

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO  
PAULO  
PUC-SP**

**CAROLINE LOPES BARBOSA**

**O EFEITO DAS FALAS PATOLÓGICAS:  
QUESTÕES RELATIVAS À AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM  
NOS CASOS DE AUTISMO E PSICOSE INFANTIL**

**MESTRADO EM LINGUÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA  
LINGUAGEM**

**SÃO PAULO**

**2011**

CAROLINE LOPES BARBOSA

**O EFEITO DAS FALAS PATOLÓGICAS:  
QUESTÕES RELATIVAS À AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM  
NOS CASOS DE AUTISMO E PSICOSE INFANTIL**

MESTRADO EM LINGUÍSTICA APLICADA E ESTUDOS DA  
LINGUAGEM

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, sob a orientação da Prof.(a) Doutora Lucia Maria Guimarães Arantes.

SÃO PAULO

2011

## PÁGINA DE APROVAÇÃO

COMISSÃO JULGADORA

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

*À minha mãe que significou minhas primeiras palavras, auxiliou-me nos primeiros passos e sustentou-me nas quedas. Apostou na minha formação acadêmica, sustentando comigo esse trabalho e minha permanência na PUC-SP, por todo cuidado, amor, pela ternura e dedicação intensas a mim destinadas.*

*A meu pai, hoje tão distante, mas ao mesmo tempo bem próximo.*

## AGRADECIMENTOS

*A todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para conclusão deste trabalho, a minha estima e gratidão.*

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lucia Arantes, prezada Orientadora, pelo cuidado efetivo e o acolhimento terno e afetuoso nos momentos mais complexos deste trabalho. Agradeço, ainda, pelo encontro e pela disponibilidade com que me recebeu à época da graduação, tornando-se marco inicial e de encantamento por essa profissão. Sem dúvida, seu olhar de aposta e incentivo, me marcaram muito. Sou imensamente grata pela escuta oferecida às questões clínicas e pessoais durante esse percurso.

À Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Maria Francisca Lier-De Vitto, pelos ensinamentos oferecidos no Grupo de Pesquisa, por suas seriedade, dedicação e contribuições que nortearam este trabalho. No percurso desse trabalho pude ver o seu compromisso com as falas patológicas e a paixão com que empreende a discussão no Grupo de Pesquisa, tornando a minha admiração cada vez maior.

À Dr<sup>ª</sup>. Ana Clélia Oliveira Rocha, pela disponibilidade afetiva em participar da Banca de Qualificação e Defesa, sua leitura atenta e as indicações bibliográficas foram precisas nesse trabalho.

À Dr<sup>ª</sup> Sônia Araújo, pela agilidade e carinho com que aceitou participar da Banca de Defesa, minha admiração.

À Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Lourdes Andrade (Tati), pela disponibilidade e ternura em aceitar compor a Banca de Defesa, admiro sua leitura e análise das falas e escritas sintomáticas compreendidas no Grupo de Pesquisa.

Aos pesquisadores do Grupo de Pesquisa: “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”, pelos encontros produtivos e discussões nas “tardes de domingo”.

À Prof<sup>ª</sup>. Rejane Rubino, supervisora, que me ajudou a pensar o lugar do fonoaudiólogo nos casos de autismo e psicose infantil, incentivando e apostando, com carinho, em meu percurso profissional.

À Fernanda Fudissaku e à Mariana Emendabili, primeiras amigas no Mestrado, incentivadoras de meu percurso no LAEL e no Grupo de Pesquisa, por esse encontro e tantos outros.

À Juliana Marcolino, por sua grande generosidade e disponibilidade com que me auxiliou no início do trabalho.

Às amigas e companheiras de discussão do Grupo de Pesquisa, Melissa Catrini, Evelin Tesser, Tatiana Dudas, Silvana Zajac, Sônia, Vera Lucia, Maria da Glória, Samar El Malt, Paulinha e Fabiana.

À Kátia Monteiro, amiga e “guru” na Fonoaudiologia, a responsável em me apresentar a Fonoaudiologia nos tempos de estágio do Magistério (CEFAM).

À Cristiana Lykouroupolos, pela grande amizade e carinho que me auxiliou nos momentos embaraçosos desse trabalho, pela leitura e direcionamento que foram precisos e certos.

À Anete Busin, professora da PUCSP, que se tornou amiga, pelo carinho e cuidado com que me recebeu e pela aposta nesse trabalho.

Às amigas da graduação de Fonoaudiologia na PUC-SP, Renata Bindi e Karla Kamilos, sempre acreditando nas minhas escolhas e na clínica que escolhi atuar.

Às amigas com quem compartilhei momentos de trabalho na AACD - Liliane Gambogi, Graziela Vanali, Fernanda Valente, Déinha, Adriana Peres, Érika Nobre, Déia Michellato, Drica Tasso, Dani, Carol, Déia H e Ana Cris -, obrigada por participarem de meu início na clínica e por todas as contribuições ricas que tive em 2009.

À Equipe Interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi Recriar), sem dúvida, foi um recriar de parcerias, idéias, construções e apostas clínicas.

À Márcia, coordenadora, pelo encontro afetivo que tivemos e por me escolher dentre tantas fonoaudiólogas capazes, pelos livros e materiais que me disponibilizou, por me auxiliar nas discussões da Psicanálise e por viabilizar esse trabalho na instituição CAPSi.

À Aline pelo olhar bonito que tem da Fonoaudiologia; à Joelma e Adriana por prontamente acreditarem nos “grupos da Fono” e aceitarem esses desafios; à Rebeka pelas parcerias iniciais que muito me marcaram; ao Rogério pelos atendimentos familiares; à Gorete “conterrânea”; à Dyane, Rita, Renata, Priscyla, Cristiane B., Inês, Renan, Andréa e Laura, pelos casos atendidos juntos. À Fernanda pela doçura em seu trabalho administrativo. À Monique Pereira pela grande ajuda nesse trabalho, sua agilidade surpreende.

À Cinthia pelo trabalho afetivo e efetivo no eixo e Saúde Mental, pelas leituras, releituras e sugestões, pelo carinho e ajuda imensuráveis nesse período.

À Cristiane Stoever pelo grupo Recontando, discussões, pelo forte laço de amizade e pela ajuda na leitura da Psicanálise.

À psiquiatra Merylúcia Silva pelos casos graves que nos mostram a complexidade da psicose.

À Ana Paula, psiquiatra que me encaminhou, junto com a Aline, o caso desta pesquisa contribuindo com a leitura clínica nesse processo. À Milena Spolon, pelo material cedido da Psiquiatria, pelas discussões dos enigmas do autismo e psicose. A todos obrigada por compartilharem a Clínica de Linguagem, pelos casos encaminhados, pelas apostas e por me convocarem como Fonoaudióloga da Saúde Mental.

Às amigas de infância e da atual jornada, que de alguma forma sempre estiveram por aqui, cuidando da descontração nesse trajeto: Juliana Schnellight, Liziane Gomes, Sheila Lúcia, Silene Bombardi, Luciana Sihle, Rita, Nenê e todo o pessoal da rua, que tornaram as coisas mais leves. Em especial, a Renata Gonçalves, que me ajudou na “árdua” tarefa de tradução do inglês.

Ao Alex, Jorge, Júnior e Suzi pelos encontros de descontração e risadas, pelo carinho e forte laço de amizade que criamos. À Lurdinha, pelas palavras doces e precisas.

Às antigas e grandes amigas dos tempos de Magistério (CEFAM), Silvia e Cristiane, à Maria Alice, professora e amiga inesquecível.

À minha tia Lourdes sempre pronta a me ajudar e “fazer meus gostos”, demonstrando seu grande amor e cuidado.

Ao meu irmão que “cedia” seu computador nas emergências e que compartilhou os meus “gritos” nos momentos mais aflitivos.

À toda minha família que de longe e perto apreciam minhas escolhas, em especial as primas que estão em São Paulo – Vanessa e Vera Barbosa.

À Secretaria de Saúde de Guarulhos, em especial à Dalel Hadad que disponibilizou seu tempo para ler meu trabalho e dar os seguimentos necessários; e à Eva Santos, Gestora de Saúde Mental no município de Guarulhos, que viabilizou esse trabalho.

À Maria Lucia secretaria do LAEL auxiliou-me nas datas, documentos e solicitações.

À M.Apparecida F. Marcondes pela revisão no texto, uma verdadeira arte de lapidar minha escrita.

À mãe do meu paciente por aceitar que seu filho participasse de minha pesquisa e por confiar no trabalho fonoaudiológico. Aos meus pacientes que me colocam questionamentos constantes.

À CAPES, pela bolsa de pesquisa que viabilizou esse trabalho, no período de agosto de 2009 à maio de 2011.

## RESUMO

Estudos sobre a fala de pacientes com quadros de autismo e psicose infantil atendidos na clínica fonoaudiológica são ainda incipientes, isto é, poucos são os trabalhos que focalizam a fala dessas crianças. Neste trabalho considero necessário compreender o modo de funcionamento da linguagem desses pacientes, para encaminhar questões clínicas, como a avaliação de linguagem e terapêutica no atendimento desses casos, que fez que o fonoaudiólogo se aproximar de áreas como a Psicanálise, a Medicina, e incluir, também, a Linguística, uma vez que as descrições desses quadros apontam para “perturbações de linguagem”, como manifestação relevante para o diagnóstico. Nesse sentido, coloco em questão o modo como a Fonoaudiologia lida com o autismo e a psicose infantil, para empreender uma análise em outra direção, que considerasse a relação sujeito-língua, no processo de avaliação da linguagem e do tratamento. Realizei uma discussão crítica da problemática que os quadros de autismo e psicose infantil impõem à Psicanálise e como são entendidos pela Medicina. Assim, aproximo-me do Grupo de Pesquisa *“Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”* coordenado pelas Profa. Dra. Maria Francisca Lier-De Vitto e Profa. Dra. Lucia Arantes no (LAEL/PUCSP), em que é possível pensar na imbricação entre estruturação subjetiva e estruturação da linguagem, bem como a relação sujeito-língua.

**PALAVRAS-CHAVE:** Linguagem; autismo; psicose infantil.

## ABSTRACT

Studies about the speech of patients with autism and psychosis in children that were attended on the speech therapy are studied little, that means, there are not many works that focuses on the speech of this children.

In this work is necessary to understand the way the language of this patients works, in order to address these clinical issues, such as the evaluation of the speech and the therapy on the attendance of this cases, which have make the speech therapist come closer to areas such as Psychoanalysis, the Medicine, and also the Linguistics, once the description of this cases indicates "language disorders" with relevant manifestation for a diagnosis.

In this sense, I place in to question the way the speech therapist takes care of the autism and psychosis in children, to understand another view of analyses that could take into consideration the relationship between the subject and the language, in view of the language and the treatment processes.

I have put into place a critical discussion on the matters related the autism and psychosis in children cases and it repercussion to Psychoanalyses and how they were understand by the Medicine.

In view of that, I have came close to the Reserch Group named "Language acquisition, language pathology and language clinic", under coordination of the Professors and Doctors Maria Francisca Lier-De Vitto and Lucia Arantes, on (LAEL/PUCSP), in which is possible to think in imbrications among subjective structures and language structuring, as well in the relationship among the subject and the language.

**KEY WORDS:** Language, autism, psychosis in children.

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1- AUTISMO E PSICOSE: O QUE SE ABRIGA SOB ESSES RÓTULOS.....</b>	<b>21</b>
1.1 Psiquiatria Infantil.....	22
1.2 A Instância Diagnóstica na Psiquiatria Infantil.....	25
1.3 Classificação Internacional de Doenças.....	28
1.4 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.....	29
1.5 Autismo da ótica da Psiquiatria Infantil.....	31
1.5.1 Autismo e a Classificação Internacional de Doenças.....	35
1.5.2 Autismo e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.....	37
1.6 Psicose Infantil da ótica da Psiquiatria Infantil.....	39
1.6.1 Psicose Infantil e a Classificação Internacional de Doenças.....	42
1.6.2 Psicose Infantil e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.....	45
<b>CAPÍTULO 2- A PSICOSE E O AUTISMO SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE.....</b>	<b>46</b>
<b>CAPÍTULO 3- A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA E A CLÍNICA DE LINGUAGEM: O QUE DIZ A LITERATURA.....</b>	<b>58</b>
3.1 Sob os efeitos do discurso médico e da Pragmática Linguística: uma articulação paradoxal.....	59
3.2 Uma outra direção: Aquisição, Patologia e Clínica de Linguagem.....	74
<b>CAPÍTULO 4- A AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM E OS DADOS DE FALA: FALAS PATOLÓGICAS – INDAGAÇÕES.....</b>	<b>85</b>
4.1 Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil: atuação fonoaudiológica na lógica interdisciplinar.....	86
4.2 A Avaliação de Linguagem de M. ....	89
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>102</b>

## **INTRODUÇÃO**

O autismo e a psicose infantil tornaram-se tema de interesse após a pesquisa de Iniciação Científica, realizada na graduação em Fonoaudiologia na PUC-SP. O trabalho desenvolvido tinha como tema central o toque terapêutico em crianças institucionalizadas,<sup>1</sup> período em que se deu meu primeiro contato com a clínica, quando se recebi, ainda como estagiária, uma criança de três anos com suspeita de perda auditiva.

A suspeita inicial de que ele não ouvia foi descartada, à medida que criança sinalizava ouvir barulhos extremamente agudos e de baixa intensidade. Observou-se que a criança quando convocada a responder pela via da fala não se dirigia ao outro. O atendimento desse paciente foi inquietante, especialmente no que diz respeito à questão diagnóstica, o que propiciou um olhar interrogativo em relação a seu quadro clínico.

Afastada a questão auditiva, o modo como ele se relacionava com o outro sinalizava a possibilidade de problemas relativos à estruturação subjetiva. O “não-ouvir”, o ausentar-se da relação social, a presença de movimentos repetitivos e a ausência do brincar, indicavam a possibilidade de se estar ante uma criança que apresentava um quadro de autismo, que mais tarde veio a ser confirmado.

Já durante a graduação, havia me deparado com mais dois casos cujos diagnósticos de autismo marcariam minha trajetória futura. Esses pacientes, embora tivessem o mesmo diagnóstico, apresentavam manifestações sintomáticas bastante heterogêneas e exigiam que se refletisse sobre o lugar do clínico. Com essas crianças evidenciou-se que não há uma técnica voltada para cada patologia, precocemente, enfrentava a complexa questão relativa à tensão entre o universal da teoria e o singular que se impõe à clínica, o que me levou a pensar que as verdades teóricas devem ser interrogadas.

Escutar a fala ou silêncio dessas crianças remetia a algo sempre inédito. No caso daqueles que falavam, era possível escutar o retorno da fala do outro por

---

<sup>1</sup> Orientado pela Dra. Isis Meira, no período de 2006 a 2007, em uma instituição que abrigava que crianças abandonadas.

fragmentos reconhecíveis, de propagandas de TV, de músicas, desenhos animados, enfim, de todo “universo de falas” ao qual a criança estava exposta. Se, no âmbito teórico, esses acontecimentos eram interessantes, na vivência clínica, eram desconcertantes, uma vez que me obrigavam a responder a esta fala que parecia não ter direção.

Pude perceber que, na ausência da fala, essas crianças estavam em uma condição psíquica ainda mais fragilizada, o que fazia questionar se esses casos assim tão graves seriam mesmo da alçada do fonoaudiólogo. Como pontua Rocha (2007), “essas crianças pequenas que hesitam na fala, que dizem da finura desse tecido quase se rompendo, fazem a Fonoaudiologia pensar nessa direção”. (p. 118) Ao mesmo tempo, foram percebidas mudanças durante o tratamento, o que apontava para a pertinência do atendimento fonoaudiológico, mas tal constatação não apagava as dúvidas e nem a necessidade de interlocução com outros profissionais.

Durante o tempo de atendimento a esses pacientes, percebi que era fundamental enfrentar as questões relativas à fala e abordá-las de um posto de interpretação que permitisse articular linguagem e subjetividade. Certamente já estava sob o efeito dos estágios extracurriculares, realizados no Serviço de Patologia da Linguagem.<sup>2</sup> Neles, discutia-se criticamente a (im) possibilidade de entender a linguagem subordinada a outros domínios — orgânico, cognitivo ou comunicativo—, o que levava a interrogar a literatura sobre a fala, no caso, de crianças com quadro de autismo e psicose, como se verá adiante. Enfrentar as questões que a fala desses pacientes impunham ao clínico, tornou-se, no caso, condição para pensar o papel do fonoaudiólogo no atendimento dos quadros de psicopatologia.<sup>3</sup>

As atividades desenvolvidas nesses estágios permitiam ler os

---

<sup>2</sup> Serviço da Divisão de Estudo e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação Humana (DERDIC – PUCSP) sob supervisão da Fonoaudióloga Profa. Dra. Lucia Arantes e Profa. Rejane Rubino.

<sup>3</sup> Refere-se à Psicopatologia limitando um campo de estudo dos estados psíquicos patológicos, Karl Jaspers é o responsável por delimitar a Psicopatologia, uma ciência autônoma e independente da Psiquiatria, ao publicar o livro “*Psicopatologia geral*” em 1913. Assinala-se que o uso do termo não implica adesão ao modelo médico. A discussão relativa à terminologia será discutida no primeiro capítulo, desta dissertação.

acontecimentos peculiares relativos à fala dos pacientes, cuja estruturação subjetiva encontrava-se fortemente comprometida, de um posto de observação particular. A concepção de linguagem que norteava o trabalho das supervisoras é aquela presente no Grupo de Pesquisa: “Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem”. A perspectiva teórica, que brota do trabalho de De Lemos (1992; 1995; 2002; 2006; entre outros) sobre aquisição da linguagem, teve, a partir da reflexão vigorosa de Lier De-Vitto (1994; 2001; 2003; 2004; 2006; entre outros), um forte impacto no campo das patologias e da clínica de linguagem. Trata-se de uma teorização sobre a linguagem e a fala que parte do Estruturalismo Europeu (SAUSSURE, 1909; BENVENISTE, 1966; JAKOBSON, 1958), revisitado pela psicanálise lacaniana, a qual concebe “a criança como capturada por um funcionamento linguístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que significou” (DE LEMOS, 2002, p. 55). Perspectiva esta que afasta a possibilidade de pensar que a linguagem pode ser ensinada, ou mesmo que ela seja fruto de construção conjunta. Isto porque numa visada estruturalista, afasta-se da ideia de desenvolvimento e, conseqüentemente, dos aportes psicológicos que marcaram os estudos sobre a aquisição de linguagem.

