

Luto e Reidealização na Clínica da Infância: Estudo de um Caso

Mourning and Reidealization in the Childhood Clinic: Case Study

Luto y Reidealización en la Clínica de la Infancia: Estudio de un Caso

*Tamires Dias dos Santos**
*Diogo Ribas dos Santos**
*Angélica Dotto Londero**
*Ana Paula Ramos de Souza**

Resumo

Objetivos: analisar o processo de reidealização do filho com autismo na clínica singular da criança e sua família; observar os efeitos dessa clínica no desenvolvimento linguístico, cognitivo e psíquico infantil. **Método:** análise de caso clínico de criança de dois anos e onze meses com diagnóstico de autismo e de sua mãe. Realizou-se a avaliação psicológica através da APEGI e CARS antes e depois da intervenção, assim como avaliação de linguagem por meio dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem e da observação clínica. **Resultados:** ficou evidente o processo de ressignificação da deficiência do filho por intermédio das dimensões de competência, estética e futuro, baseadas no desenvolvimento das potencialidades linguística, cognitiva e subjetiva do filho. **Conclusão:** a reidealização do filho com autismo ocorreu a partir da escuta da mãe e da descoberta das potencialidades linguística, cognitiva e subjetiva dele, o que repercutiu positivamente no desenvolvimento do menino.

Palavras-chave: Desenvolvimento infantil; Relações familiares; Intervenção precoce.

Abstract

Objectives: to analyze the process of reidealization of the child with autistic disorder in the singular clinic of the child and his family; to observe the effects of this clinic on children's linguistic, cognitive and psychic development. **Method:** Clinical case analysis of a two year and eleven month old child diagnosed with autistic disorder, and his mother. The psychological evaluation was performed through

*Universidade Federal de Santa Maria, UFSM, Santa Maria, RS, Brasil

Contribuição dos autores:

TDS e DRS – Concepção do estudo; ADL e APRS - Orientação.

E-mail para correspondência: Tamires Dias dos Santos tamiresdds@gmail.com

Recebido: 04/08/2018

Aprovado: 05/01/2019

APEGI and CARS before and after the intervention, as well as language evaluation through the Signs of Acquisition of Language and clinical observation. **Results:** The process of re-signification of the child's disability through the dimensions of competence, aesthetic and future, was based on the development of the child's linguistic, cognitive and subjective potentialities. **Conclusion:** the reidealization of the child with autistic disorder occurred from listening to the mother and from her discovery of the child's linguistic, cognitive and subjective potentialities, which had a positive repercussion on the child's development

Keywords: Child Development; Family Relations; Early Intervention.

Resumen

Objetivos: analizar el proceso de reidealización del hijo con trastorno autístico en la clínica singular del bebé y su familia; observar los efectos de esta clínica en el desarrollo lingüístico, cognitivo y psíquico infantil. **Método:** Análisis de caso clínico de niño de dos años y once meses con diagnóstico de trastorno autístico, y su madre. Se realizó la evaluación psicológica a través de la APEGI y CARS antes y después de la intervención, así como evaluación de lenguaje por medio de los Signos Enunciativos de Adquisición del Lenguaje y de la observación clínica. **Resultados:** Se evidenció el proceso de resignificación de la discapacidad del hijo a través de las dimensiones de competencia, estética y futuro, basada en el desarrollo de las potencialidades lingüística, cognitiva y subjetiva del hijo. **Conclusión:** la reidealización del hijo con trastorno autístico ocurrió a partir de la escucha de la madre y del descubrimiento de ella de las potencialidades lingüísticas, cognitivas y subjetivas del hijo, lo que repercutió positivamente en el desarrollo del niño.

Palabras claves: Desarrollo infantil; Relaciones Familiares; Intervención Precoz.

Introdução

Sabe-se que a intervenção a tempo, citada nos estudos de Franco¹⁻³ possui como objetivo prevenir a instalação de psicopatologias quer nas situações de alteração genética ou perinatal, como nas síndromes e na encefalopatia, quer nas situações em que a constituição psíquica sofre, por tendência biológica do bebê, para o autismo ou por dificuldades no laço⁴. A perspectiva desses autores se diferencia do viés biomédico, cujo foco é exclusivo na plasticidade cerebral, muitas vezes denominada, na realidade brasileira, de estimulação precoce, pois, além de pensar nos efeitos epigenéticos possíveis pela plasticidade, busca oferecer uma leitura singular das necessidades de cada criança e de sua família. Isso ocorre porque os desenvolvimentos da família e da criança estão mutuamente relacionados⁵.

Quando algo não vai bem no desenvolvimento infantil, e se há uma relação com alguma predisposição genética, como no autismo, segundo Franco¹⁻³, ocorre a necessidade de um processo de luto e de reidealização. Dessa forma, a família terá de lidar com o luto do filho idealizado para poder se relacionar com o filho real, que nasceu com a deficiência ou com a limitação biológica.

