel/IEL/Unicamp..2005
- 27 SOUZA, A. P. R. de; KLINGER, E. F.; BORIN, L.; MALDANER, R. Entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal, Rev. Psicol.** vol.21, n.3, pp. 601-611, 2009.

4.2 ARTIGO DE PESQUISA 2 - CIRCUITO PULSIONAL DA VOZ: TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO⁸

RESUMO:

Tema: o circuito pulsional da voz na estruturação psíquica, aquisição da linguagem e terapia de sujeitos do espectro autistas. **Objetivos:** analisar os efeitos da terapêutica fonoaudiológica em sujeitos do espectro autístico através do deslocamento do conceito de circuito pulsional da voz. **Método:** Participaram do estudo três diádes sujeitos e seus pais, das quais foram realizadas filmagens em interações livres no brincar. A terapêutica baseou-se nos princípios de intervenção precoce de Coriat e Jerusalinsky (s.d.) e de Laznik (2004), somados aos princípios e estratégias do brincar propostos por Winnicott (1975). Analisaram-se a relação da entonação da voz (satisfação, insatisfação, desânimo), o uso ou não de *manhês* a escuta e a capacidade de interpretação na busca de sintonia com os gestos e/ou fala do filho. **Resultados:** A proposta apresentou efeitos positivos em termos de circuito pulsional. O *manhês* projetado sobre o brincar facilitou o início do brincar simbólico nos três casos, especialmente no caso de A. Nos outros dois casos, através do brincar as interpretações passaram a ocorrer com maior frequência e naturalidade, assim, o desejo em “ouvir, serem ouvidos e se fazerem ouvir” aumentou gradativamente na dialogia pais-sujeitos. **Conclusão:** O conceito de circuito pulsional da voz apresentou-se relevante para a análise da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista com sujeitos do espectro autístico.

Descritores: Autismo, interacionismo, psicanálise, circuito pulsional da voz, *manhês*, aquisição da linguagem.

⁸ Este artigo será submetido à Fractal Revista de Psicologia

ABSTRACT:

Theme: voice pulsional circuit relation to psyche structuration, language acquisition and subjects of autistic spectrum therapy. **Objectives:** To analyse the speech therapy effects of autistic spectrum subjects by the deslocation of the voice pulsional circuit concept. **Methods:** Three dyads parent-child participated of the study and films of the interaction were made, in which the playing and the relation parental child in the exercise of the parental functions were analyzed, overall the maternal function. The therapeutic bases on Jerusalinsky and Coriat (s.d.) and Laznik (2004) early intervention principles, with play principles and strategies of Winnicott (1975). We analyzed the mother's voice intonation (satisfaction, dissatisfaction, discouragement), her baby talk use, the mother's capacity for listen and her sintonized interpretation of the son gestuality and play. **Results:** The intervention had positive effects on the pulsional circuit. The bay talk projected on the play facilitated the symbolic play in the three cases, especially in A. case. In the other two cases, the interpretations became more frequent and natural with the play. The desire to hear, to hear himself and to be heard by the other improved gradually in the dialogic interaction between the boys and their parents. **Conclusion:** The pulsional circuit concept was relevant for the analysis of interactionist speech therapy of autistic spectrum subjects.

Keywords: autism, interactionism, psychoanalysys, voice pulsional circuit, baby talk, language acquisition.

INTRODUÇÃO

A terapia de linguagem de sujeitos do espectro autístico tem-se pautado em propostas pragmáticas e comportamentalistas amplamente relatadas na literatura nacional (FERNANDES, 2005, 2008; CARDOSO e FERNANDES, 2006; MILHER e FERNANDES, 2006; SILVA et al., 2007; SOUSA-MORATO e FERNANDES, 2009) e internacional (KLECAN-AKER e GILL, 2005; BELLON-HARN e NETTELBLADT, 2005). No entanto, surgiu na realidade brasileira uma outra perspectiva diferenciada que busca a união da proposta interacionista de aquisição da linguagem (DE LEMOS, 1992, 2002, 2003), tomando o diálogo como unidade de análise, atravessada pela psicanálise, e tem-se constituído na chamada clínica de linguagem (IETO e CUNHA, 2007; MACHADO et al, 2009; BALESTRO et al, 2009) .

A clínica de linguagem centra-se no funcionamento linguístico intersubjetivo e não apenas no produto de fala do sujeito. Ocupa-se do olhar sobre o diálogo adulto-criança na apropriação da língua enquanto objeto de ação, de conhecimento e de constituição subjetiva. No caso das verbalizações do sujeito autista, ocorre a presença de fragmentos da fala do outro, com características peculiares, que colocam questões específicas à interpretação da fala do autista pelo adulto. Balestro, Ramos e Rechia (2009) afirmam que o diálogo combinado à atividade lúdica livre é o modo mais naturalístico de permitir o funcionamento linguístico ao sujeito do espectro autístico, pois possibilita que o terapeuta ancore a fala do sujeito autista de modo a promover o deslocamento de estereotipias para linguagem com sentido (KLINGER, 2010).

Especificamente, na clínica do autismo, é importante recorrer a autores da psicanálise que abordam a estruturação do sujeito, atribuindo papel relevante à linguagem nesse processo. Os trabalhos de Laznik (2004) e Catão (2009) destacam-se nesse sentido, pois abordam a constituição do sujeito autista a partir dos conceitos de circuito pulsional corporal e da voz. Tais conceitos colocam no cerne de seu desenvolvimento a tese lacaniana de que o sujeito só emerge no fechamento do curso circular da pulsão. Esses são conceitos em que Lacan (1985) aprofunda a idéia de pulsão a partir da pluralidade desta, enfatizando que toda pulsão é parcial e, para além dos tipos de pulsões definidas por Freud (pulsões orais e anais, sexuais e de morte), define outras duas como fundamentais na tomada do desejo pelo sujeito através do Outro, a pulsão invocante está entre elas.

A pulsão invocante tem a singularidade de apresentar-se eminentemente aberta e, no caso de sujeitos ouvintes, pode instalar-se em suporte orgânico que instaura uma relação diferenciada nas modalidades de ligação/separação do sujeito ao Outro: o ouvido. O ouvido, enquanto orifício que nunca se fecha, pode ancorar o funcionamento pulsional estabelecido a partir da demanda do Outro. A pulsão invocante residirá, então, entre um “ser chamado”, um “fazer-se chamar” e um “chamar”. Assim, de acordo com Catão, (2009) a pulsão invocante, em seu circuito, exige que o sujeito efetue um movimento de ouvir, se ouvir e de se fazer ouvir. Isso passando pelo corpo, pela estrutura de borda da zona erógena que a ela se relaciona, e pelo campo do Outro, ouvindo a voz deste e dele separando-se.

Em termos evolutivos, Laznik (2004) marcou três tempos no circuito pulsional. No primeiro tempo, o bebê vai em busca do objeto oral (seio ou mamadeira) para apoderar-se dele; no segundo, há uma atividade auto-estimulativa de chupar seu dedo, sua mão ou uma chupeta. Apenas, no terceiro tempo, ocorre o assujeitamento da criança a um Outro, que se tornará o sujeito da pulsão do bebê. Um bom exemplo seria quando a mãe beija e isso desperta sorrisos na criança, demonstrando que o seu desejo era fisgar o gozo desse Outro materno. Em um momento, a mãe solicita o corpo do bebê, o que a satisfaz. A partir daí, em resposta, o bebê irá oferecer o seu corpo a ela para ver novamente a sua satisfação. O bebê vai à “pesca” do gozo de sua mãe, enquanto ela representa para ele o grande Outro primordial provedor de significantes, ou seja, aquele que transmite, pela demanda do bebê, o modo de veicular a falta.

Segundo Laznik (2004), a esse terceiro tempo corresponde uma alienação simbólica e se estabelece uma protoconversação entre mãe e bebê, pois a mãe fala no lugar de seu bebê valendo-se do “manhês”. Se há um fracasso na construção do circuito pulsional completo, o autismo representaria o não-surgimento de um sujeito da pulsão, aquele que se faria objeto para o gozo do Outro. A não-completude desse terceiro tempo é o que, segundo a autora, ocorre nos sujeitos do espectro autístico.

Pela busca da voz, Catão (2009) também se inspira nos estudos de Lacan, sintetizando tal descrição como sendo falha na operação de alienação e propõe o Circuito Pulsional da Voz. Nesse sentido, considerando os três tempos pulsionais da voz, a autora (p.124-125) afirma que “o primeiro tempo do circuito pulsional é caracterizado pelo chamamento do Outro e pela resposta do bebê a esse chamado, ancorado na prosódia da voz, ou seja, no OUVIR”. Ressalta, ainda, que “a voz do

Outro primordial leva em si o traço de um gozo que este tem em estar com o bebê". Ao mesmo tempo em que ouve, o bebê se manifesta, e essa manifestação ganha interpretação pelo Outro primordial, o que permite o bebê SE OUVIR. Portanto, demanda o enlaçamento com o Outro. O grito do *infans* retorna na voz da mãe sob forma de uma demanda, o que confere autoria à manifestação do bebê, e enseja o terceiro tempo: O SE FAZER OUVIR (CATÃO, 2009).

A autora (p.142) ressalta que a escuta do Outro decide sobre um saber que ali está em jogo, ainda que lhe escape, pois, ao supor um sentido no grito, nas vocalizações ou nos esboços de fala da criança, ele permite o funcionamento linguístico. Do mesmo modo, ao ouvir um neologismo na fala de um autista, a atribuição de sentido, seja como valor de chiste ou como produção languageira, o analista permite que tal produção passe do "sem sentido" ao "passo-do-sentido". O que o texto de Catão (2009) leva a supor é que a estereotipia é uma manifestação comunicativa da criança autista, que, embora primitiva, pode ser investida pelo terapeuta, fazendo a criança se reconhecer na voz que desse Outro retornou.

Cabe ressaltar, que o tempo em que um laço psicopatológico se instaura precocemente entre criança e pais é questão fundamental para se levar em conta no processo terapêutico. A terapia mais tardia, além dos três anos, para Laznik (2004) ainda pode restabelecer o circuito pulsional completo. Porém, será preciso instigar muito mais, para que a criança venha a falar, já que o período sensível, no qual a criança entra com uma grande naturalidade no campo dos significantes do Outro e pode deles se apropriar, já passou (LAZNIK, 2004). No entanto, a partir da perspectiva estabelecida pelos autores em termos de circuito pulsional, é possível pensar em uma forma concreta de intervenção, delineando-se algumas estratégias para tanto. Entre elas, o brincar e a projeção da voz sobre o mesmo, mas, sobretudo, o retorno das emissões da criança pela atribuição de sentido ao que ela tenta expressar. Acredita-se que tais estratégias poderiam ser generalizadas para qualquer tipo de distúrbio da linguagem, não só em relação à terapia de quadros do espectro autístico.

Considerando tais pressupostos, o objetivo deste artigo é analisar o processo terapêutico fonoaudiológico de sujeitos do espectro autístico a partir do conceito de circuito pulsional da voz.

Este estudo insere-se no Projeto de Pesquisa "Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: retardos de aquisição da linguagem oral

secundários a grandes transtornos do desenvolvimento" aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, sob o número 0117.0.243.000-07.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, na qual foi estudado o processo terapêutico em Fonoaudiologia de três sujeitos entre dois e quatro anos de idade cronológica, com diagnóstico de autismo, conforme os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) - IV, que são semelhantes ao do Código de Classificação Internacional de Doenças (CID) - 10.

A amostra foi de conveniência, buscando-se os sujeitos mais jovens do serviço no qual o trabalho foi realizado, tendo em vista a perspectiva de que a plasticidade cerebral tem papel fundamental no sucesso clínico. Outro critério estabelecido para o estudo foi o fato de os sujeitos não terem realizado terapia fonoaudiológica anterior, embora pudesse ter sido atendidos em outros espaços terapêuticos⁹.

No primeiro dia de atendimento, as mães dos três sujeitos com características do espectro autista foram esclarecidas sobre os propósitos do estudo, assim como o direito de desistirem de participar do mesmo sem prejuízo ao tratamento do filho. Os procedimentos de coleta foram iniciados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos termos da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional.

Após a assinatura do TCLE, os três sujeitos (L, C, A) foram filmados durante sessão conjunta de interação com a terapeuta (T) e pais (Mãe-L/Pai-L, Mãe-C, Mãe-A). Posteriormente, realizaram-se as filmagens mensais da interação conjunta terapeuta-criança e, tendo-se a possibilidade da participação de pai e mãe das crianças, foram analisadas a interação dialógica das diádes, nas quais se puderam observar características dos sujeitos e de seus pais, por meio do brincar. Para tanto, foram colocados objetos próprios à faixa etária dos sujeitos na sala e foi solicitado aos pais que tentassem brincar com o filho.

⁹ Os sujeitos do caso 1 (L) e caso 2 (C) tiveram atendimento na área pedagógica alguns meses antes da terapia aqui proposta.

Em relação aos sujeitos, observou-se a compreensão de linguagem durante a atividade lúdica, a forma de brincar (uso simbólico ou autístico do objeto) e as formas de expressão linguística (posições discursivas ocupadas, funcionamento na linguagem, presença de estereotipias verbais, etc.).

Em relação à mãe, observou-se a entonação (de satisfação, insatisfação e de desânimo), o uso ou não de “manhês” (descrição sobre a entonação da fala dirigida pelo adulto a um bebê e que capta a sua atenção), a troca de turnos entre mãe e filho, a capacidade de se sintonizar com os gestos e/ou fala do filho (capacidade de responder ou não) às demandas do sujeito.

A terapia fonoaudiológica teve início depois de feita a primeira análise da interação, constituiu-se de duas sessões semanais, com duração de 30 a 45 minutos cada, a depender da aceitação do sujeito, e por um período de 10 meses até o relato aqui exposto. Dentre as estratégias clínicas utilizadas, destaca-se a técnica de tradução (LAZNIK, 2004), na qual a terapeuta tenta interpretar os comportamentos do sujeito em linguagem, tanto para que a criança a ouça quanto para que a mãe possa compreendê-la (a criança). Também fez-se uso constante do lúdico (WINNICOTT, 1975,2000), permitindo que o sujeito pudesse utilizar os objetos de modo exploratório e/ou estereotipado, mas procurando efetivar deslocamentos para o uso simbólico a partir da exploração sensório-motora e da projeção da voz (na forma de manhês) sobre a atividade realizada.

Ainda, foram realizadas entrevistas continuadas com as mães e/ou pais que se caracterizam uma forma de intervenção. Elas possibilitam a atualização e complementação de dados sobre o exercício das funções parentais, além de ser um momento de análise conjunta (terapeuta e familiares) dos reflexos da intervenção fonoaudiológica, no ambiente familiar.

Tais entrevistas foram agendadas quinzenalmente, porém, a presença dos pais variou, estando presente ora a mãe, ora mãe/pai. Em geral, houve um aumento das entrevistas, passando para uma frequência semanal, em momentos críticos da terapia, conforme será descrito na apresentação e discussão caso a caso. O relato das entrevistas continuadas é alvo de um outro artigo, mas algumas questões deste atendimento serão consideradas no decorrer deste.

Os diálogos antes e depois da intervenção terapêutica foram analisados a partir dos tempos do circuito pulsional da voz, proposto por Catão (2009): ouvir, se ouvir e se fazer ouvir.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS

Sujeito 1 (L)

L., gênero masculino, tinha idade de 4 anos e 2 meses, quando compareceu ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico; encaminhado por neurologista, apresentou queixa de atraso na fala. Tinha sido atendido por uma psicopedagoga com foco terapêutico comportamentalista.

Segundo a mãe, não houve planejamento da gravidez e a notícia causou certo “susto” ao casal, mas, posteriormente, a novidade foi aceita com grande alegria. A mãe citou que necessitou de cuidados e repouso durante a gestação por ocorrência de sangramento durante os primeiros cinco meses. O nascimento foi a termo e o parto cesariano, sem intercorrências negativas. No sétimo dia, L. retornou ao hospital com quadro de icterícia, sendo realizado procedimento de fototerapia.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, L. adquiriu o controle cefálico e de tronco, bem como o engatinhar e o andar nos tempos esperados para a idade. Iniciou a fala, próximo do quinto mês, e as primeiras palavras ao oitavo mês. Com aproximadamente um ano, houve interrupção da fala, o que, segundo a mãe, aconteceu no mesmo período em que o pai esteve mais ausente em função de seu trabalho.

L. iniciou escolarização (maternal) com um ano e oito meses, quando voltou a falar palavras soltas, parando aos dois anos e seis meses novamente.

Observam-se, nesse relato, algumas das evidências de casos de sujeitos do espectro autístico já referidas em outros estudos de caso (BERNARDINO, 2008) em que o período pré-linguístico não é registrado pelos pais, sendo tal falta interpretada como já havendo sinais da psicopatologia.

Na ocasião da avaliação, a comunicação de L. ocorria preferencialmente na forma gestual, com fala jargonada, oscilando em períodos de maior produção e em períodos de ausência. Este produzia, ao início da terapia, palavras soltas interpretadas pela mãe, mas ininteligíveis para outras pessoas.

Sobre o brincar, os pais afirmaram haver manipulação de forma repetitiva e fixação por objetos que rodeiam (ventilador e rodas de carrinhos). Nas observações iniciais, havia maior frequência de uma relação objetal autística, embora pudesse apresentar momentos de simbolismo.

Segundo a mãe, L. apresentava humor instável, situações de agressividade (auto e heteroagressão), sobretudo no ambiente escolar. Também, demonstrava dificuldades em permanecer na mesma atividade e compreendia somente ordens simples, sendo, inclusive, seletivo quanto às informações. A resposta à voz humana era seletiva.

Apresentam-se, no quadro 13, duas sequências da primeira filmagem da sessão de terapia conjunta, da qual participaram o sujeito (L), sua mãe (Mãe-L), seu pai (Pai-L) e a fonoaudióloga (T).