Nessa trajetória, foi possível tomar distância de uma clínica de natureza ortopédica, que usualmente se pratica no campo, e, gradualmente, realizar uma leitura crítica das abordagens fonoaudiológicas que utilizam aparatos descritivos da lingüística, que não poderiam instruir a prática clínica. Entendi, ainda, que a articulação sujeito-língua-fala seria condição para abordar a fala de meus pacientes e poder dizer a clínica; só não imaginava, naquela ocasião, o esforço teórico-clínico necessário para empreender tal tarefa.

Como se vê, durante os anos de formação, abriu-se um caminho cuja direção me levou a buscar nesta pesquisa a possibilidade de estabelecer um olhar mais refinado para o atendimento desses pacientes, focalizando, especialmente, o momento em que o diagnóstico fonoaudiológico está em pauta. Para encaminhar o processo de avaliação de linguagem, é preciso um referencial teórico, a partir do qual se vai interpretar a fala da criança de modo articulado à sua posição subjetiva. O diagnóstico de quadros de psicopatologia infantil está

intrinsecamente atrelado ao que se denomina “mau (ou ‘não’) uso da linguagem”, ou seja, a linguagem é vista como uma manifestação psíquica que se encontra bastante alterada.

Destaca-se, ainda, que meu interesse pelo tema tornou-se mais intenso, após a contratação, quando já estava formada, por uma entidade parceira,<sup>4</sup> para atuar em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Assim, o número de pacientes atendidos aumentou consideravelmente. Desde o início, foi possível perceber que, em instituições de Saúde Mental Infanto-Juvenil<sup>5</sup>, os caminhos e descaminhos traçados pelos pais diferem significativamente da clínica, seja particular, seja de instituições não especializadas. Isto porque, as crianças vêm encaminhadas de Unidades Básicas de Saúde ou de outros serviços da especialidade, para um centro especializado e não para a clínica fonoaudiológica. Nesse sentido, os profissionais que acolhem essas famílias, no primeiro momento, costumam orientar os pais quanto à hipótese diagnóstica inicial. Dessa maneira, quando chegam ao CAPSi, geralmente, a questão que mobiliza os pais está muito mais voltada para as questões diagnósticas.

O fato determinante, entretanto, é que essas crianças são encaminhadas, com frequência cada vez maior, para o atendimento fonoaudiológico, certamente em função do “sistemático apelo social ao fonoaudiólogo calcado no estabelecimento de relação biunívoca entre a criança não-falante e o especialista em fazer falar” (VORCARO, 2005, p. 81).

Considera-se ponto fundamental, diante dos casos de crianças que não falam, ou o fazem de modo estranho, incomum, que os psicanalistas e fonoaudiólogos sejam os profissionais autorizados e procurados para realizar o atendimento, seja no ambiente clínico, seja em instituições; porém, a procura pelo

---

<sup>4</sup> A Associação Saúde da Família (ASF) é uma instituição não governamental, filantrópica com sede na cidade de São Paulo. Atua na área de saúde pública em todo o território nacional. A ASF trabalha em estreita parceria com os setores público, privado e outras organizações não governamentais com objetivos similares. Participa em programas de atenção básica à população, coordenando Unidades Básicas de Saúde, também, é responsável pela gestão de equipamentos de Saúde Mental. Realiza assistência técnica na área gerencial de programas em saúde cooperando com a formação de recursos humanos, monitoria e avaliação de programas e projetos. Disponível em <http://www.saudedafamilia.org/asf/sobreasf.htm>.

<sup>5</sup> Ressalto minha experiência clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, instituição interdisciplinar definida pela portaria nº 336 – Ministério da Saúde.

fonoaudiólogo o coloca em uma situação delicada, uma vez que cabe a ele definir a pertinência e o modo de sua atuação, assim como de reconhecer os limites de sua clínica. De um lado, lhe é dirigida uma demanda: “fazer falar”; de outro, uma vez encerrado o tempo do diagnóstico, sabe-se que o problema dessas crianças excede aquilo que é suposto pela maioria dos pais. No caso de instituições especializadas é necessário, ainda, que o fonoaudiólogo possa legitimar seu papel. O manejo de tais situações é, certamente, delicado e, por isso, pretende-se abordá-las no presente trabalho.

É preciso considerar que se a clínica de linguagem atende esses casos, é porque há uma questão de linguagem aí implicada e uma demanda a ela dirigida; assim, parece necessário esclarecer com que categorias ela opera na instância diagnóstica, pois, adotar o raciocínio diagnóstico advindo de outros campos clínicos traz consequências para a clínica de linguagem, como indicado em resenhas dos trabalhos produzidos no campo da Fonoaudiologia. Indagações como essas, que se referem ao diagnóstico diferencial e sua relação com a atividade clínica ulterior, são fundamentais para toda e qualquer atividade clínica.

Fica claro que não se deve desprezar a importância do diálogo entre as clínicas, desde que cada uma delas possa manter sua especificidade, como assinalou Vorcaro (2005) na discussão sobre o encaminhamento dessas crianças: ainda que “o fonoaudiólogo esteja mais voltado ao estudo da linguagem e o psicanalista mais voltado ao estudo do sujeito, isso não exige, nem a um nem a outro, de excluir o outro termo da articulação” (p. 88). Vale acrescentar que, no caso dos atendimentos realizados nos CAPSi, o diálogo é ainda mais amplo, uma vez que inclui outras especialidades.

Para que a clínica de linguagem possa ocupar um lugar neste diálogo é necessário dar consistência teórica à atividade que já desenvolve junto a tais pacientes; para tanto, se faz necessária uma abordagem da fala que seja teoricamente consistente no que se refere aos acontecimentos que se apresentam na clínica. A busca empreendida na prática clínica está em

consonância com corpo da linha de pesquisa, e ao enfatizar, aqui, as palavras de Lier-De Vitto:

Parto da proposição de que sua existência [da clínica de linguagem] deva incluir considerações teóricas consistentes sobre a relação sujeito-linguagem: uma exigência que decorre da nomeação mesma desta clínica: 'de linguagem'. Por motivo idêntico, a teorização sobre a linguagem não poderá ser qualquer - já que ela não poderá ser cega à instância da *clínica*. (2004, p. 49)

Esta é, a rigor, a articulação interrogante: *clínica de linguagem*. (2010)

Entende-se, ainda, acompanhando a autora, que não é qualquer teoria inscrita no campo dos estudos da linguagem que permite eleger fala e falante como objeto de teorização; assim, não basta uma aproximação à Linguística. Vale lembrar que na perspectiva aqui adotada busca-se um modo particular na abordagem da fala, sem esquecer que o par de opostos normal e patológico, não faz parte do programa da Linguística:

[...] nem a categoria "normal" nem a "patológica" lhe é pertinente, embora nela estejam implicadas oposições outras como correto/incorreto [gramáticas normativas] ou possível/impossível [gramática gerativa], sempre relacionadas à questão da refutabilidade de uma proposição empírica (MILNER, 1989). Isso significa que os aparatos da Linguísticas não foram forjados nem para tocar a linguagem "em uso", nem para distinguir entre normal e patológico. (LIER-DE VITTO, 2001)

É preciso reconhecer, ainda, como faz Lier-DeVitto ao acompanhar a reflexão de Milner (1978), que afirma que "o linguista 'quer saber sobre a linguagem' e que esse desejo é pautado no ideal de ciência. Guiado por ele, o linguista busca produzir um 'cálculo', quer dizer, seu desejo é um conhecimento totalizante". Diferente, é a posição do clínico de linguagem que fica sob efeito da

fala viva e do sofrimento do paciente, e que deve dar uma direção à clínica e, portanto, construir uma posição própria.

Pude perceber que na literatura fonoaudiológica – onde originalmente se buscou orientação para o atendimento dos pacientes –, tais questões são desconsideradas quando se trata de abordar a fala de crianças com diagnóstico de autismo e psicose, a relação estabelecida com a Linguística é bastante enviesada. A maioria dos trabalhos do campo utiliza como recurso descritivo aparatos inspirados na Pragmática Lingüística, e propõe a avaliação de linguagem baseadas na suposta intenção comunicativa da fala/gestos do sujeito, com vista à descrição do perfil comunicativo da criança, sem considerar o modo de relação entre campos e a especificidade do acontecimento clínico.

No presente trabalho, considerei necessário empreender, também, uma discussão acerca do diagnóstico psiquiátrico na infância e o modo como ele penetra a Fonoaudiologia, pois não há como desvencilhar diagnóstico e atividade clínica. Vê-se que a aproximação à Psiquiatria é determinante no modo de grande parte dos fonoaudiólogos encaminharem o diagnóstico e a terapia. Visitei, ainda, o campo psicanalítico que se distingue na produção teórica sobre o tema, e que nas duas últimas décadas tem afetado fortemente a Fonoaudiologia.

Assim, no Capítulo 1: “Autismo e Psicose: o que se abriga sob esses rótulos” encontra-se em discussão a instância diagnóstica na Psiquiatria Infantil no que refere ao autismo e a psicose.

No Capítulo 2: “A Psicose e o Autismo sob a ótica da Psicanálise”, aborda-se a Psicanálise e os deslocamentos operados, a partir da compreensão das estruturas psíquicas.

O Capítulo 3: “A Clínica Fonoaudiológica e a Clínica de Linguagem: o que diz a literatura”, contempla a Clínica Fonoaudiológica, inspirada pela Pragmática e a Psicanálise, bem como o modo como a concepção de diagnóstico adotada

determina o fazer clínico, em foco estará, também, a Clínica de Linguagem e o encaminhamento dado aos quadros de autismo e psicose infantil.

No Capítulo 4: “A Avaliação de Linguagem e os Dados de Fala: Falas Patológicas - Indagações” abordo o processo de avaliação de linguagem de uma criança diagnosticada com autismo.

Cabe destacar, que no percurso dessa dissertação foi possível perceber que o apelo constante à Medicina e à Psicanálise, mesmo que em suas versões mais consistentes, tamponam, ainda que temporariamente, os enigmas que essas crianças colocam a todos os profissionais que se deixam tocar por essas falas, que, ao ecoar a voz de um outro, sempre nos dizem e demandam alguma coisa.

**1**

**AUTISMO E PSICOSE:  
O QUE SE ABRIGA SOB ESSES RÓTULOS?**

## 1.1 PSIQUIATRIA INFANTIL

Neste capítulo fiz uma apresentação a respeito do diagnóstico do autismo e da psicose no campo da Medicina, e o mesmo movimento será realizado com relação à Psicanálise, uma vez que, como indiquei na Introdução, o modo como cada campo define esses quadros determina a direção da clínica. A questão suscitada é que o mesmo rótulo é utilizado para circunscrever fenômenos que são compreendidos de modo distinto. Visei, com essa trajetória, colocar em discussão a perspectiva com que opera a clínica fonoaudiológica, uma vez que essa disciplina não tem uma definição particular para tais quadros, que, muitas vezes, chegam a ser inadvertidamente denominados atraso de linguagem.

Em outras palavras, pretendi examinar, no campo da Medicina e da Psicanálise, como o entendimento relativo a esses quadros afeta a clínica fonoaudiológica. Um dos motivos que determinaram a realização desta pesquisa foi o desencontro atestado na literatura do campo do autismo e psicose infantil, assim como as dificuldades que vivencio com outros profissionais nas discussões clínicas.

Para apresentar a problemática relativa à psicopatologia infantil, focalizei as publicações relativas à Psiquiatria Infantil referente aos quadros de autismo e psicose infantil<sup>6</sup> que sugerem a compreensão que se tem desses quadros no universo médico.

De acordo com Freire Costa (2004), a história da Psiquiatria no Brasil é recente, só em 1912 tornou-se especialidade médica autônoma. A partir de 1920, houve um aumento significativo de instituições para doentes mentais. Vale destacar, que até a segunda metade do século XIX, segundo Freire Costa:

Os doentes mentais [...] não se beneficiavam de nenhuma assistência médica específica. Quando não eram colocados nas

---

<sup>6</sup> Utilizo o termo psicose infantil e entendo toda a problemática imposta ao diagnóstico, uma vez, que na literatura psiquiátrica a psicose é vista e entendida pelos sinais e sintomas, isto é, a psicose está na classificação do quadro de esquizofrenia, que abordarei adiante neste capítulo.

prisões por vagabundagem ou perturbação de ordem pública, os loucos erravam pelas ruas ou eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais da Santa Casa de Misericórdia. (p. 39)

Para o autor, a Psiquiatria Brasileira sofreu forte interferência político-social, o que contribuiu para que os doentes mentais permanecessem à margem da sociedade civil. No que diz respeito às crianças com transtornos mentais, somente à medida que estas adentravam os manicômios asilares é que a Psiquiatria Infantil começou a ganhar contornos de forma paralela à Psiquiatria Geral.

Questões médicas, morais e sociais eram vistas indistintamente, desse modo, a relação mãe-médico ou paciente-médico pautava-se no estabelecimento das normas familiares e de higiene mental. Vê-se que, inicialmente, a característica central da Psiquiatria voltada à infância era o controle das condutas infantis, bem como a adequação daquelas crianças que fugiam às regras – no caso a delinquência.

Segundo Assumpção (1995), em seu livro *Psiquiatria Infantil Brasileira*: ‘um esboço histórico’, a Psiquiatria da Infância é um campo recente, visto que a independência dessa área só foi conquistada no I Congresso de Psiquiatria Infantil de Paris, em 1937. Até então, a Psiquiatria Infantil continha em seu escopo o conteúdo ideológico representado pelas noções de higiene mental associada aos preconceitos e segregação que caracterizavam a Psiquiatria Geral.

Assumpção (1995) assinala que a Psiquiatria Infantil moderna e no caminho em direção à sua constituição e autonomia vai ganhando características próprias. Atualmente, a Psiquiatria Infantil empreende uma abordagem descritivo-organicista – característica central do campo da Medicina –, isto é, centra seu olhar em uma série de sinais e sintomas, a fim de descrever os desvios, a exacerbação e os déficits de comportamento presentes nos ditos transtornos mentais. Em adição, o diagnóstico médico das psicopatologias na infância é, também, realizado pela exclusão de outras doenças, estritamente baseado na

observação clínica da criança. Mantém-se, assim, a tradição descritivista e diferencial do diagnóstico médico, mas a questão da etiologia, passo fundamental para o estabelecimento do tratamento e do prognóstico médico, cria embaraços para a Psiquiatria, que tenta simetrizar o orgânico e o mental. Segundo Arantes (2001), esta questão foi cuidadosamente colocada em pauta por Foucault (1954/1984), autor que questiona a possibilidade de se estender o conceito de doença para o domínio psicológico/mental. Ele discute em profundidade as relações entre o campo da patologia mental e da patologia orgânica. Voltarei a este ponto mais adiante.

Na literatura médica há quem entenda que o diagnóstico de autismo tem limites. Mercadante (2010) assinala que há nestes quadros restrições impostas pela presença de alterações em diferentes domínios. Segundo o autor, há obstáculos em discriminar afetividade nas relações sociais e “uma importante limitação no pragmatismo a linguagem” (p. 19).

Na mesma direção, Assumpção (2009) assinala que o autismo é uma síndrome comportamental, com etiologias múltiplas, que ocorre em consequência de um distúrbio de desenvolvimento marcado por um déficit na interação social, perceptível pela inabilidade em relacionar-se com o outro, associado com déficits de linguagem e alterações de comportamento. Para o autor, o diagnóstico pode ser realizado por meio de escalas diagnósticas passíveis de serem aplicadas por professores especializados dentre outros profissionais. Assim, trabalha-se com uma suspeita diagnóstica que mais tarde pode ou não ser confirmada por um especialista.

Diagnóstico, vem do grego *diagnostikós* (conhecer, discernir) e, como afirma Arantes (2001), envolve o

[...] processo de **reconhecer** uma enfermidade e de considerar todas as **explicações** possíveis para uma afecção particular”(PIPER, 1973, p.4). O “reconhecer”, nessa definição, relaciona-se à possibilidade de, a partir um conjunto de sinais/sintomas, circunscrever um quadro nosográfico entre outros. O “explicar” relaciona-se à possibilidade de definir um

agente etiológico específico, responsável pelo aparecimento desses sinais/sintomas. (p. 5)

Do que pude ver até aqui, os quadros de autismo e psicose, especialmente na infância, colocam obstáculos ao diagnóstico médico, a dificuldade de se chegar à explicação, impede que se trace, no campo da medicina, uma orientação para o tratamento e o estabelecimento do prognóstico. Diagnosticar se reduz à mera classificação de doenças, isto é, se reduz a uma etiquetagem realizada a partir do agrupamento de sinais, mas que, dada sua heterogeneidade, faz que os manuais de classificação sejam constantemente revistos e reformulados.

## **1.2 A INSTÂNCIA DIAGNÓSTICA NA PSIQUIATRIA INFANTIL**

A avaliação diagnóstica de crianças na Psiquiatria Infantil é composta de entrevistas clínicas com os pais, a criança e a família, com vistas a cumprir o diagnóstico diferencial.

Nesse sentido, o primeiro passo da avaliação de uma criança consiste em entrevistar os pais, para obter uma descrição completa das preocupações atuais e uma história do estado psiquiátrico e médico da criança. As crianças muito pequenas não conseguem articular seus sentimentos de forma verbal, assim a situação lúdica caracteriza um espaço potencial para fortalecer o diagnóstico psiquiátrico. Para Kaplan et al.(1997):

[...] o nível evolutivo de funcionamento da criança é determinado pela combinação de observações feitas durante a entrevista com mediações standardizadas do desenvolvimento. (p. 947)

Segundo Kaplan et al., são achados psiquiátricos importantes dados, como a aparência física:

- o tamanho da criança;
- a condição nutricional;
- perímetro cefálico;

- expressões faciais e maneirismos (estereotípias, movimentos repetitivos);
- a interação pai-mãe e criança;
- orientação para tempo, local e pessoa;
- fala e linguagem: especialmente a ecolalia, frases estereotipadas e sintaxe incomum.

Lewis (1995), também, enfatiza a necessidade da anamnese e do exame do estado mental da criança, realizados nas entrevistas clínicas. Acrescenta a importância de uma investigação pediátrica aguçada, a fim de compor a avaliação psiquiátrica infantil.