Diante da concretização do diagnóstico, acontece uma crise, ou seja, uma ruptura no processo de desenvolvimento da criança, da família e da relação entre ambas. Nada será como antes e nada será como se tinha imaginado². Os pais precisarão resgatar o processo de seu desenvolvimento na relação com seu filho com deficiência, para poderem exercer plenamente a parentalidade de forma afetiva. Isso, todavia, só será permitido quando houver o processo de reidealização desse filho real³.

Tal processo gera sofrimento, o que leva a família a ter comportamentos cheios de sentidos e de significados no cuidado com a criança. Os sentimentos depressivos, a revolta, a raiva, a culpa e a negação, estão interligados e podem estar mascarados no processo de luto, o que causa dor mental e sofrimento emocional².

Existem vários fatores os quais influenciarão na elaboração do luto, como o apoio social, sendo esse intra e extrafamiliar. As questões de natureza interna vão além das características dos pais, de suas personalidades, de suas histórias e de suas vivências⁶.

O diagnóstico é comunicado, comumente, pelos médicos, que não proporcionam suporte às famílias e, muitas vezes, não oferecem explicações

sobre a deficiência da criança. Isso causa um sentimento de total desamparo nas famílias, justamente nesse momento de maior vulnerabilidade delas. A maneira como o diagnóstico é dado pode desencadear efeitos negativos na relação da família com a criança, fazendo com que os pais se relacionem com a patologia e não com o sujeito em si. Essa situação se agrava se os pais não possuem o suporte necessário para lidar com as características do filho e com seus próprios sentimentos.

A família, mais do que qualquer profissional técnico ou terapeuta, é a principal promotora do desenvolvimento da criança. O processo terapêutico da intervenção a tempo valoriza a participação ativa da instituição familiar e trabalha na interação dessa com a criança, visando uma relação saudável. Melhorar o funcionamento familiar, por meio de estratégias que ajudem os pais no processo de reidealização do filho, fazendo com que eles consigam se envolver emocionalmente com a criança e identifiquem suas necessidades e suas solicitações, de modo a contribuir no desenvolvimento familiar como um todo¹.

O processo da reidealização consiste em rever, no filho real, três dimensões: de competência, de estética e de futuro. A dimensão de competência é que permite ver as potencialidades da criança de modo a considerar os limites impostos por sua deficiência; a dimensão estética consiste em conseguir ver beleza naquela criança e vislumbrá-la como parte da linhagem familiar. Logo, é uma dimensão importante no que tange ao vínculo familiar. Já a dimensão de futuro, diz respeito a poder pensar, desejar e planejar um futuro considerando as possibilidades da criança. Isso ajuda os pais a minimizarem o sofrimento presente^{3,6}.

Para que todas essas dimensões sejam contempladas, a equipe de intervenção a tempo necessita sustentar a família e o bebê, ou criança pequena, a partir de um olhar sobre sua singularidade, o qual permita descobrir as potencialidades da criança de modo a vislumbrar um novo projeto, que inclua o futuro dela e, também, sua dimensão estética.

Este artigo busca tematizar, a partir de um caso clínico, como a equipe clínica sustentou a família no processo de reidealização, a partir de um movimento com base nas três dimensões, abordando a dimensão de competência a partir das potencialidades da criança para a linguagem, o brincar e outras atividades do cotidiano, e o entrelaçamento dessa dimensão com a estética e futuro no caso

analisado. Desse modo, neste artigo, procurou-se analisar os efeitos da intervenção a tempo no processo de reidealização da criança com diagnóstico de autismo e, ainda, como essa reidealização se refletiu no processo de sustentação enunciativa, enquanto potencialidade linguística, motivo pelo qual a família procurou a fonoaudiologia em primeiro lugar. Do mesmo modo, serão analisadas as reações da família ao diagnóstico médico considerando o suporte terapêutico dado a ela.

Método

Este trabalho é um estudo de um caso clínico de caráter qualitativo, realizado numa clínica escola de Fonoaudiologia numa cidade de médio porte do Rio Grande do Sul. Está inserida na pesquisa: “Análise comparativa do desenvolvimento de bebês prematuros e a termo e sua relação com risco psíquico: da detecção à intervenção.”, sob número de CAEE: 28586914.0.0000.5346.

É um estudo de caso, do sujeito B., com idade de dois anos e onze meses, que possui diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista, sem comorbidades, e que realizava terapia na clínica-escola. A mãe, acompanhante usual de B., foi convidada a participar da pesquisa e, após receber esclarecimento sobre os objetivos dessa, bem como depois de ocorrer a autorização do estudo, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O sujeito foi encaminhado para o fonoaudiólogo em função da queixa de atraso na linguagem, foi acolhido e encaminhado para o Núcleo interdisciplinar de Desenvolvimento Infantil (NIDI), que abrange profissionais da fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia e fisioterapia. Como o núcleo é composto por uma equipe, discutiu-se o caso e foram definidas as especialidades que a criança necessitava ter no início da intervenção.