O contexto de produção da sequência, relatada no quadro 13, é constituído por uma cena em que a mãe escreve as letras do nome de L. no quadro e solicita que ele diga os nomes das letras, o que ele faz adequadamente. A cada letra que a mãe escreve, ele a nomeia, em seguida ela faz um traço sob as mesmas e pergunta o que se vê na linha 1.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-L	- <i>Tudo junto fica?</i>	Tom interrogativo	
2	L			Faz um risco abaixo da escrita e do traçado da mãe Parece seguir um ritual ao iniciar a atividade junto à mãe
3	Mãe-L	- <i>Como é que fica tudo junto?</i>	Tom interrogativo	Mais uma vez sublinha o nome que escreve e fala
4	L			Afasta-se, indo até à mesa e ficando de costas para a mãe
5	L	-	Tom responsável e em baixa intensidade vocal	Tenta falar algo (ininteligível). A mãe interpreta como nome do filho
6	Mãe-L:	- <i>Não. Fica L- Fica L.</i> - <i>Teu nome!</i>	Tom exclamativo	Bate palmas ao repetir o que L. pareceu falar
7	L			Afasta-se. A mãe tenta justificar seu comportamento
8	Mãe-L		Tom de justificativa	A mãe sorri, olhando para a terapeuta que agora se aproxima deles
9	Mãe-L	- <i>Ele sabe</i>	Tom afirmativo	Demonstra necessidade em afirmar o conhecimento de L pelo que lhe é proposto
10	L			Pega alguns lápis, coloca-os sobre a sua cabeça e os deixa cair ao

				chão Aparente resistência à demanda pedagógica da mãe
11	Pai-L	- Não. Assim não.	Tom de insatisfação	Diretividade negativa
12	T	- Vamo desenha junto no papel? - Tem muita coisa né? Tem muita coisa para escrever	Tom interrogativo	Tenta interpretar a recusa pela atividade sem negar o movimento realizado para derrubar os lápis
13	L	-	Tom de exclusão	Segmento ininteligível Parece não dar atenção ao pedido da terapeuta e sai em busca do avião que estava sobre a mesa

Quadro 13 - Transcrição da seqüência 1 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-pai-criança e terapeuta

A partir da proposta pedagógica da mãe de demonstrar que ele possuía conhecimento de letras, a reação de L. é de resistência, o que faz com que o mesmo não ouça. Possivelmente, o fato de não ser ouvido, engendrasse esse tipo de reação do menino. É interessante observar que isso parecia fruto do fato de a mãe ter perdido a possibilidade de um brincar e conversar livres com seu filho a partir do diagnóstico de autismo e também pelo suporte terapêutico comportamentalista, extremamente diretivo com o qual havia sido orientada em terapia anterior.

Nesse caso, percebe-se um ouvir seletivo de L., que não chega a ser uma recusa à voz, como afirma Catão (2009), mas que pode ser interpretado como uma recusa da situação pedagógica.

Como resposta a essa observação, a terapeuta passou a investir no brincar e na mediação do mesmo entre L. e sua mãe. Isso foi feito a partir do fornecimento de um modelo como está descrito no quadro 14. Esse investimento no interesse de L. faz com que se sinta percebido e ouvido, o que permite sua abertura para ouvir.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	T	- Então, nós vamos voar! São três aviões, um pra mãe, um pra ti e um pro pai!	Tom afirmativo	Tentativa de aproximação para o brincar entre L e os pais
2	L			Parece apreciar o brincar individual. Se afasta deles, tendo em mãos o avião maior
3	T	- Tem que fazer como o avião faz	Tom explicativo e tom exclamativo	Imitando o barulho de um avião voando

		<i>oh: "Zzaaaaaaa"</i> - "zaaaa"		
4	L	- "zaaaa"	Tom exclamativo	Simula o barulho e faz o vôo do avião com movimento de mãos no ar
5	T	- <i>Como é que o avião faz? Mostra aí pra mãe e pro pai.</i>	Tom interrogativo e tom diretivo	Tenta mediar o brincar entre L e os pais.
6	Mãe-L	- <i>Esse é meu.</i>	Tom afirmativo	Pega o aviãozinho que a terapeuta lhe entrega
7	T	- <i>E o do pai?</i>	Tom interrogativo	Entrega um ao pai
8	L	- "zzzaaaaa"	Tom exclamativo	Barulhinho do avião
9	Mãe-L	- <i>Nhommm. L óh!</i>	Tom de reprovação	Chamando a atenção do filho
10	T	- <i>Tem que voar</i>	Tom imperativo	
11	Mãe-L	- <i>Filho!.</i>	Tom exclamativo	Brinca de avião
12	L			Demonstra satisfação ao brincar com a mãe. Imita a brincadeira da mãe com o avião e a acompanha seguindo-a pela sala
13	Pai-L	- <i>Nhomm.</i>		Apresenta dificuldade em brincar livremente com o filho. O pai estava calado, olhando a movimentação na sessão, mas vendo a esposa e o filho brincarem, tenta interagir.
14	Mãe-L	- <i>Como é que ele faz?</i>	Tom interrogativo	
15	L			A criança continua a brincar com o avião sobre a mesa sem emitir som

Quadro 14 - Transcrição da seqüência 2 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-pai-criança e terapeuta

O funcionamento simbólico de L. era demonstrado no uso do avião e com emissão de sons representativos do mesmo. Em vários momentos buscava ruídos da rua associando-os ao avião que passava pelo céu. Tais momentos eram aproveitados pela terapeuta através de uma fala sintonizada à situação. Mesmo diante de segmentos de fala ininteligíveis, buscava-se atribuir um sentido à expressão de L., confirmando-se com o sujeito se o mesmo estava de acordo com sua intenção. Essa atenção seletiva a barulhos, também ressaltada por Catão (2009), possibilitou a nomeação dos objetos e de fatos passados na rua, o que

permitiu manter a atenção de L. e ancorou uma evolução da linguagem de L. provocada pela interpretação terapêutica.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-L	- <i>A Michele foi embora? E agora?</i>	Tom interrogativo	
2	L			Olha pra mãe
3	L			Vai até a porta e abre procurando pela terapeuta que se encontra frente à porta com sorriso e olhar de satisfação ao vê-la na porta
4	T	- <i>Ba! Posso entrar?</i>	Tom exclamativo e tom interrogativo	
5	L	- <i>Pode Entrar Ichéle!</i>	Tom exclamativo	Faz o convite e gesticula para que entre.
6	Mãe-L:	- <i>Entra Michele!</i>	Tom afirmativo	
7	L	- <i>Entra ichele!</i>	Tom afirmativo	Parece existir um convite e uma recusa nesses momentos, pois afasta a terapeuta do brincar para ser apreciado com a mãe Puxa a terapeuta pelo braço Fecha a porta para que a terapeuta não saia novamente.
8	T	- <i>Ah, muito obrigada, então.</i>	Tom conclusivo	

Quadro 15 - Transcrição da seqüência 3 do sujeito 1 (L) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

Houve momentos em que L. solicitou que a terapeuta saísse da sala e observasse sua brincadeira com a mãe pelo espelho espião. Esse movimento da terapeuta, que conferiu sentido às suas palavras, gestos e expressões faciais, permitiu que L. se *ouvisse* na interpretação do outro e isso fez com que ele buscasse se *fazer ouvir* (por meio de palavras): "fica ichéli, ota aga, não, abi, vem mãe, vem ichéli" ("...").

O processo terapêutico permitiu que a escuta seletiva inicial desse lugar a uma escuta e um olhar cada vez maior ao Outro, pois o *ouvir* só foi possível a partir do *se ouvir*.

Nos fragmentos apresentados no quadro 15, é possível visualizar que o trabalho fonoaudiológico funcionou como um “modelo” para a mãe. Esta, a partir das entrevistas continuadas, nas quais se abordava a percepção da mãe sobre a escuta e o brincar que ocorriam nas sessões, mudou seu comportamento diretivo para um brincar livre e uma fala sintonizada à atividade do filho. Como consequência, o manhês e entonações de prazer surgiram nos enunciados da mãe e da terapeuta, sobretudo quando L. se observava no espelho. Isso fez com que o sujeito passasse a se admirar e enunciar seu nome diante do espelho. Também passou a nomear as pessoas conhecidas, inclusive a terapeuta (ichéli). Há, portanto, o estabelecimento da consciência de si e de elementos do estádio de espelho, conceitos respectivamente de Damásio e Lacan, revisados por Catão (2009).

Sujeito 2 (C)

C., um menino, estava com 4 anos e 6 meses quando compareceu à clínica fonoaudiológica com queixa de dificuldade na fala depois de obter diagnóstico de espectro autista, comunicado à mãe por uma psicopedagoga (a mesma profissional que atendeu L.). Durante o período gestacional, houve a necessidade de repouso, pois a mãe apresentou ameaça de aborto a partir do sexto mês de gravidez, acompanhada de perturbado estado emocional. O nascimento foi cesariano, a termo e sem intercorrência negativa. Foi informado que C. dormia com os pais e estes observavam que ele apresentava sono muito agitado.

O desenvolvimento psicomotor ocorreu sem alterações. Quanto à linguagem, a mãe refere que, após o sexto mês, C. demonstrou balbucio e, próximo de um ano, surgiram as primeiras palavras (“mama, papa, tata”), seguindo-se de “não qué xixi” para “não quero fazer xixi”. Não usou gestos para se comunicar.

Ao início da terapia, não fazia uso de pronomes, e o uso de frases simples era restrito, sendo as mesmas produzidas soltas e fora de contexto. Apresentava fala ecolálica, assim como alguns jargões e estereotipias de mãos (*flapping*).

Durante a interação, inicialmente, a mãe pareceu não se sentir à vontade para brincar com o filho, demonstrando certa apreensão pela forma como C. utilizava os brinquedos. Parecia estar analisando cada movimento do filho, destacando o que percebia não ser adequado. Essas atitudes da mãe podem ser constatadas na sequência no quadro 16, em que ela, embora demonstre maior interação com o filho

no decorrer de atividades, confere um foco pedagógico (ensino de letras e números) à brincadeira.

Era comum, no brincar, a mãe observar alguns rituais como rodar as rodinhas dos carrinhos, tampas, etc. Ela o deixa brincar sozinho (C. apreciava essa situação) e, quando contrariado, apresentava crises de birra com tremores, atirando-se no chão. Muitas vezes, chorava sem motivo aparente.

Nos fragmentos do quadro 16, as tentativas de diretividade sobre o brincar de C. aparecem nos enunciados e atitudes da mãe. A mesma, a exemplo da mãe de L., demonstrava grande preocupação com o futuro aprendizado do filho, visto que a forma como o diagnóstico de autismo lhe havia sido dada incluía previsões negativas sobre as possibilidades escolares do filho. Tal preocupação fazia com que a mãe deixasse de investir no filho de forma espontânea, o que criava uma resistência em C. semelhante à observada em L. Ao não se ouvir na interpretação do outro, ele também ficava “surdo” à voz do outro e não evoluía em sua fala. O trabalho terapêutico buscou enfrentar essa questão com as mesmas estratégias utilizadas com L.: o se entregar ao brincar e ao diálogo com C. Naturalmente, isso fez com que entonações de satisfação surgessem tanto na fala da terapeuta quanto na da mãe e, em alguns momentos, o manhês se fez presente.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-C	- <i>Olha aqui! Quero vê se tu conhece essa letra, ó! C., ó!</i>	Tom diretivo, tom interrogativo e tom exclamativo	
2	C			Observa o que a mãe está mostrando
3	Mãe-C	- <i>Então me diz que cor é essa aqui? Que cor é essa aqui?</i>	Tom interrogativo	Em várias situações insiste em mostrar que o filho detém conhecimento do que lhe é questionado
4	C	- <i>U “C”.</i>	Tom exclamativo	

5	Mãe-C	- O “C”! <i>E a cor do “C” qual é?</i> <i>Qual é a cor do “C”?</i>	Tom exclamativo e tom interrogativo	Dirige a atividade realizada com o filho
6	C	- O “C”.	Tom conclusivo, responsivo	
7	Mãe-C	- <i>Que cor, é igual a qual? Que cor é essa?</i>	Tom interrogativo	
8	C	- “C”.	Tom conclusivo, responsivo	

Quadro 16 - Transcrição da seqüência 1 sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança

No quadro 17, é possível visualizar o papel da terapeuta como modelo de interação para a mãe, que neste caso foi alertá-la sobre a importância do se entregar ao brincar e demonstrar a importância de *ouvir* C., pois isso poderia alimentar o circuito pulsional da voz. Essa situação pode ser observada quando a terapeuta *ouve* e faz com que o sujeito se ouça durante o diálogo, ao interpretar sua fala. Isso faz com que C. se aproprie da linguagem a ponto de se fazer ouvir.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados de produções verbais e não-verbais	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	C	- <i>Está aqui!</i>	Tom exclamativo	Aponta para a caixa onde estava o trem
2	T	- <i>Achei a pilha!</i>	Tom explicativo	
3	C	- <i>Achei!</i>	Tom afirmativo	
4	T	- <i>Eu achei.</i>	Tom afirmativo e tom	
5	C	- <i>Não! Euachei.</i>	Tom negativo e tom afirmativo	
6	T	- <i>Você achou?</i>	Tom interrogativo	

Quadro 17 - Transcrição da seqüência 1 do sujeito 2 (C) na interação da diáde mãe-criança

O fragmento do quadro 17 demonstra o uso do pronome EU confirmado na linha 5, pois na linha 3 C. parecia espelhar a fala da terapeuta, é a evidência que o circuito pulsional da voz se completou neste caso.

Sujeito 3 (A)

A., também do gênero masculino, com idade inicial de 2 anos e 1 mês, foi encaminhado ao setor de linguagem com queixa da família e da escola de ausência de fala e restrito comportamento social.

O histórico gestacional foi acompanhado por situações de estado emocional conturbado e ocorrência de períodos de negação da gravidez não planejada, pelo casal. O parto foi a termo, embora tenha sido realizado um parto cesariano de urgência, sendo o bebê encaminhado diretamente para o oxigênio e permaneceu em incubadora por 24 horas. Teve icterícia neonatal e realizou fototerapia por, aproximadamente, quatro dias.

Sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, iniciou marcha, com apoio, próximo aos 10 meses e marcha, sem apoio, com 1 ano e 3 meses. A mãe referiu não observar a emissão de nenhuma palavra (com significado) ou com função comunicativa até o momento da entrevista.

Informou que A. apresentava sono variado entre momentos de calma e de inquietação, mas ainda dormia no quarto com os pais, em cama conjunta.

A sequência no quadro 18 é um exemplo do que se observou durante grande parte da primeira sessão transcrita, na qual as tentativas de interação da mãe com A. demonstravam grande ansiedade e intensa necessidade em receber respostas do filho frente ao brinquedo oferecido por ela (linha 1). Utilizou a diretividade como mecanismo para ajustar o filho ao que desejava que fosse realizado pelo mesmo, chegando, em alguns momentos, a manipular o corpo do filho em resposta às suas investidas no brincar (linha 6).

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-A	- Olha ali a bolha! Olha ali a bolha A.	Tom diretivo	
2	A	- Tatuiii.		
3	Mãe-A	- Olha ali A. atrás de ti, olha lá tem outra. Outra ali!	Tom explicativo e tom afirmativo	
4	A	- Hummm, atuim		

5	Mãe-A	- <i>Vamô joga com a Michele.. Vamô?</i>	Tom convidativo e tom interrogativo	
6	Mãe-A	- <i>Olha ali! Chuta!</i>	Tom exclamativo	Segura a perna do filho com a mão ensaiando o chute
7	A			Tenta afastar-se
8	Mãe-A			A mãe o busca, puxando-o pelo casaco
9	A			Pára e balança o corpo para frente e para traz – balanceio característico de auto-estimulação

Quadro 18 – Transcrição da seqüência 1 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança

Houve inúmeras tentativas mal-sucedidas em fazer com que A. participasse das propostas de brincadeira em terapia, pois o retraimento era imediato. Como eram raros os momentos em que a criança direcionava o olhar para a terapeuta, modificou-se a atitude de buscá-lo pela proposição de brincadeiras com o carro ou com a bola, para interpretar, com fala em “manhês”, sua exploração sensório-motora, conforme se vê no quadro 19. Percebeu-se que, diferentemente de L. e C., A. estava em etapa menos evoluída de acesso do simbolismo e que o circuito pulsional estava menos delineado.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	A			Bate a bola na boca – nos dentes
2	T	- <i>Que bola boa, na boca do A.</i>	Tom explicativo	Em manhês
3	A			Olha a terapeuta
4	T	- <i>É bom A.!</i>	Tom afirmativo	
5	A			Repete a cena e bate a bola na boca
6	T	- <i>Que Bom!</i>	Tom afirmativo	Repete em manhês. silencio
7	A			Olha a terapeuta e inicia jogo de soltar e aproximar a bola de si
8	A			Aproxima-se da terapeuta aos poucos e olhando para ela algumas vezes

9	T	- <i>Essa bola é do A! Não é minha! Não pega Michele (falando por ele).</i>	Tom explicativo e tom conclusivo	
10	A			Aproxima-se da terapeuta, coloca sua testa na testa da terapeuta, num esboço de terceiro tempo pulsional
11	T	- <i>Que gostoso!</i>	Tom conclusivo	Em manhês
12	A			Afasta-se e volta a brincar com o vai e vem da bola
13	T			Pega uma bola e faz a mesma brincadeira da criança
14	T	- <i>Essa bola é minha! Esta aí é do A.</i>	Tom imperativo	
15	A			Sorri e olha para a terapeuta observando o que ela faz com a bola
16	A			Levanta e vai brincar com outra bola maior

Quadro 19 - Transcrição da seqüência 2 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança e terapeuta

A partir de uma proposta menos propositiva e de mais espera e observação das atitudes de A., este passou a demonstrar maior contato visual e atenção à fala da terapeuta, que acompanhava sintonizadamente em “manhês” sua atividade. Isso permitiu que A. buscasse a terapeuta em alguns momentos, fosse oferecendo o brinquedo ou o próprio corpo. O brincar exploratório aumentou e diminuíram as estereotipias. O exemplo fornecido no quadro 6 demonstra que a fala da terapeuta se constituiu em uma ponte entre a conduta sensório-motora e o simbolismo (brincadeira de bola) e ancorou o ouvir de A. ao mesmo tempo em que abriu espaço para que ele fosse ouvido.

Trabalhada em sessões conjuntas e em entrevistas continuadas, a mãe passou a seguir o modelo da terapeuta, o que pode ser visualizado no quadro 20.