Nesse sentido, Kaplan et al. (1997) pontuam que o psiquiatra infantil, durante a avaliação, deve estar atento para aspectos da criança, como:

- humor;
- afeto;
- conexão social;<sup>7</sup>
- comportamento motor;<sup>8</sup>
- as capacidades cognitivas da criança;
- vocabulário, compreensão;
- as capacidades de resolução de problemas e de memória.

O avaliador, geralmente, realiza uma estimativa do nível de inteligência pelas informações gerais da criança. Também pode compor o processo diagnóstico a avaliação neuropsiquiátrica,<sup>9</sup> incluindo exames complementares.<sup>10</sup>

---

<sup>7</sup> Avaliação da adequação da resposta da criança ao examinador, nível geral de habilidades sociais, contato visual e grau de familiaridade ou retraimento no processo de entrevista, e o sucesso em relacionamentos com a família e seus pares.

<sup>8</sup> Essa avaliação inclui observações do nível de atividade da criança, capacidade para prestar atenção e executar tarefas evolutivamente apropriadas, coordenação, movimentos involuntários, tremores, abundância motora e quaisquer assimetrias focais incomuns aos movimentos musculares.

<sup>9</sup> A avaliação neuropsiquiátrica combina informações de um exame neurológico, exame físico e do estado mental. É indicada para criança com suspeita de um transtorno neurológico, um comprometimento psiquiátrico que coexiste com sinais neurológicos ou sintomas psiquiátricos que podem ser decorrentes de neuropatologia.

<sup>10</sup> Os exames complementares auxiliam no processo diagnóstico, visto que o diagnóstico de alguns transtornos mentais é realizado por exclusão de transtornos orgânicos.

Para o autor, os exames complementares são compostos por: Imagem de Ressonância Magnética (IRM); Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC); e Eletroencefalograma (EEG). As informações devem envolver o funcionamento escolar atual, bem como testes de desenvolvimento, avaliações psiconeurológicas e exames de observação clínica, a fim de compreender as razões do encaminhamento.

Kaplan et al. (1997) sugerem a utilização de entrevistas semiestruturadas ou estruturadas, tais como; Escala de Avaliação para Transtornos Afetivos e Esquizofrenia para Crianças (K-SADS) – que consiste em uma entrevista semi-estruturada, apresenta múltiplos itens com algum espaço para maiores esclarecimentos dos sintomas, ligados a muitos diagnósticos da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-III); contém um formulário para os pais sobre seus filhos; e uma versão a ser usada diretamente com a criança – o teste é voltado para crianças entre 6 e 17 anos. Há, também, a Entrevista Diagnóstica para Crianças – Revisada (DISC-R), que está disponível em formas paralelas, para a criança e para seus pais, e é aplicável a uma multiplicidade de diagnósticos ligados à terceira edição Revisada DSM, em crianças de 8 a 17 anos.

As escalas de classificação, como a Lista de Verificação de Problemas de Comportamento - Revisada (Child Behavior Checklist), consistem de itens que cobrem uma variedade de sintomas comportamentais e emocionais da infância. Discriminam-se, ainda, subescalas que se correlacionam na direção apropriada com outras medições de inteligência, rendimento escolar e popularidade entre seus pares, o que reforça a utilização do teste em crianças escolares.

Já Lewis (1995) descreve a avaliação psiquiátrica do bebê, e nessa perspectiva devem-se preconizar as habilidades parentais. O autor sugere que os bebês com menos de dezoito meses sejam, também, observados, após a entrevista, em jogos espontâneos com o uso de brincadeiras constitutivas, como: “cadê, achou” e também nas brincadeiras corporais. Lewis (1995) acrescenta a importância de uma avaliação mais detalhada com o uso de escalas, como a

Escala de Gesell para bebês, Escala Evolutiva de Bayley para bebês, Escala de Uzgiris-Hunt e Teste Denver de Avaliação do Desenvolvimento.

Esses instrumentos podem ser utilizados para compor a avaliação clínica do psiquiatra infantil, que envolve o reconhecimento e a definição de sinais e sintomas comportamentais e emocionais. Esta avaliação proporcionará ao médico uma hipótese diagnóstica, pautada na Classificação Internacional de Doenças, 10ª ed., (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 4ª ed., (DSM – IV).

Mercadante et al. (2009) assinala que as categorias diagnósticas utilizadas no campo da psiquiatria infantil são bastante heterogêneas, variando de acordo com o autor em questão. A maior parte dos pesquisadores de língua inglesa, segundo ele, utiliza o DSM –III-R (1987) como critério diagnóstico. Ele assinala que o DSM-IV, assim como o CID-10 seguem a tendência do DSM-III (1980), que procurou ater-se apenas à validação dos quadros enquanto entidades fenomenologicamente distintas, sem especificação etiológica.

### **1.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**

A Classificação Internacional de Doenças (CID) foi criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para codificar e classificar informações médicas com finalidades gerais.<sup>11</sup>

Segundo a OMS (2007), a CID é revisada periodicamente, para incorporar mudanças em relação aos avanços médicos, desde sua primeira edição como a Classificação De Bertillon ou Lista Internacional de Causas de Mortes. A CID é designada para: classificar dados de morbi-mortalidade com propósito estatístico;

---

<sup>11</sup> Fonte: Escola Paulista de Medicina – UNIFESP Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/med5t41999/vocabula/cid.htm>, Acesso em 25/04/2011, às 20 horas e 48 minutos.

indexar arquivos hospitalares por doenças e procedimentos; armazenamento de dados para melhorar a pesquisa em diagnóstico e tratamento em diversos países.

Embora a CID seja criticada por ser mais direcionada à cobrança diagnóstica, no Brasil é amplamente utilizada pela Saúde Pública, para categorizar os dados epidemiológicos de doenças e exerce poder de legitimidade na sociedade civil.

A CID-10 é pouco utilizada nos Estados Unidos da América que elegeram como sistema diagnóstico de doenças mentais-padrão o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)* revisado pela American Psychiatric Association.

O objetivo da CID é criar critérios diagnósticos que são replicáveis e práticos, entretanto, muitas categorias são amplas e muitos sintomas aparecem em diversos transtornos. A CID-10, assim como o DSM-IV são instrumentos norteadores, como pontuam Matos et al. (2005):

[...] ambos os sistemas diagnósticos - DSM-IV e CID-10 - são nosográficos e têm por objetivo listar e classificar os transtornos mentais, mas não substituem o exercício da clínica. (p. 315)

## 1.4 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

No que diz respeito ao DSM, a Associação Psiquiátrica Americana (APA) publicou a primeira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM-I) em 1952 e, em seguida, uma série de edições revistas, modificadas e ampliadas.<sup>12</sup>

Matos et al. (2005), relatam que o DSM-III (1980) foi o mais-revolucionário entre todas as edições, e tornou-se um marco na história da psiquiatria moderna.

---

<sup>12</sup> As edições seguintes foram publicadas em 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), 1987 (DSM-III-R) e 1994 (DSM-IV), e foram revistas, modificadas e ampliadas.

Os autores acrescentam que uma característica importante do DSM-III foi a hierarquização dos diagnósticos. Por exemplo, um sujeito diagnosticado como esquizofrênico, não poderia receber o diagnóstico simultâneo de transtorno de pânico. Nesse sentido a esquizofrenia, patologia mais grave, era vista hierarquicamente como superior ao quadro do pânico.

Matos et al. (2005) enfatizam que, em sua quarta edição, o DSM foi organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos:

- Eixo I: descreve os transtornos clínicos propriamente ditos.
- Eixo II: descreve o retardo mental.
- Eixo III: descreve as condições médicas gerais, exemplo: otite média recorrente.
- Eixo IV: aborda os problemas psicossociais e ambientais, associados com o transtorno mental em questão.
- Eixo V: constitui-se por uma escala de avaliação global de funcionamento e recebe uma numeração.

Segundo os autores, as principais características do DSM-IV são:

- a descrição dos transtornos mentais;
- a definição de diretrizes diagnósticas precisas, através da listagem de sintomas que configuram os respectivos critérios diagnósticos;
- a descrição das patologias;
- dos aspectos associados;
- dos padrões de distribuição familiar;
- da prevalência na população geral;
- do seu curso, de evolução;
- do diagnóstico diferencial; e
- das complicações psicossociais decorrentes;
- a busca de uma linguagem comum, para uma comunicação adequada entre os profissionais da área de saúde mental; e
- o incentivo à pesquisa.

O DSM-IV é um modelo atóxico, sem qualquer preocupação com a etiologia dos transtornos, portanto, é limitado e trouxe alguns complicadores. Matos et al. (2005) observam suas desvantagens. (i) A primeira diz respeito ao próprio sistema, que tem como resultado uma excessiva fragmentação dos transtornos mentais, isto é, muitos pacientes precisam receber simultaneamente inúmeros diagnósticos, para sintomas distintos. (ii) A segunda desvantagem está relacionada ao profissional que vai utilizá-lo. Para Matos et al. (2005) o DSM-IV não deve ser utilizado como um teste infalível, que, sendo preenchido, forneça automaticamente um diagnóstico psiquiátrico, porque não é um compêndio de psiquiatria e não deve ser consultado como a única fonte de conhecimento da especialidade.

As questões, anteriormente levantadas, levam-nos a refletir que o DSM-IV<sup>13</sup> e o CID-10 estão longe de resolver os problemas diagnósticos dos transtornos mentais.

## **1.5 AUTISMO DA ÓTICA DA PSIQUIATRIA INFANTIL**

O autismo foi descrito pela primeira vez por Leo Kanner em 1943, somente em 1980, foi reconhecido como uma entidade clínica descrita na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Até 1980, crianças com autismo eram diagnosticadas pelo quadro de psicose infantil.

De acordo com Kaplan et al. (1997), o psiquiatra Henry Maudsley (1867) foi o primeiro Psiquiatra a dar atenção às crianças pequenas com transtornos mentais severos, do qual descrevia um marcante desvio, atraso e distorção no processo de desenvolvimento. Kaplan et al. (1997) relatam que, inicialmente, os transtornos psiquiátricos na infância eram classificados dentro do quadro de psicose infantil. Acrescenta que, embora haja muita confusão em tratar o quadro

---

<sup>13</sup> Remeto o leitor, ao trabalho de Emendabili (2010) que também discutiu a utilização do DSM IV no que se refere as demências.

de autismo como a manifestação mais primitiva da psicose, as evidências clínicas apontam em direção do estabelecimento do autismo como entidade clínica separada da psicose.

Leo Kanner, em seu clássico *Autistic Disturbances of Affective Contact* (1943), assinalou o termo “*autismo infantil*” e postulou descrições abrangentes do quadro na primeira infância. As crianças descritas por Kanner apresentavam: extremo isolamento social; atraso na aquisição da linguagem, algumas vezes, com repetições perseverantes e inversão pronominal; estereotípias e maneirismos; desejo ansiosamente obsessivo pela manutenção da uniformidade; pavor de mudança; e um fechamento autístico extremo, diferente de todas as outras formas conhecidas de esquizofrenia na criança.

Após a definição de Kanner (1943), outros pesquisadores definiram o autismo infantil. Nas décadas de 1950 e 1960, acreditou-se na hipótese de que o autismo seria causado pela indiferença emocional das mães, as quais foram denominadas “mães geladeiras”. As pesquisas atuais na Medicina concentram-se em encontrar a etiologia do autismo. A suposição da existência de fatores genéticos envolvidos na etiologia do autismo remonta a descrição original de Kanner.

[...] pode-se afirmar que o autismo e as desordens do espectro autístico representem o quadro neuropsiquiátrico de maior herdabilidade, correspondente a cerca de 90% dos casos. Até o momento, o melhor modelo etiológico que o explica é o multifatorial com interação epistática. (MARTINHO; BRUNONI, 2009, p. 48)

Há, nesse sentido, também, um grande número de teorias que destacam possíveis causas ambientais relacionadas ao autismo. Assim, a Medicina tende a acreditar que fatores genéticos e ambientais estejam relacionados ao autismo e que, possivelmente, seja essa a explicação para a alta heterogeneidade clínica desse quadro.

Dentre as correntes teóricas, que se esforçam para esclarecer o autismo no âmbito da Psiquiatria Infantil, destacam-se a Teoria Afetiva (KANNER, 1943;

HOBSON,1993) e a Teoria Cognitiva, derivada dos estudos da Teoria da Mente (BAHON-COHEN, 1990; BAHON-COHEN, LESLIE, FRITH, 1985).

O precursor dos estudos da Teoria Afetiva no autismo foi Leo Kanner (1943). Kanner descreveu na literatura o histórico de onze casos de crianças com autismo, quadro até então desconhecido, que recebeu “uma consideração detalhada de suas fascinantes particularidades” (p.111). Segundo o autor:

[...] mesmo nos casos mais precoces conhecidos de entrada na esquizofrenia, [...] as primeiras manifestações observáveis foram precedidas por dois anos, pelo menos, de desenvolvimento normal, e os estudos de caso insistem especificamente na mudança mais ou menos gradual do comportamento do paciente. Todas as crianças de nosso grupo mostraram, desde o começo da vida, um fechamento extremo, não reagindo a nada do que proviesse do mundo exterior. (1943, p. 167)

Ao longo do artigo, Kanner postulou a hipótese de que essas crianças com autismo vieram ao mundo com uma incapacidade inata de estabelecer contato afetivo – acrescentou a denominação de “distúrbios autísticos inatos do contato afetivo”. Na mesma linha, os estudos de Hobson (1993), centram-se na Teoria Afetiva. O autor pressupõe nos bebês, a possibilidade de uma inteligência inata perceptual-afetiva, designada à compreensão da aparência corporal e ao comportamento dos outros. Para o autor, uma questão crítica para o psicólogo do desenvolvimento é como uma criança chega a alcançar a capacidade de simbolizar e fazer inferências no curso do enriquecimento e sistematização de seus conceitos (1993, p. 8).

Já os trabalhos oriundos da Teoria Cognitiva, mais precisamente, Teoria da Mente, começaram a desenvolver-se com maior bojo nas décadas de 1980 e 1990, sendo definida como a capacidade do ser humano de compreender os estados mentais (sentimentos, desejos e intenções) dos outros e de si mesmo.

Destaco pesquisadores como Baron-Cohen (1990) e Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985), que desenvolveram estudos com crianças autistas, a fim de

investigar a inabilidade social e linguística características desse quadro. Tais estudos chegaram à conclusão de que crianças com autismo apresentam atraso ou desvio no comportamento social, marcado pela incapacidade destas crianças a respeito de estados mentais.

Baron-Cohen (1991) assinala que há nos bebês a habilidade de regular a atenção compartilhada. Essa habilidade, em algumas crianças autistas, encontra-se ausente. O autor tem descrito formas mais rudimentares como precursoras da capacidade de compreender estados mentais, por exemplo, o contato visual nos bebês e a atenção compartilhada aos nove meses.

Jou e Sperb (1999) esclarecem que tais contribuições neuropsicológicas se relacionam à função cognitiva da Teoria da Mente e seu possível substrato fisiológico, acrescentam-se, no desenvolvimento do comportamento social do ser humano. As autoras, também, salientam que, apesar de não existirem evidências de uma Teoria da Mente em crianças pequenas, muitos pesquisadores têm se esforçado para tal.

Atualmente, no Brasil, autores contemporâneos, como Assumpção (2009), Schwartzman (1995) e Mercadante et al. (2009), esforçam-se em estudos descritivos sobre o autismo infantil. Schwartzman (1995) têm descrito condições clínicas associadas ao autismo, o autor destaca algumas síndromes e perturbações neurológicas presentes em crianças com autismo infantil. Para ele, a frequência com que o retardo mental é encontrado em casos de autismo infantil é alta, cerca de 70% a 85% apresentam retardo mental associado. Destaca-se, também, a epilepsia associada ao quadro de autismo, presente em 11%–42% dos casos. Schwartzman afirma que, na verdade, todas as formas de crises, como espasmos, convulsões e ausências, já foram descritas associadas ao autismo infantil.

Vale destacar que, apesar dos vários quadros que podem estar associados ao autismo infantil, em muitos pacientes, não se encontrou ainda nenhuma “causa” subjacente, que possa justificar o autismo infantil e as condições neurológicas associadas ao quadro (SCHWARTZMAN, 1995).

Assumpção (2009), igualmente, suscita questões acerca da etiologia e dos quadros neurológicos associados ao autismo infantil. No entanto, salienta de antemão que a etiologia do autismo ainda é desconhecida, mesmo com inúmeros trabalhos que tentam desvendar os possíveis fatores genéticos associados.

Os estudos desenvolvidos por Mercadante et al. (2009) sinalizam, também, a indefinição da etiologia do autismo. Contudo, os pesquisadores apontam alterações cerebrais, tais como:

- aumento do volume encefálico;
- alterações em estruturas específicas; como
- hipocampo;
- a amígdala;
- o sulco temporal superior;
- cerebelo; e,
- malformações corticais.

Além disso, são descritas alterações neuroquímicas no cérebro: para os pesquisadores, há relatos na literatura, e nos próprios achados desse grupo, de que crianças com autismo infantil possuem alterações significativas em alguns neurotransmissores, destacando-se: a serotonina, o glutamato e gaba. Acrescentam que a dopamina, a norepinefrina e os neuropeptídeos, ainda, não foram claramente relacionadas ao autismo.

Como vimos, os estudos em Psiquiatria Infantil esforçam-se em encontrar a etiologia do autismo e elaborar uma descrição concisa do quadro. No entanto, é necessário ultrapassar o terreno da descrição organicista, característica da Medicina, porque a Clínica de Linguagem não é instruída por esse aparato, a Clínica de Linguagem tem objetos e objetivos distintos.

### **1.5.1 AUTISMO E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**

Com relação ao lugar do autismo nos manuais, a Classificação Internacional de Doenças (10ª ed.) CID-10 fornece códigos relativos à

classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única, à qual corresponde um código CID-10 que é sempre composto por uma letra e por números. Na CID 10, os transtornos psiquiátricos encontram-se divididos no grupo da letra “F”.

O autismo é descrito na CID-10 dentro da categoria Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), recebe o código (F. 84). Ressalta-se que nessa categoria, há outras subdivisões, para abarcar quadros, como:

- transtornos globais do desenvolvimento;
- autismo Infantil;
- autismo atípico;
- síndrome de Rett;
- outro transtorno desintegrativo da infância;
- transtorno com hipercinesia associada a retardo mental e a movimentos estereotipados;
- síndrome de Asperger;
- outros transtornos globais do desenvolvimento; e
- transtornos globais não especificados do desenvolvimento.