Como a equipe segue uma linha interdisciplinar psicanalítica, uma das psicólogas do grupo realizou a avaliação psicológica do caso antes da intervenção, para que, a partir do olhar psicanalítico, pudesse averiguar se era caso de autismo ou de psicose infantil não decidida. Essa avaliação foi realizada por meio do Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Instituições, Grupos e Escolas -APEGI, que se constitui em uma avaliação qualitativa que detecta a presença ou ausência de indicadores de risco para evolução rumo a uma psicopatologia ou atraso no desenvolvimento infan-

til, por meio da análise de quatro eixos: O Brincar e o Estatuto da Fantasia, Imagem Inconsciente do Corpo, as Formações da Lei, a Posição do Sujeito na Linguagem⁷.

Além dessa avaliação, e tendo em vista a demanda da neuropediatra do caso por uma avaliação com instrumento validado estatisticamente na realidade brasileira, a psicóloga que ficou responsável pelo caso aplicou a Escala CARS-BR (Childhood Autism Rating Scale-BR) que auxilia no diagnóstico do autismo infantil, abrangendo domínios que geralmente são afetados nesse quadro, podendo indicar o grau de autismo que a criança possui. Seu ponto de corte é 30 pontos. Abaixo desse valor, é indicativo de ausência de autismo; de 30 -36 pontos, é considerado autismo leve e, a partir de 37 pontos, considerado grave.⁸

A análise de Linguagem foi realizada por meio dos Sinais Enunciativos de Aquisição da Linguagem⁹⁻¹¹ antes e após a intervenção. Também foram feitas observações da linguagem espontânea. Essas avaliações foram realizadas antes, durante e ao final do período de um ano e farão parte da análise do caso.

No caso de B., a intervenção clínica se deu por uma dupla de fonoaudiólogo e de psicóloga com presença da mãe na sessão semanal, sob uma perspectiva de intervenção a tempo defendida por Franco^{1-3,5,6} em que o trabalho é com a criança e com a família, por meio do diálogo sustentado no brincar livre¹². Assim, as cenas terapêuticas incluíram a mãe, a criança e os terapeutas, juntos, em trio ou em duplas momentâneas. Às vezes, enquanto a criança investia de modo mais solitário em um brinquedo, ou interagindo apenas com um terapeuta, a mãe podia conversar com o outro terapeuta.

A análise dos dados se deu por meio da releitura dos diários de sessões, nas quais havia cenas entre terapeutas, criança e mãe, e momentos de diálogo entre mãe e terapeutas. A leitura e releitura desses permitiu que se fizesse uma análise do conteúdo com vistas a identificar como foram sendo abordadas as dimensões constantes no processo de adaptação parental ao filho com deficiência: a dimensão de competências, a dimensão estética e a dimensão de futuro, bem como de que modo isso permitiu reidealizar o filho.

Nos exemplos das cenas que serão citadas a seguir, o terapeuta 1 corresponde ao fonoaudiólogo, e o terapeuta 2, à psicóloga.

Apresentação do caso

Caso B: menino de dois anos e onze meses, que mora com a mãe e o avô materno e não tem contato com o pai. Sua mãe procurou atendimento fonoaudiológico, pois o menino estava com atraso na aquisição da linguagem. No acolhimento do serviço, a mãe contou que B. estava em processo diagnóstico com neuropediatra, uma vez que apresentava sinais de autismo, o que igualmente foi observado pela equipe que o encaminhou para avaliação psicológica.

Avaliações antes da intervenção

Nas entrevistas iniciais, a mãe relatou não ter tido nenhuma intercorrência durante a gravidez, mas contou que B. demorou a ter controle cefálico, a sentar e a caminhar. Além disso, ele tinha pouco contato visual, não falava e não demonstrava suas vontades, tinha medo incomum de avião real ou mesmo do brinquedo que o representava. Ela reportou, ainda, que desconfiava de uma possível surdez, pois o menino demorava a atender quando chamado, o que foi descartado após exames audiológicos.

Após alguns dias, a mãe relatou que a neuropediatra confirmou o diagnóstico de autismo e medicou o menino com Risperidona. Contudo, a mãe desejava uma segunda opinião quanto ao diagnóstico e não acreditava ser necessário o medicamento.

Na avaliação psicológica do menino, a psicóloga aplicou a escala CARS e B. obteve 37 pontos, indicativo de autismo grave. Na avaliação APEGI, buscou-se avaliar a partir de seus eixos, conforme segue:

- *Brincar e o Estatuto da Fantasia*: ele demonstrou ausência de enredo, falta de iniciativa, manipulação mecânica dos brinquedos, inconstância, pobreza simbólica, ausência do faz de conta e atividade repetitiva;
- No eixo *Imagem Inconsciente do Corpo*: ele apresentou hábitos alimentares adequados, aceitando comer, até mesmo, verduras e legumes. De acordo com a mãe, B. tinha autoagressão, batendo na cabeça quando se irritava. A criança demonstrou também dificuldades motoras e dificuldade de sustentar o olhar com o outro;
- Nas *Formações da Lei*: para ele, existiam confusão e angústia frente à lei, por mais que fosse explicado o limite que lhe era proposto, parecia não entender. Da mesma maneira, tinha dificuldade

de interagir com mais de uma pessoa ao mesmo tempo, conseguindo interações apenas duais;

- *A Posição do Sujeito na linguagem*: B. não falava, apenas pronunciava sílabas na tentativa de imitar o que lhe era dito. Por vezes, era preciso que a mãe traduzisse o que o menino queria expressar.