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Mãe-A	- <i>Vem aqui, vem! Vem cá com a mamãe.</i>	Tom convidativo	Com entonação afável e tranquila
2	A			Puxa uma das cadeiras da mesa pequena

3	Mãe-A	- <i>Vai senta na caderinha? A caderinha é só pra senta, ta!</i>	Tom interrogativo e tom explicativo	Com entonação afável e tranquila
4	A			Olha para a mãe e balança a cabeça afirmativamente
5	Mãe-A	- <i>Se tu vai senta a mamãe também senta.</i>	Tom explicativo, carinhoso	A entonação abre espaço para aceitar o que o filho quiser
6	Mãe-A			Encosta-se na cadeira
7	Mãe-A	- <i>Senta aí que a mamãe senta aqui. Senta! Senta!</i>	Tom imperativo e tom exclamativo	
8	A			Balançar afirmativo de cabeça
9	Mãe-A	- <i>Senta! Vamo senta que eu vô fazê umas bolhazinha.</i>	Tom exclamativo e tom convidativo	Entonação afetiva e convidativa. Sorri para o filho.
10	A			Debruça-se sobre a mesa e sorri para a mãe quando esta faz bolhas. Olha para as bolhas e sorri.

Quadro 20 – Transcrição da seqüência 3 do sujeito 3 (A) na interação da diáde mãe-criança

Através do “manhês” projetado sobre o brincar sensório-motor de A., foi possível iniciar uma possibilidade de simbolismo durante esse brincar. O prazer demonstrado pela terapeuta na fala, entonação, permitiu engendrar o ouvir (CATÃO, 2009), o que teve fundamental importância para que a mãe voltasse a investir na relação com o sujeito, oportunizando uma sustentação, cada vez maior, da interação entre A. e sua mãe.

As primeiras manifestações do circuito pulsional da voz ganham representatividade quando A. passa a ser ouvido pelo Outro, o que demonstra um início de ouvir e ser ouvido na relação entre terapeuta, mãe e sujeito. Nesse momento, ainda não há intenção manifesta em se fazer ouvir, mas algum esboço do terceiro tempo pulsional corporal quando A. se encosta à cabeça da terapeuta e faz gracinhas (quadro 19). A. parece estar conseguindo ocupar os tempos de “ouvir e ser ouvido”, embora ainda não constantemente.

No quadro 20, percebe-se uma certa resposta em termos de compreensão da linguagem e retorno à proposição da mãe de brincarem de bolha de sabão. É importante ressaltar que a mãe estava tranquila e focada no filho neste momento, o que, possivelmente, explica o não retraimento do menino e sua aceitação da

brincadeira. A. começa a se engajar em brincadeiras com o uso convencional de objetos, evoluindo na sua exploração sensório-motora. Pode-se dizer que, em termos de linguagem, A. inicia a ocupação da posição discursiva de pólo do outro, pois começa a compreender a fala do interlocutor. Esse movimento de significação das estereotipias corporais e verbais de A. permitiu que houvesse uma abertura do menino aos primórdios da simbolização.

DISCUSSÃO

Dos casos analisados, pode-se perceber grande semelhança entre o processo terapêutico observado nos sujeitos L. e C., em que o investimento no “ser ouvido” (CATÃO, 2009) através do brincar simbólico proporcionou às mães, pelos modelos vividos em terapia, o caminho para interagir com seus filhos de forma menos diretiva sem buscar respostas e confirmações para o que essas mãe queriam e como queriam “ouvir” dos mesmos.

Compreendendo de que forma o brincar proporciona o resgate das funções parentais, os pais passaram a ocupar tais funções de modo prazeroso com seus filhos, em especial nos casos dos pais de L. e C., que julgavam não saber brincar e que através desse brincar conseguiram voltar a investir em uma aproximação com os filhos, desvinculando-se do imaginário acerca do autismo recebido no momento do diagnóstico. Em termos de circuito pulsional da voz (CATÃO, 2009), o ouvir era estabelecido gradativamente ao esforço dos pais em aprender a brincar para proporcionar a constituição do sujeito e sua estruturação psíquica. Assim, passaram a engendrar nos sujeitos, através da interpretação, o desejo em “ouvir, serem ouvidos e se fazerem ouvir”. Isso, inicialmente, não havia se instalado por completo, fato que impedia a evolução do circuito como um todo e, que passou a ocorrer quando o sujeito era interpretado, era “ouvido” e se “ouvia” na fala do outro. Com isso, o desejo em “ser ouvido e fazer-se ouvir” passou a ganhar consistência. Esse desejo foi o motor para a evolução linguística desses dois sujeitos. Passaram a ocupar distintas posições discursivas, o pólo da língua e o pólo falante/ouvinte, com enunciados gramaticalmente compatíveis a sua faixa etária: o uso da sintaxe e a preocupação de se fazer entender pelo outro.

No caso do sujeito A., o “manhês” projetado sobre seu brincar sensório-motor foi importante para o surgimento do “ouvir”, espaço fundamental para a simbolização e o acesso à linguagem. Também permitiu um primeiro retorno do sujeito às

investidas da mãe, de modo a sustentar a interação mãe-filho. As sequências apresentadas no caso do sujeito A. demonstram um início de “ouvir e o do “ser ouvido” que permitem que o sujeito comece a ocupar o pólo do outro, primeira posição discursiva em termos de aquisição da linguagem (LEMOS, 1992,2002,2003). Na sequência terapêutica espera-se que outras posições discursivas possam emergir.

CONCLUSÃO

Considerando os processos terapêuticos relatados, fica evidenciada a relevância dos deslocamentos da visão interacionista de aquisição da linguagem e de referenciais teóricos da psicanálise, como o circuito pulsional, sobretudo o da voz, para a clínica fonoaudiológica de linguagem nos três casos analisados. Os tempos pulsionais da voz permitiram perceber que o trabalho fonoaudiológico, em termos de constituição psíquica, assemelha-se ao do psicanalista, pois a pulsão invocante está na base do movimento de apropriação da linguagem pelo sujeito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALESTRO, J. I.; SOUZA, A. P. R.; RECHIA, I. C. Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. vol.14, n.1, pp. 129-135. 2009.
- BELLON-HARN M.L, HARN W.E. Profile of social communicative competence in middle school children with Asperger syndrome:two cases studies. **Child language teaching and therapy**. 22 (1):1-26. 2006.
- BERNARDINO, L.F. **Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil**. In WANDERLEY, D.B. (org.) O cravo e a rosa- a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível? Salvador, Editora Ágalma, p.54-66. 2008.
- CARDOSO, C.; FERNANDES, F. D. M. Relação entre os aspectos sócio cognitivos e perfil funcional da comunicação em um grupo de adolescentes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 18, n. 1, p. 89-98, jan.-abr. 2006.
- CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo. Instituto Langage, 2009.
- DE LEMOS, C. T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, n. 1, p.121-135, 1992.

DE LEMOS, C. T. G. *Corpo & Corpus*. In: LEITE, N. V. A. (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas, SP: Mercado das Letras, p. 21-29. 2003.

DE LEMOS, C. T. G. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**. Campinas (42):41-69, jan.jun. 2002.

FERNANDES, F. D. M. Resultados de terapia fonoaudiológica com adolescentes com diagnóstico incluído no espectro autístico. **Pro-fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 1, p. 67-76, jan-abr. 2005.

FERNANDES, F. D. M. Fonoaudiologia e autismo: resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. vol.20 no.4 Barueri Oct./Dec. 2008.

IETO V, CUNHA M.C Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**.12(4):329-34. 2007.

KLECAN-AKER JS, GILL C Teaching language organization to a child with pervasive developmental disorder: a case study. **Child language teaching and therapy**. 21(1):60-74. 2005.

KLINGER, E.F. **O brincar e as esteriotipias** .. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2010.

LAZNIK, M.C. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Álgama: Salvador, 2004

MACHADO F.P, CUNHA M.C, Palladino RRR Doença do refluxo gastroesofágico e retardo de linguagem: estudo de caso clínico. **Pró-fono. Revista de Atualização Científica**. 21(1):81-3. 2009.

MIILHER L. P.; FERNANDES F. D. M. Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e pacientes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**. vol.18 no.3 Barueri Sept./Dec. 2006.

ROGERS SJ, et. al. Teaching young nonverbal children with autism useful speech: a pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions. **Journal Autism and Developmental Disorders**. 2009;36:1007-24.

SOUSA-MORATO, P. F.; FERNANDES, F. D. M. Correlatos entre o perfil comunicativo e adaptação sócio-comunicativa no espectro autístico. **Revista CEFAC**. ahead of print EpubMar 20, 2009.

SILVA RA, LOPES-HERRERA AS, DE VITTO LPM Distúrbio de linguagem como parte de um atraso global de desenvolvimento: descrição de um processo

terapêutico fonouiológico. . Revista Sociedade Brasileira de **Fonoaudiologia**.12(4):322-8. 2007

WAGNER CR, NETTELBLADT U Tor: case study of a boy with autism between the age of three and eight. **Child language teaching and therapy**, 2005; 21(2):123-45.

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: Obras escolhidas. (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago, 2000.

5 ARTIGO DE PESQUISA 2 - A ENTREVISTA CONTINUADA NA TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA DE SUJEITOS DO ESPECTRO AUTÍSTICO¹⁰

RESUMO

Tema: entrevistas continuadas com mães e pais de sujeitos do espectro autístico na terapia fonoaudiológica. **Objetivos:** analisar o efeito das entrevistas continuadas na participação de mães e pais durante o processo terapêutico de seus filhos com diagnóstico de autismo e ainda discutir o papel dessas entrevistas como procedimento integrante do processo terapêutico do sujeito com autismo. **Método:** Estudo qualitativo que inclui os conteúdos da terapia fonoaudiológica e as demandas parentais nas entrevistas continuadas, as quais foram realizadas quinzenalmente, com mães e pais de três sujeitos do espectro autístico. As entrevistas foram gravadas e transcritas ortograficamente pelo terapeuta e seus conteúdos analisados a partir de leituras e releituras com foco nas representações parentais sobre o filho e sobre o exercício de suas funções, frente às dificuldades do filho. Houve filmagens iniciais e finais de sessões dos sujeitos com suas mães e pais, bem como observações semanais nas sessões conjuntas entre criança e familiar, das quais se analisaram os reflexos das entrevistas nas interações entre o filho e seus pais.

Resultados: O espaço aberto pelas entrevistas continuadas foi fundamental para que os pais debatessem suas dúvidas sobre as limitações dos filhos e para que refletissem sobre aspectos como o brincar, a comunicação e o estabelecimento de limites com os filhos. Ou seja, os pais puderam refletir sobre o próprio exercício da função parental. Esse processo foi mais intenso no grupo de mães do que no de pais. Como efeitos houve melhora dialógica e no brincar entre os pais e seus filhos.

Conclusão: Os efeitos das entrevistas puderam ser constados nas interações e na dialógica entre os filhos e seus pais assegurando a efetividade e eficácia do processo terapêutico. A entrevista continuada apresentou-se como aspecto fundamental do processo terapêutico realizado sob a perspectiva teórica que inclui a psicanálise e a concepção interacionista de aquisição da linguagem.

Descritores: Fonoaudiologia; Entrevista; Linguagem; Subjetividade; Função parental; Espectro autista.

¹⁰ Este artigo será submetido à revista CEFAC.

ABSTRACT

Theme: The role of continued interviews with mothers and fathers of the subjects with autistic spectrum on the therapeutic process. **Objectives:** To analyze the role of continued interviews in the fathers and mothers participations on therapeutic process of the autistic children in language clinical perspective. Also it was analyzed the continued interviews effects on therapeutic process. **Method:** qualitative study of the parentals thematics and doubts through the continued interviews made fortnightly with these parents of three subjects of the autistic spectrum. The interviews were videotaped and transcribed. The data was analyzed by content approach, with focus on parental representations of the child and of theyer parental functions. There were initial and final sessions of filming of the subjects with their mothers and fathers, and also observations in familiar group sessions, in which were analyzed the interviews effects in child-parent interactions. **Results:** The role of interviews was important for the parents to understand doubts upon the development of the children and to think about the parental functions in play, communication and to educate theyer children. Also they could think about theyer on parental function exercice. This process was more intense for mothers than fathers. As effect it was better conditions on play and in dialogic interaction between parents and children. **Conclusion:** The therapeutic process presented itself an effective and an efficient process in the perspective used in these cases. The effects of the interviews were detectable in parents-child play and dialogic interactions. The interview was a fundamental aspect in the therapeutic process of the chosed theoretical approach.

Keywords: Fonoaudiology; Language; Subjectivity; Maternal function; Autistic spectrum.

INTRODUÇÃO

Tem-se observado, nas últimas décadas, o aumento da incidência de casos de autismo⁽¹⁻⁵⁾, o que gera preocupação em relação à forma como tal diagnóstico tem sido realizado e como a notícia tem sido dada aos pais e/ou familiares de tais sujeitos.

Sabe-se da importância de os profissionais estarem preparados para o trabalho simultâneo com o sujeito com autismo e sua família. É importante que a mesma faça o luto do filho imaginado, para que possa lidar com o filho real; o diagnóstico de “autista” causa grande angústia e frustração, vergonha e medo nos pais. Os pais, desamparados pela perda do filho perfeito, calam-se pela doença e acabam esquecendo a criança e focando a patologia (autismo), em si, na relação com o filho⁽⁶⁾.

Há várias concepções de clínica fonoaudiológica junto ao autismo. A mais usual nos trabalhos internacionais e, em parcela dos nacionais, é a que enfoca o trabalho direto com o sujeito autista, com o acesso aos pais apenas na entrevista inicial e em entrevistas esporádicas para orientações. Essa visão se relaciona a abordagens behavioristas ou cognitivas⁽⁷⁾, baseadas na condição de desenvolvimento infantil exclusivamente dependente da construção da linguagem (aspecto fundamental da constituição do sujeito). O foco é, portanto, no comportamento linguístico manifestado de modo que se acredita ser decorrente de um comprometimento orgânico^(8,9,10). Como consequência, vários estudos ainda abordam a arquitetura neuropsicológica destes distúrbios⁽¹¹⁾, o papel da inteligência e a descrição das habilidades executadas por esses sujeitos⁽¹²⁾.

Embora tais aspectos sejam importantes, visto que há evidências de que realmente há um comprometimento orgânico nesses casos⁽¹³⁾, existem trabalhos que consideram a importância do papel da família na terapia do sujeito, ainda que em uma visão mais psicossocial do que psicanalítica⁽¹⁴⁾. Na perspectiva psicanalítica de subjetividade, tal relevância é apontada⁽¹⁵⁾. Do mesmo modo, a perspectiva interacionista de aquisição da linguagem⁽¹⁶⁾, afirma ser fundamental investigar o diálogo pais-filho (autista ou não)^(17, 18) no processo terapêutico. Trata-se de uma clínica da subjetividade em que mãe, pai e sujeito são focos igualmente importantes na terapia fonoaudiológica.

Para tanto, constitui-se como a proposta terapêutica a escuta feita aos pais, que recebem acompanhamento em entrevistas continuadas, para poderem manifestar suas frustrações e tentativas de buscar um novo olhar em relação ao seu filho, esperando-se, com isso, que voltem a investir na comunicação com ele ⁽¹⁹⁾.

Considerando tais pressupostos, o objetivo deste artigo é analisar o papel das entrevistas continuadas na participação de mães e pais durante o processo terapêutico de seus filhos com diagnóstico de autismo.

Este estudo insere-se no projeto “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: retardos de aquisição da linguagem oral secundários a grandes transtornos do desenvolvimento” aprovado no Comitê de Ética Institucional sob número 0117.0.243.000-07.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratória e descritiva, na qual foram estudados três sujeitos, entre dois e quatro anos de idade cronológica, com diagnóstico de autismo, conforme os critérios estabelecidos pelo Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM) – IV que são semelhantes ao Código de Classificação Internacional de Doenças (CID) – 10.

A amostra foi de conveniência, buscando-se os sujeitos mais jovens do serviço de atendimento fonoaudiológico da instituição de origem, no qual o trabalho foi realizado, tendo em vista a perspectiva de que a plasticidade cerebral tem papel fundamental no sucesso clínico. Outro critério, considerado neste trabalho, foi de os sujeitos não terem realizado terapia fonoaudiológica anterior, embora pudessem ter sido atendidos em outros espaços terapêuticos¹¹.

Nos primeiros atendimentos, as mães dos três sujeitos com características do espectro autista que compõem esta amostra foram esclarecidas sobre os propósitos do estudo, bem como sobre o direito de desistir de participar da mesma sem prejuízo ao tratamento do filho. Os procedimentos de coleta foram iniciados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), nos termos da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Institucional.

Foram realizadas entrevistas continuadas com as mães e os pais que, além de ser uma forma de intervenção, foi uma forma de atualização e de complementação de dados sobre o exercício das funções parentais e os reflexos da intervenção terapêutica no ambiente familiar.

Tais entrevistas foram agendadas quinzenalmente no período de setembro de 2008 a junho de 2009, porém a presença variou de familiar para familiar. Em geral, houve um aumento das entrevistas, passando a semanais, em momentos críticos da terapia, conforme será descrito caso a caso. A presença dos pais ocorreu em menor escala para os casos L e C do que no caso de A. Já a presença das três mães foi assídua.

As entrevistas foram interpretadas a partir de uma análise psicanalítica do discurso materno e/ou paterno a partir das anotações realizadas pela terapeuta após cada encontro (não sendo gravadas em áudio e/ou imagem). Nos momentos mais

¹¹ Dois sujeitos, caso 1 (L) e caso 2 (C), tiveram atendimento na área pedagógica alguns meses antes da terapia aqui proposta

críticos do processo terapêutico com os pais, as entrevistas foram feitas com a orientadora/supervisora do projeto e terapeuta responsável pelos atendimentos. A estratégia utilizada, em termos de método analítico, foi a leitura e releitura das anotações e das transcrições das entrevistas e recorte de temáticas que giravam, sobretudo, em relação às representações parentais sobre o filho real em contraposição ao imaginado, a auto-percepção como pais e a percepção do processo fonoaudiológico pelos pais.

Para controle dos efeitos das entrevistas na interação com os filhos, além do atendimento direto com o sujeito, individual ou conjunto com a mãe, os três sujeitos (L, C, A) foram filmados durante a interação com a terapeuta (T) e com a mãe/pai (Mãe-L, Mãe-C e Mãe-A; e Pai-L, Pai-C e Pai-A) ao início dos atendimentos e ao final dos mesmos, no período de aproximadamente 10 meses (contado do início do procedimento terapêutico de cada sujeito). A terapia fonoaudiológica foi realizada com abordagem na perspectiva da clínica dos distúrbios de linguagem, orientada por uma visão teórica interacionista, em termos de aquisição da linguagem, e por estudos psicanalíticos sobre o desenvolvimento infantil. A intervenção precoce ⁽²⁰⁾ sobre o autismo ^(15,21) e a proposta terapêutica assentada são fundamentais nessa perspectiva de atendimento^(22, 23). As sessões ocorreram duas vezes por semana, com duração de 30 a 45 minutos cada, esta variação de tempo dependia da aceitação do sujeito.