É possível perceber que a categoria nosológica apresentada é ampla e provoca discussão. Isto porque quadros como a Síndrome de Rett, por exemplo, caracterizados por: (a) um transtorno neurológico desintegrativo na infância; (b) caracterizado pelo desenvolvimento inicial da criança aparentemente normal; (c) seguido de uma perda parcial ou completa de linguagem, da marcha e do uso das mãos; (d) associado a um retardo do desenvolvimento craniano, são descritos na categoria Transtorno Global do Desenvolvimento.

Há, nesses casos, um grave prejuízo no desenvolvimento social e intelectual da criança com a Síndrome de Rett, no entanto, esse prejuízo é gradual e leva quase sempre a um retardo mental grave. Nesse sentido, a Síndrome de Rett difere significativamente do Autismo Infantil, ou seja, o autismo

é um quadro evolutivo comportamental, manifestado antes dos três anos de idade, no qual o prejuízo encontra-se nas interações sociais, linguagem e comportamento focalizado e repetitivo.

Autores como Mercadante; Van der Gaag; Schwartzman (2009) discutem a problemática relativa à classificação dos transtornos invasivos do desenvolvimento não autísticos, como a síndrome de Rett e o transtorno desintegrativo da infância, pois ocupam o mesmo lugar nosográfico do autismo infantil e a síndrome de Asperger. Vale notar, que a criação de uma categoria muito ampla reduz, consideravelmente, a precisão e a função de um diagnóstico.

Atualmente, diversos autores desenvolvem pesquisas com o intuito de aprimorar os sistemas categoriais, DSM-IV e CID-10. Alguns quadros serão subdivididos em outras categorias diagnósticas, ampliando ainda mais as listas dos transtornos mentais.

### **1.5.2 AUTISMO E O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Diferentemente da CID-10, que denomina o autismo como quadro integrante dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), no DSM-IV a definição é Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID). Os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, no DSM-IV recebe o código 299.00 e traz em seu bojo os seguintes quadros:

- Transtorno Autista, Transtorno de Rett;
- Transtorno Desintegrativo da Infância; e
- Transtorno de Asperger.

Na literatura os termos Transtorno Global do Desenvolvimento, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento e Espectro Autista circulam livremente em muitos artigos na Medicina e, também, na Fonoaudiologia. Essa diversidade de nomenclatura ocorre, segundo Mercadante (2009), pela falta de consenso na

tradução de “*pervasive*” [do inglês], cuja origem é latina e significa *penetrar, ultrapassar*. O autor acrescenta:

De qualquer maneira, as nomenclaturas em uso são sinônimos para nomear um grupo que apresenta precocemente atrasos e desvios no desenvolvimento das habilidades sociais e comunicativas e um padrão restrito de interesses. (p. 17)

O DSM-IV define como características essenciais do autismo a presença de: um desenvolvimento acentuadamente anormal ou prejudicado na interação social e na comunicação, e um repertório marcadamente restrito de atividades e interesses. Estas manifestações são variáveis dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo.

É importante considerar que a linguagem, um dos aspectos mais marcados pela heterogeneidade, é um dos critérios para a realização do diagnóstico. No autismo ela é descrita como atrasada ou ausente, no caso de crianças que falam faz-se referência a um acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação e ao uso estereotipado e repetitivo da linguagem.

O DSM-IV descreve que as estruturas gramaticais são:

[...] freqüentemente imaturas e incluem o uso estereotipado e repetitivo da linguagem (por ex., repetição de palavras ou frases, independentemente do significado; repetição de comerciais ou jingles) ou uma linguagem metafórica (isto é, uma linguagem que apenas pode ser entendida claramente pelas pessoas familiarizadas com o estilo de comunicação do indivíduo). Uma perturbação na compreensão da linguagem pode ser evidenciada por uma incapacidade de entender perguntas, orientações ou piadas simples. (1995 p. 70-71)

Como na CID-10, o DSM-IV sugere que o autismo deve ser manifestado antes dos três anos de idade, acarretando no prejuízo das seguintes áreas: interação social; linguagem usada para a comunicação social; ou jogos simbólicos ou imaginativos.

O autismo difere do Transtorno Desintegrativo da Infância, que tem um padrão distinto de regressão, precedido por pelo menos dois anos de desenvolvimento normal. No autismo, as anormalidades do desenvolvimento, geralmente, são percebidas já no primeiro ano de vida.

A Síndrome ou Transtorno de Asperger, que ocupa a nosologia dos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, pode ser diferenciado do autismo pela ausência de atraso no desenvolvimento da linguagem; nesse caso as características do quadro de autismo são semelhantes, apenas o desenvolvimento da linguagem apresenta-se normal.

Vale destacar que, apesar disso, a categoria do Autismo, como um todo, ganhou maior relevância na década de 1950, com o trabalho de Kanner (1943). Como assinalam Mercadante et al. (2006):

O fenótipo proposto para o TID inclui manifestações em três domínios: social, da comunicação e do comportamento. A interação social está qualitativamente prejudicada, bem como as habilidades de comunicação. O padrão de comportamento e os interesses são limitados, tendendo a ser repetitivos e estereotipados. (2006, p. 13)

## **1.6 PSICOSE INFANTIL DA ÓTICA DA PSIQUIATRIA INFANTIL**

A psicose, por sua vez, pode ser definida como uma desordem mental, em que a resposta afetiva, o pensamento e a capacidade de apreender a realidade estão afetados. Além desses sintomas, é possível notar que o relacionamento

interpessoal costuma estar alterado, interferindo no convívio social. Assim, as características clássicas do quadro são: constituição de delírios, alucinações e ilusões, assim como a dificuldade em perceber a realidade de maneira adequada.

A esquizofrenia é para a Psiquiatria tanto o transtorno psicótico clássico, quanto o mais comum.<sup>14</sup> Os sintomas de inserção ou roubo de pensamento, vozes imperativas e de comando, assim como os delírios, compõem um quadro de grande complexidade que impõem à Psiquiatria um grande problema.

A psicose caracteriza-se não só pelos sintomas delirantes, mas, atualmente, também, é definida pela presença de um conjunto de comportamentos desorganizados. Novaes (1995) destaca que

Em linhas bem gerais, a esquizofrenia é definida por alterações de ordem perceptual e/ou cognitiva e/ou afetiva. A procura de determinantes genéticos, geográficos, históricos, culturais tem sido vã. Também é indeterminado o prognóstico dessa doença. (p. 22)

Na ampla nosologia da psicose, estabelecida pela Psiquiatria, é possível observar que o quadro raramente é descrito em crianças e, quando ocorre, faz referência a pacientes que têm em média onze anos de idade – estes são considerados casos mais raros, já que a maior incidência é na adolescência e na vida adulta. Na literatura, a esquizofrenia é descrita por acometer cerca de 1% da população; normalmente, a idade de início está entre 15 e 30 anos de idade. A esquizofrenia de início precoce se refere à idade de início anterior a 17-18 anos, já a de início muito precoce consiste em início antes dos 13 anos de idade (TENGAN; MAIA, 2004). Os autores descrevem que a esquizofrenia é uma doença rara na infância, e complementam:

[...] conforme avança a adolescência (próximo dos 11 anos), esses casos tornam-se mais expressivos. Apesar de existirem alguns relatos com idade inferior a 5 anos, estes são

---

<sup>14</sup> Kaplan (1997) esclarece que há muitas outras síndromes psicóticas que não satisfazem os critérios diagnósticos da esquizofrenia. São descritos quadros como: transtorno esquizofreniforme, transtorno esquizoafetivo, transtorno delirante, transtorno psicótico breve, transtorno depressivo pós-psicótico da esquizofrenia e transtorno psicótico compartilhado (Folie a Deux).

extremamente raros. Estima-se que cerca de 0,1 a 1% dos casos de esquizofrenia tenha iniciado antes dos 10 anos de idade e aproximadamente 4% antes dos 15 anos de idade. [...] Alguns diagnósticos em psiquiatria infantil não são muito precisos, uma vez que a criança é um ser em desenvolvimento; esses quadros só irão se configurar mais claramente na fase adulta. Isso ocorre principalmente com os transtornos do humor e as psicoses. (p.4)

Mercadante et al. (2006) relatam que até a 9ª edição da CID, o autismo e a psicose desintegrativa eram classificados como psicoses infantis. A recente nosografia, bem como a retirada total da psicose infantil ocorreu com a publicação do DSM-III e CID-10; neles, o autismo transformou-se em uma entidade nosográfica ampla (Transtorno Global do Desenvolvimento), baseada na fenomenologia descritiva.

Nesse sentido, a psicose passou a ser atribuída somente a pacientes cujo curso do desenvolvimento infantil teria sido normal e, que, em um determinado momento da vida, apresentou um conjunto de comportamentos desorganizados, ou seja, a psicose é determinada por uma ruptura no curso de um desenvolvimento normal. Entende-se por que na nosologia psiquiátrica, isto é, na CID-10 e no DSM-IV a psicose infantil não é descrita.

A existência de psicoses na infância foi, durante muitos anos, bastante questionada e, algumas vezes, negada. Isso se deve, principalmente, às questões conceituais e às distintas classificações existentes no quadro psicótico. Segundo Tengan e Maia (2004):

Um desses questionamentos era sobre a possibilidade remota dos delírios: acreditava-se que, devido ao fato de a criança não possuir uma estrutura egóica totalmente estruturada, ela era incapaz de apresentar delírios. Além do mais, como seria possível diferenciar um quadro psicótico na infância do mundo fantasioso da fase normal do desenvolvimento? (p. 4)

No entanto, durante muitos anos, o autismo infantil foi entendido e rotulado como um quadro de psicose de início muito precoce. Atualmente, apenas a Psicanálise considera a existência da psicose infantil, como veremos no próximo capítulo. No âmbito da Psiquiatria Infantil, o consenso atual é de que autismo e psicose são entidades distintas, tanto no que diz respeito às características fenomenológicas, quanto às genéticas.

Acompanho Novaes (1995) quando pontua o estatuto da linguagem, no modelo da Medicina:

A linguagem, enquanto instrumento de expressão das “alterações no pensamento e na cognição”, é tida como comprometida: a expressão, enquanto função, e não o que seria expressado. Isto é, a linguagem é um instrumento mal usado, ela não cumpre sua função. Como então confiar nesse instrumento que está sujeito ao mau uso pelo doente mental? Como insistir na busca da descoberta da causa da doença, se o seu instrumento mais eficaz de investigação está comprometido pelo mau uso? (p: 35)

### **1.6.1 PSICOSE INFANTIL E A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS**

Entende-se, assim, por que alguns profissionais utilizam, de forma pouco elaborada, a nomenclatura de esquizofrenia e oscilam entre a nosografia psicanalítica e a nosografia pulverizada da CID-10, utilizada pela Psiquiatria contemporânea. Em relação a CID 10, cumpre assinalar que a classificação alçou a esquizofrenia à categoria paradigmática da Psiquiatria. A esquizofrenia tornou-se o modelo para as psicoses e, junto com ela, ganharam importância as noções de surto, crise e estabilização.

Segundo Kirillos (2009):

Passamos a diagnosticar a psicose como a perda de nexos (afetivos, cognitivos, volitivos) e a tomar como parâmetro do

tratamento a supressão dos sintomas “produtivos” (alucinações e delírios). (p. 47)

Assim, na CID-10 encontramos amplas categorias diagnósticas para esquizofrenia e psicose, o código inicial é F. 20, e ocupa até o código F. 29. Nessa categoria, são descritos quadros de esquizofrenia distintos. No entanto, vê-se que a psicose e a esquizofrenias estão superpostas quanto ao tipo e às classificações, e em nenhuma dessas categorias encontra-se descrito o quadro de psicose infantil.

### **1.6.2 PSICOSE INFANTIL E O MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS**

Quanto ao modo de abordagem das psicoses no DSM-IV é possível observar que ali se classifica a esquizofrenia em quatro tipos divididos em quatro subtipos, quais sejam:

- Transtorno Esquizofrênico;
- Transtorno Esquizofreniforme;
- Transtorno Esquizoafetivo; e
- Transtorno Delirante.

Os subtipos dos transtornos esquizofrênicos são:

- Paranóide;
- Desorganizado;
- Catatônico;
- Indiferenciado e Residual.

A psicose também é descrita por categorias, a saber:

- Psicose Breve;
- Psicose devido à Condição Médica;
- Psicose Esquizofrênica;
- Psicose Induzida.

Para finalizar esta seção, retorno à leitura de Arantes (2001) relativamente ao trabalho de Foucault (1954/1984), autor que, como assinalado, desenvolve uma importante reflexão acerca das doenças mentais e deixa ver que a especificidade desse fenômeno exige uma abordagem particular da questão. Como assinala Arantes (2001), Foucault indica que a Psiquiatria, historicamente, instituiu:

uma descrição sintomatológica e buscou estabelecer correlações entre um tipo de doença e sua manifestação mórbida. Isso criou uma nosografia em que se analisavam as formas da doença e sua evolução. Foucault chama atenção aí para a estrutura conceitual e metodológica semelhante à da patologia somática: distribuição de sintomas em grupos patológicos e definição de entidades mórbidas. Nesse caso “se considera a doença, mental ou orgânica, como uma **essência natural** manifestada por sintomas específicos” (FOUCAULT, 1954/1984, p. 13 apud ARANTES, 2001, p. 13) (ênfase minha). Reduzir o mental ao “natural” conduz à idéia de totalidade orgânica e psicológica cuja essência deve ser buscada no conjunto das reações do organismo. (FOUCAULT apud ARANTES, 2001, p. 43-44)

Por essa via, comenta a autora, orgânico e mental convergem na identidade de seus métodos. Entretanto, Foucault afirma que só por meio de um jogo de linguagem é que se podem distinguir “doenças do corpo” e “doenças do espírito” (p. 17). De fato, como assinala Arantes, o autor fornece argumentos contra a identificação da patologia mental com a patologia orgânica, o que impõe a necessidade de reflexão sobre a especificidade dos “problemas do espírito”. De acordo com a pesquisadora, isso interessa à Clínica de Linguagem, “não porque os critérios de distinção possam ser os mesmos, mas porque ele pode separar o mental do orgânico e circunscrever um específico a ser teorizado” (ARANTES, 2001, p. 45)

Procurei neste capítulo apresentar os critérios psiquiátricos utilizados no diagnóstico do autismo e da psicose, destacando-se as dificuldades que esses casos colocam também para o diagnóstico médico, tanto no que diz respeito ao

agrupamento dos sintomas, quanto à descoberta da causa. De fato, não parece ser possível identificar mental e orgânico, mas esse não é o único ponto problemático, veremos a seguir que psicose infantil e o autismo desafiam, também, a reflexão estrutural na qual se pauta a Psicanálise.

**2**

**A PSICOSE E O AUTISMO SOB A ÓTICA  
DA PSICANÁLISE**

## 2. A PSICOSE INFANTIL E O AUTISMO SOB A ÓTICA DA PSICANÁLISE

Na seção anterior, foi possível observar que a psicopatologia infantil cria embaraços para a Medicina. No campo da Psicanálise adota-se uma perspectiva distinta, mas nem por isso consensual relativamente a esses acontecimentos que irrompem na infância. Sobre isso, na Introdução do livro *“Psicose, Autismo e Falha Cognitiva na Criança”*, de Bergès e Balbo (2003a), é possível encontrar, já nas primeiras linhas, a seguinte observação:

No que se refere às psicoses infantis e ao autismo, somos surpreendidos pela insuficiência e pela multiplicidade de pontos de vista clínicos e teóricos que sustentam o discurso mantido a esse respeito, e é nessa medida mesmo que psicose e autismo serão ou não diferenciados. (p. 7)

Os autores afirmam que, independente da perspectiva teórica que sustenta o discurso sobre esses quadros, seja o pensamento organicista; o genético; o desenvolvimentista; ou o psicanalítico, todos padecem da força de convencimento, o que tem como consequência uma incoerência entre as diferentes opções práticas que se adotam no tratamento dos pacientes.

Na mesma direção, Kupfer (1999) assinala que autores renomados no campo da Psicanálise abordaram o diagnóstico diferencial entre o autismo e a psicose, entre eles destacam-se: M. Klein, Tustin, M. Mannoni, Dolto, Rosine e Robert Lefort, entre outros. Ainda assim, conforme aponta a pesquisadora, não foi possível uma definição precisa das diferentes manifestações desses quadros, além disso, não há consenso “sobre a necessidade de instituir-se uma estrutura clínica, separada da psicose infantil para designar o autismo (p.103).

Na realidade, as divergências de consenso obrigam a tomar posição, eleger um ponto de vista teórico. Na medicina há uma tendência forte em afirmar que só se pode falar de psicose nos casos em que há uma ruptura no

desenvolvimento normal e a erupção de um surto, ou de um quadro delirante. Isso faz com que a grande maioria dos quadros de psicopatologia infantil seja classificada como autismo, independentemente da heterogeneidade dos casos que ficam homogeneizados sob este rótulo.

Já na psicanálise, apesar da falta de consenso, o pensamento de cunho estrutural fornece outra direção às discussões sobre o tema. Neste capítulo, pretendo mostrar a complexidade da questão no terreno psicanalítico e indicar a natureza da relação que se estabelece entre o diagnóstico e a direção do tratamento. Longe de esgotar um tema tão amplo e controverso, ou mesmo de traçar um panorama histórico, pretendo ao abordar alguns autores, e apontar para os impasses colocados pelo autismo e pela psicose infantil. Vale assinalar que minha aproximação é com os trabalhos da vertente lacaniana, uma vez que essa perspectiva é aquela, presente na linha de pesquisa na qual se insere esta dissertação.