Durante o processo de avaliação a mãe se demonstrava angustiada, com muitas dúvidas sobre o diagnóstico, as quais não foram esclarecidas pela neuropediatra. Relatava que não conseguia diferenciar se certos comportamentos dele eram sintomas do risco para autismo ou se eram comuns a toda criança.

Alguns questionamentos da mãe foram esclarecidos. A ela foi explicado que o autismo ainda não tem uma causa definida, porém a mãe parecia tentar achar uma causa específica para que seu filho tivesse risco para autismo, indagando se o diagnóstico de B. poderia ser devido ao uso de drogas do pai. Foi comum, no processo terapêutico inicial, serem dadas, várias vezes, explicações sobre a mesma

questão, visto que a mãe se encontrava num período em que estava tomada de sentimentos conflituosos entre a criança ideal e a criança real.

Quando a mãe foi questionada acerca de sua visão do filho, ela apresentava, em seu discurso, somente as limitações dele, verbalizando: “ele não pede o que quer; ele não quer caminhar; ele não fala; ele não brinca”. Isso sugere que ela estava tomada por diferentes sentimentos em decorrência da descoberta da psicopatologia e precisava lidar com essa situação, a qual lhe gerava sofrimento.

Após a avaliação psicológica e a discussão do caso na equipe, foi definido que o menino teria atendimento psicológico e fonoaudiológico concomitantemente em função da demanda materna inicial, referente ao diagnóstico e ao atraso de linguagem. Esse se mantém até o momento.

Na avaliação fonoaudiológica, foram utilizados os sinais enunciativos de aquisição da linguagem, referentes ao segundo ano de vida, tendo em vista o fato de B. ainda não falar. Os resultados estão dispostos no quadro 1 e demonstram a evolução de B. antes e após a intervenção.

Quadro 1. Sinais enunciativos de aquisição da linguagem primeiro ano (Crestani, 2016).

SEAL 2 a 6 meses e 29 dias	Primeira Avaliação
1. A criança reage ao <i>manhês</i> , por meio de vocalizações, movimentos corporais ou olhar.	NÃO
2. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons verbais como vogais e/ou consoantes.	NÃO
3. A criança preenche seu lugar na interlocução com sons não verbais de modo sintonizado ao contexto enunciativo (sorriso, grito, choro, tosse, resmungo).	NÃO
4. A criança preenche seu lugar na interlocução silenciosamente apenas com movimentos corporais e olhares sintonizados ao contexto enunciativo.	SIM com baixa frequência
5. A criança inicia a conversação ou protoconversação.	NÃO
6. A criança e a mãe (ou sua substituta) trocam olhares durante a interação.	NÃO
7. A mãe (ou sua substituta) atribui sentido às manifestações verbais e não verbais do bebê, e sustenta essa protoconversação ou conversação, quando o bebê a inicia.	NÃO (esporadicamente)
8. A mãe (ou sua substituta) utiliza o <i>manhês</i> falando com a criança de modo sintonizado ao que está acontecendo no contexto e aguardando as respostas do bebê.	SIM
Itens 7 a 12 meses e 29 dias	
9. A criança preenche seu lugar na interlocução (enunciado) com sons verbais (sílabas com vogais e consoantes variadas - ao menos dois pontos e dois modos articulatórios de consoantes).	SIM
10. A criança esboça a produção de protopalavras por espelhamento à fala da mãe (ou substituto).	NÃO
11. A criança esboça a produção de protopalavras espontaneamente	NÃO
12. Quando a mãe (ou substituta) é convocada a enunciar pela criança, a mesma reproduz seu enunciado e aguarda a resposta da criança.	SIM

Do ponto de vista qualitativo, a expressão linguística de B., segundo a mãe, consistia em apenas algumas palavras/vocalizações de maneira isolada, sem função comunicativa. Ele apresentava atenção reduzida a objetos, não demonstrando compreender a linguagem oral quando solicitado. De acordo com o acompanhamento do quadro terapêutico, foi possível compreender que B. precisava desenvolver, inicialmente, seu reconhecimento como sujeito, a fim de que pudesse interagir nas brincadeiras para acessar o simbolismo e a linguagem, permitia a mãe ver o interesse e a diversão do filho verbal. Em sua chegada, B. não apresentava o segundo e terceiro mecanismos enunciativo de aquisição da linguagem⁹⁻¹¹.

A Intervenção Clínica em Dupla

Inicialmente, a mãe não intervinha muito durante as sessões, sentava afastada e só se colocava quando o menino não respondia às demandas dos terapeutas. Ficava extremamente atenta às ações dos terapeutas e às respostas do filho, parecendo tentar descobrir como lidar com ele. A mesma ficava entusiasmada quando B. interagia ou conseguia imitar alguma ação durante a brincadeira.