Algumas sessões (a primeira e uma por mês) foram filmadas com intuito de se analisar a interação dialógica da diáde mãe-filho, ou pai-filho, nas quais se puderam observar as características dos sujeitos e de seus pais enquanto brincavam e as evoluções verificadas no período de atendimento. Em ambas as filmagens, foram colocados objetos próprios à faixa etária do sujeito na sala e foi solicitado à mãe e/ou pai que brincasse com o filho. Em relação aos sujeitos, observou-se a compreensão de linguagem durante a atividade lúdica, a forma de brincar deles. Os aspectos observados na conduta materna envolveram a entonação da mãe (satisfação, insatisfação e desânimo), o uso ou não de *manhês* (entonação da fala dirigida pelo adulto a um bebê e que tem o poder de captar a atenção do último), a troca de turnos pela mãe e filho, a capacidade dela se sintonizar com os gestos e/ou fala do filho e, assim, responder (ou não) às demandas do sujeito.

APRESENTAÇÃO DOS CASOS CLÍNICOS

Os resultados desta pesquisa serão apresentados no interior do caso de cada sujeito (S1, S2 e S3); porém, antes serão apresentados o relato histórico dos princípios e das estratégias terapêuticas desenvolvidas e alguns dados dos sujeitos abordando-se a história pregressa e conteúdos das entrevistas continuadas realizadas com os pais.

Ao início dos atendimentos, o enfoque terapêutico dado aos três casos buscava aproximar mãe e filho, de forma a incrementar o vínculo mãe-filho, bem como as possibilidades da mãe interpretar as manifestações comunicativas do filho. Esse resgate relacional era esclarecido nas entrevistas continuadas com as mães sempre fazendo relação aos aspectos vividos em terapia, que passaram a ser melhor compreendidos por elas, em distintos momentos do processo terapêutico. Assim, questões sobre o vínculo materno (em estabelecimento) e o papel do brincar foram muito discutidas nas entrevistas continuadas.

Os primeiros encontros, no entanto, foram reservados à escuta familiar. Num primeiro momento, nos casos do sujeito 1 (L) e do sujeito 2 (C), as mães se fizeram mais presentes e no caso do sujeito 3 (A), embora o pai comparecesse às sessões, a mãe se manifestava mais. Tal estratégia terapêutica foi utilizada considerando o relato inicial dos pais, o qual demonstrava grande angústia e necessidade em falar sobre seus sofrimentos frente às expectativas frustradas quanto ao desenvolvimento de seus filhos; investiu-se, pois, mais nas entrevistas das mães, para se refletir sobre a situação vivida pelas mesmas e, assim, tentar construir novos caminhos de investimento no filho.

No decorrer dos encontros, os pais passaram a participar com maior frequência e, estando as mães mais orientadas sobre o percurso da terapia, o envolvimento dos pais foi gradativamente ocorrendo. Convém destacar que em alguns encontros, os pais não estavam presentes pela dificuldade em conciliar o horário da sessão com o horário de trabalho.

As três mães apresentaram grande envolvimento nas entrevistas e sessões com os filhos, embora algumas tenham necessitado de maior tempo para assimilar a estratégia com o brincar e, principalmente, perceber que em “seu filho com problema” existia uma criança que, em sua singularidade, precisava ser ouvida.

Os relatos feitos pelas mães serão descritos na sequência da apresentação dos casos, demonstrando a evolução no brincar e na dialógica com seus filhos.

Sujeito 1 (C)

C. é um menino e estava com 4 anos e 6 meses quando compareceu à clínica fonoaudiológica com queixa principal de dificuldade na fala, depois de obter diagnóstico de espectro autista, comunicado à mãe por uma psicopedagoga (educadora especial) na cidade de Santa Maria - RS.

Durante o período gestacional, houve a necessidade de repouso, pois a mãe apresentou ameaça de aborto a partir do sexto mês de gravidez, acompanhado de perturbado estado emocional. O nascimento foi cesareana, a termo e sem intercorrência negativa. Foi informado que C. dormia com os pais e estes observavam que ele apresentava sono muito agitado.

O desenvolvimento psicomotor ocorreu sem alterações. Quanto à linguagem, a mãe refere que, após o sexto, mês C. demonstrou balbucio e, próximo de um ano, surgiram as primeiras palavras (“mama, papa, tata”), seguindo-se de “não qué xixi” para “não quero fazer xixi”. Não usou gestos para se comunicar.

Ao início da terapia, não fazia uso de pronomes, e o uso de frases simples era restrito, sendo as mesmas produzidas soltas e fora de contexto. Apresentava fala ecolálica, assim como alguns jargões e estereotipias de mãos (*flapping*).

Era comum no brincar, a mãe observar alguns rituais como rodar as rodinhas dos carrinhos, tampas, etc. Ela o deixava brincar sozinho (C. apreciava essa situação) e, quando contrariado, apresentava crises de birra com tremores, atirando-se no chão. Muitas vezes, chorava sem motivo aparente.

As entrevistas continuadas com os pais de C

Vindos de uma abordagem comportamental, esses pais chegaram ao atendimento fonoaudiológico com grande expectativa em relação ao desenvolvimento da comunicação do filho, já que os outros aspectos do desenvolvimento estavam sendo trabalhados com a educadora especial.

Na primeira das entrevistas continuadas, a mãe expõe sua ideia de como seria o atendimento fonoaudiológico baseando-se no exemplo das sessões terapêuticas realizadas pela educadora especial. Sua reação foi de surpresa ao ser informada de que ela estaria presente nas sessões e que a abordagem, com a qual

trabalhávamos, preconizava a terapêutica com o brincar na diáde mãe-sujeito. Pareceu um pouco descrente sobre o brincar, mas se disponibilizou, de imediato, a participar das sessões de intervenção e do acompanhamento realizado com as entrevistas continuadas.

Em cada entrevista, surgia um novo olhar em relação à terapia do filho com a sua participação, principalmente, pelo fato de ser uma terapia que se faz “brincando”. Evidenciou sua resistência em participar das sessões, pois mencionava “*achar que o certo era seguir as orientações do método comportamental, pois era como sabia e pensava que era o melhor a ser feito*”.

Os primeiros encontros enfocaram mais o fato da gravidez de C. não ter sido planejada. A mãe informou que precisou desistir de estudar, revelando momentos de tristeza; pensava não ser o momento certo para uma gravidez, embora tivesse planejado ter filhos com o marido.

Nas conversas seguintes, aproximadamente no início do quinto mês de acompanhamento, precisamente após dez entrevistas, surgiram as primeiras mudanças na forma de ver o filho. A mãe foi deixando de ver o “autista C.” para observar “C. com características do espectro autístico”. Seus relatos demonstravam descobertas pelo brincar, em que aproveitava o que observava nas terapias conjuntas para se inspirar em novas interações com o filho. Frequentemente, a mãe informava que “*não imaginava que não sabia brincar e, que brincar era estar envolvida e presente na brincadeira do filho, no momento de vida do filho*”. Disse ter percebido a importância de “*querer brincar verdadeiramente*”, de passar mais tempo com o filho, situação que pouco acontecia anteriormente, em função do trabalho e ressaltou a importância de se entregar a esses momentos. Pensava que, se oferecesse um brinquedo deixando o filho “brincar” e desse uma atenção rápida, era o suficiente. Muitas vezes, afirmou que aprendeu a brincar, pois, antes não pensava na importância desse momento tão simples: “*(...) eu não sabia brincar*”.

As dúvidas iniciais sobre o futuro de C. e de como ele se comportaria nas séries escolares permaneciam. Essas questões sugeriam que a mãe ainda não acreditava na melhora, ou nas possibilidades de adequação do filho ao que é tido como “normalidade”. Apesar disso, era notável o seu empenho para interpretar os enunciados do filho, demonstrando a ele que estava presente, procurando dar sentido para sua fala. Relatava situações nas quais C. “conversava”; disse que C. chamava sua atenção verbalmente e iniciara o relato de seu dia na escola,

contando-lhe alguma situação, de forma ainda enrolada, para a mãe, porém inteligível.

O pai estava cada dia mais presente, o que se confirmava na sua participação mais assídua nas terapias. As maiores reclamações tornaram-se referentes ao humor de C. e suas crises de birra, que também eram vividas em terapia. No entanto, C., cada vez mais, deixava de ter características do espectro autístico e passava a brincar de modo simbólico e mais complexo. Sua fala evoluía para a produção de sentenças e ele participava de modo adequado no diálogo, tanto com os pais quanto com a terapeuta.

Reflexos das entrevistas na interação com C

De acordo com o relatado, o papel da terapeuta foi alertar a mãe, nas entrevistas continuadas ou por meio do modelo (em sessão), sobre a importância do se entregar ao brincar e de dialogar, sem a preocupação com ensinamento pedagógico.

Inicialmente, a mãe pareceu não se sentir à vontade para brincar com o filho, demonstrando certa apreensão pela forma como C. utilizava os brinquedos. Parecia estar analisando cada movimento do filho, destacando o que lhe percebia não ser adequado. Estas manifestações da mãe eram observadas pela terapeuta nos momentos em que a mãe interagia com o filho no decorrer de atividades com foco pedagógico. Esse mecanismo parecia relacionado ao processo terapêutico anterior (comportamentalista), o que foi muito discutido nas entrevistas, possibilitando a compreensão da mãe sobre a diferença daquela abordagem em relação ao brincar livre proposto nesta pesquisa.

O reflexo das mudanças que aconteciam na postura da mãe aparecia no comportamento de C. E ela, a cada sessão, demonstrava maior organização com o esclarecimento sobre o processo terapêutico e a diminuição de sua ansiedade. MC já participava do brincar com o filho sem tentar dirigir sua vontade, pois buscava entrar na brincadeira de C., dando interpretações sobre o que ele pudesse estar inventando. Sentia-se feliz em poder passar mais tempo com o filho, situação que não acontecia na vida de ambos (mãe e filho). No seu discurso atual diz “*não ver a hora de chegar em casa para brincar com o filho e enchê-lo de beijos*”. Tal sentimento não era manifestado anteriormente, pois ela não sentia a necessidade de

ter um tempo para o filho, possivelmente, pelo efeito da falta de resposta de C. as suas iniciativas de estar com ele.

A participação do pai também evoluiu, pois a mãe passou a relatar que o marido estava passando mais tempo brincando e conversando com o filho. A mudança deles foi sentida tanto pela mãe quanto pelo pai, que afirmaram “*não imaginar que nunca tinham brincado realmente com o filho*”. O tempo que o pai estava em casa era aproveitado despreocupadamente com o filho, inventando jogos de esconder, histórias feitas em desenhos, entre outros. Essas situações eram relatadas pela mãe com bastante orgulho e surpresa, comentando que “*na verdade eles pareciam estar conhecendo a si mesmos através do brincar*”.

Hoje, C. faz suas escolhas sem esperar pela oferta e inicia seu brincar simbólico; dialóga mais durante a brincadeira e busca incluir o outro na mesma. O trabalho da terapeuta junto à mãe foi investir no brincar e no ouvir C., o que possibilitou deslocamentos importantes para o acesso ao simbolismo, em especial, à capacidade representacional, sobretudo, a falada. Pode-se dizer que isso foi possível por essa disposição dos pais em ouvir e brincar mais com o filho.

No quadro 21, exemplificam-se, com dois recortes do diálogo mãe-filho, a evolução de C.

Nº	Sigla Locutor	Transcrição ao ínicio da terapia	Sigla Locutor	Transcrição após 8 meses de terapia
1	Mãe-C	Olha aqui! Quero vê se tu conhece essa letra, ó! C., ó!	Mãe-C	C! Posso vê a borboleta?
2	C	observa a mãe lhe mostrando a letra	C	Mamama (segura a figura e a leva para mãe ver)
3	Mãe-C	Então me diz que cor é essa aqui? Que cor é essa aqui?	T	Vai voa lá pra mãe né?!
4	C	U “C”.	Mãe-C	Vem aqui na minha mãozinha.
5	Mãe-C	O “C”! E a cor do “C” qual é? Qual é a cor do “C”?	Pai-C	Oh! Um Pokemon aqui na flor ta.(pai sentado na mesa desenhando)
6	C	O “C”.	C	Humm. Parece que é uma bola.(olha a cartinha que é redonda e que tem uma borboleta dentro)

7	Mãe-C	Que cor, é igual a qual? Que cor é essa?	Mãe-C	Parece uma bola porque ela ta dentro de uma bola
8	C	"C".	C	...ela ta dentro de uma bola
9	T	"C", e que cor ela é?	Mãe-C	É...que linda! Olha aqui oh, filho...e ta dentro de uma flor também. Parece, olha pra borboleta(ao longe tenata participar).
9	C	-...	C	Uhmm...não, não é borboleta. Ta bom a borboleta.
10	T	É mesmo! É o "C" de C.	Mãe-C	Ahm!
11	Mãe-C	Vem cá filho! Ó. Vem cá, ó.	C	Hein, sabe o que é boboleta?
12			Mãe-C	Tava até com saudade desse posto. rsrsr (mãe falando sobre o brinquedo).
13			C	Sabe? (em direção da mãe que montava o postinho)
14			T	Eu sei o que que é uma borboleta. Tu sabe?
15			Mãe-C	Ihh! Que que uma borboleta faz? Ela voa? (olha pra C. mostrando que a terapeuta perguntou e auxilia no diálogo)
16			C	Vuando!
17			Mãe-C	É!
18			C	Papai olha! (encaminha-se até o pai)
19			Pai-C	Deixa eu vê!
20			C	A boboleta! (entrega a figura ao pai)

Quadro 21 - Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia do sujeito 1 (C).

-... segmento ininteligível

Sujeito 2 (L)

L., gênero masculino, tinha idade de 4 anos e 2 meses, quando compareceu ao Serviço de Atendimento Fonoaudiológico; foi encaminhado por neurologista e apresentou queixa de atraso na fala. Tinha sido atendido por uma psicopedagoga (educadora especial) por meio da avaliação do Perfil Psicoeducacional Revisado/ (PEP-R).

Segundo a mãe, não houve planejamento da gravidez, tendo a notícia causado certo “susto” ao casal, mas, posteriormente, a novidade foi aceita com grande alegria. A mãe citou que necessitou de cuidados e repouso durante a gestação por ocorrência de sangramento durante os primeiros cinco meses. O nascimento foi a termo o parto cesariana e sem intercorrência negativa. No sétimo dia, L. retornou ao hospital com quadro de icterícia, sendo realizado procedimento de fototerapia.

Em relação ao desenvolvimento psicomotor, L. adquiriu o controle cefálico e de tronco, bem como o engatinhar e o andar nos tempos esperados para a idade. Iniciou a fala, próximo do quinto mês, e as primeiras palavras ao oitavo mês. Com aproximadamente um ano, houve interrupção da fala, o que, segundo a mãe, aconteceu no mesmo período em que o pai esteve mais ausente, em função do trabalho.

L. Iniciou escolarização (maternal) com um ano e oito meses, quando voltou a falar palavras soltas, parando novamente aos dois anos e seis meses.

Atualmente, a comunicação ocorre preferencialmente na forma gestual, com fala jargonada, oscilando em períodos de maior produção e períodos de ausência. Produz palavras soltas interpretadas pela mãe, mas, ininteligíveis para outras pessoas.

Sobre o brincar, foram referidas, na entrevista inicial, manipulação de forma repetitiva e fixação por objetos que rodeiam (ventilador e rodas de carrinhos). Segundo a mãe, L. apresentava humor instável, situações de agressividade (auto e heteroagressão), sobretudo, no ambiente escolar. Também, demonstrava dificuldades em permanecer na mesma atividade e compreendia somente ordens simples, sendo, inclusive, seletivo quanto às informações.

As entrevistas continuadas com os pais de L.

Ao início dos encontros, o relato da mãe de L. já informava sobre como o comportamento do filho, as suas investidas, causava-lhe estranhamento. Relatou sobre todo o caminho que já tinha percorrido com outros profissionais, até chegar ao serviço para participar deste projeto terapêutico. Foram várias as sessões em que demonstrou revolta, principalmente, sobre a forma como o diagnóstico foi feito e em relação à abordagem terapêutica anterior, em que foi orientada a utilizar reforço negativo quando C. não respondia “adequadamente”. Como relatado no caso 1, a

ideia de participar de uma terapia brincando com seu filho foi a situação que mais lhe causou dúvidas, pois havia uma diferença radical entre as duas abordagens.

Mãe-L participava em todos os momentos, questionando muito o “simplesmente brincar”. Demonstrou certa desconfiança a respeito da nossa proposta terapêutica: - *“Por que é que eu vou perder meu tempo em estar ali só para brincar? Fono tem que fazer falar. Brincar ele faz na escolinha e em casa.”*

Já nas primeiras entrevistas continuadas, a mãe de L. pareceu bastante à vontade em relatar as situações que experimentara até então em busca de esclarecimentos. Para ela, as entrevistas funcionavam como “um momento para o cafézinho”. Sempre demonstrava dúvidas e inquietação ao pensar em como desempenhava atividades em casa com L., pensando em como ela aproveitava os seus momentos de lazer com o filho e o marido. Percebia que o seu envolvimento com o filho era superficial e que não o envolvia nas suas tarefas, pois achava que o mesmo não a compreendia. O que sabia sobre o “filho autista” dizia respeito ao que ela não poderia investir, pois ele não conseguia e não teria capacidade para realizar nada como “crianças normais” realizam. Essas constatações causavam irritação na mãe, que relembrava a experiência anterior de tratamento com o filho.

Reclamava, também, e várias vezes, sobre a postura mantida pelo marido em relação ao filho, pois, em alguns momentos, achava que ela exercia a função materna e paterna sozinha. Considerava que o marido não conseguia participar mais com o filho por não ter tido um modelo, pois o mesmo teve uma infância na qual não recebeu um modelo de atenção e carinho do avô de L. Assim, quando buscava o filho para brincar, eram momentos rápidos, sem contato físico e/ou carinho.

A cada encontro com essa mãe, ocorria um bombardeio de perguntas sobre a síndrome autística: os estudos, a “cura” e os procedimentos de terapia convencionais. Desde o início de sua “peregrinação”, termo utilizado por ela, afirmou que passava grande parte do tempo livre buscando informação na *internet* sobre o tema. Mãe-L fez amizades virtuais com outras mães e mantinha contato na tentativa de obter respostas para o que buscava. Relatou que, em nenhum momento, ouvira de outras mães sobre terapias com o brincar, o que lhe causava maior desconfiança sobre a terapia proposta por nós.