Na psicanálise é inegável a relação íntima entre a estruturação subjetiva e o método de abordagem do sujeito, especialmente, quando é a criança quem está em cena na clínica (Vorcaro, 2004). De acordo com a autora, para pensar tal relação é necessário compreender como as operações implicadas na estruturação do ser em sujeito estão no campo da linguagem, para ela, considera-se a constituição do sujeito:

[...] numa trama confeccionada na lógica da efetuação da função da fala no campo da linguagem, é pensar que a passagem de organismo a sujeito se dá a partir de uma alteridade estruturada, isto é a partir da relação do *infans* com um sujeito capaz de transmitir uma herança simbólica. (2004, p. 60)

Afasta-se, assim, da concepção de desenvolvimento em que está pressuposta a evolução do sujeito pela via da acumulação adaptativa. A autora parte da hipótese lacaniana que entende a constituição do sujeito a partir de uma

espécie de trama tecida das sobreposições das dimensões do Real, do Simbólico e do Imaginário,<sup>15</sup> num percurso em que o sujeito se inscreve no simbólico que lhe pré-existe. Vorcaro (2004) assinala:

O enodamento RSI, trançado nas operações lógicas da estruturação subjetiva, depende da matriz simbólica que veicula a consistência imaginária por meio de um atravessamento e do encobrimento do real do organismo infantil. Afinal, esse objeto criança não pode prescindir da animação da estrutura operada pelo agente de seus cuidados. Esse Outro primordial, a mãe, atribui ao *infans* um lugar e uma significação que não pode se não alienar-se na condição de objeto de um outro, funcionando desta posição. (p. 67)

A subjetivação implica que a criança possa sair deste lugar a que está submetido, isto é, destacar-se deste lugar de alienação, o que, segundo a autora, implica “defender-se do outro, defender-se de ser reduzida a seu corpo”. Assim, acompanhando Caligaris (1986), Vorcaro (2004) afirma que qualquer tipo de estruturação do sujeito é uma estruturação de defesa, de separação. De acordo com Lacan, esta separação tem lugar porque a relação mãe/criança é atravessada pela função paterna,<sup>16</sup> que incide sobre o desejo materno, aspecto considerado como determinante na constituição do sujeito:

[...] é o que a metáfora paterna contempla, a saber, que o Nome-do-pai constrinja o desejo materno à lei [...] o saber com o qual a criança se defende implica que a mulher permita à criança supor que ao menos um sabe lidar com a sua demanda materna. (p. 69)

Nesse sentido, a criança “defende-se” com o saber que ela supõe a aquele que pode interpor-se entre ela e a mãe. Ainda na leitura de Vorcaro (1999), a criança se “constituirá como neurótico nessa relação com alguém que sabe

---

<sup>15</sup> Este ponto não será desenvolvido nesta dissertação, mas vale destacar que a autora trata de forma detalhada as operações implicadas na relação Real, Simbólico, Imaginário por meio da topologia do Nó Borromeano proposta por Jacques Lacan. Ver Vorcaro (1997).

<sup>16</sup> De acordo com Vorcaro (1997) desde o seminário IV Lacan formaliza a idéia de que a relação mãe-criança é atravessada pela função paterna

enfrentar e solucionar o perigo desse abismo de tornar-se presa do Outro.”(p. 69). Assim, o sujeito neurótico é aquele que pode confiar no agente da função paterna que está referido a um saber.

No caso dos autismos e das psicoses, a trajetória da criança é outra. Sobre as psicoses Bergès e Balbo (1997, 2003a, 2003b) falam da pluralidade dos “modos de entrada” da criança nesta estrutura, mas assinalam a presença de um fator constante: “a ausência de hipótese pela mãe (ou por quem toma seu lugar) de uma demanda no filho, que é para ele constitutiva de um traumatismo” (p. 65) – leva à instalação de determinadas funções de defesa, que podem ser chamadas de defesas psicóticas. Segundo os autores, “a criança psicótica encontra-se capturada na instalação de um sistema defensivo, no centro do qual está a linguagem, que faz parte da demanda, é o motor principal” (p. 65).

Bergès e Balbo (op. cit.) retomam conceitos fundamentais da teoria lacaniana, a saber, o conceito de grande Outro. Lacan define que o grande Outro “é o lugar em que se situa a cadeia do significante que comanda tudo que vai poder presentificar-se do sujeito, é o campo desse vivo onde o sujeito tem que aparecer” (LACAN, 1964, p. 200).

A partir do conceito de grande Outro, para trazer à luz tal teorização, os autores acrescentam que a criança se faz como sujeito “ao ser representação por um significante do Outro de sua mãe junto a um significante que a própria mãe designa no Outro da criança.” (BERGÈS E BALBO, 2003b, p.101). Vejo que há um modo diferente de pensar o sujeito face ao significante. Para Bergès e Balbo (1997), a mãe ao dizer:

[...] um significante vai inscrever-se no filho, mas também ela se propõe a existir para ele e pelo significante; donde o desencadeamento do jogo da ausência e da presença. [...] Ela não é mais um outro, ela é o grande Outro, isto é, ela ocupa, por sua palavra, uma posição no lugar dos significantes. Sem a inscrição dos significantes no funcionamento, uma mãe não ocupa nenhum lugar no grande Outro. (1997, p. 192)

De acordo com Bergès e Balbo aquilo que seriam as marcas próprias à demanda do grande Outro, isto é, a demanda de que ele se perca culmina na demanda de que ele se cale, assim a criança ao calar-se “satisfaz uma necessidade, e isso o exclui da linguagem” (2003a, p. 66), isso faz com o sistema defensivo do psicótico seja caracterizado pela exclusão da linguagem.

Os autores acrescentam que neste modo de defesa em que a criança se cala, ela tira uma vantagem “a de manter-se numa relação privada com sua mãe e, portanto, tornando incessante a relação incestuosa que existe entre elas.” (BERGÈS E BALBO, 2003a, p. 66) Nesse movimento defensivo, acrescentam, que o filho responde ao desejo da mãe de “testemunhar a falta de saber do grande Outro do pai.” (p. 66) Essa dificuldade da mãe,

[...] fazer a hipótese de uma demanda em seu filho, ou de permitir “o golpe de força” pelo qual ela lhe demanda se identificar seu discurso, tem por efeito deixar a criança [...] no excesso de necessidade impossível de elaborar no simbólico.” (Ibid., p. 67)

E, segundo os autores traz uma consequência: o não-acesso à fala, que pode ir do atraso de linguagem ao mutismo.

Para Bergès e Balbo (1997) o autismo seria a impossível inscrição significante, marcada pelas declinações do funcionamento.<sup>17</sup> Os autores pontuam que o autista:

[...] não é a criança a quem faltou o jogo do olhar, em sua relação com a mãe; ela é autista porque, nessa relação, faltou-lhe a palavra de sua mãe, e então lhe faltou um funcionamento que transbordasse a função, a ponto de se encontrarem objetos que

---

<sup>17</sup> Bergès e Balbo (1993) para explicar o conceito de funcionamento e função pontuam que é necessário se ater no mais extremo, isto é, em seu déficit completo ou no excesso de transbordamento. Assim, definem: “Quando seu déficit aproxima-se da parada, o funcionamento logo deixa de produzir um efeito de relançamento sobre sua função; e, supondo-se que esta ainda subsista, o órgão real no qual se sustenta acaba por morrer; então, ela pode então também desaparecer. Uma função pode sustentar-se com um novo órgão” (p. 171).

não mais respondessem unicamente à satisfação dessa função, ainda que conservassem um vínculo funcional com ela. (1997, p. 186)

Nesse sentido, para os autores “as condições da inscrição opõem-se á falha do simbólico, àquilo que nele falha” (p. 191). Para eles a esfera simbólica no autista, falta-lhe completamente. Do mesmo modo, sem a inscrição dos significantes, “a mãe não ocupa nenhum lugar no grande Outro”, a isso os autores referem à questão do autismo, da “mãe-ícone” (p. 192). Isto é, a não inscrição simbólica do “eu” e do “outro”.

Assim, o autismo não é somente um mistério, mas nas palavras dos autores, “ele remete à mãe à sua falta de saber, e ao psicoterapeuta, aos confins de sua ignorância.” (Ibid., p. 169)

Os autores pontuam que o autista não tem o grande Outro, como nada que seja da ordem do simbólico e também sem o acesso ao imaginário, assim, ele é somente o real. Acrescentam:

O sujeito jamais terá um grande Outro que seja seu; o que nos permite afirmar que se existe uma forclusão constitutiva e necessária à etiologia de uma psicose e de um autismo, é sem dúvida alguma a forclusão do grande Outro. (BERGÈS E BALBO, 2003a, p. 55)

Em contrapartida, para os autores, a psicose infantil seria a forclusão do Nome-do-Pai. O conceito Nome-do-Pai representa o produto de uma metáfora, que nas palavras de Bergès e Balbo “atribui a função paterna ao efeito simbólico de um puro significante: o significante *ser pai*” (2003a, p. 119). Assim, a função paterna opera no sujeito uma castração, um corte, o que barra o sujeito, no sentido de separar mãe-filho. Assim, na criança psicótica, a mãe atém todo o grande Outro, em consequência todos os significantes, ou seja, mãe e criança “fazem um”, como pontuam Bergès e Balbo (2003a, p. 90).

A distinção do autismo e a psicose infantil, para os autores, pode se tornar mais clara, quando pensamos o conceito de grande Outro da mãe. Assim, como pontuam Bergès e Balbo:

No autista, a mãe jamais oferece aos significantes que o filho encontra no grande Outro dela, para representá-lo, o significante correspondente no grande outro dele; eis uma criança que tem um grande Outro vazio de qualquer significante, e que tem como grande Outro somente um signo real: o grande Outro da criança autista é apenas um puro real, um buraco. Quanto ao psicótico, a mãe deve designar no grande Outro do filho o significante correspondente àquele que ele poderia encontrar nela. (2003a, p. 123)

Desse modo, como pontuei no início desse capítulo, a distinção psicose infantil e autismo tem sido amplamente discutida pela Psicanálise. Bergès e Balbo pontuam que a relação com o imaginário na psicose e autismo é diferencial. Nesse sentido, para eles, atualmente, o que ocorre nas instituições deve ser levada em consideração para provocar o entendimento dos efeitos sociais e administrativos que atingiram a exclusão do significante “psicose” em favor do significante “autismo”.<sup>18</sup> Assim, os autores entendem que: “[...] o autismo é raro; a psicose na criança é muito mais frequente.”(2003a, p.95)

Nas obras de Bergès e Balbo (op. cit.), o autismo não ganha estatuto de estrutura separada a psicose, os autores não mencionam essa distinção abrupta.

Jerusalinsky (1993, 2007a, 2007b), no entanto, define psicose infantil e autismo como duas estruturas distintas, isto porque, na psicose “se trata da forclusão e no outro se trata da exclusão” (1993, p. 63). O autor em revista magazine *Mente e Cérebro*, edição *Doenças do Cérebro Autismo*, também, aborda o “autismo como uma quarta estrutura clínica: a da exclusão” (2007b, p. 57).

---

<sup>18</sup> Remeto o leitor ao primeiro capítulo dessa dissertação, no qual foi possível observar a retirada da psicose infantil da nosologia psiquiátrica.

Em artigo, *Psicose e Autismo na Infância: uma questão de Linguagem*, publicado na *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA)*, Jerusalinsky descreve a diferença de autismo e psicose infantil. Para o autor, no autismo a falta de uma inscrição faz com que a criança permaneça a respeito da demanda do Outro, a ganhar tal demanda em uma postura de repetição da exclusão. Desse modo, o autor conclui que:

É por isso que o autista recebe qualquer manifestação do laço social, seja do modo direto ou indireto, como uma demanda de ausentificação. É por isso que a criança autista vira as costas àquele que a ela se dirige, ou se opõe especificamente a incorporar os objetos que lhes são oferecidos pelo outro. (JERUSALINSKY, 1993, p. 64)

Jerusalinsky, no mesmo artigo, prossegue e pontua o que ocorre na psicose infantil:

É, a falta da consistência deste significante pela forclusão do Nome-do-Pai, a criança fica brutalmente catapultada a um dos dois extremos desta contradição; ou fica totalmente tomada pelo lado do auto-erotismo, ou fica totalmente tomada do lado da alterização absoluta. (p. 66)

Para o autor a relação com a linguagem na criança psicótica é norteadada pela colagem no Outro, marcada, nesse sentido, pela ecolalia. Já no autismo, a linguagem manifesta pela ausência dessa relação, a exclusão.

Assim, a diferença entre a criança autista e a psicótica, para Jerusalinsky, é que “para o psicótico cada palavra carrega seu próprio e definitivo sentido, para o autista cada palavra carrega seu próprio apagamento” (1993, p. 65).

Nesse sentido, o autor discute o autismo como uma quarta estrutura clínica. Na Psicanálise, tal ponto, a meu ver, cria polêmica e embaraços, à medida que há diferentes leituras realizadas no mesmo campo.

Leite (1999) em artigo intitulado *Autismos*, pontua a utilização do plural e declara que “não deve passar despercebida. O que está indicando? O que seguramente podemos afirmar é que ela marca uma *heterogeneidade* na abordagem proposta no tema” (p. 80).

A autora questiona se há possibilidade de verificar uma estrutura específica para o autismo, ou se, na realidade, estamos diante de um dialeto das psicoses, como é o caso da esquizofrenia e paranóia. Assim, no seu texto, a autora reconhece tal questão e a coloca em um posto interrogador.

Leite (1999) afirma que na clínica são reconhecidas três estruturas: neurose, psicose e perversão. Acompanho a autora quando questiona: “A que traço responderia a inclusão do autismo nessa série, uma vez que aquilo que o qualifica é justamente a ausência de estruturação subjetiva?” (p. 81)

Trata-se, para autora, no autismo de recusa radical ao Outro, que muito precocemente matem “uma posição de impossibilidade de ceder ao gozo que ele toma dessa posição, para então passar pelo Outro” (LEITE, 1999, p. 88).

Na Psicanálise, como anunciei inicialmente, autismo e psicose infantil têm pontos de convergências e divergências. Pretendi, aqui, anunciar tais questões empreendidas no campo, por autores contemporâneos e filiados às obras de Lacan.

Vale, então, indagar como uma perspectiva estrutural permite pensar a direção do tratamento de modo diferente da Medicina. De acordo com Kupfer:

A pergunta a ser dirigida à criança, na perspectiva de um diagnóstico a realizar-se na transferência – o que caracteriza o diagnóstico em Psicanálise em oposição ao da Psiquiatria –, será a pergunta por sua posição subjetiva diante do Outro. Ao invés de psicóticos, encontraremos crianças postas em variadas posições, cujo eixo comum é uma falha no registro do simbólico, ou seja, o

Outro não se estruturou como barrado<sup>19</sup>, o que resulta em uma variedade imensa de manifestações fenomênicas. Ao invés de autistas, encontraremos crianças para as quais é o registro do imaginário que não se estruturou de modo conveniente, provocando igualmente uma grande gama de manifestações "subjetivas." (2000)

Para Kupfer (2000) ao introduzir um reordenamento diagnóstico, isso poderá refletir substancialmente no tratamento. Assim, "nas falhas do imaginário, uma atenção à construção da imagem corporal. Nas falhas do simbólico, um reordenamento da relação da criança com o Outro, para barrá-lo, ainda que de modo ortopédico." (2000)

Como se vê, na psicanálise, guardadas as diferenças, está em causa um diagnóstico que é determinante na direção do tratamento. Do que vimos até aqui a posição do sujeito na estrutura cria modos de abordagens diversas. Vale dizer, que a clínica psicanalítica não opera com a idéia de supressão de sintomas como tentei indicar, ao contrário do que se vê na clínica médica. Do que vimos até aqui não parece arriscado acompanhar a afirmação de Kupfer quando assinala que:

Um dos principais entraves ao avanço dos estudos sobre a psicose infantil e o autismo está na disputa diagnóstica. A falta de concordância entre profissionais impede, logo de saída, qualquer estudo epidemiológico, e dificulta enormemente as trocas científicas, já que os pesquisadores não estão falando do mesmo objeto de pesquisa - o autista do neurologista não é o autista do psicanalista. (2000)

---

<sup>19</sup> O conceito de Outro, escrito com letra maiúscula, se encontra na obra de Jacques Lacan, e busca estabelecer uma distinção em relação à idéia de "outro." Com minúscula, designa o semelhante, o parceiro imaginário, fonte das identificações imaginárias. Com a idéia de Outro, o que se quer é indicar que, "além das representações do eu e também além das identificações imaginárias, especulares, o sujeito é tomado por uma ordem radicalmente anterior e exterior a ele, da qual depende, mesmo que pretenda dominá-la. (...) O Outro, em seu limite, confunde-se com a ordem da linguagem" (CHEMANA, 1995, p. 156 apud VORCARO, 2004). O Outro Barrado, por outro lado, é também um conceito lacaniano, que se escreve A com uma barra transversal sobre a letra. A barra alude à castração, à falta, à submissão a uma lei.

Vorcaro (1999) que, como indiquei, inicialmente coloca em relação a estruturação subjetiva e o método de abordagem do sujeito, refere que nos casos de crianças autistas e psicóticas a questão é complexa, isto porque é necessário “considerar que se trata de uma criança para quem o sujeito não se destacou do real e mantém-se na posição de criança-objeto [...] e o analista só pode se alojar no lugar de Outro primordial (p. 96). Nesta condição o analista substitui a operação do significante, “para produzir o que não teve lugar: corte, separação [...] furo.” (p. 96). Trata-se, segundo a autora de uma

[...] psicanálise invertida, pois é uma operação que vai do real ao simbólico e que cria um efeito de negativização, enquanto, diante de um sujeito constituído, a operação analítica é inversa, visa a uma travessia do simbólico e do imaginário em direção ao real da pulsão, para um levantamento, ao menos parcial das defesas.” (1999, p. 96-7)

Vale destacar, como encerramento, de que não há a possibilidade de se referir à psicose e ao autismo a partir de uma determinação etiológica linear ou até mesmo como causada por múltiplos fatores, tão pouco, como entidades autônomas, mas, nas palavras de Bergès e Balbo (2003a) devem ser referidas “como modalidades de resposta a fatores predeterminados que se organizam de modo complexo sob o modo de uma topologia em constante transformação em torno desse ponto de arrimo e de referência que é o grande Outro para a criança” (p. 8).

3

**A CLÍNICA FONOAUDIOLÓGICA E A  
CLÍNICA DE LINGUAGEM: O QUE DIZ A  
LITERATURA**

### 3.1 SOB OS EFEITOS DO DISCURSO MÉDICO E DA PRAGMÁTICA LINGUÍSTICA: UMA ARTICULAÇÃO PARADOXAL

O objetivo deste capítulo não é apenas descrever o que tem sido feito no campo da Fonoaudiologia, no que diz respeito ao atendimento de crianças autistas e psicóticas, mas colocar em discussão como a concepção de linguagem do clínico determina o encaminhamento da terapia. Pretendo, também, apontar como a aproximação ao discurso médico ou ao discurso psicanalítico, no que tange ao diagnóstico desses quadros, afetou o fazer fonoaudiológico.