Em uma das sessões, os terapeutas levaram um carrinho que tinha um telefone. Então, começaram a brincar, o terapeuta 1 pegou o telefone e falou: “Alô B., como você está?”, alcançava o telefone para B., e ele entregava-o novamente para o terapeuta. Por várias vezes, essa cena se repetiu. Durante ela, o terapeuta 1 falava ao telefone e passava para o terapeuta 2, que respondia: “Alô! tudo bem. Você quer falar com a mãe de B.?” Então, passava para a mãe, e ela passava para B. Esse movimento se repetiu várias vezes até que B. começou a imitar, colocando o telefone na orelha e emitindo vocalizações “A...a...a”. Nesse momento, a mãe demonstrou muita alegria e comentava “Vocês viram? Ele falou “A...”, colocando novamente o telefone na orelha de B. e falando: “Isso B.! Alô, fala Alô! Essa cena foi repetida muitas vezes.

A evolução do caso se deu a partir do momento em que o menino começou a estabelecer o conhecimento da língua, quando percebeu que necessitaria falar para se fazer ouvir, combinando sons e palavras, ainda de maneira isolada, estabelecendo, assim, uma co-referência com os terapeutas (2º mecanismo enunciativo). O menino começou a responder aos pedidos verbais realizados em sessão de terapia, com pedidos de reparo, os quais

eram realizados pelos terapeutas, cantando música quando solicitado e construindo brincadeiras simbólicas. Outros exemplos ocorridos nas sessões foram: imaginar que bebia chá sem ter o líquido ou que podia brincar de fazer “comida” sem ter algo na “panelinha”. A imitação ficou diferida, ou seja, hoje, B. consegue imitar um tempo depois de ter visto o modelo dado pelos terapeutas, o que demonstra que, do ponto de vista cognitivo, a função semiótica está desenvolvida.

Em alguns momentos, foi possível observar que B. apresentou intenção comunicativa, interagiu com os terapeutas, incluiu sua mãe no brincar, porém, em outras ocasiões, o menino se manteve apático. A fala do menino apresentou-se ora de forma jargonada, ora de maneira que se tornou possível entender o que B. tentava falar. Ainda, quando o menino quer algo, utiliza gestos, apontando para o objeto que deseja, não solicitando, nem construindo frases de maneira clara.

Com o andamento da terapia, a postura da mãe foi mudando. Ela participava mais ativamente, já que passou a notar como seu filho estava evoluindo. Os terapeutas proporcionaram, durante a intervenção, momentos de trocas prazerosos entre a díade. Também, devido ao bom vínculo terapêutico com a díade, sempre que a mãe estava com alguma dúvida ou, até mesmo, angustiada com algum fato, procurava os terapeutas para ter o suporte necessário.

Esses profissionais sempre respeitavam o desejo do menino quanto às escolhas das brincadeiras e, diante disso, focavam em suas potencialidades. Concomitantemente, explicavam para a mãe que a terapia é um processo gradual e a sustentando quando o menino, em alguns momentos, não estava disposto para a interação.

As brincadeiras que proporcionavam momentos prazerosos, para a mãe e à criança, nas quais essa percebia que seu filho se divertia e era capaz de executar, eram reproduzidas em casa. Muitas vezes, a mãe adquiriu os brinquedos utilizados nas sessões, como bolha de sabão, bola, massinha de modelar, giz, panelinhas. Por vezes, também construiu brinquedos. A título de exemplo, fabricou uma pista de carrinho com papelão, uma vez que, em uma das sessões, o menino havia brincado e se divertido com uma pista.

É importante ressaltar que, a partir do momento que a mãe conseguiu ver as potencialidades de B., ela começou exaltá-las, tanto na dimensão da competência, quanto da estética. Isso pode ser

atestado em algumas falas dela: “terapeutas, olha que bonito que o B. está! Ele cortou o cabelo.”, “Nossa, vocês têm que ver como ele está falante!”. “Estou pensando em colocar ele na escola, acho que ele vai gostar”.

Dessa forma, notou-se que a mãe começou a verbalizar sobre o que o menino conseguia fazer, retirando o foco das dificuldades e das limitações da criança.

No cotidiano da família, um dos obstáculos eram as questões sociais de B., visto que a mãe apresentava receio de que o menino tivesse um momento de birra em locais de compartilhamento social e que ela não conseguisse contornar a situação, não podendo também sustentar o olhar dos outros voltados a ela. Por esses motivos, sempre que a mãe saía, o avô se responsabilizava pelos cuidados com o menino. Entretanto, essa demonstrava desejo de que seu filho a acompanhasse. A partir do suporte dos terapeutas, dando espaço para a mãe expressar esse desejo e, ao mesmo tempo, as angústias frente a essa situação, a mãe conseguiu alterar sua postura e encorajar-se a levar o menino consigo ao sair de casa. Em uma das sessões, contou que levou o menino em uma lanchonete e que ele se comportou muito bem e, em função disso, já estava se programando para levá-lo a outros locais.