Felizmente, as entrevistas e as situações vividas, em sessão, passaram a ser mais bem entendidas pela mãe, que em alguns episódios, tomava a sessão para fazer comentários, perguntas, esquecendo-se que o espaço era destinado ao filho.

Muitas situações começaram a ser discutidas, sobretudo, as em que o filho se aproximava mais da mãe. Mãe-L entendia que precisava, ao menos, demonstrar ao filho interesse pelo que ele estava querendo dizer e, assim, a atenção do mesmo aumentava em busca da mãe, pois *ouvia*, era *ouvido* e iniciava um *se fazer ouvir*⁽²⁰⁾.

Falou-se sobre uso da voz como exemplo de que L. podia entender o que pudesse ser explicado com delicadeza e respeito, e que o uso do “não” e “gritos”, sugestões da terapia anterior, poderia ser um potencializador do comportamento negativo do filho. O prazer demonstrado na fala da terapeuta, usado como modelo, enfatizava a importância dessa fala na projeção sobre o brincar, atribuindo sentido às ações de L.

A integração do pai para esse novo olhar sobre L. era referida (pela mãe) como de forma lenta. Um cansaço diário (do trabalho) aparecia como desculpa para não brincar com o filho. Na maioria das entrevistas, o assunto do brincar era retomado, principalmente, quando o pai acompanhava a mãe, o que passou a acontecer com maior freqüência, após quatro encontros realizados somente com a mãe. Os relatos da mãe sobre as tentativas do pai eram seguidos de muito riso, pois dizia que o marido “funcionava 48 horas” e depois tudo voltava como antes.

Nas palavras da mãe, hoje L. é outra criança e ela se tornou uma mãe que se sente acreditando a cada instante que o filho tem capacidade para desenvolver-se saudavelmente em um ambiente em que se “*brinca longe dos dvd's*”.

Reflexos das entrevistas na interação com L.

O processo terapêutico iniciado com L. foi semelhante ao desenvolvido no caso do sujeito 1 (C), sendo inicialmente trabalhado o resgate do vínculo materno por meio das sessões de terapia conjunta (a mãe, o sujeito e a terapeuta) e das entrevistas continuadas.

O reflexo das entrevistas no comportamento familiar do sujeito 2 (L) foi bastante positivo e o brincar dos pais com L. se tornava, a cada dia, mais efetivo. A mãe passou a brincar com maior naturalidade e entrega. O brincar da mãe acarretava o envolvimento de L. na brincadeira e na sua maior aproximação com ela. A mãe contava tal constatação com alegria, pois não imaginava que “*fazendo isso, tudo mudaria*”. L. já brincava de carrinho sem ficar rodando exclusivamente as rodas; criava brincadeiras; entendia o brincar de esconder; ajudava a mãe em tarefas domésticas quando convidado e os ambientes cheios não o incomodavam

mais. De certa forma, a rotina da família parecia sofrer um efeito normalizador. A convivência de L. com os colegas melhorou, tanto pelos reflexos da terapia, como pela boa acolhida e manejo da escola em relação às dificuldades de L.

O relato da mãe sobre essa evolução surpreendia, pois dizia que “*pela primeira vez, sabia o que era sentir o carinho do filho*”. Toda essa descoberta de afeto, busca e desejos eram relacionados ao fortalecimento do vínculo materno e ao aprender a brincar. O discurso da mãe deu-nos, portanto pistas claras de sua descoberta e do seu aprendizado (“aprendi a brincar”). Esse progresso, com freqüência, era informado à terapeuta que recebia mensagens via celular, contando alguma situação sobre o desenvolvimento de L. Um, de tantos, foi o relato de uma frase do filho antes de dormir que dizia: “eu te amo mamãe”. Esta expressão passou a correr rotineiramente.

No final da pesquisa, o medo, a incerteza e a ansiedade manifestados pelo casal e, principalmente, pela mãe, estavam quase ausentes. A satisfação com a vida familiar e social de L. refletia o trabalho desenvolvido nas entrevistas continuadas, as quais davam oportunidade da mãe falar e, em meio aos sentimentos mais dolorosos, dela resgatar o filho imaginado.

No quadro 22, são exemplificadas interações antes e depois da terapia

Nº	Sigla Locutor	Transcrição ao ínicio da terapia	Sigla Locutor	Transcrição após 10 meses de terapia
1	Mãe-L	Olha aqui, vamo mostra pra tia M.	L	O que tem ali?
2	Mãe-L	L, a tia M não sabe. Que letra que é essa aqui ó, ó?	Mãe-L	A mamãe não quer mais comer. Rrs
3	L	L continua a rabiscar o quadro com o giz, parecendo não prestar atenção. Em seguida, L vai até a mesa pegar um giz.	T	Risos. Tomou café já mãe?
4	Pai-L	Pai-L: Ó o azul.	Mãe-L	Risos. Mamãe já tomou café
5	Mãe-C	Mãe-L: Que letra que é essa aqui?	L	Não!
6	Mãe-L	L.	Mãe-L	A não? Quer mais uma coisinha?
7	L	L faz mais algumas	L	...bolacha!

		garatujas e repete o que a mãe disse se aproximando da letra por ela escrita.		
8	L	L.	Mãe-L	Tem bolacha aqui?
9	L	U.		Mãe e filho procuram algo no cesto.
10	T	Tu sabe a letra do teu nome então.	Mãe-L	Tem nada! A Michele não foi no mercado.
11	Mãe-L	E esse aqui?	T	O mercado tava fechado!
12	L	C	L	... mãe. Esse aqui mãe. (mostra brinquedo)
13	Mãe-L	O C		
14	Mãe-L	E esse aqui?	Mãe-L	Esse aqui?
15	L	I	L	pega brinquedos e organiza no chão.
16	Mãe-L	E esse aqui?	Mãe-L	Bota no fogão. Esse aqui ó. Fazer comida aqui ó (coloca panela no fogão)
17	L	O. A cada letra que a mãe escreve e ele nomeia, em seguida risca a mesma.	L	Não. (retira a panela do fogão e coloca com os outros brinquedos que está arrumando)
18	Mãe-L	Tudo junto fica? – Faz um risco abaixo do nome. A criança também faz um risco abaixo da escrita e depois a mãe mais uma vez sublinha o nome que escreveu.	Mãe-L	Mas.
19	Mãe-L	Como é que fica tudo junto? O menino se afasta, indo até a mesa e ficando de costas para a mãe. Responde, mas errado.	L	No chão.
20	Mãe-L	Não. Fica L.	Mãe-L	No chão? Então, tá!
21			L	Aqui
22			Mãe-L	Ahh, tu achou o... Olha aqui, uma colher rosa. (mexe na panelinha com a colher)
23			L	imita a mãe mexendo com colher no prato.
24			Mãe-L	Qué um pouquinho?
25			L	Tô sem fomi.

Quadro 22 - Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia no sujeito 2 (L).

Sujeito 3 (A)

A., também do gênero masculino, com idade inicial de 2 anos e 1 mês, foi encaminhado ao setor de linguagem com queixa da família e da escola de ausência de fala e restrito comportamento social.

O histórico gestacional foi acompanhado por situações de estado emocional conturbado e ocorrência de períodos de negação da gravidez não planejada, pelo casal. O parto foi a termo, embora tenha sido realizado um parto cesariano de urgência, sendo o bebê encaminhado diretamente para o oxigênio e permanecendo em incubadora por 24 horas. Teve icterícia neonatal e realizou fototerapia por aproximadamente quatro dias.

Sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, iniciou marcha com apoio próximo dos 10 meses e marcha sem apoio com 1 ano e 3 meses. A mãe referiu não observar a emissão de nenhuma palavra (com significado) ou com função comunicativa até o momento da entrevista.

As entrevistas continuadas com os pais de A.

O trabalho com a mãe de A, diferenciou-se dos realizados com as outras mães, visto que ela apresentava uma condição emocional agravada em relação a si e ao ambiente familiar (crise conjugal). Sempre estava bastante angustiada e relatava sentimento de culpa pela situação do filho. Não entendia o que acontecia, parecendo ser sugada para um ambiente de extremo desconhecimento e conflito.

Nos primeiros encontros, com frequência quinzenal, a mãe questionava muito o motivo do filho não falar - “Por que ele não fala?”- parecendo esperar que a terapeuta respondesse todas as suas dúvidas, esperando que uma “receita” fosse prescrita para o tratamento do filho. Desconversava quando o assunto se encaminhava para os seus desejos e suas vivências. A condução das entrevistas foi mudando de direcionamento quando conseguiu chorar demonstrando sua fragilidade, situações de angústia, medo e insatisfação na sua vida conjugal e na convivência com familiares do marido. Comentou sobre situações que ocorriam no ambiente familiar em que ela sentia-se “presa, sufocada”, demonstrando necessidade em falar, “*pôr para fora a dor que sentia*”. Porém, até chegar neste estado, a mãe apresentou certa resistência, querendo desconversar principalmente, os assuntos relacionados a sua infância e à imagem que tinha de sua própria mãe; tentava organizar seu discurso de forma a demonstrar domínio sobre si, excluindo

seus sentimentos como possíveis geradores das dificuldades que enfrentava ao agir com o filho.

O foco inicial das entrevistas era a condição e o tratamento da criança frente às dificuldades de interação com o Outro, pois afirmava o desinteresse do filho nas situações diárias. O choque vivido por essa mãe durante o período gestacional foi gradativamente sendo informado, dando-se elementos para que ela refletisse sobre seu papel (materno) e sobre o fato de tê-lo deixado vago para a sogra e cunhada. A partir daí, as sessões de entrevistas aumentaram para uma frequência semanal.

Seus relatos informavam que não lembrava de ter sentido a satisfação e a felicidade em ser mãe (por não ter sido uma gravidez planejada); dizia ter recebido apoio do marido (*“ele foi ótimo, o melhor possível durante a gravidez”*), com cuidados e carinho. Depois do nascimento de A., sentiu-se esquecida, deixada de lado, fazendo a seguinte colocação: *“agora já nasceu, não sirvo mais”*. Para a mãe ninguém mais se preocupava em como ela estava se sentindo, todas as atenções eram dirigidas ao bebê e agora, ela *“só servia para alimentar o filho”*.

Após o parto, Mãe-A relatou não querer voltar para casa. Queria ficar no hospital *“para sempre”* não querendo ver o filho. Não entendia o que estava acontecendo e, nesse momento, deixou que a sogra e a cunhada assumissem o seu papel de mãe. Esse fato ficou evidente na entrevista inicial, pois quem informava as perguntas realizadas na triagem sobre o desenvolvimento de A. era a cunhada que acompanhava o casal. A fonoaudióloga responsável pela triagem, percebendo o fato, direcionou perguntas para a mãe que disse que a gravidez *“foi o pior momento da minha vida”*, na frente de todos. A estratégia, então, foi acolhê-la incondicionalmente e valorizar a sua participação na terapia e na vida do filho.

A partir do vínculo estabelecido com a terapeuta, buscou-se discutir elementos da terapia de A. e alternativas para melhorar a relação da mãe com ele. Foram discutidos seus comportamentos diretivos e o quanto eles causavam o retraiamento de A., pois a mãe, como será visto na sequência dialógica antes da terapia, tentava manipular o corpo do filho para que ele respondesse a ela.

Nas conversas sobre como as terapias ocorriam, a mãe passou a comentar que percebia sua dificuldade em entregar-se ao filho e o sentimento de culpa por ter deixado seu espaço ser preenchido por outros; entendeu que tais fatos atrapalhavam a sua aproximação com o filho. Percebeu que necessitava assumir

seu papel de mãe, mas projetava para o marido parte de sua dificuldade, pois este se concentrava muito em sua família de origem.

Aparentemente, passou a demonstrar maior serenidade para abordar a situação do filho. Não entendia por que A. *“parou de ser como era”*. Referiu que antes ele olhava mais, interagia e parecia querer falar (chorou). Sentia-se culpada por ele *“estar daquele jeito”*.

A percepção das dificuldades colocadas pela mãe fez com que houvesse a necessidade de supervisão de uma psicóloga para a efetivação das orientações. Iniciou-se, então, um processo de conscientização da mãe acerca dela mesma ter um espaço para si, ou seja, de iniciar atendimento psicológico, visto que cabia à fonoaudióloga retomar o foco das conversas sobre a terapia do filho e sua participação nelas. Foi explicado para a mãe a necessidade de continuar as entrevistas sobre o vivido em terapia e, a partir das colocações realizadas, iniciou-se trabalho psicológico individual com a mãe e, posteriormente, com o pai na busca de se reestruturar o ambiente familiar. No entanto, embora a mãe tenha apresentado tão forte demanda pela a mesma, ela não a frequentava com a mesma assiduidade do pai. O estado emocional da mãe apresentou picos e disfunções preocupantes como bulimia nervosa, emagrecimento e crises depressivas. Um fato interessante relatado pela mãe nesse período foi a busca de A. por ela, procurando abraçá-la nas costas e na cabeça, parecendo, aos olhos da mãe, que o filho queria protegê-la. Mesmo com os atendimentos psicológicos para a mãe, esta ainda demandava muita atenção no espaço terapêutico do filho, sendo necessário alertá-la para a necessidade de trabalhar determinados assuntos com a sua terapeuta. Contudo, Mãe-A procurava maior envolvimento nas sessões com o filho e relatava sentir diferenças na forma como tem brincado, percebendo mudanças no olhar e sorriso do filho.

Portanto, a partir do espaço de terapia psicológica aberto para a mãe, puderam-se voltar as entrevistas continuadas sobre A. para uma frequência quinzenal. A mãe passou a demonstrar o desejo de ser mãe, e a se esforçar para entregar-se ao filho e ao brincar. O esforço em organizar a sua família ocorreu, inicialmente sem o apoio do marido, e ao final da pesquisa com uma maior união do casal.

A desarmonia vivida no ambiente familiar causava grande variação no comportamento dos três envolvidos, dificultando a evolução de A., que se mostrava menos presente na terapia.

Em meio a esse processo, os pais começaram a desejar um parecer biológico das condições de A., foram então encaminhados para uma avaliação neurológica na clínica-escola. O neurologista deste serviço os encaminhou para o serviço de neurologia do hospital institucional para realizar exames. O neurologista do hospital colocou um quadro excessivamente pessimista em relação a A., o que gerou crise e descontentamento da família com as informações que até o momento tinham sido fornecidas em terapia e em investigação pelo neurologista da clínica-escola.

Realizou-se uma entrevista com o casal e a orientadora desta pesquisa e trabalho, na qual se explicou a posição de A. no espectro autístico. Falou-se da gravidade atual do caso e das possíveis implicações orgânicas e psíquicas familiares que incidiam sobre A., pois se descobriu que toda a família (materna e paterna), inclusive o casal, sofria de distúrbios psiquiátricos (bipolaridade, depressão, crise de pânico, entre outros).

Na ocasião, o casal, lembrou-se de situações do primeiro ano de vida de A. demonstrando, pelo relato, que o menino esboçava características do terceiro tempo do circuito pulsional, mas que elas haviam sumido depois de o pai passar três dias pescando. Esse relato causou a impressão de que A. apresentou um retraimento maior quando a figura mais presente no dia-a-dia, o pai, ausentou-se por um período prolongado. Explicaram-se as possíveis consequências disso, sem muitos detalhes para não alimentar o sentimento de culpa do casal que já era grande.

Nessa última entrevista, foram traçados objetivos a partir das evoluções de A. e possibilidades para abrir espaços de relacionamento. O casal voltou a perceber as evoluções e a investir na relação com o filho após a entrevista, pois, também, foi deixado claro que muitos dos impedimentos eram de A. Buscou-se enfatizar que a única possibilidade que se tinha era investir no que podia ser positivo, descobrindo as potencialidades de A. Deixou-se claro que isso ocorre com quaisquer pais, e por isso, reiterou-se a importância da manutenção de seus espaços terapêuticos individuais, visto que as exigências diante de uma criança com as características de A seriam maiores.

Reflexos das entrevistas na interação com A.

Ao início dos atendimentos, na maioria das situações, A. não demonstrava simbolismo e/ou contato visual. Corria muito de um lado para o outro, batendo com as mãos onde parava. Parecia demonstrar desconforto e ansiedade (tremores, pressão no fechamento mandibular, intensos jargões e mímica facial de choro). Não demonstrava interesse às investidas da mãe.

As conversas nas entrevistas continuadas sobre a ansiedade da mãe, percebidas nas sessões conjuntas, permitiram que a mãe fosse reorganizando sua ação e esperasse mais as respostas de A. A mãe foi observando que, em alguns momentos, quando seu ato não se tornava extremamente dirigido, a criança ensaiava um brincar exploratório, mas logo abandonava pela intrusividade materna, em função de muitas perguntas e comandos. Deste modo, acabava dispersando a atenção de A. e aumentando seu retraimento.

Nas sessões de A., as tentativas da mãe em participar do movimento da criança não apresentavam retorno, embora o seu esforço ocorresse em muitos momentos. Eram raras as ocasiões em que a mãe conseguia trazer o olhar do filho para o que realizava. Uma ação em que a criança fixava sua atenção na mãe era quando, em sussurros, ela lhe contava alguma situação ou tentava interpretar algum jargão emitido pelo filho.

Nas entrevistas, os momentos de retorno de A. eram vistos com muita alegria pela mãe. Por isso, modificou-se a atitude de buscá-lo pela proposição de brincadeiras com o carro ou a bola, para interpretar, com fala em *manhês*, sua exploração sensório-motora. Com essa nova abordagem, as falas da terapeuta e da mãe se constituíram em uma ponte entre a conduta sensório-motora e o simbolismo em que, se ancora o ouvir de A., abrindo, ao mesmo tempo, espaço para que ele seja ouvido.

Iniciou-se então uma ampliação da compreensão da linguagem de A. e um certo retorno à proposição da mãe de brincarem. É importante ressaltar que, quando a mãe estava tranquila e focada no filho, o não retraimento do menino ocorria e sua aceitação da brincadeira era maior. A. começava a se engajar em brincadeiras com o uso convencional de objetos, evoluindo de sua exploração sensório-motora. Esse fato parece se relacionar à maior disponibilidade dessa mãe em ouvir e em tentar interpretar o funcionamento do filho, que demonstrava maior contato manifestando-se com o olhar em busca do Outro.