A partir da revisão da literatura da Fonoaudiologia, relativa ao atendimento de crianças autistas e psicóticas, é possível verificar que se destacam os trabalhos assinados por um grupo de pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) (FERNANDES; PASTORELLO; SCHEUER, 1995). A linha teórica que subsidia a grande maioria dos trabalhos é a Pragmática Linguística. Entre os pesquisadores Fernandes é a autora que mais comparece na literatura do campo da Fonoaudiologia. (FERNANDES, 1993, 1995, 1998, 2004, 2006, 2011; FERNANDES e CARDOSO 2003; FERNANDES e MOLINI 2001, entre outros).

No artigo “*Ecolalia em Psicoses Infantis*”, publicado em 1993 na *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, Fernandes revisita a literatura, a fim de esclarecer o que se abriga sob o termo ecolalia e coloca em discussão dados de fala de uma criança encaminhada para atendimento fonoaudiológico, com queixa de atraso de linguagem. Como se vê o termo psicose infantil é empregado no próprio título do artigo.

---

<sup>20</sup> Lacan, J. Seminário 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1964.

Já nos trabalhos atuais da autora é possível observar que o termo “psicose infantil”, que aparece no título do texto acima citado, não é utilizado. Nesse sentido, parece que esse grupo de pesquisadores acompanhou o movimento trilhado pela Medicina no que se refere às categorias diagnósticas no campo das psicopatologias. Ao que parece, a partir da mudança no DSM-IV e a retirada da psicose infantil, os pesquisadores abandonaram o uso de psicose infantil, e passam a falar em transtornos do espectro autista e síndrome de Asperger, o que indica a presença do raciocínio médico na clínica e na pesquisa fonoaudiológica

Como pode observar, na análise da bibliografia levantada, as publicações no campo da Fonoaudiologia sobre os quadros de psicopatologia, embora tenha aumentado consideravelmente na última década, são ainda incipientes, no entanto, percebe-se que a clínica fonoaudiológica, em alguns casos, convoca o campo da medicina para compreender as manifestações psíquicas que são classificadas e diagnosticadas, a partir dos critérios dessa área de conhecimento.

As pesquisas orientadas pela perspectiva pragmática têm, segundo Fernandes (2005), “fornecido elementos para a consideração dos aspectos funcionais dos distúrbios da comunicação e de suas correlações com outros aspectos do desenvolvimento da criança, como os sócio-cognitivos.” (p. 68) Tal abordagem, segundo ela, abrange três grandes áreas: linguagem, socialização e cognição; todas elas afetadas, no caso dos “transtornos do espectro autista”.

Nessa visada, busca-se estabelecer a determinação do perfil comunicativo e associar as habilidades de comunicação aos aspectos sociais e cognitivos. A autora refere que ela tem utilizado uma série de vinte categorias funcionais para identificar o perfil comunicativo de crianças com autismo. Trata-se de um “protocolo”<sup>21</sup> para a identificação dos atos comunicativos, dos meios comunicativos (verbal, vocal e gestual) e das funções comunicativas. Os aspectos funcionais investigados são:

---

<sup>21</sup> Remeto o leitor, ao trabalho de Marchiori (2009), que discute a problemática relativa a protocolos, provas e testes.

- pedido de objeto; pedido de ação, pedido de rotina social, pedido de consentimento, pedido de informação; protesto;
- reconhecimento do outro, exibição, comentário, auto-regulatório, nomeação,
- performativo, exclamativo, reativos, não focalizada,
- jogo, exploratória, narrativa, expressão de protesto e jogo compartilhado.<sup>22</sup>

Os aspectos de desenvolvimento social e cognitivo, também, são investigados. Nota-se que na terapia fonoaudiológica, baseada nesse pressuposto, os aspectos funcionais da comunicação, sociais e cognitivos, são foco do trabalho, que pode ser individual ou em grupos, como a oficina de linguagem, definido pela autora.

Para Fernandes, mesmo que a criança possua um atraso de linguagem oral, pode haver intenção comunicativa (verbal e não verbal), ou formas alternativas e complementares de comunicação, motivação para a comunicação e diferenças de papéis comunicativos. Essa definição indica que a questão central seja para a Medicina, seja para a Psicanálise: o não estabelecimento do laço social - relativa aos quadros de autismo e psicose infantil -, parece não tocar a pesquisadora.

Para a autora, o modelo de terapia inspirado na teoria Pragmática:

[...] permite que a linguagem seja estudada, considerando seu contexto lingüístico e não lingüístico (aspectos não verbais, sociais e ambientais) valorizando a interação como um fator determinante para a sua ocorrência. (2003, p.280)

Fernandes acrescenta, ainda, que “a unidade mínima de análise deixa de ser o fonema, o vocábulo ou a frase e torna-se o ato comunicativo.” (1998, p. 34). Nota-se que a interação é considerada um fator determinante, já que o produto da interação da criança com o ambiente ou com o adulto é significativo na atribuição de uma proximidade cognitiva, afetiva e emocional.

---

<sup>22</sup> Sobre isso ver também: Fernandes e Barros (2001).

Em capítulo publicado no *Tratado de Fonoaudiologia* (2004), intitulado “Terapia de Linguagem em Crianças com Transtornos do Espectro Autístico”, a autora pontua que, frequentemente, as definições dos quadros de linguagem de crianças autistas limita-se a relatar a ausência da comunicação oral, e nos casos da presença de fala, esta se apresenta com ecolalia imediata, tardia ou mitigada, com a ocorrência de inversão pronominal e “falhas no uso da linguagem com função comunicativa”.

Nesse mesmo texto, Fernandes (op. cit.) pontua que estudos nessa área levam a acreditar que as alterações de linguagem associadas aos quadros psiquiátricos na infância estão relacionadas com o uso funcional da linguagem.<sup>23</sup> Segundo a autora, sua filiação às perspectivas pragmáticas em psicolinguística tem fornecido subsídios para a consideração de aspectos funcionais dos distúrbios de comunicação e de suas correlações com outros elementos do desenvolvimento da criança. Assim, nesses trabalhos inspirados pela Pragmática, o processo diagnóstico é realizado após a aplicação de uma série de protocolos e da descrição das “condutas comunicativas”, na sequência é uma análise quantitativa em que se compara o desempenho de crianças diagnosticadas como portadoras de autismo com um grupo de crianças normais.

Com relação aos trabalhos que fazem uma comparação entre um grupo controle de crianças normais e um grupo de crianças autistas e psicóticas, Arantes afirma que:

Tais estudos chegam, inevitavelmente, a um conjunto de conclusões ingênuas. Conclui-se, por exemplo, que crianças com problemas de linguagem têm um desempenho comunicativo pior do que crianças normais. (2000, p. 4)

Não deixa de chamar atenção nos trabalhos inspirados na Pragmática, o fato de que se enfatiza a comunicação para avaliar e tratar casos de crianças cuja

---

<sup>23</sup> Vale destacar, que tal concepção está diametralmente na contramão da visão de linguagem adotada por autores, como Lier-De Vitto e Arantes, que entendem o funcionamento da linguagem solidário ao funcionamento psíquico. Questão que abordarei ainda nesse capítulo.

principal característica é, nas palavras de Leite, “a recusa mais radical à alteridade” (1999, p. 80). Tentar traçar o perfil comunicativo dessas crianças e tratá-las por esse viés, não deixa de soar de modo paradoxal. A ideia de avaliar a “comunicação” de pacientes que não estabelecem “laço social” com o outro pela via da linguagem, parece criar uma complicação teórica incontornável, pois como seria possível classificar uma ação como “ato comunicativo”, a partir das categorias estabelecidas nos trabalhos da Pragmática Linguística, quando estamos frente a crianças cuja característica fundamental é a recusa à alteridade?

Ainda que seja possível reconhecer determinadas manifestações da criança como volitivas ou como recusa de algo, ir além parece exigir que o clínico projete na criança, uma intenção imaginária por ele construída. Vale lembrar, que a impossibilidade/recusa de comunicação presentes nesses quadros é aceita também na nosografia médica que parece subsidiar o trabalho da autora. Insisto, como entender o uso da Pragmática se um dos sintomas característico do autismo é a ausência da “comunicação”?

Ora, crianças com patologia de linguagem *não podem cooperar*, no sentido de tornar claro o que dizem ou eleger as informações relevantes para o ouvinte. De fato, essas crianças não controlam o uso da linguagem. Aliás, se pudessem fazê-lo não seriam silenciosas e nem mesmo produziriam enunciados estranhos, que produzem o efeito de patologia. (ARANTES, 2000, p. 4)

Contudo, parece que, não se observa que crianças com distúrbios de linguagem desafiam o ideal de comunicação subjacente ao modelo em questão. Segundo Arantes (2000, p. 200):

A conseqüência das descrições dos comportamentos comunicativos das crianças para a terapêutica era nula – elas não podiam por si só iluminar a terapêutica uma vez que nunca se esclarece a relação entre estruturas comunicativas e estruturas linguísticas “desviantes” e/ou ausentes e nem se as primeiras são

determinantes destas. Pergunto, então, **como poderia o clínico refletir acerca de seu papel na transformação da linguagem de seus pacientes?** (ênfase minha).

Quanto à terapia, Fernandes (2006) refere que o papel do terapeuta de linguagem é o de interlocutor ideal e elemento mediador do processo terapêutico, a autora acrescenta “aquele que eventualmente não entende o que está sendo comunicado, que tem limites pessoais (que devem ficar claros) e que, às vezes, não se faz entender.”

Acompanho Arantes (2005), que, de outra posição refere o clínico de linguagem por outro viés, como aquele que deve potencializar para a criança um “espaço discursivo em que se ancora e que pode servir de âncora para a cena clínica”. Acrescenta-se, ainda, nas palavras de Vorcaro (2005) que o clínico “puxa a ponta do simbólico antes de a criança poder vir a manejá-lo”, isto é, através da transcrição e tradução dos movimentos da criança, colocando em palavras o que ainda se manifesta no corpo.

Vorcaro (2005) acrescenta que o texto/discurso é colocado à prova no que diz respeito aos efeitos que produz (ou não) sobre a criança. Nessa cena, ao tomar qualquer produção vocal ou motora da criança como fala, o clínico abre a possibilidade para a identificação, ou seja, para uma alienação imaginária por parte da criança. Para autora, guardadas as especificidades, fonoaudiólogos e psicanalistas que atendem crianças que não falam, trabalham no “gume da articulação entre sujeito e língua” (p.88) e, portanto, ambos devem estar interrogados sobre essa articulação.

Para Arantes (2003) no atendimento de crianças com autismo e psicose, o clínico de linguagem deve ser visto como:

[...] uma instância promotora de uma relação outra com o Outro (tesouro dos significantes), condição crucial para fazê-las passar à palavra e ao estabelecimento do laço social. Trata-se de abrir um espaço para que a criança possa ocupar o lugar de falante. Nessa

perspectiva, o fonoaudiólogo interpreta os gestos da criança, sejam eles vocais (ou não) – nesse caso, o fonoaudiólogo empresta seu imaginário e *coloca em texto* o que ainda não ganhou lugar na fala. (p. 62)

Na literatura fonoaudiológica, em que os trabalhos da Pragmática se inserem, a linguagem é tomada pela via da descrição de aspectos linguísticos funcionais e sócio-cognitivos da comunicação de crianças diagnosticadas dentro do espectro autista, a questão terapêutica é abordada de modo vago e inespecífico, pois a descrição da presença/ausência de atos comunicativos não pode informar a clínica.

Ainda na mesma direção temos o trabalho de Perissinoto (2003), entende que a avaliação de linguagem deve focalizar situações lúdicas dirigidas e/ou semi-dirigidas. Nelas devem ser observadas, principalmente, as formas de relação interpessoal e os modos de comunicação. Assim como os autores inspirados na Pragmática, a pesquisadora sugere que seja considerada a presença de atos comunicativos. Quanto à terapia devem ser enfatizadas as habilidades da criança, bem como a comunicação em sua face receptiva e expressiva, por meio de atividades lúdicas.

Em artigo de 2004, a pesquisadora aponta para o aumento no número de estudos que assinalam a inabilidade de linguagem em crianças autistas presente nos comportamentos considerados como precursores da comunicação, tais como: ação e atenção partilhada, jogo simbólico, imitação, entre outros. Note-se que a aproximação à Pragmática revela a força determinante da cognição sobre a comunicação e sobre a linguagem. De fato, como aponta Arantes (2000), “o que viabiliza, sem conflito ou tensão, a complementaridade entre aportes cognitivistas e pragmáticos é a noção de sujeito epistêmico subjacente a ambas as vertentes.” As diferenças entre eles, segundo a pesquisadora, dependem do “peso maior/menor que se venha a atribuir ao cognitivo e ao comunicativo nas explicações sobre o quê privilegiar ou sobre quê assentar as avaliações de linguagem de crianças que não falam”.

Como aponta Lier-De Vitto (2000), nesses trabalhos de aporte pragmático, a *interação*, é tomada como noção transparente e simétrica,

[...] que pode ser reduzida a empiria de uma relação dual: a problemas relacionados à troca/trânsito de informações (intenções, sentimentos etc.), a negociação intersubjetiva. (p. 11)

A autora adota uma postura crítica relativamente aos trabalhos sobre as patologias de linguagem de aporte pragmático, vejamos:

Essas pesquisas restringem-se a questões relativas ao contexto pragmático e à posição/papel dos participantes da interação clínica, elas não tocam na *dissimetria marcante entre a fala do sujeito e a do terapeuta* (ANDRADE, op. cit.). Não chegam a considerar que elas podem desfazer o formato interacional da situação ideal de entrevista –passam, portanto, à margem (e deixam à margem) as falas sintomáticas. De fato, elas não chegam nem mesmo a ser mencionadas. Quero dizer que quando se aborda a questão da *interação* na clínica, não se leva em conta aquela diferença de qualidade das falas que institui a figura do *terapeuta de fala/linguagem*. (2000, p.10)

Vale chamar a atenção, para aquilo que ficou, num certo sentido, do “lado de fora”, isto é, a fala. Nos casos de crianças com autismo ou psicose, há na fala uma heterogeneidade na manifestação linguística que não é e nem poderia ser contemplada pela Pragmática.

Como define Arantes (2000), isto ocorre porque:

A Pragmática, ao eleger o uso, a comunicação como objeto de estudo, supõe a homogeneidade entre falante e ouvinte, pelo menos num ponto crucial: o funcionamento e/ou a estrutura da linguagem são assumidos como conhecimento comum ao falante e ao ouvinte. Quer dizer, assumidos como

representação mental “partilhada” mesmo quando não há partilha “no uso”. Apenas um pequeno passo é requerido para que se considere que o sujeito, suporte desta representação, possa operar conscientemente no uso da linguagem. Basta reconhecer diferenças de estilos, de registros, desencontros comunicativos ou ambigüidades para que se admita uma distância (permeável) entre conhecimento e uso da linguagem. Se o conhecimento não é afetado pelo “contexto”, o uso é. Entende-se porque fala-se em estratégias, em apreciação da interação ou do contexto quando se introduzem questões relativas ao uso da linguagem. (p. 4/ 5)

Entretanto, Arantes (op. cit) assinala que o problema refere-se à aplicação de algumas idéias advindas da Pragmática à clínica de linguagem e não ao modelo propriamente dito. A pesquisadora indaga se “teorias pragmáticas se prestam ao estudo da relação estabelecida entre um falante com um ainda-não-falante ou mesmo com crianças com problemas de linguagem.” (p. 4)

Pretendo, usando as palavras de Arantes (2003, 2005, entre outros), apontar a necessidade de colocar em questão o que se diz na literatura sobre a fala nos quadros de autismo e psicose infantil. É frequente encontrarmos na literatura, que esses pacientes apresentam uma fala ecológica, marcada por estereotípias e dificuldades no uso de pronomes. Esses efeitos peculiares gerados pelo funcionamento da língua, que se presentificam na fala desses pacientes são apagados em favor de uma concepção simétrica da comunicação, dificilmente sustentável. Acompanho Arantes (2000), quando afirma que, “por essa razão, as interações assimétricas, envolvendo tais crianças não cheguem a receber a atenção de estudiosos desse campo” (p. 4).

Finalmente, vale destacar que nos trabalhos inspirados explícita ou implicitamente na Pragmática, as psicopatologias na infância são definidas a partir do modelo médico, inspirado na tradição positivista. Desse modo, o

trabalho clínico realizado adota uma perspectiva lingüística, mas notadamente paradoxal, uma vez que se buscam comportamentos e intenções comunicativas em pacientes cujo quadro clínico se caracteriza exatamente pela impossibilidade de comunicação, especialmente quando se define comunicação pelo aporte pragmático. Cabe assinalar, também, que a terapia está voltada para a supressão de sintomas, no caso, as alterações comunicativas. De acordo com Matteo (2001) neste modo de conduzir a clínica

O processo terapêutico é entendido como tratamento do sintoma onde o fonoaudiólogo é visto como aquele que é capaz de diagnosticar, treinar e estimular as funções da linguagem que estão alteradas no paciente. Desta forma a singularidade de cada [caso] não pode ser reconhecida (p. 2)

Entendo que definir os quadros de autismo e psicose, a partir de um conjunto de sinais, ou como uma condição estrutural, deveria conduzir o clínico a encaminhamentos distintos relativamente ao atendimento clínico destes pacientes.

De acordo com Gertel (2008), o encontro entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise tem permitido compreender de outra forma àqueles que procuram atendimento fonoaudiológico, uma vez que a Psicanálise obriga a considerar a singularidade de cada caso. Mais que isso esse encontro permite que o fonoaudiólogo adote uma visão do paciente que não separe os aspectos psíquicos dos somáticos. Assim, “a doença deixa de ser tratada como uma entidade separada da pessoa e de sua história, sendo a constituição de cada um fundamentada em sua relação com o outro e o ambiente” (p. 28)

Desse modo, a abordagem na clínica da pesquisadora, de inspiração winnicottiana permite ao fonoaudiólogo “propiciar um ambiente suficientemente bom em termos de reconhecimento, confiança e respeito entre o paciente, a

mãe e o profissional de saúde” (GERTEL, 2008, p. 29). A autora enfatiza, ainda, a necessidade de oferecer um lugar de acolhimento ao paciente, onde ele possa habitar, e que suas necessidades fundamentais sejam respeitadas. Nas palavras de Gertel (2008): “o terapeuta é aquele que vai propiciar o lugar e as ações para que o paciente possa vivenciar experiências constitutivas do vir a ser.” (p. 80)

Em seu trabalho Gertel (2008) apresenta de modo bastante sensível o caso de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento. Entretanto, apesar da filiação ao pensamento de Winnicott, ela adere à terminologia médica sem considerar a questão estrutural imposta pela reflexão psicanalítica, que, segundo ela anuncia, está na base de seu trabalho

Note-se que a pesquisadora aborda questões relevantes, tais como a singularidade do caso, o *setting* terapêutico entre outros pontos que são fundamentais para pensarmos a clínica, mas há um apagamento da especificidade do linguístico que coloca em questão a natureza da clínica fonoaudiológica e como ela se diferencia da clínica psicanalítica.