Avaliações após a intervenção

Após um ano de intervenção, a Escala CARS foi reaplicada pela psicóloga, e indicou ausência de autismo, obtendo 27 pontos.

No eixo *Brincar e o Estatuto da Fantasia* da APEGI, B. já conseguia ter sequência e constância na brincadeira, só não permanecia em alguma atividade quando essa não era de seu desejo. Conseguia ter mais iniciativa, buscando o outro para compartilhar, não somente usando o outro como instrumento. Ele também passou a realizar trocas com os três (mãe, terapeuta 1 e terapeuta 2) ao mesmo tempo, suportava mais o olhar do outro e procurava o outro com o olhar. Estava mais curioso e atento, explorando os brinquedos disponíveis na sala. Além disso, quando gostava de algo, levava até o outro para mostrar; às vezes, chamava por meio de gestos ou puxava pela mão para a pessoa visse o que ele desejava, ou seja, buscava partilhar a brincadeira.

Um exemplo disso se deu em uma sessão quando os terapeutas cantavam “a roda do ônibus gira, gira..” e faziam movimentos circulares com

os braços. Nesse instante, o menino se colocava na frente dos terapeutas e os imitava, cantando “ia, ia”, na mesma melodia, quando tinha o desejo da repetição da música. Nessa mesma sessão, na parte da música que diz “a mamãe faz shh shh shh”, o menino buscava a mãe com o dedo indicador encostado na boca fazendo sinal de silêncio e emitindo som “shh shh shh”. Diante disso, o terapeuta 2 falou “Viu mamãe? Ele está indo até você porque a música diz que é a mamãe que faz “shh shh shh!””, ele está pedindo para você cantar”. A mãe demonstrou surpresa e felicidade com isso e, então, cantou e dançou. B. solicitou repetidamente para que todos cantassem a música e olhava para conferir se todos estavam dançando.

Quando B. estava cansado, ficava mais silencioso e explorava apenas os objetos, sem interação e brincar simbólico, não executando o que lhe era solicitado. Contudo, isso aconteceu raramente nas últimas sessões.

No eixo *Imagem Inconsciente do Corpo*, a alimentação prossegue adequada; no que se referem às autoagressões, essas acontecem raramente; a lentidão motora, que antes ele apresentava, já não é mais observada. Logo, ele está com o desenvolvimento motor adequado para a sua idade. O uso da fralda permanece, mas iniciou a sinalizar quando expulsa suas fezes, colocando a mão no bumbum e dizendo “cocô”, o que demonstra sua consciência corporal e preparação para realizar a retirada da fralda. Faz uso de mamadeira, utilizando também o copo de transição; a chupeta, que antes tinha uso contínuo, agora é utilizada apenas para dormir.

Em outra sessão, o menino ficou se olhando no espelho e a mãe falou: “Quem é lá B? Quem é esse menino? É o bebê lindo da mãe?” Ao escutar isso, o menino reagiu apontando para si e falando “É”. Nesse instante, a mãe ficou emocionada, deu um sorriso e falou aos terapeutas “Viu que ele sabe!? É a primeira vez que ele faz isso!” Por mais que fosse a primeira vez que o menino lhe respondesse daquela maneira, a mãe já supunha um sujeito e, ao mesmo tempo, conseguia ver aquele filho como bonito.

No Eixo *as Formações da Lei*, ainda se percebe muita angústia quando é contrariado, ou lhe é colocado algum limite. No entanto, as reações do menino mudaram, já que agora não mais se joga no chão e se agride, apenas chora. Assim, ele está suportando melhor os limites a ele impostos.

No Eixo *a Posição do sujeito na Linguagem*, B. ainda tem dificuldades na fala, mas tem intenção comunicativa e, por vezes, consegue falar, mesmo que de maneira incorreta, algumas palavras soltas e contextualizadas. Sua mãe, algumas vezes, ainda tem que traduzir o que o menino está querendo expressar, porém com menor frequência. É importante marcar que ela traduz demonstrando que ambos possuem uma linguagem particular agora, o que não ocorria no início dos atendimentos. Aos poucos, a produção da fala do menino está se aproximando do que se espera para sua idade.

A evolução da linguagem, na avaliação fonoaudiológica, foi visível, pois a fala endereçada ao alocutário começou a emergir após um ano de terapia. Estratégias do segundo mecanismo, como nomeação, combinação de palavras e solicitações verbais ao alocutário estão presentes na linguagem de B., conforme se pode visualizar nos sinais enunciativos do segundo ano de vida, expostos no quadro 2. Esses dados demonstram, mais uma vez, que a evolução de linguagem se dá de modo naturalista em uma abordagem que priorize o diálogo em meio ao brincar livre.