Do mesmo modo, o pai, quando acompanhava as entrevistas ou até realizava entrevistas individuais com a terapeuta, parecia perceber com maior tranquilidade o progresso de A. Percebeu-se na saída de algumas sessões que A. já esboça suas primeiras palavras presas ao contexto “mamã” (quando vê a mãe) e “tatu” (apelido do pai). Ele passou a responder mais quando chamado, tanto pelos pais como pela terapeuta e orientadora deste trabalho. Estava mais concentrado e as estereotipias estavam diminuindo. Alguns exemplos da dialógica antes e depois da terapia estão expostos no quadro 23.

Nº	Sigla Locutor	Transcrição ao início da terapia	Sigla Locutor	Transcrição após 12 meses de terapia
1	Mãe-A	Olha ali a bolha! Olha ali a bolha A.	A	(puxa uma das cadeiras da mesa pequena)
2	A	Tatuiii.	Mãe-A	Vai senta na caderinha? A caderinha é só pra senta, tá!
3		Mãe-A: Olha ali A. atrás de ti, olha lá tem outra. Outra ali A.	A	(olha para a mãe e balança a cabeça afirmativamente)
4	A	Hummm, atuim. - Parece irritado, anda pela sala.	Mãe-A	Se tu vai sentá, a mamãe também senta.
5	T	Tu qué ir embora? É isso?	A	(encosta-se na cadeira)
6	A	-.... (intensifica jargões, parecendo manifestar negação, irritabilidade).	Mãe-A	Senta aí, que a mamãe senta aqui! Senta! Senta!
7	Mãe-A	Vamos escrever. Olha aqui ó...olha aqui ó.	A	(balançar afirmativo de cabeça)
8	A	Auiiiii, tatuuumm	Mãe-A	Senta! Vamo senta que eu vô fazê umas bolhazinha (risos).
9	T	Então vamô dá uma olhada ali nas coisas ali fora?	A	(debruça-se sobre a mesa e sorri para a mãe quando esta faz bolhas. Olha para as bolhas e sorri)
10	Mãe-A	Qué escrevê?		

Quadro 23 - Interação da diáde mãe-criança antes e depois da terapia do sujeito 3
-... segmento ininteligível

DISCUSSÃO

Nos casos estudados foi possível perceber a importância da entrevista continuada não só para realizar possíveis orientações aos familiares do sujeito, como para entender melhor a dinâmica familiar, principalmente a constituição dos casais e o exercício das funções parentais dos mesmos. Essa estratégia, tão comum na clínica psicológica da infância, não é usual na Fonoaudiologia, no entanto, alguns trabalhos já relatam sua importância exatamente como se viu nesta pesquisa (17, 18).

Percebe-se que havia, nos casos S1 e S2, dificuldades do casal em entregar-se à relação com o filho, que se manifestava em um desconhecimento, e até, em uma resistência ao brincar. Em parte, tal resistência se relacionava às orientações em terapia comportamentalista realizadas anteriormente. No entanto, outra parte advinha da dificuldade de se entregar ao filho, fato referido pelas mães de C. e L. O mesmo foi observado na mãe de A. Tal dificuldade de entrega parece relacionar-se, a dificuldades em ocupar a função materna.

De modos distintos, as três mães demonstraram algum tipo de desistência do filho e de entrega do mesmo aos “DVDs”, como relatavam sobre os momentos em que deixavam os filhos em frente à televisão, sobretudo, nos casos S1 e S2. Nesses dois casos, vê-se também o efeito do diagnóstico do autismo que parece ter levado as mães (S1 e S2) a duvidar das possibilidades dos filhos, concentrando-se na doença. Vários estudos referem o estresse pelo qual sofrem os pais de autistas ao receber o diagnóstico e a importância de se dar suporte aos mesmos para lidar com a situação de reajuste às necessidades do filho.

A reconstrução da imagem do filho foi um aspecto muito importante nos casos S1 e S2, pois, de modo diferente de S3, os sujeitos C. e L. apresentavam possibilidades de simbolismo já ao início da terapia, o que não os caracterizava como “autistas clássicos” (24, 25). Por isso, o diagnóstico de autismo, com descrição de características clássicas e graves projetada sobre seus filhos pela terapeuta anterior fez com as mães de C. e L. não percebessem as potencialidades de ambos. Com a compreensão progressiva do papel do brincar, houve grande evolução de ambos os sujeitos, e também, uma ocupação progressivamente maior da função materna por elas referidas.

Do mesmo modo, os pais, antes ausentes, passaram a ser mais presentes, sobretudo, o pai de C. que apresentou maior facilidade em se entregar ao brincar com o filho. Como efeito, houve o exercício cada vez maior das funções parentais em ambos os casos. Houve resgate de um plano simbólico para os filhos⁽²⁶⁾. Ambos deixaram de ser “autistas” de modo que puderam ser reconhecidos em sua singularidade, apesar de tantos diagnósticos e orientações equivocadas.

Já no caso S3 (A), em que possivelmente haja maior comprometimento orgânico do menino (aspectos em investigação), somado às características familiares nada propícias ao desenvolvimento de uma criança, o processo terapêutico de resgate da subjetividade tem sido mais lento. A falta de retorno do próprio sujeito pode ter tido efeito importante sobre o comportamento materno (o fato de a mãe ter feito suas investidas e não ter recebido resposta pode ter alimentado sua ausência de função materna). No início da terapia, ficou evidente que a Mãe-A tenta investir e não consegue retorno, sua ansiedade aumentou muito, o que fez emergir mais conflitos familiares.

Também a desconfiança em relação ao “simplesmente brincar” se fez presente na terapia de A. e, tanto a mãe quanto o pai puderam compreender sua importância. Ressalta-se que ambos não tiveram um entendimento imediato disso, pois haviam recebido orientações contrárias anteriormente, já que esta é a primeira terapia da qual participam A. e seus pais. No entanto, isso não necessariamente se refletiu em poder sustentar esse brincar imediatamente, em função das dificuldades apresentadas pelo casal e por A.

Com as entrevistas continuadas, esse casal foi, a exemplo dos outros, ocupando mais suas funções parentais, embora tenham limitações pessoais mais significativas. No entanto, os progressos de A. e a diminuição da ansiedade do casal, ancorados tanto nas sessões conjuntas quanto nas entrevistas continuadas, demonstraram que tais recursos terapêuticos são fundamentais na clínica infantil, pois nela está implicado o laço familiar com o sujeito^(17, 18).

Como visto na descrição das entrevistas, quando as mães e, posteriormente, os pais desses sujeitos passaram a agir de forma tranquila, oferecendo-se durante o brincar com os filhos, é que perceberam que de alguma forma “não sabiam brincar”. Eles tinham a necessidade em demonstrar que seus filhos detinham conhecimento como nomes de objetos, números e letras.

O espaço de escuta oferecido para essas mães durante as entrevistas continuadas foi um acelerador no processo de entendimento sobre as estratégias terapêuticas. Os momentos que algumas mães tomavam da sessão do filho, buscando desabafar, por exemplo, praticamente desapareceram. Eram alertadas sobre o espaço do sujeito e retomavam sua postura de participante na interação, pois sabiam que também teriam o seu espaço e o seu momento.

Pensando nos processos sofridos por cada sujeito e respectivas mães nesse período de terapia e a oferta de um espaço que possibilite reflexões sobre a relação da diáde, fica visível o resgate do vínculo mãe-filho e o investimento no diálogo que foi possível a partir da retomada do gozo materno através do brincar, sobretudo, nos casos S1 e S2.

No caso S3, a sustentação terapêutica da mãe e do filho demandam esforço maior, já que o sujeito possui alterações estruturais mais importantes e está com dificuldades de se constituir na linguagem. No entanto, os pequenos progressos foram sinalizados pela terapeuta aos pais para que percebam que há uma evolução e que é importante ter resiliência e perseverança no investimento interacional.

Embora o investimento dos pais S1 e S2 tenha sido menor do que do pai S3, percebe-se que conseguir a presença e participação dos pais foi também fundamental tanto para os sujeitos, como para as mães, pois permitiu que estas se sentissem apoiadas pelo marido no processo terapêutico do filho. Isso também teve efeitos na relação dos casais.

Outro aspecto a ser ressaltado é que houve uma equipe de profissionais realizando trabalho nos três casos, pois a psicóloga e a fonoaudióloga orientadora deste trabalho, juntamente com a terapeuta pesquisadora, discutiram quase que semanalmente a terapia dessas famílias, fosse pela discussão dos conteúdos surgidos nas entrevistas continuadas ou pela observação das sessões dos sujeitos (individuais ou conjuntas com os pais). Esse processo foi fundamental para ancorar esse trabalho transdisciplinar ⁽²⁰⁾, pois conhecimentos de linguagem, de psicanálise e de desenvolvimento infantil (como um todo) foram fundamentais para os processos clínicos aqui relatados.

CONCLUSÃO

A partir do exposto é possível concluir que o papel das entrevistas continuadas foi fundamental na participação de mães e pais durante o processo terapêutico fonoaudiológico de seus filhos que apresentam características do espectro autístico.

Permitem que as temáticas surgidas nas sessões conjuntas sejam discutidas e que sejam abordadas as dificuldades dos pais em assumir suas funções e em seguir as orientações terapêuticas. O entendimento da essência dessas dificuldades pode, então, ser remetido para o processo terapêutico individual dos pais, quando necessário.

Os efeitos das entrevistas continuadas no processo terapêutico são visíveis visto que, sem elas, possivelmente não se obtivessem as mudanças nos sentimentos e comportamentos parentais com a qualidade alcançada nos casos estudados. Trata-se, portanto, de um recurso fundamental na clínica fonoaudiológica voltada aos distúrbios da linguagem infantil.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 SCHMIDT, 2004 SCHMIDT, C. **Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de autismo.** 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) & Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- 2 BARBARESI, W. J., KATUSIC, S. K., & VOIGT, R. G. Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. **Archive of Pediatric and Adolescent Medicine**, 160, 1167-1175.2006.
- 3 FOMBONNE E., ZAKARIAN R., BENNETT A., MENG L. & MCLEAN-HEYWOOD D Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. **Pediatrics** 118, 139–50.2006.
- 4 GERNSBACHER, DAWSON, & GOLDSMITH, 2005; Gernsbacher, M. A., Dawson, M., & Goldsmith, H. H. Three reasons not to believe in an autism epidemic. **Current Directions in Psychological Science**, 14, 55–58.2005.
- 5 SCHECHTER, R., & GRETHER, J. K. (2008). Continuing increases in autism reported to California's Developmental Services System: Mercury in retrograde. **Archive of General Psychiatry**, 65 (1), 19-24.
- 6 SILVA, M.; MULICK, J.A. 2009 Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas. **Psicologia ciência e profissão**. v.29 n.1 Brasília mar. 2009
- 7 PALLADINO, RRR. Desenvolvimento da linguagem. In: Ferreira LP, Befi-Lopes D, Limongi SCO, organizadores. **Tratado de fonoaudiología**. São Paulo: Editora Roca; 2004. p. 762-71.
- 8 CASTRO-REBOLLEDO, R. et al. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. **Revista de Neurología**, v. 39, n.12, p. 1173-1181, dic. 2004.
- 9 BROOMFIELD, J.; DODD, B. Children with speech and language disability: caseload characteristics. **International Journal of Language & Communication Disorders**, London, v. 39, n. 3, p. 303-324, Mar/Abr 2004.
- 10 NORBURY, C. F. et al. Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: a validation of the Children's Communication Checklist-2. **International Journal of Language & Communication Disorders**, London, v. 39, n. 3, p. 345-364, July/Sept 2004.
- 11 BUIZA NAVARRETE, J.; ADRIAN TORRES, J.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M. Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. **Revista de Neurologia**, v. 44, n. 6, p. 326-333, marzo 2007.

- 12 KEILMANN, A.; BRAUN, L.; SCHÖLER, H. Diagnosis and differentiation of children with language development disorders. What role can be attributed to intelligence? **HNO, Berlin**, v. 53, n. 3, p. 268-284, März 2005.
- 13 FRITH, U. **Autism: Scientific American**. New York, ed. esp., vol. 7, n. 1, p. 42-45, 1997.
- 14 RANNARD, A.; LYONS, C.; GLENN, S. Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. **British Journal of General Practice**, London, v. 55, n. 518, p. 710-714, Sept. 2005.
- 15 LAZNIK, M. C. **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador, BA: Ágalma, 2004.
- 16 De LEMOS, C. T. G. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, Barcelona, v. 1, n. 1, p.121-135, 1992.
- 17 BALESTRO, J. I.; SOUZA, A. P. R.; RECHIA, I. C. Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. 2009, vol.14, n.1, pp. 129-135.
- 18 TERÇARIOL, D.; DELAZERI, F.; SCHILLO, R. No discurso de estagiários e recém-formados: porque incluir os pais no processo terapêutico fonoaudiológico de seus filhos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-334, jul/dez 2003.
19. RAMOS, AP; KLINGER, E.; BORIN, L.; MALDANER, R. A entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal: revista de psicologia**, v.21, n.3, p.601-612, set/dez 2009.
- 20 CORIAT L., JERUSALINSKY A. Estruturales y instrumele del desarrolllo infantil. In: **Cuadernos de Desarrollo Infantil – 1**. Centro Lygia Coriat. Buenos Aires. Argentina. P. 8 -11. (s.d.).
- 21 CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo, Instituto Langage, 2009.
- 22 WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- 23 WINNICOTT, D. W. (1983). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- 24 KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, 1943.
- 25 TUSTIN, Francis. **Estados Autísticos em Crianças**. Imago, 1984.
- 26 BERNARDINO, L. F. Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil. In WANDERLEY, D. B. (org). **O cravo e a rosa - a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?** Salvador, Editora Ágalma, 2008, p.54-66.

27 VOCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 15, p.265-288, 2003.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos estabelecidos ao início deste trabalho, foi possível verificar os efeitos positivos da abordagem interacionista de linguagem, atravessada pela psicanálise, na explanação e na intervenção do funcionamento lingüístico e subjetivo dos sujeitos estudados.

Esta apresentou-se eficiente porque permitiu refletir sobre a posição discursiva dos sujeitos ao início da terapia e, deste modo, traçar objetivos e estratégias terapêuticas que pudessem resgatar o diálogo enquanto unidade de funcionamento de linguagem entre os sujeitos e seus familiares. Esse aspecto foi de especial relevância nos casos de L. e C., nos quais as mães demonstravam uma descrença nas potencialidades dos filhos, em função de orientações e diagnósticos equivocados efetivados em terapia anterior a esta pesquisa. O fato de tais mães estarem com foco maior no autismo do que nos filhos, apresentava efeito nocivo tanto no brincar, quanto no diálogo mãe-filho. A partir do deslocamento da visão interacionista para a clínica foi possível afirmar que tais mães não acreditavam na capacidade de interlocução dos filhos, não lhes atribuindo o papel de falante/ouvinte, pois, mesmo diante de enunciados interpretáveis proferidos pelos filhos, o foco excessivamente pedagógico as impedia de manter a conversação com os mesmos. Evidentemente, que havia momentos em que os sujeitos com suas esteriotipias e surdez seletiva alimentavam tal descrença, mas, com certeza, o rótulo de autista teve peso fundamental na mesma.

Do ponto de vista da eficácia, pode-se dizer que a mudança de posição discursiva obtida nos casos de L e C são evidências de que a proposta interacionista provê elementos para se pensar a intervenção de modo produtivo. Embora eticamente não se possa admitir um grupo controle no tratamento de linguagem, é possível comparar a evolução dos sujeitos. No início da intervenção fonoaudiológica, os sujeitos traziam reflexos da clínica comportamentalista, anteriormente implementada, captados por meio da primeira filmagem. A última filmagem, comparada à primeira, demonstra resultados obtidos a partir da proposta desta pesquisa. Observa-se que, tanto

do ponto de vista do brincar quanto da possibilidade dialógica e de fala, houve importante progresso a partir da proposta aqui implementada.

O olhar psicanalítico permitiu identificar dificuldades dos pais e dos sujeitos e estabelecer a entrevista continuada como forma de abordar tais temáticas com a família e de possibilitar a auto-reflexão dos pais. Como consequência, esse processo de entrevista continuada apresentou-se fundamental ao processo terapêutico como um todo, pois incidiu sobre um ponto fundamental: a suposição de um sujeito em seu filho. Ao se estabelecer a crença dos pais nas potencialidades do filho de brincar e de falar, sobretudo nos casos de L. e C., nos quais eles já estavam presentes, o que se fez foi supor um sujeito para além do rótulo de autista.

Já no caso de A., a organização dos pais em suas funções parentais e a sustentação de A. com seu “evidente autismo”, sem deixar de supor para ele outra possibilidade estrutural, foi o trabalho efetivado. Neste caso a labuta foi contínua e maior, pois se está diante de uma situação familiar mais complexa e menos propícia ao desenvolvimento infantil do que nos casos de L. e C.

Em relação às sessões com os sujeitos, sozinhos ou acompanhados pelos pais, a psicanálise, tanto em suas contribuições acerca do brincar, quanto pelos estudos do circuito pulsional da voz, forneceu bases teóricas altamente qualificadas para pensar a intervenção. A voz do terapeuta foi aspecto fundamental na ponte entre o brincar exploratório de tipo sensório-motor e o brincar simbólico, assim como, na transição da escuta seletiva para o se ouvir e se fazer ouvir. Tal abordagem permitiu uma apropriação maior das estratégias terapêuticas que são utilizadas na clínica fonoaudiológica, mas que carecem de uma explicação teórica mais profunda acerca dos motivos de seu sucesso.

A análise da intersubjetividade e dialogia mãe-filho demonstrou que as possibilidades do sujeito (presença ou não de predisposição genética para o autismo) somada às condições que os pais apresentavam antes e depois do diagnóstico de autismo para o exercício das funções parentais são relevantes na terapêutica fonoaudiológica. Para captar tais aspectos, a técnica de filmagem das sessões, somada aos apontamentos feitos durante as sessões com o sujeito, conjunta pais-filho e só com os pais, foram fundamentais para que se identificassem as necessidades singulares de cada sujeito e que

fossem implementadas estratégias terapêuticas específicas a cada caso. Enquanto nos sujeitos L e C. houve maior investimento na interpretação de suas manifestações e no reconhecimento e investimento no seu brincar simbólico. No sujeito A. foi necessário investir em uma etapa anterior - a passagem do sensório-motor para o simbólico - e também em uma abordagem de linguagem, cuja âncora foi o *manhês*. Como consequência das estratégias selecionadas, houve evolução positiva nos três casos estudados.