Também Gomes (1999) adotou a Psicanálise como lugar de ancoragem teórico para o atendimento fonoaudiológico de uma criança autista. O trabalho da autora, também de inspiração winnicottiana relata o percurso do atendimento realizado com o paciente através de objetos a que denominou “objetos intermediários”.

A autora enfatiza que em sua proposta terapêutica, parte-se do pressuposto de que o sujeito se constitui na relação com o outro e que a linguagem é o campo discursivo de uma família que está inserida em uma cultura. Gomes (1999) conclui que “graças ao uso de objetos intermediários<sup>24</sup> e

---

<sup>24</sup> Embora a autora não defina “objetos intermediários” na leitura do texto observa-se que são objetos que atraem a atenção da criança e possibilitam a comunicação entre ela e a terapeuta.

na vigência de uma relação em que predominava a ilusão fusional, conseguimos um contato não autístico.” Parte-se de um modelo em que o terapeuta abdica da ilusão do controle de si próprio, do paciente e do processo terapêutico, por assumir que, para além do que é dito, “há um vasto campo de não ditos conhecidos ou não pelos participantes deste processo.” O trabalho de Gomes (1999) é emblemático, pois denota uma aproximação irrestrita à Psicanálise, que tem como consequência o apagamento de uma reflexão sobre a fala, interrogando-nos, uma vez mais acerca da especificidade da clínica fonoaudiológica.

Herrero (1995), também, descreve a abordagem terapêutica relativa ao atendimento fonoaudiológico, de um caso diagnosticado com psicose infantil. A autora faz uma discussão acerca dos trabalhos publicados que têm como objetivo principal atendimentos fonoaudiológicos realizados em hospitais, junto a equipes multidisciplinares. A pesquisadora circula pelo discurso médico, pelo discurso psicanalítico e pelos estudos sobre aquisição de linguagem, para em seguida dizer sua prática.

Inicialmente a psicose é apresentada a partir de uma perspectiva história, a autora descreve as diferentes formas de conceituação da psicose na Psiquiatria e Psicanálise. Na perspectiva psiquiátrica, explica que a classificação da psicose infantil só foi proposta pelo DSM-III-R. Enfatiza que, de acordo com o DSM-III-R, a psicose infantil está inserida na categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Herrero (1995) acrescenta que existe uma parte da Psiquiatria Infantil que inclui na classificação dos distúrbios o modo de funcionamento do psiquismo, assim, cita três modos de considerar a psicose infantil. O primeiro, a autora cita Houzel (1991) que define a psicose como um distúrbio maciço do sentido da realidade, em que há uma desorganização da personalidade, uma confusão entre o mundo imaginário e o perceptivo. A segunda concepção é de

que a psicose é um grave distúrbio emocional, caracterizado pela brusca parada ou regressão a estados muito primitivos do desenvolvimento.

Em seguida, Herrero (1995) descreve outro modo de conceber a psicose infantil, o psicanalítico. Discorre brevemente sobre Melanie Klein (1970), Winnicott (1975) e Mannoni (1985). Saliencia que tais autores pontuam que a instalação da psicose infantil se dá no primeiro ano de vida, e é justamente nesse período que a criança está mais vulnerável, devido “à força das pulsões e da angústia” (KLEIN, 1970, apud HERRERO, 1995); “pela falta de adaptação materna às necessidades do bebê” (WINNICOTT, 1975, apud HERRERO, 1995).

Segundo Herrero (1995), na abordagem psicanalítica “a clareza diagnóstica muitas vezes não é atingida, havendo a necessidade de se trabalhar com hipóteses diagnósticas, que vão sendo refutadas ou não.” A pesquisadora descreve o papel que a linguagem ocupa na caracterização desses quadros de psicose infantil. Esclarece que, tanto a visão psiquiátrica como a psicanalítica, vão exercer influências na execução de seu trabalho. Porém, destaca que as abordagens terapêuticas fonoaudiológicas dos quadros de psicose seguem padrões diferentes, de acordo com as concepções que se têm, dos fatores etiológicos, de linguagem e sua aquisição. A autora aponta diferentes hipóteses a respeito da aquisição da linguagem, como também o modo como se concebe o sujeito nos diferentes modelos.

No trabalho de Herrero (1995), diferente dos trabalhos acima apresentados, é possível notar que há um modo de pensar a articulação de uma teoria de linguagem – no caso o Interacionismo -, e uma teoria do sujeito – inspirada na Psicanálise. A pesquisadora tenta, ainda que brevemente, incluir na discussão clínica a questão da transferência e seus efeitos na clínica fonoaudiológica, mas não chega a desdobrá-las. Nota-se que apesar do tratamento mais cuidadoso na relação com outros campos, Herrero (1995) também apaga a densidade significante da fala, quando descreve sua abordagem

terapêutica, que objetiva detectar e propiciar momentos e situações comunicativas eficientes, jogos comunicativos, situações de interlocução, em que se utiliza diferentes estratégias, repetindo o que a criança falava, perguntando, cantando, desenhando.

Finalmente, apresento, sucintamente, o trabalho de Silva (2000) em que a pesquisadora apresenta uma proposta de atendimento fonoaudiológico para os casos de psicose infantil, concebida como uma posição não definitiva na infância. A autora faz uma dupla articulação: uma com a Psicanálise – para compreender os processos de constituição subjetiva – e com o Interacionismo para abordar a aquisição de linguagem. Silva (2000) coloca na perspectiva, também a Análise do Discurso entendida como a via comum de acesso ao sujeito e sua história. Ressalta que conceberá a psicose como “o efeito de uma conformação psíquica de posição deslocável, ainda não definitiva na infância, gerada na trama da constituição psíquica com o Outro, afetando sobremaneira o funcionamento da linguagem”. (p. 15)

A autora expõe que optou pelo sujeito discursivo, e que esta escolha surgiu da aproximação aos dois modelos teóricos acima enunciados. Para Silva (2000):

A análise discursiva possibilita conhecer a linguagem naquilo que é o mais essencial, o seu funcionamento como produto de um interdiscurso em que se é dado a ver o deslocamento ou não dos sujeitos envolvidos, onde o paciente sai de uma posição patológica de efeito paralizante, para a circularidade da língua” (p.21).

Como se vê, apesar de anunciar sua adesão ao Interacionismo, é a Análise do Discurso que comparece, ainda que de modo equivocado, para explicar a possibilidade de colocar a fala em movimento.

A proposta adotada, segundo Silva (2000), seria a do Interacionismo de Claudia de Lemos (1992 e 1995) que, aborda a aquisição de linguagem. Mas

como vimos a pesquisadora destaca o espaço discursivo como lugar de excelência do trabalho fonoaudiológico, e afirma que: “a escuta e a interpretação como atos clínicos essenciais para a continuidade discursiva, que leva o paciente a um deslocamento do lugar cristalizado de especularidade em que está instalado”. A autora faz menção à ecolalia e a simetriza ao conceito de especularidade, o que é na verdade um problemático, dado que a ecolalia faz referência a um acontecimento patológico e à especularidade - um processo dialógico que seria determinante do modo de entrada da criança na linguagem

No entanto, cabe assinalar, também, que De Lemos em 1992 já havia se distanciado dos processos dialógicos e, portanto, da especularidade enquanto processo dialógico. Desde então, De Lemos passa a falar em posições estruturais, ou modos de presença do sujeito na língua.

Vale destacar ainda que o trabalho de Silva não reflete nem a posição lacaniana e nem a proposta de De Lemos, uma vez que são conceitos da análise do discurso francesa, como a de interdiscurso, os que ganham maior destaque, especialmente quando a clínica é apresentada. Não pretendo me deter neste trabalho, mas vale destacar que este representa um encontro equivocado entre campos.

Como se vê a relação entre a Psicanálise e a Fonoaudiologia é bastante complexa. Acompanho Arantes (2001), Lier- DeVitto (1994, 1995, 1998, 2005, 2009 a sair) e Rocha (2007) quando assinalam que a relação entre campos são, muitas vezes discordantes e conflituosas. Nesse sentido, tal como as pesquisadoras reconheço o valor das duas clínicas, fonoaudiológica e a psicanalítica, entendo que o diálogo entre elas possa ser realizado, mas compreendo que não se deve correr o risco de um apagamento da clínica fonoaudiológica, ou seja, uma clínica não deve apagar a outra.

A partir da leitura dos trabalhos que se aproximam da Psicanálise, a grande maioria não esclarece a concepção adotada relativamente à definição dos

quadros de autismo e psicose, eles aparecem como evidência. Vale chamar a atenção, nos trabalhos apresentados, que uma vez mais, na Fonoaudiologia, a especificidade da fala dos pacientes fica à margem das considerações dos pesquisadores.

### 3.2 UMA OUTRA DIREÇÃO: AQUISIÇÃO, PATOLOGIA E CLÍNICA DE LINGUAGEM

Tradicionalmente, as concepções de clínica e de linguagem que circulam na Fonoaudiologia, como ressaltado anteriormente, advêm de pressupostos teóricos da Linguística, da Psicologia e, recentemente, da Psicanálise. A Fonoaudiologia, como campo de atuação, foi instituída na relação com outros esses campos do saber, sua história é marcada por empréstimos de conceitos, que determinaram a estruturação de uma área caracterizada por incorporações que tanto possibilitaram sua edificação, quanto criaram embaraços/obstáculos para o estabelecimento de um solo teórico sólido, a partir do qual fosse possível enunciar a especificidade de seu fazer<sup>25</sup>.

Na presente Dissertação, abordo a Clínica de Linguagem<sup>26</sup> a partir de um viés específico, pois a concepção de linguagem que compartilho com o Grupo de Pesquisa do qual sou membro, compreende a estruturação da linguagem e do sujeito como indissociáveis, mais que isso, no centro da teorização está a ideia de funcionamento autônomo da língua, que captura a criança e transforma o *infans* em sujeito falante. Nesta perspectiva não há espaço para uma visada

---

<sup>25</sup> Pesquisadores como Lier-De Vitto (1995) e Arantes (2001) abordam a relação da Fonoaudiologia com outros campos de conhecimento.

<sup>26</sup> Utilizo o termo “clínica de linguagem” delimitando um campo particular de elaborações teórico-clínicas, proposta por pesquisadores da Linha de Pesquisa: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, tributária do diálogo constante com Claudia de Lemos e pesquisadores filiados à sua proposta. Visa-se traçar contornos de uma prática clínica singular e do constante compromisso com a especificidade da relação sujeito-língua-fala.

desenvolvimentista da aquisição de linguagem e nem para a noção de que a linguagem possa ser ensinada/aprendida.<sup>27</sup>

Assinalo que os trabalhos filiados ao Grupo de Pesquisa: Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem (LIER-DE VITTO, 1998, 2001, 2003, 2004, 2005, 2007; ARANTES, 2001, 2003, 2004, 2007; TRENCHÉ, 2001) receberão tratamento particular, uma vez que esta Dissertação está inserida no mesmo movimento teórico, uma vez que tais pesquisadores dissertam sobre o contorno particular cunhado pela expressão Clínica de Linguagem.

A Clínica de Linguagem delimita um lugar de compromisso, como assinala Fonseca (1995), “antes de tudo, com a linguagem do paciente e, acima de tudo com a ordem da linguagem” (p. 73). Visa-se traçar contornos de uma prática clínica singular e do constante compromisso com a especificidade da relação sujeito-língua-fala. Nesse sentido, a Clínica de Linguagem difere das propostas fonoaudiológicas acima apresentadas.

Seguindo a trajetória narrada por Fonseca (1995), nessa perspectiva entende-se que o compromisso do fonoaudiólogo é com a fala do paciente, isto é, a fala é o objeto do fonoaudiólogo e não apenas a linguagem em uso. De fato essa visada teórica se afasta de todas as vertentes clínicas que concebem a linguagem como representação das leis de outro domínio, pois o que se presentifica na linguagem é a relação intrínseca entre fala e falante.

Essa concepção de linguagem e de Clínica de Linguagem segue a trilha da teoria de Aquisição de Linguagem proposta por Claudia de Lemos (1982, 1992, 2002), – que faz uma releitura do estruturalismo europeu de Ferdinand Saussure, Roman Jakobson e Émile Benveniste, a partir da interpretação realizada pelo Psicanalista Jacques Lacan, que aborda a estruturação do sujeito e seus modos de presença na estrutura da língua.

---

<sup>27</sup> Vale ressaltar que as Patologias de Linguagem ganharam lugar nos trabalhos de Lier-De Vitto (2001, 2003, 2004, 2005, 2007) a partir da teorização proposta por Cláudia de Lemos, da releitura do Estruturalismo Europeu de Ferdinand Saussure, Émile Benveniste, Roman Jakobson perpassada pela Psicanálise lacaniana.

O Interacionismo, conforme proposto por Claudia de Lemos (op.cit.), ganhou contornos originais a partir do trabalho de Lier-DeVitto (2001, 2003, 2004, 2005, 2007, entre outros) no campo das patologias de linguagem. Trata-se de uma proposta que articula a estruturação do sujeito ao funcionamento da língua; ponto fundamental para o encaminhamento das discussões das falas patológicas. Isto porque, nessa perspectiva, os erros, as produções faltosas e hesitantes presentes na aquisição de linguagem e, também, as falas que produzem efeito de patologia na escuta do falante de uma língua são entendidas como efeitos possíveis do funcionamento da língua.

Essas questões indicam a complexidade envolvida no empreendimento almejado pela teoria de Claudia de Lemos e pesquisadores como Lier-De-Vitto e os membros do Grupo de Pesquisa, por ela coordenado, e, que, neste trabalho, apresenta-se como possibilidade de dar uma outra direção para abordagem da fala patológica e o encaminhamento da clínica. A partir do encontro com a Psicanálise, mais precisamente com a obra de Jacques Lacan é que a autora vê-se tomada pelo retorno à obra de Saussure perpassada por essa releitura.

Decorre deste gesto o reconhecimento da ordem própria da língua, ou seja, a consideração de que a linguagem tem funcionamento regido por leis de referência interna, que determinam os movimentos da fala. Como assinala Arantes, a partir de uma síntese dos trabalhos de Lier-De Vitto (1995, 1998, 2001, 2006):

[...] movimentos, esses, que são sempre singulares já que não há fala sem falante. Implicar o sujeito em sua relação com linguagem significa, portanto, admitir que esse funcionamento, embora universal, não é cego, **uma vez que o sujeito - ao enunciar, enunciar-se - faz marca de sua singularidade no corpo da linguagem.** (2001, p. 144) (ênfase minha)

Para tanto é imprescindível atentar para o que apontou de Lemos (2002) sobre a noção de captura – isto é, a criança é capturada pela língua/fala. Só se

pode, então, entender que a relação primeira da criança com a língua/fala é de alienação e que a “interação” inclui a língua, “um terceiro” que rege, inclusive, a relação entre falantes. Há, portanto, nessa vertente de teorização, a possibilidade de se distanciar de uma prática clínica que conceba a linguagem apenas como manifestação de mecanismos cognitivos, já que o sujeito nela em questão não é o sujeito epistêmico, já constituído e que controla seu dizer, mas o sujeito do inconsciente, a qual foi “capturado pelo funcionamento da língua.” (DE LEMOS, 2002).

De Lemos (2002) aponta para a radical alteridade da língua que Saussure nomeou como ordem própria da língua, isto é, a possibilidade de relações dos elementos em uma cadeia. Entende-se que mesmo que os elementos transitem em uma cadeia linguística, há, sem dúvida, uma ordem própria que é da língua e que permite essa relação de alteridade.

O que De Lemos também pode perceber é que:

[...] coerente com essa autonomia e alteridade radical da língua foi dar a ela, à língua, a função de **captura**, entendida como abreviatura de processo de subjetivação. Considerada sua anterioridade lógica relativamente ao sujeito, o processo considerada em seu funcionamento simbólico, poder-se-ia inverter a relação sujeito-objeto, conceber a criança como capturada por um funcionamento lingüístico-discursivo que não só a significa como lhe permite significar outra coisa, para além do que significou. (DE LEMOS, 2002, p. 55)

Na visada teórica proposta por Claudia de Lemos entende-se que o sujeito é capturado pela linguagem, ou seja, que é na linguagem e pela linguagem que se dá a estruturação da linguagem e do psiquismo. Há um reconhecimento na fala criança causado pelo efeito de linguagem e de escuta<sup>28</sup> da fala do outro.

---

<sup>28</sup> A noção de escuta foi por De Lemos introduzida, e, difere da atividade sensorial, de ordem fisiológica. Para De Lemos a escuta é o efeito de significação da fala do outro.

A partir de 1992 foi possível enunciar que, ao invés da ideia de “desenvolvimento gradual e contínuo” presente nos trabalhos da autora que se aproximavam da Psicologia -, a noção de estrutura impunha outra direção ao modelo. Assim, a autora entende que há mudanças no percurso da criança de infans (não-falante) a sujeito-falante; “são mudanças de posição relativamente à fala do outro, à língua e, em conseqüência, em relação à sua própria fala.” (DE LEMOS, 2002, pp. 56).

É, no segundo momento da teoria de De Lemos, que essas mudanças em relação à língua configuram “mudanças de posição em uma estrutura”. Para isso, é necessário compreender que:

[...] essa mudança foi definida como mudança de posição em uma estrutura, no sentido em que não há superação de nenhuma das três posições, mas uma relação que se manifesta, **na primeira posição, pela dominância da fala do outro**, na segunda posição, pela dominância do funcionamento da língua e, na terceira posição, pela dominância da relação do sujeito com a sua própria fala. (2002, p. 56) (ênfase minha)

O que sinaliza a possibilidade a progressão da primeira posição, é que a criança faz com que os fragmentos da fala do outro sejam recortados e se desdobrem na sua fala, isto é, a língua põe em relação os significantes ausentes. A propósito da segunda posição De Lemos destaca o aparecimento dos erros e do paralelismo como efeito do funcionamento da língua, como manifestação, “no intervalo entre os significantes que metaforicamente se substituem tanto quanto seqüências paralelísticas”. (2002, pp. 61).