Quadro 2. Reavaliação SEAL com foco no segundo ano de vida (FATTORE, 2018)

Sinais de 13 a 17 meses e 29 dias	Primeira Avaliação	Segunda Avaliação
13. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto.	NÃO	ÀS VEZES
14. A criança nomeia de modo espontâneo, mas não inteligível ao adulto interlocutor, objetos que estão ausentes no contexto, buscando na prosódia uma forma de ser compreendida.	NÃO	SIM
15. A criança nomeia de modo espontâneo e inteligível ao adulto interlocutor, objetos, pessoas, ações, que estão presentes no contexto enunciativo.	NÃO	ÀS VEZES
16. A criança faz gestos para tentar fazer-se entender quando o adulto interlocutor não a compreende.	SIM	SIM a usa a mãe como tradutora.
17. A criança repete o dizer do adulto interlocutor como forma de organizar ou reorganizar sua enunciação, por exemplo, aprimorando a forma sintática, ou fonológica, ou a escolha do item lexical ou mesmo acentuando algum item prosodicamente.	NÃO	NÃO
18. A criança conversa com diferentes interlocutores adultos (pai, mãe, examinador).	NÃO	SIM
19. O adulto interlocutor atribui um sentido possível às produções verbais da criança, ou seja, de modo sintonizado.	SIM	SIM
Sinais 18 a 24 meses e 29 dias		
20. A criança solicita objetos e/ou pede esclarecimentos ao adulto interlocutor, marcando sua posição como locutor.	NÃO	SIM
21. A criança utiliza formas fonêmicas distintas para veicular sentidos diferentes em sua enunciação (ao menos dois pontos articulatórios – labial e alveolar- e duas classes sonoras consonantais distintas – ao menos nasais e plosivas).	NÃO	SIM
22. A criança utiliza distintas formas (palavras) para veicular sentidos diferentes em sua enunciação.	NÃO	SIM,
23. A criança combina palavras, na forma direta ou inversa, para veicular sentidos diferentes.	NÃO	SIM um pouco de ininteligibilidade.
24. Quando a criança apresenta produções verbais distintas da fala adulta, o adulto interlocutor reage fazendo um pedido de reparo neutro (o que) ou repetindo corretamente a fala infantil.	SIM	SIM

De acordo com a avaliação de linguagem (SEAL), realizada no primeiro ano, foi possível analisar que o menino apresentava risco para a aquisição da linguagem. Já no segundo (quadro 2) ano do SEAL, é possível fazer uma análise com-

parativa entre a primeira parte da avaliação, a qual foi realizada quando o menino tinha 2 anos, e um ano após o processo de intervenção.

É possível observar que o menino apresentou evolução na aquisição da linguagem a partir do

momento que as terapias tiveram, como objetivo, o brincar e, assim, fazer o menino ingressar no simbolismo, sendo esse um dos pontos iniciais para o desenvolvimento das habilidades linguísticas.

Discussão

No caso de B., pode-se notar, na reação da mãe ao diagnóstico médico, algo comum na clínica de bebês e crianças pequenas: a mãe se sentir desamparada nesse período de vulnerabilidade, em que passa a vivenciar o luto pelo filho idealizado. Franco³ afirma que, frente à perda da idealização de um filho, dá-se o árduo processo de luto, em que os sentimentos depressivos são inevitáveis. Essa é uma reação imediata ao diagnóstico ou ocorre no decorrer do tempo.

Quando a mãe de B. chegou à intervenção, era perceptível sua apatia e sua dificuldade em aceitar e lidar com os limites do filho. Os sentimentos de estresse, de raiva, de depressão ou de negação são as primeiras respostas emocionais diante do processo de luto^{3,13}.

A negação é um sentimento inevitável e podemos ter duas dimensões dela: uma negativa, em que se nega a realidade, deixando a crianças sem assistência, pois “supostamente” ela não precisa, ou se deve esperar para ver o que acontece. E outra positiva, na qual os pais não fiquem passivos e tentem buscar segundas opiniões, tratamentos e profissionais mais competentes⁶.

A busca da mãe de B. por uma segunda opinião, sobre o diagnóstico do seu filho, pode ter sido uma forma de negar o distúrbio, mas, ao mesmo tempo, deu-se de forma positiva, porque ela buscou intervenção para ele, a qual, por acaso, foi uma intervenção a tempo centrada na família.

A intervenção realizada, nesse caso, ocorreu por intermédio do brincar, em que se buscou, além da promoção das capacidades linguísticas, cognitivas e subjetivas da criança, possibilitar um suporte social à mãe dela e um melhor funcionamento familiar.

Através das intervenções com a díade mãe-criança, proporcionando maior interação entre essa e havendo momentos de escuta, para que essa mãe pudesse explanar suas questões e ser amparada pelos terapeutas, foi possível perceber uma mudança, tanto na postura da mãe, quanto em seu discurso. Agora, ela não verbaliza só as limitações

de seu filho, mas as capacidades dele, mesmo que contornadas por suas limitações.