O estudo implementado demonstra que, para atuar em casos do espectro autístico, é fundamental que o fonoaudiólogo exerça uma dupla função: de estimulador precoce (com o sujeito) e de escuta (com os pais). A sequência de alguns dos casos foi a percepção dos próprios pais da necessidade de buscarem espaço terapêutico para si. Esse fato ressalta a transdisciplinaridade que se coloca ao fonoaudiólogo para tratar casos de retardo de aquisição da linguagem oral, e, de modo especial, casos de sujeitos do espectro autístico.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AARONS, M., GITTEENS, T. **The handbook of autism: a guide for parents and professionals.** London. Routledge; 1992.

ALVAREZ, A. **Live company.** London: Routledge. 1992.

AMA. Associação Mão Amiga: Associação de Pais e Amigos de Pessoas Autistas. Disponível em :www.maoamiga.org Acesso em: 20/01/2010.

ARANTES, L. & LIER-DE VITTO, F. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**, 33 - n.º 2. Porto Alegre, EDIPUC/RS,1998.

ARANTES L. Sobre os efeitos do interacionismo no diagnóstico de linguagem. **Caderno de Estudos da Linguagem**;47(1/2):151-7; 2005.

ASSUMPÇÃO J.F.B . **Conceito e classificação das síndromes autísticas** . In : Schwartzman JS, Assumpção Júnior FB . Autismo infantil . São Paulo: Memnon ; 1995 . p. 3-15 .

APA. American Psychiatric Association). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIV)**. Washington: APA. 1995.

BALESTRO, J.; RAMOS, A. P. Clínica de linguagem no autismo:estudo da terapia de dois irmãos. In: Carla Guterres Graña. (Org.). Quando a fala falta: fonoaudiologia, lingüística e psicanálise. 1ª ed. Itatiba-SP: **Casa do Psicólogo**, v. 1, p. 143-180, 2008.

BALESTRO, J. I.; SOUZA, A. P. R.; RECHIA, I. C. Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. vol.14, n.1, pp. 129-135. 2009.

BARBARESI, W. J., KATUSIC, S. K., & VOIGT, R. G. Autism: A review of the state of the science for pediatric primary health care clinicians. **Archive of Pediatric and Adolescent Medicine**, 160, 1167-1175. 2006.

BARROS C.G.C et. al. Atividade de vida prática: suas contribuições para o desenvolvimento da semântica e pragmática em portadores da Síndrome de Asperger. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**. 2005;5(23):361-8.

BELLON-HARN M.L, HARN W.E Profile of social communicative competence in middle school children with Asperger syndrome:two cases studies. **Child language teaching and therapy**, 22 (1):1-26. 2006.

BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral I.** Campinas, São Paulo: Pontes,1995.

BERNARDINO, L.F. **As psicoses não decididas da infância:** Um estudo psicanalítico. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

BERNARDINO, L.F. **Aspectos psíquicos do desenvolvimento infantil.** In WANDERLEY, D.B. (org.) *O cravo e a rosa- a psicanálise e a pediatria: um diálogo possível?* Salvador, Editora Ágalma, p.54-66. 2008.

BETTELHEIM, B. **The empty fortress:** Infantile autism and the birth of the self. New York: Free Press; 1967.

BLEULER, E. **Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias.** New York: International Universities Press, 1911.

BORGES, L.C., e SALOMÃO, N.M.R. Aquisição da linguagem: Considerações da perspectiva da interação social. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 16 (2), 327-336; 2003.

BOSA, C. (2002). Atenção compartilhada e identificação precoce no autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 15(1), 77-88.

BROOMFIELD, J.; DODD, B. Children with speech and language disability: caseload characteristics. **International Journal of Language & Communication Disorders**, London, v. 39, n. 3, p. 303-324, Mar./Abr. 2004.

BRUNETTO, A. Ser ou não Ser... um Sujeito? Eis a Questão do Autista. In S. Alberti (org.) **Autismo e Esquizofrenia na Clínica da Esquise**. Rio de Janeiro: Marca d'Água, pp.267-272; 1999.

BUIZA NAVARRETE, J.; ADRIAN TORRES, J.; GONZÁLEZ SÁNCHEZ, M. Marcadores neurocognitivos en el trastorno específico del lenguaje. **Revista de Neurologia**, v. 44, n. 6, p. 326-333, marzo 2007.

CABALLO, V. E. **Manual de avaliação e treinamento das habilidades sociais.** São Paulo: Editora Santos, 2003.

CAMARGOS Jr. **Transtornos invasivos do desenvolvimento.** 3º milênio. Brasília: Corde, 2002.

CARDOSO, C.; FERNANDES, F. D. M. Uso de funções comunicativas interpessoais e não interpessoais em crianças do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 15, n. 3, p. 279-286, 2003.

CARDOSO, C.; FERNANDES, F. D. M. Relação entre os aspectos sócio cognitivos e perfil funcional da comunicação em um grupo de adolescentes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 18, n. 1, jan.-abr. 2006

CARVALHO G, AVELAR T. Linguagem e autismo: fatos e controvérsias [Internet]. [citado 2007 Jul 7]. Disponível em: <http://www.proext.ufpe.br/cadernos/saude/autismo.htm>.

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

CASTRO-REBOLLEDO, R. et al. Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. **Revista de Neurología**, v. 39, n.12, p. 1173-1181, dic. 2004.

CAVALCANTE, M. Pausas no manhês: lugar de subjetivação. In L. M. Sales (Org.), **Pra que esta boca tão grande?** Questões acerca da oralidade (pp. 30-45). Salvador, BA: Ágalma.2005.

CECCARELLI, P. R. Configurações edípicas da contemporaneidade: reflexões sobre as novas formas de filiação. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, ano XV, n. 161, p.88-98, set. 2002.

CID-10 **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento;** Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

CORDEIRO, D. T. **Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem:** o que diz a literatura. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2000.

CORIAT L., JERUSALINSKY A. Estrurales y instrumele del desarollo infantil. In: **Cuadernos de Desarrollo Infantil – 1.** Centro Lygia Coriat. Buenos Aires. Argentina. P. 8 -11. (s.d.).

COUDRY, M. I. H. **Diário de Narciso: discurso e afasia.** São Paulo: Martins Fontes,1996.

COUDRY, M. I. H.; FREIRE, F. M. P. (2005a) O trabalho do cérebro e d linguagem: a vida e a sala de aula. **Coleção Linguagem em foco.** Campinas: Cefiel/IEL/Unicamp..2005

CRESPIN, G. Algumas questões a respeito da prevenção. In G. Crespin, **A clínica precoce:** O nascimento do humano (pp. 171-187). São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.

CRYSTAL, D. Prosodic development. IN: FLETCHER, P., GAMAN, M. editors. **Language acquisition studies in first language development.** Cambridge, Cambridge University Press, 1986.

CUNHA MC. **Fonoaudiologia e psicanálise: a fronteira como território.** São Paulo: Plexus; 1997.

CUNHA,C. Linguagem e Psiquismo: considerações Fonoaudiológicas Estritas. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGI, S.C.O. **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Rocca, 2004.

DYKENS E.M., SUTCLIFFE J.S., LEVITT P. **Autism and 15q11–q13 disorders: behavioral, genetic, and pathophysiological issues.** **Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews.** 10:284–291.2004.

DOLTO, F. **A Imagem Inconsciente do Corpo.** São Paulo: Editora Perspectiva, 1a.ed.,2002.

DSM IV – TR. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais.** Edição Revisada. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

FALCÃO, R. As particularidades das pessoas com autismo. **Revista Integrar.** nº. 17, p. 60-65; 1999.

FERNANDES, F. D. M. **Autismo Infantil. Repensando o Enfoque Fonoaudiológico. Aspectos Funcionais da Comunicação.** São Paulo, Editora Lovise, 1996.

FERNANDES, F. D. M.; BARROS, C. H. Funções comunicativas expressas por crianças autistas - procedimentos específicos para eliciá-las. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia;** v. 2, n. 6, p. 45-54, 2001.

FERNANDES F.D.M. Sugestões de procedimentos terapêuticos de linguagem em distúrbios do espectro autístico. in: **Fonoaudiologia Informação para a Formação- Procedimentos Terapêuticos em Linguagem.** Org: Suelly Cecília Olivan Limongi. Ed Guanabara-Koogan: Rio de Janeiro; 89-93; 2003.

FERNANDES FDM. Terapia de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico. In: Ferreira LP, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. **Tratado de fonoaudiologia.** São Paulo: Editora Roca; p.941-53; 2004

FERNANDES, F. D. M. Resultados de terapia fonoaudiológica com adolescentes com diagnóstico incluído no espectro autístico. **Pró-fono Revista de Atualização Científica**, Barueri (SP), v. 17, n. 1, p. 67-76, jan-abr. 2005.

FERNANDES F. D. M. Fonoaudiologia e autismo: resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** vol.20 no.4 Barueri Oct./Dec. 2008.

FEDOSSE E. **Processos Alternativos de Significação de um Poeta Afásico.** Tese de Doutoramento. Campinas: IEL/UNICAMP, 2008.

FOMBONNE E., ZAKARIAN R., BENNETT A., MENG L. & MCLEAN-HEYWOOD D. Pervasive developmental disorders in Montreal, Quebec, Canada: prevalence and links with immunizations. **Pediatrics**. 118, 139–50. 2006.

FONSECA SC, VIEIRA CH. Afasia e o problema da convergência entre teoria e abordagens clínicas. **Distúrbios da Comunicação**;16(1):101-6; 2004.

FRITH, U. Autism: **Scientific American**. New York, ed esp., vol. 7, n. 1, p. 42-45, 1997.

GERNSBACHER, DAWSON, & GOLDSMITH; Gernsbacher, M. A., Dawson, M., & Goldsmith, H. H. Three reasons not to believe in an autism epidemic. **Current Directions in Psychological Science**, 14, 55–58. 2005

GILLBERG, C. Palestra ministrada na AMA – Associação dos Amigos do Autista. São Paulo, 10 de out. de 2005. Disponível em: <http://www.ama.org.br>. Acesso em: 10 jul. de 2007.

GOLDFELD M, CHIARI BM. O brincar na relação entre mães ouvintes e filhos surdos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, 17(1):77-88; 2005.

GRAÑA, C. G, RAMOS, A. P. Falando com brinquedos: fazeres do fonoaudiólogo na atividade clínica com crianças. **Organon** (UFRGS), v. 20, p. 141-156, 2006.

GRAÑA, C. G. A aquisição da linguagem nas crianças surdas e suas peculiaridades no uso do objeto transicional: um estudo de caso. **Contemporânea: psicanálise e transdisciplinaridade**, Porto Alegre, n. 5, p. 143-153, jan./mar. 2008.

GROISMAN, M.L.; JERUSALINSK, A. “Terapêutica da linguagem: entre voz e o significante” Jerusalinsk, A. e col. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**. 2^a ed. Revista e ampliada. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

HITCHINS MP, RICKARD S, DHALLA F, FAIRBROTHER UL, DE VRIES BB, WINTERR,.. Investigation of UBE3A and MECP2 in Angelman syndrome (AS) and patients with features of AS. **American Journal of Medical Genetics**. 125:167-72. 2004

HOWARD JS. et. al. A comparison of intensive behavior analytic and eclectic treatments for young children with autism. **Research Developmental Disabilities**. 26(4):359-83; 2005.

IETO V, CUNHA M.C Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico. **Revista Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**.12(4):329-34. 2007.

INGERSOLL B, SCHREIBMAN L, Teaching reciprocal imitation skills to young children with autism using a naturalistic behavioral approach: effects on language, pretend play and joint attention. **Journal Autism Development Disorders**. 2006;36(4):487-505

ISSLER, D.S. **A aquisição do “eu” e “tu”**: intersecção entre a lingüística e a psicologia. Tese (Doutorado de letras e artes), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

JERUZALINSKY, A. Psicose e Autismo na Infância: uma Questão de Linguagem. **Psicose - Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, IV, n 9, 1993, pp. 62-73.

JERUZALINSKY, A. **Psicanálise e Desenvolvimento Infantil**: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999.

JERUZALINSKY, A. A cura e o discurso. In: A. Vorcaro(org). **Quem fala na língua?** Sobre as psicopatologias da fala. Salvador: Ágalma,2004a.

JERUZALINSKY, A. Como se constituem as bordas do ponto de vista da linguagem. In: A. Vorcaro. **Quem fala na língua?** Sobre as psicopatologias da fala. Salvador: Ágalma, 2004b.

JUNQUEIRA MFPS. O brincar e o desenvolvimento infantil. **Pediatria Moderna**, 35(12):988-90;1999.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 1943. KUPERSTEIN, A.; MISSALGLIA, V. Autismo. Consultado em 12/09/2007 em www.autismo.com.br.

KANNER, L. e EISENBERG, L. - Early enantile autism, 1943-1955, **American Journal Orthopsychiat**; 26, 3, 556-566; 1956.

KAUFMAN, I., FRANK, T., FRIEND, J., HEIMS, L. e WEISS, R. Success and failure in the treatment of childhood schizophrenia. **American Journal of Psychiatry**, 118, 909-913;1962.

KEILMANN, A.; BRAUN, L.; SCHÖLER, H. Diagnosis and differentiation of children with language development disorders. What role can be attributed to intelligence? **HNO, Berlin**, v. 53, n. 3, p. 268-284, März, 2005.

KISHIMOTO TM. Brinquedos e materiais pedagógicos nas escolas infantis. **Educação e Pesquisa**; 27:229-45; 2001.

KLECAN-AKER JS, GILL C Teaching language organization to a child with pervasive developmental disorder: a case study. **Child language teaching and therapy**, 21(1):60-74. 2005.

KLEIN, M. - “A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego.” In **Contribuições à Psicanálise**. São Paulo: Ed. Mestre Jou, p. 315, 1930.

KLEIN, M. On early infantile psychosis: The symbiotic and autistic syndromes. **Journal of American Academy of Child Psychiatry.** (1965).

KLINGER, L.F. **O brincar e as estereotipias em crianças do espectro autista diante da terapia fonoaudiológica de concepção interacionista.**2010. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010.

KUPERSTEIN, A. e MISSALGLIA, V. **Autismo.** Consultado em 02/06/2005. Disponível em :www.autism.com.br Acesso em: 20/01/2010.

KUPFER, M. C. M. **Desejo de saber.** Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1990.

KUPFER, M. C. M. Autismo: uma estrutura decidida? Uma contribuição dos estudos sobre bebês para a clínica do autismo. In: **Coloquio do Iepsi IP/FE-USP**, 5. São Paulo. 2004.

KUPFER, M. C. M. **Freud e a Educação: o mestre do impossível.** São Paulo: Scipione, 3^a edição, 2005.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 21,n. 3,Dec.2005 .

KUPFER, M. C. M. **Educação para o futuro: Psicanálise e Educação.** São Paulo: Escuta, 3^a edição; 2007.

LACAN, J. **O Seminário, livro 20: Mais, ainda.** Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar. 1972-1973/1985.

LACAN. J. **Seminário XI – Os quatro conceitos fundamentais de psicanálise.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1963-1964/1979.

LACAN, J. **O Seminário, Livro 1: Os Escritos Técnicos de Freud.** Rio de Janeiro Ed. Jorge Zahar. 1986.

LACAN, J. **O seminário. Livro 11. Os quatro conceitos fundamentais da psicanálise.** 20 ed. Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar. 1994.

LACAN, J. **Escritos.** Rio de Janeiro. Ed. Jorge Zahar. 1998.

LAZNIK, M.C. **Rumo à Palavra: Três Crianças Autistas em Psicanálise.** São Paulo: Editora Escuta, 1997.

LAZNIK, M.C. **Rumo à Palavra: Três Crianças Autistas em Psicanálise.** São Paulo: Editora Escuta, 1997b.

LAZNIK, M.C. Por uma teoria lacaniana das pulsões. In: **Dicionário de Psicanálise Freud & Lacan**, Salvador: Ágalma, 1997a.

LAZNIK, M.C. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. In: **Estilos da Clínica-Revista sobre a infância com problemas**: dossier Clínica de Bebês, vol. V, n. 8, pp. 80-93. São Paulo. 2000.

LAZNIK, M.C. **A voz da sereia**: o autismo e os impasses na constituição do sujeito. Álgama: Salvador, 2004.

LEMOS, C. T. G. **Uma abordagem sócio-construtivista da aquisição da linguagem**: um percurso e muitas questões. ANAIS do I Encontro Nacional de Aquisição de Linguagem, PUC-RS, 1989.

LEMOS, C.T. Los procesos metafóricos y metomínicos como mecanismos de cambio. **Substratum**, 1.1:121-135, 1992.

LEMOS, C.T. **Processos Metafóricos e Metonímicos: seu Estatuto Descritivo e Explicativo na Aquisição da Língua Materna**. Trabalho apresentado no The Trend Lectures and Wordshop on Metaphor and Analogy, Trento, Itália, 1997.

LEMOS, C.T. Questioning the Notion of Development: the Case of Language Acquisition. **Culture & Psychology**, 6, nº 2, 2000, pp.169-182.

LEMOS, C.T. **O erro como desafio empírico a abordagens cognitivistas do uso da linguagem: O caso da aquisição da linguagem**. Texto inédito; 2000.

LEMOS, C.T. Das Vicissitudes da Fala da Criança e de sua Investigação. **Cadernos de Estudos Lingüísticos**, 42, Campinas, 2002, pp. 41-69.

LEMOS, C. T. G. Corpo & Corpus. In: LEITE, N. V. A. (Org.). **Corpolinguagem: gestos e afetos**. Campinas, SP: Mercado das Letras, p. 21-29. 2003.

LIER-DEVITTO, M. F. **Fonoaudiologia no sentido da linguagem**. São Paulo: Cortez, 1994.

LIER-DE-VITTO, M. F. **Os monólogos da criança: delírios da língua**. São Paulo: EDUC, 1998.

MACHADO F.P, CUNHA M.C, Palladino RRR Doença do refluxo gastroesofágico e retardamento de linguagem: estudo de caso clínico. **Pró-fon. Revista de Atualização Científica**. 21(1):81-3. 2009.

MATTEO, G. **A Função terapêutica na fonoaudiologia**: um estudo de caso clínico – Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia. PUCSP – 2001.

MASSI, G. A. **Linguagem e Paralisia Cerebral: um estudo de caso do desenvolvimento da narrativa**. Curitiba: Editora Maio, 2001.

MARATOS, O. Psychoanalysis and the management of pervasive developmental disorders, including autism. In: C. Trevarthen, K. Aitken, D. PAPOUDI & J. ROBARTS (Orgs.), **Children with autism: Diagnosis and interventions to meet their needs** (pp. 161-171). London: Jessica Kingsley.1996.

MELTZER, D. et. al. **Explorations in autism: A psycho-analytical study.** Strath Tay: Clunie.1975.

MAZET, P. & LEBOVICI, S. **Autismo e psicoses da criança.** Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.

MAHLER, M. S. On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: Infantile psychosis. New York: **International Universities**; 1968.

MALDANER, R.D. **O processo de aquisição da oralidade: Uma análise da linguagem de duas crianças portadoras de síndrome de Down.** Curitiba: Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação). Universidade Tuiuti do Paraná; 2005.

MANCOPES, R. Falantes tardios ou atrasos de linguagem? Reflexões entre a lingüística e a fonoaudiologia. **Revista Desenredo - PPG em Letras da UPF, PassoFundo**, v. 2, n.2, julho/dez, p. 288-306, 2006.

MARQUES, T. Autismo: que intervenção? **Cidade Solidária**, 8, pp. 99-104; 2002.

MARQUES, C. **Perturbações do espectro do Autismo: ensaios de uma intervenção construtivista desenvolvimentista com mães.** Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra; 1998.

MIILHER L. P.; FERNANDES F. D. M. Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e pacientes do espectro autístico. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.** vol.18 no.3 Barueri Sept./Dec. 2006.

MISÈS R, et al. Classification Française des Troubles Mentaux de L' Enfant et de L' Adolescent – CFTMEA. **Psychiatr Enfant.** 31:67-134; 1998.

MOLINI, D. R.; FERNANDES, F. D. M. Intenção comunicativa e uso de instrumentos em crianças com distúrbios psiquiátricos. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica.**, Barueri (SP), v. 15, n. 2, p. 149-158, maio-ago. 2003.

NORBURY, C. F. et al. Using a parental checklist to identify diagnostic groups in children with communication impairment: a validation of the Children's Communication Checklist-2. **International Journal of Language & Communication Disorders**, London, v. 39, n. 3, p. 345-364, July/Sept. 2004.

OLIVEIRA VB. **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos.** Petrópolis: Vozes; 2000.184 p.

PALLADINO, RRR. O jogo na atividade fonoaudiológica [**comunicação oral**]; pag: 08; 1999.

PALLADINO, R. Desenvolvimento da Linguagem . In FERREIRA, L. P.; BEFILOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Rocca, 2004.

PERKINS, D., LIEBERMAN, J.; GU, H.; TOHEN, M.; MCEVOY, J.; GREEN, A. et al.; HGDH Research Group. - Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizopreniform disorders. **Brazilian Journal of Psychiatry** 185:18-24, 2004.

PEREIRA EG. **Autismo: O Significado como Processo Central**. (Livro nº 15). 1999.

PERISSINOTO, J. Distúrbios da linguagem. In: SCHWARTZMAN, J. S.; ASSUMPÇÃO, F. B. (Orgs). **Autismo Infantil**. São Paulo: Memnon, p.101-110. 1995.

PERISSINOTO J. Processo de evolução da criança com autismo. In: Perissinoto J. **Conhecimentos Essenciais para atender bem a criança com autismo**. São José dos Campos: Pulso; p.23-7. 2003.

PERRONI, M.C. **Desenvolvimento do discurso narrativo**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

POLLONIO, C.F.:; Freire R. M.A. de C. O brincar na clínica fonoaudiológica. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, 20(2): 267-278, agosto, 2008.

PAPALIA, D., (2001). **Desarrollo humano**. Bogotá: McGraw Hill.

RAMOS, A. P. **O acento, a sílaba e o segmento na aquisição fonológica de um sujeito com dispraxia verbal**. Livro de Resumos do 1º Seminário de Aquisição Fonológica, p. 30. Universidade Federal de Santa Maria, 2007.

RANNARD, A.; LYONS, C.; GLENN, S. Parent concerns and professional responses: the case of specific language impairment. **British Journal of General Practice**, London, v. 55, n. 518, p. 710-714, Sept. 2005.

RECHIA, I. C. **Retardo de aquisição da linguagem oral com limitações práticas verbais**: dialogia e função materna no processo terapêutico. 2009, 123f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação Humana) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2009

REED VA. **An introduction to children with language disorders**. 2nd. Edition, Mc Millan. 1994.

RIVIÈRE, A. **Idea: inventario de espectro autista**. Buenos Aires: Fundec, 2002.

ROGERS SJ, et. al. Teaching young nonverbal children with autism useful speech: a pilot study of the Denver Model and PROMPT interventions. **Journal Autism Developmental Disorders**. 36:1007-24. 2009.

RONCADA, A. M. e MARQUEZ, M. R. G. A. – **100 jogos aplicados à fonoaudiologia prática**. São Paulo, Lovise, 249p.1998.

RUBINO R. Atraso de linguagem e estruturação subjetiva: questões sobre a relação entre a clínica fonoaudiológica e a clínica psicanalítica. **Distúrbios da Comunicação**. 15(1):71-82; 2003.

RYAN, M., Contour in context. IN: CAMPBELL & SMITH editors. Recent advances in the psychology of language. Language development and mother interaction. P.p. 237-251, Scotland, Plenum Press, 1978.

SANT'ANA RB, RESENDE CA, RAMOS LC. O interacionismo social e a investigação da brincadeira infantil: um análise teóricometodológica. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. 14(3):11-26. 2004.

SCARPA, E. M. **Aquisição da linguagem oral e escrita: continuidade ou ruptura?** Estudos lingüísticos, v.14, 1987.

SCARPA, E. M. Interfaces entre componentes e representação na aquisição da prosódia. Em. R. Lamprecht (Ed). **Aquisição da linguagem: questões e análises**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

SCARPA, E. M. Interfaces entre componentes e representação na aquisição da prosódia. In: Lamprecht. **Aquisição da Linguagem: Questões e Análises**. Porto Alegre: EDIPUCRS. 1999.

SCHECHTER, R., & GRETHER, J. K. Continuing increases in autism reported to California's Developmental Services System: Mercury in retrograde. **Archive of General Psychiatry**, 65(1), 19-24. 2008.

SCHMIDT, 2004 SCHMIDT, C. **Estresse, auto-eficácia e o contexto de adaptação familiar de mães de portadores de autismo**. 2004. Dissertação (Mestrado em Psicologia) &– Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LASING, M, Individualized assesment and treatment for autistic and developmentally disabled children. In E. Schopler, R. Reichler & M. Lasing. **Teaching Strategies for Parents and Professionals** (pp.95-115). Texas: ProEd, 1980.

SCHOPLER, E., REICHLER, R. J., LASING, M, Implemetation of TEACCH philosophy. In D. J. Cohen & F. R. Volkmar (Orgs.), **Handobook of autism and pervasive developmental disorders** (pp.767-795). Nova York: John Wille and Sons;1997.

SILLER, M.; SIGMAN, M. The Behaviors of Parents of Children with Autism Predict the Subsequent Development of Their Children's Communication. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, 32(2), 77-89, 2002.

SILVA, M. H. B. **Uma contribuição de D. W. Winnicott para a clínica do autismo:** a noção de angústia impensável. In P. S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp.91-96). São Paulo: Escuta. 1997.

SILVA, R.A.; LOPES-HERRERA, S.A.; DE VITTO, L.P.M. Distúrbio da linguagem como parte de um transtorno global do desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. In: **Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo. 2007.

SILVA, M.; MULICK, J.A. 2009 Diagnosticando o transtorno autista: aspectos fundamentais e considerações práticas **Psicologia ciência e profissão**. v.29 n.1 Brasília mar. 2009.

SOUSA-MORATO, P. F.; FERNANDES, F. D. M. Correlatos entre o perfil comunicativo e adaptação sócio-comunicativa no espectro autístico. **Revista CEFAC**. ahead of print EpubMar 20, 2009.

SOUZA, A. P. R. de; KLINGER, E. F.; BORIN, L.; MALDANER, R. Entrevista continuada na clínica de linguagem infantil. **Fractal, Rev. Psicol.** vol.21, n.3, pp. 601-611, 2009.

SULLIVAN, J., HOROWITZ, F. The effects of intonation on infant attention: the role of rising intonation contour. IN: **Journal of child language**, vol. 10, n. 03, p. 521-534. Great Britain, Academic Press,1983.

SURREAUX, L. M. A questão do silêncio na aquisição desviante da linguagem. **Letras de Hoje**. Porto Alegre (v. 36); 2001.

SURREAUX, L. M. Sobre o sintoma de linguagem na clínica de linguagem. In: Graña, C. G. (org.). Quando a fala falta: fonoaudiologia, lingüística, psicanálise. Itatiba, SP: **Casa do Psicólogo**;1^a ed., v.1, p. 143-180; 2008.

TAHAN, L.C.; MAIA, S.M. A função terapêutica em fonoaudiologia. In: **Revista Distúrbios da Comunicação** 17 (1); São Paulo-abril/2005.

TERÇARIOL, D.; DELAZERI, F.; SCHILLO, R. No discurso de estagiários e recém-formados: porque incluir os pais no processo terapêutico fonoaudiológico de seus filhos. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 309-334, jul./dez. 2003.

THOMPSON, R.J., BOLTON, P.F. Case report: Angelman syndrome in an individual with a small SMC(15) and paternal uniparental disomy: a case report with reference to the assessment of cognitive functioning and autistic symptomatology. **Journal Autism Development Disorders**. Apr;33(2):171-6. 2003

TOTH, K., MUNSON, J., MELTZOFF, A.N., DAWSON, G. Early predictors of communication development in young children with autism spectrum disorder: joint attention, imitation, and toy play. **Journal Autism Development Disorders**. 2007;36(8):993-1005.

TURNER, L.M., STONE, W.L., POZDOL, S.L., COONROD, E.E. Follow up of children with autism spectrum disorders from age 2 to age 9. **Autism**. 10(3):243-65; 2006.

TUSTIN, F. **Autistic states in children**. London: Routledge and Kegan Paul. 1981.

TUSTIN, F. **Estados Autísticos em Crianças**. Imago, 1984.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

VYGOTSKY, L.S. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martin Fontes, 2001.

VOCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Revista Distúrbios da Comunicação**, v. 15, p.265-288, 2003.

VORCARO, A. Método psicanalítico e a clínica do laço mãe bêbe. **Estilos da Clínica**. São Paulo, v. 9, n. 16, 2004 .

VOLTOLINI, R. A Educação como "fato inconveniente" para a psicanálise. In: **Psicanálise, Educação e Transmissão**. Ano 6 Col. LEPSI IP/FE-USP, São Paulo; 2006.

WAGNER, C.R., NETTELBLADT, U. Tor: case study of a boy with autism between the age of three and eight. **Child language teaching and therapy**, 21(2):123-45. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Tenth Revision of International Classification of Diseases. Geneve: **WHO**; 1987.

ZIMMERMANN, V. B. **Adolescentes estados-limite**: a instituição como aprendiz de historiador. São Paulo: Escuta, 2007.

WINNICOTT, D.W. (1969) A experiência Mãe-Bebê de Mutualidade. In **Explorações Psicanalíticas** . Artes Médicas. Porto Alegre, 1994.

WINNICOTT D. W. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional** [1962]. Trad. ICS Ortiz. 3ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990. Provisão para a criança na saúde e na crise; p.62-9.

WINNICOTT, D.W. (1966). Autismo. In: SHEPHERD, Ray; JOHNS, Jennifer e ROBINSON, Helen T. (orgs). **D. W. Winnicott**: pensando sobre crianças. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WINNICOTT, D. W. (1975). **O brincar e a realidade**. Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).

WINNICOTT, D. W. (1983). **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. Porto Alegre: Artes Médicas.

WINNICOTT, D. W. **Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

WINNICOTT, D. W. 1988: **Natureza humana**. Rio de Janeiro, Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise: Obras escolhidas**. (D. L. Bogomoletz, Trad.) Rio de Janeiro: Imago, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: "Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral: (caracterização e clínica dos retardos de linguagem primários/ retardos de aquisição da linguagem oral secundários a grandes transtornos do desenvolvimento- encefalopatia crônica cerebral/ autismo infantil) (identificação do subprojeto)

Pesquisador(es) responsável(is): Dra Ana Paula Ramos de Souza

Colaboradores: Juliana Balestro, Michele Moro, Ellen Klinger

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria - Departamento de Fonoaudiologia

Telefone para contato: 55-32208348

Local da coleta de dados: Serviço de Atendimento Fonoaudiológico - UFSM

Os pesquisadores garantem o acesso aos dados e informações desta pesquisa a qualquer momento que o (a) voluntário(a) conforme exposto nos itens seguintes.

1 – Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que tem o objetivo principal de investigar a terapia dos retardos de aquisição da linguagem oral, encontrando as medidas necessárias para interrupção destes por meio da orientação familiar e terapia da criança.

2 - A coleta de dados inclui entrevistas e encontros de orientação com os familia, filmagem de interações entre a criança e sua família e a criança e terapeuta, cujos dados serão analisados pelos pesquisadores e descartados, via destruição das fitas, após análise. As sessões terapêuticas com a criança serão documentadas em relatórios escritos que também serão alvo de análises.

3 – A pesquisa não possui riscos nem desconfortos.

4 – Benefícios para o participante estão na possibilidade de se atingir melhores resultados na terapia de seu (sua) filho(a).

5 – A intervenção planejada não possui procedimentos alternativos, pois não seria diferente caso não estivéssemos relatando em pesquisa. Seu filho e sua filha receberão a mesma terapia, diante da possibilidade de você não autorizar a pesquisa.

6 – É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade da terapia de seu (sua) filho(a).

7 – As informações obtidas serão analisadas em conjunto, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante.

8 – Os voluntários receberão informações atualizadas sobre os resultados parciais das pesquisas e receberão um retorno de todos os resultados ao final da pesquisa.

9 - Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

10 – Não há possibilidades de dano pessoal, mas se o voluntário se sentir constrangido ou prejudicado pode solicitar seu desligamento da pesquisa.

11 – Mantengo, como pesquisadora, o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Clínica da Subjetividade nos Retardos de Aquisição da Linguagem Oral”.

Eu discuti com o Dr. Ana Paula Ramos de Souza sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Santa Maria, ____ de ____ 2008.

Assinatura do sujeito de pesquisa/representante legal

N. identidade

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Santa Maria, ____ de ____ de 2008.

Assinatura do responsável pelo estudo

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE II – Entrevista Inicial

ENTREVISTA INICIAL

Entrevistadora:

Data:

Nome:

Sexo:

Data de nasc./ Idade:

Naturalidade:

Mãe:

Idade: Profissão:

Pai:

Idade: Profissão:

End.:

Tel.: Cel.:

Motivo da procura para o atendimento:

1 Gravidez/ Parto/ Puerpério

- 1.1 A gravidez foi planejada ou acidental?
- 1.2 Como soube da gravidez?
- 1.3 O sexo do bebê foi o desejado?
- 1.4 Qual foi a reação da família quando soube da gravidez?
- 1.5 Como era a relação do casal até a gravidez.
- 1.6 Como foi a gestação?
- 1.7 Como era a relação do casal durante a gestação.
- 1.8 Relação do casal com a família.
- 1.9 Condições físicas durante a gestação.
- 1.10 Que pensavam sobre a criança durante este período?
- 1.11 Como foi escolhido o seu nome?
- 1.12 Como foi o período em que ela nasceu?

1.13 Parto normal ou cesária? Aconteceu na data esperada?

1.14 Como foi a relação com o médico durante o parto?

1.15 Alguém da família estava a acompanhou durante o parto?

1.16 Teve dificuldades no parto?

1.17 Reações imediatas depois do nascimento.

1.18 Como foram os dias logo após o nascimento?

2 *Lactância/ Desmame/ Introdução da alimentação mista*

2.1 A criança foi amamentada? Até quando?

2.2 Como foi introduzida a alimentação mista? Quais alimentos se davam?

2.3 Participação do pai na alimentação.

2.4 Usou ou usa a chupeta? E a mamadeira?

2.5 Quando e como ocorreu o desmame?

3 *Dentição*

3.1 Quando saiu o primeiro dente? Como foi esse processo (chorou muito, teve febres, etc)?

3.2 Como foi o desenvolvimento da primeira dentição? Quando se completou?

3.3 Desenvolvimento da dentição permanente. Como foi?

4 *Aquisição da linguagem*

4.1 Quando pronunciou a primeira palavra? Qual foi?

4.2 Quando começou a lalar? Quais sentimentos acompanhavam a emissão de sons.

4.3 Como fala na atualidade?

5 *Motricidade*

5.1 Quando sustentou a cabeça?

5.2 Quando se sentou?

5.3 Quando e como engatinhou.

5.4 Quando e como começou a andar.

5.5 Usou cercado ou andador?

5.6 Percebeu alguma tendência a cair ou golpear-se?

5.7 Acidentes.

6 *Sono/ Controle dos esfíncteres*

6.1 Como é o sono? Dorme facilmente ou tem dificuldades?

6.2 Dorme só?

6.3 Quando e como foi a separação do quarto dos pais.

6.4 Quando tiraram as fraldas?

7 Jogos e brincadeiras

7.1 Quando começou a brincar?

7.2 Que tipo de brincadeiras e quais os brinquedos de preferência.

7.3 Quando começou a desenhar?

7.4 Jogos e brincadeiras que atualmente prefere.

8 Outros

8.1 Quando começou a frequentar a escola? Como foi?

8.2 Algum acontecimento traumatizante?

8.3 Doenças acometidas.

8.4 Uso de medicação.

8.5 Passou por algum procedimento cirúrgico ou foi internado(a)?

8.6 Descrição de uma dia de vida (rotina).

8.7 Descrição de um feriado ou domingo.

8.8 Descrição de um aniversário.

8.9 Quando perceberam que o seu filho(a) precisava de um auxílio profissional?

8.10 Chegaram a pensar em hipóteses sobre o que estava acontecendo com o seu filho(a)

8.11 Que tipo de expectativas tem quanto a seu futuro?

Observações:

Genograma familiar:

APÊNDICE III – Instrumento de registro de dados das transcrições período inicial e final

ANEXOS

ANEXO I – Instrumento de transcrição dos enunciados

Linha	Sigla Locutor	Transcrições dos enunciados	Observação sobre as condições de produção enunciado verbal	Observação sobre as condições de produção do enunciado não-verbal