Isso diz da dimensão de competência que Franco⁶ propõe no processo de reidealização, em que a família (nesse caso, a mãe) consegue ver e se relacionar com a realidade que está imposta a ela no que se refere ao filho, ao mesmo tempo em que a dimensão de competência já começa a se fortalecer. Percebeu-se, também, que as dimensões estéticas se iniciaram quando, na cena já descrita, no caso acima, a mãe quer mostrar aos terapeutas como seu filho ficou bonito de cabelo cortado e verbaliza “olha como ele está bonito”. Em outro momento, também já citado, isso igualmente se notou quando o menino se olhou no espelho, e a mãe falou: “é o bebê lindo da mãe?” Esses dois exemplos tratam da dimensão estética, em que a mãe acha seu filho bonito e quer mostrá-lo aos outros na expectativa de que eles também o considerem bonito. Na segunda fala, há, além da beleza, o reconhecimento do filho como parte da linhagem familiar.

A reidealização completa é um processo que envolve as três dimensões, e isso se deu no caso em estudo. Foi possível notar a instauração da terceira dimensão, denominada de futuro, no momento em que a mãe expressou seu desejo e planejamento de colocar o filho na escola e de fazer novos passeios com ele.

Nesse caso, a intervenção auxiliou no desenvolvimento familiar, já que se deu o processo de reidealização da mãe e a diminuição dos sintomas risco de autismo na criança. Esse fato pode ser constatado quando na segunda aplicação da CARS resultou em ausência de autismo, ou seja, não atingiu o ponto de corte. Cabe ressaltar que o instrumento apenas não captou os sintomas mais sutis, mas que, mesmo com os sintomas minimizados, o menino necessita continuar com as intervenções para que se tenha continuidade no desenvolvimento familiar.

Considerações finais

A intervenção a tempo, quando centrada na família, gera benefícios que vão além do desenvolvimento da criança, proporcionando o suporte familiar para que os envolvidos possam superar o processo de luto da criança idealizada, rumo à reidealização da criança real. Isso, conforme já abordado, abrange as três dimensões: competência, estética e futuro.

Através da intervenção realizada com a mãe-criança, na qual foi possível promover momentos prazerosos para ambos, focando na interação e no brincar, desenvolveram-se as potencialidades linguísticas, cognitivas e subjetivas da criança, conseguindo minimizar os sintomas para o risco de autismo.

Só foi possível a reidealização da mãe frente ao filho real porque a equipe forneceu suporte para ela, oportunizando momentos de escuta e deixando-a expressar seus sentimentos frente às dificuldades que é ter um filho com transtorno no desenvolvimento.

Na reidealização, as dimensões abrangem muito mais do que ver o filho como bonito, capaz e com um futuro. A dimensão estética é a que permite que se criem vínculos afetuosos e que a criança não fique somente restringida à sua casa. A dimensão de competência abrange o reconhecimento da realidade, permite se enxergar as capacidades do filho, mas também permite que sejam reconhecidas suas limitações. E a dimensão de futuro é aquela que compreende o desejo do que se espera, ela ajuda os pais a vislumbrarem um futuro para a criança e para si. Isso os ajuda a não serem abarcados pelos sentimentos negativos que se presentificam em um diagnóstico de alteração do desenvolvimento do filho.

Referências

1. Franco V. Introdução à Intervenção Precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe. 1.ed.Portugal:Edições Aloandro; 2015a.

2. Franco V. Paixão-dor-paixão: pathos, luto e melancolia no nascimento da criança com deficiência. Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam. 2015b; 18(2): 204-20.
3. Franco V. Tornar-se pai/mãe de uma criança com transtornos graves do desenvolvimento. Educ.Rev. 2016; (59): 35-48.
4. Kupfer MC. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. Psicol. USP. 2000; 11(1).
5. Franco V, Melo M, Apolônio A. Problemas do desenvolvimento infantil e intervenção precoce. Educ.Rev. 2012; (43): 49-64.
6. Franco V. A adaptação das famílias de crianças com perturbações graves do desenvolvimento – contribuição para um modelo conceptual. International Revue of Developmental and Educational Psychology. 2009; 21(2): 25-37.
7. Jerusalinsky A. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos – AP3. In: Lerner, R.; Kupfer, M. (Orgs.). Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa. São Paulo: Escuta; 2008. P.117-36.
8. Pereira A, Riesgo R, Wagner M. Autismo infantil: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. J. Pediatr. 2008; 84(6): 487-94.
9. Crestani AH. Elaboração e validação de índices de aquisição da linguagem em uma perspectiva enunciativa para crianças de 2 a 12 meses.[Tese].Santa Maria:Universidade Federal de Santa Maria-UFSM; 2016.
10. Fattore IM. Validação de sinais enunciativos de aquisição da linguagem para crianças de 13 a 24 meses. [Dissertação]. Santa Maria:Universidade Federal de Santa Maria- UFSM;2018. *No prelo.*
11. Silva CL. O estudo do texto em uma perspectiva enunciativa de linguagem. DELTA. 2018; 34(1): 419-33.
12. Vendruscolo JF, Bolzan G, Crestani AH, Ramos AP. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os índices de risco ao desenvolvimento infantil. Rev.Distúrb.Comun.2012; 24(1): 41-52.
13. Oliveira IG, Poletto M. Vivências emocionais de mães e pais de filhos com deficiência. Rev. SPAGESP. 2015; 16(2):102-19.