Importa, nessa posição, como os elementos se sobrepõem nas cadeias, isto é, a relação que se estabelece com os elementos da fala criança na cadeia lingüística, a própria movimentação da língua. Inicialmente, como demarca De Lemos, “a terceira posição caracteriza pela maior homogeneidade da fala da criança.” (2002, pp. 61). Há um “efeito de diferenciação das expressões” (op. cit),

que se apresenta como a outra face do efeito de semelhança que as vincula, enquanto **avesso do processo metafórico**. Essa mudança demarca de uma diferenciação de posição na estrutura, há uma lacuna que insiste entre a fala e a escuta dessa fala, escuta que identifica o erro, nesse sentido tomado como manifestação de heterogeneidade.

Entendo que ser coerente com os pressupostos acima enunciados, implica enfrentar a fala desses pacientes e abordá-la de um posto de observação que permita articular linguagem e subjetividade, ao invés de tratar a fala como “excreção” de outros domínios. Quero com isso assinalar que nesta dissertação assume-se uma perspectiva estrutural relativamente à aquisição de linguagem e à estruturação subjetiva e, conseqüentemente, ao modo de entendimento dos quadros de autismo e psicose infantil.

Nesse sentido, podemos também entender a heterogeneidade do sintoma “não falar” como modos distintos de relação dessas crianças com a linguagem, que diz da relação sujeito-língua-fala e, portanto, de posições subjetivas singulares.

Isto é, a fala do paciente deve capturar a escuta do clínico de linguagem que deve considerar, também, questões relativas à estruturação subjetiva dado que os casos de crianças que não falam, colocam muitos enigmas ao clínico, que com um olhar aguçado deve voltar-se, também, para a posição subjetiva da criança para entrever o fracasso (ou não) na estruturação psíquica da criança. No caso de uma falha ou de um percalço na trajetória de subjetivação é possível supor que algo da ordem de um laço não se estabeleceu na relação parental e que impossibilita a instauração sujeito-falante.

Lima (2005) assinala que,

Para Laznik-Penot (1997) a situação dos autismos é uma situação limite da instalação pulsional. Temos, portanto, uma clara distinção entre um corpo que está isolado do laço social, que não está atravessado pelo simbólico, “[...] um corpo devastado pelo

desamparo” (LEITE, 2003, p. 3) e um outro no qual a linguagem se inscreve. Segundo essa perspectiva o que falha nos autismos é essa constituição do corpo pelo simbólico, isso faz advir justamente um quadro onde não há apelo ou demanda. (p. 109)

Como se vê, há um reconhecimento da solidariedade entre a estruturação subjetiva e a estruturação da linguagem. No que diz respeito ao atendimento de crianças com autismo e psicose infantil, fica claro no processo de avaliação o fracasso na estruturação subjetiva solidário à estruturação da linguagem. É possível afirmar que em algumas crianças com esse diagnóstico, a única forma de fazer com que percebam a presença do terapeuta é no recortar das ações, através da interpretação, marcando assim a aceitação do silêncio, a presença e o acolhimento dos gestos que são amalgamados à fala do clínico de linguagem.

Na clínica há, ainda que de modos singulares, uma grande dificuldade de enlaçamento das crianças com autismo e psicose infantil ao terapeuta; muitas vezes, o efeito das interpretações do terapeuta – que se dá pela leitura dos gestos e da fala – pode fazer com que essas crianças gradualmente passam a alternar entre jogar o objeto e aguardarem a reação do outro. Posteriormente, manifestações linguísticas peculiares podem ocorrer, quando deslocadas dessa posição de “não falante”, ocupam uma posição no diálogo, ainda que com a presença de produções estranhas, nas quais se pode ouvir ecoar a voz do terapeuta.

Desse modo, as diferenças que ocorrem na fala de crianças com quadros psicopatológicos – quando estas falam – se colocam “em contraste com a fala da criança, dessa criança generalizada pelas pesquisas em aquisição de linguagem” (DE LEMOS, 2002, p. 65), e, também, com os quadros de patologia, com os quais lida a clínica de linguagem.

Porém, cabe destacar que as colocações discutidas apontam para uma **questão complexa: qual teoria de linguagem permite ao clínico lidar com o entrelaçamento entre estruturação do sujeito e a estruturação da fala.** Tal

questão, conforme entendo, é fundamental para o encaminhamento da Clínica de Linguagem.

Abordar a relação linguagem e sujeito demanda enfrentamento teórico de grande envergadura, pois, nesses casos, não há somente uma desorganização psíquica que poderia explicar as alterações na fala, mas “um furo no corpo da fala” (LIER-DE VITTO, 2001), que diz de uma posição do sujeito na linguagem. Enfrentar esta questão parece-me condição necessária para que o fonoaudiólogo possa justificar seu papel no atendimento dos quadros de psicopatologia.

Nesse sentido, o modo como esses casos penetram a clínica de linguagem, sem dúvida, é determinado pelo: “sistemático apelo social ao fonoaudiólogo calcado no estabelecimento de relação biunívoca entre a criança não-falante e o especialista em fazer falar” (VORCARO, 2005, p. 81). É importante considerar que, diante dos casos de crianças que não falam, psicanalistas e fonoaudiólogos são profissionais autorizados e procurados a realizar o atendimento. Pode-se dizer que, para encaminhar o processo de avaliação, é preciso um posto teórico a partir do qual se vai interpretar a fala da criança.

É fato que não se deve desprezar a importância do diálogo entre as clínicas, desde que cada uma possa manter sua especificidade.<sup>29</sup> Para que a clínica de linguagem possa ocupar um lugar neste diálogo, é necessário dar consistência teórica à atividade que já desenvolve junto a tais pacientes; para tanto, se faz necessária uma abordagem lingüística dos fenômenos que se apresentam na clínica. (ARANTES, 2003)

Entendo que o encontro do fonoaudiólogo com a Linguística parece ser incontornável, como assinalou Lier-De Vitto (1991, 2001, entre outros), mas esse encontro não é simples, como afirma a própria autora, pois não é qualquer teoria inscrita no campo da Linguística que entende fala e falante como objeto de

---

<sup>29</sup> “Que o fonoaudiólogo esteja mais voltado ao estudo da linguagem e o psicanalista mais voltado ao estudo do sujeito, isso não exime, nem a um nem a outro, de excluir o outro termo da articulação”. (VORCARO, 2005, p. 88).

teorização. Vale lembrar que, também, o par de opostos normal e patológico não faz parte do programa da Linguística

[...] nem a categoria “normal” nem a “patológica” lhe é pertinente, embora nela estejam implicadas oposições outras como correto/incorreto [gramáticas normativas] ou possível/impossível [gramática gerativa], sempre relacionadas à questão da refutabilidade de uma proposição empírica (MILNER, 1989). Isso significa que os aparatos da Lingüísticas não foram forjados nem para tocar a linguagem “em uso”, nem para distinguir entre normal e patológico. (LIER-DE VITTO, 2001)

Esse ponto cria, como se vê, um complicador para a relação com o campo em questão, pois na clínica está em questão o acontecimento - a fala - em sua dimensão patológica.

Nesta perspectiva, está pressuposto um compromisso com a fala patológica. Tal compromisso permite pensar que abordar o “erro” e as produções faltosas, enquanto dado teórico-clínico, que convoca ou deveria convocar o clínico de linguagem a questionar o modo de relação do falante com a própria fala e com a fala do outro, isso, sem apagar a especificidade da condição patológica, que faz com que pacientes cheguem à clínica de linguagem. Acompanho o que diz Carvalho (2006) sobre o erro em Aquisição de Linguagem, para pensar as ditas falas patológicas, o erro causa:

[...] um efeito de estranhamento produzido pela fala da criança através de uma combinação imprevisível de significantes, combinação que revela uma possibilidade – ainda que esquecida – da língua. (p.68)

O efeito de estranhamento que causam as falas sintomáticas pode dizer da posição subjetiva da criança e, nesse sentido, uma concepção de linguagem que privilegia o funcionamento da linguagem enquanto processo solidário ao

funcionamento psíquico possibilita compreender a importância da equação enunciada na relação sujeito-língua-fala.

Entendo que “o modo de presença de um sujeito na linguagem” (LIER-DE VITTO, 2000) faz-se imprescindível e convoca, no caso desta dissertação, a pensar a fala nos quadros de autismo e psicose. A fala dessas crianças apresenta-se aprisionada à fala do outro, os fragmentos linguísticos produzidos mantêm-se rígidos e ecoam de outros discursos, algumas vezes com a mesma melodia e entonação<sup>30</sup>. Fato é que a fala dessas crianças compõe não só uma posição ante a língua (funcionamento linguístico), mas, também, faz aparecer uma posição sujeito.

A concepção de linguagem e sujeito apresentada difere das concepções e vertentes educacionais, cognitivas/comportamentais, tais como propostas nos trabalhos publicados no campo da Fonoaudiologia que se inspiram na Pragmática.

Na clínica de linguagem com crianças que não falam – ou que o fazem de forma peculiar – o sujeito é entendido, como “efeito de linguagem” (LIER-DE VITTO, 2003), ainda que o acontecimento de linguagem se apresente de maneira sintomática. Isto porque, há no falante uma posição sujeito que se faz presente na linguagem, mesmo nas crianças que não falam. Como pontua Arantes: “na clínica de linguagem, não se deve esquecer que essas crianças não falam, mas ouvem, e que, certamente, estão sob efeito da fala do outro.” (2005, p. 101).

O sintoma de crianças com autismo e psicose faz presença na fala, sendo assim, é necessário implicar o falante na sua condição de sujeito. Nesse sentido, trata-se de entender que o efeito patológico de ausência de fala, nas palavras de Lier-De Vitto (2002) como, “modos singulares de enlaçamento pelo Outro” (p. 62).

Vale finalmente indicar que, a partir da teorização subjacente ao trabalho do Grupo de Pesquisa, são os modos singulares de enlaçamento da criança pelo

---

<sup>30</sup> Remeto o leitor ao trabalho de Trenche (2001), que problematiza a ecolalia e a natureza patológica desse acontecimento sintomático na fala de crianças psicóticas.

Outro que posicionam o clínico de linguagem. Se o que está em questão é articulação entre sujeito e língua, o clínico de linguagem deve manter-se interrogado por essa articulação que produz a fala. Isso significa que não se trata de operar com supressão de sintomas e nem com o tratamento de quadros patológicos específicos em que as “questões relativas à direção do tratamento nem chegam a ser colocadas, uma vez que esta já está prevista antes mesmo do encontro com o paciente (FONSECA, 2002; TRIGO, 2003 apud ARANTES, ANDRADE E LIER-DEVITTO, 2005 p.142)

4

**A AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM  
E OS DADOS DE FALA:  
FALAS PATOLÓGICAS - INDAGAÇÕES**

## 4.1 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTOJUVENIL: ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA LÓGICA INTERDISCIPLINAR

Nesse capítulo, traço algumas considerações acerca de minha experiência recente como fonoaudióloga clínica em um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSi), uma vez que o caso a ser apresentado é acompanhado pela equipe interdisciplinar do serviço, no qual realizo articulação com profissionais de áreas, como: Psiquiatria Infantil, Psicologia, Terapia Ocupacional, entre outros.

Vale esclarecer, que o CAPS é um serviço de Saúde Mental, criado após a Reforma Psiquiátrica Brasileira,<sup>31</sup> Amarante (1995) pontua esse processo histórico no Brasil, marcado por uma:

[...] formulação crítica e prática que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um **processo** que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970. (p.91)

No processo de construção de uma nova atuação em Saúde Mental, o Brasil inspirou-se nos modelos terapêuticos italianos<sup>32</sup> para construir a lógica da Reabilitação Psicossocial.<sup>33</sup>

Assim, os CAPS's inicialmente foram oficializados pela Portaria GM 224/92 – que descreveu o serviço como substitutivo ao sistema asilar, até então predominante– está nesse primeiro momento voltado à atenção do adulto com

---

<sup>31</sup> Também conhecida por Luta Antimanicomial.

<sup>32</sup> Destaco autores como Saraceno (1987, 1995) e Basaglia (1979, 1985).

<sup>33</sup> “Um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes. Numa definição clássica da International Association of Psychosocial Rehabilitation Services, de 1985, seria “o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade” (PITTA, 2001, p. 40).

transtorno mental. Somente dez anos após a criação do CAPS adulto, a Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002, regulamentou o modelo de atenção à saúde mental infanto-juvenil (CAPSi) e o incluiu no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>34</sup>.

O CAPSi é um serviço de atenção diária, responsável pelo atendimento de crianças e adolescentes com transtornos psiquiátricos graves e persistentes, incluídos nessa categoria crianças e adolescentes com autismo, psicose, neuroses graves, e todos aqueles que, por sua condição psíquica, estão impossibilitados de manter ou estabelecer laços sociais.

Nesse sentido, a equipe técnica do CAPSi atua de forma interdisciplinar e generalista, permitindo um enfoque ampliado dos problemas, com a participação de: médico Psiquiatra infantil; Psicólogo; Enfermeiro; Terapeuta Ocupacional; Fonoaudiólogo; Assistente Social, entre outros.

Ao iniciar o acompanhamento no CAPS, traça-se um projeto terapêutico singular<sup>35</sup> (PTS) individual, levando em considerando as necessidades e demandas da criança e do adolescente, e, em geral, o profissional que realizou o acolhimento<sup>36</sup> no Serviço passará a ser uma referência para a família. Esse profissional Terapeuta de Referência (TR) terá sob sua responsabilidade monitorar junto com a criança e adolescente, e em seguida com a equipe do CAPSi, o seu projeto terapêutico singular (PTS), (re)definindo, por exemplo, as atividades e a frequência de participação no serviço. O TR também é responsável pelo contato com a família e pela avaliação periódica das metas traçadas no projeto terapêutico, dialogando com a família e com a equipe técnica do Serviço.

Em geral, são oferecidos nos CAPSi, atendimentos individuais, atendimentos grupais, atendimentos familiares, visitas domiciliares, atividades de

---

<sup>34</sup> “O SUS, instituído pelas Leis Federais 8.080/1990 e 8.142/1990, tem o horizonte do Estado democrático e de cidadania plena como determinantes de uma “saúde como direito de todos e dever de Estado”, previsto na Constituição Federal de 1988.

<sup>35</sup> Projeto terapêutico singular (PTS) é a direção de tratamento focada que se constrói com as famílias e pacientes individualmente, funciona de maneira dinâmica, transformando-se de acordo com o desenvolvimento do tratamento.

<sup>36</sup> O acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização, que implica na escuta do usuário em suas queixas, não tendo hora e nem local para acontecer, nem um profissional específico para fazê-lo, caracteriza-se na recepção do usuário em chegada ao serviço de saúde.

inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais, esportivas e atividades externas.

Destaco que os atendimentos grupais, que realizo objetivam potencializar o uso da fala a partir da convocação do contato entre as crianças. Assim, o recorte das ações individuais ganha efeito e contorno no grupo, por meio da presença da terapeuta no campo da linguagem, o que tem demonstrado ser um dispositivo terapêutico favorável à mudança na posição dos pacientes.

Cabe assinalar que o atendimento fonoaudiológico individual, também, compõe uma das modalidades de intervenção do CAPSi. Tal atendimento é encaminhado e decidido pela própria equipe interdisciplinar do Serviço, nas reuniões de composição do projeto terapêutico singular (PTS) de cada paciente. Nesse sentido, avaliam-se as necessidades do caso discutido e chega-se à conclusão acerca da natureza da indicação a ser realizada, esta pode ou não incluir o atendimento fonoaudiológico individual.

Procurei, nesse capítulo, colocar em discussão minha atuação clínica junto a crianças com autismo e psicose infantil. Para compor a leitura da clínica, elegi um caso clínico de avaliação de linguagem realizada no CAPSi.

Pretendo, a partir da discussão do material clínico, empreender uma reflexão sobre o modo de abordar a fala de uma criança diagnosticada com autismo, considerando a posição subjetiva na tentativa de compreender como “se estrutura essa fala sintomática”.

Para isso, realizei a análise de maneira *retroativa*,<sup>37</sup> isto é, o “dado” não será tomado como “exemplo”<sup>38</sup> de uma fala neutra, sem sujeito, mas será abordado como efeito do processo de subjetividade que está atrelado à estruturação da linguagem. Assim, considero como o mais importante os efeitos produzidos pela fala patológica.

---

<sup>37</sup> Utilizo o termo análise retroativa, no sentido de um retorno aos próprios registros onde foram tomados, com a finalidade de “movimentar em dupla direção (para adiante e para trás) os fragmentos dos dados clínicos” a qual utilizarei. (CARVALHO, 2006, p. 72).

<sup>38</sup> A esse respeito ver Carvalho, 2006.

Cabe assinalar que esse trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob o número 202/2010 e pela Divisão de Gestão e Educação em Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos.

## **4.2 A AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM DE M.**

Mateus é uma criança, com oito anos de idade, encaminhada para o CAPSi, que trabalho, com a hipótese diagnóstica de autismo. O encaminhamento foi realizado por uma equipe interdisciplinar de uma universidade da cidade de São Paulo. Nesse encaminhamento, dizia-se que M. apresentava contato social restrito, dificuldades na função social da linguagem, bem como a necessidade de atendimentos fonoaudiológicos e psicológicos.

O caso foi discutido em reunião de equipe (CAPSi), em que optou-se inicialmente pela avaliação da Psiquiatra Infantil. Essa, por sua vez realizou a investigação clínica da criança e caminhou com uma hipótese diagnóstica – autismo de alto funcionamento. Após essa primeira avaliação, o caso foi novamente discutido, para se traçar o projeto terapêutico singular, a sugestão da Psiquiatra foi de que, no primeiro momento, se realizasse uma avaliação fonoaudiológica. Isto porque, para a profissional as dificuldades de linguagem apresentadas pela criança necessitavam de atenção.

Assim, o objetivo da avaliação de linguagem de M., na lógica do CAPSi, foi de oferecer não só, a possibilidade da avaliação efetiva, mas também de oferecer um espaço terapêutico, no qual a especificidade do clínico de linguagem fazia pertinência, talvez, nesse momento, maior que outras áreas. Acompanho Kupfer ao sinalar o movimento de “equipes interdisciplinares que vêm trabalhando na tentativa de fazer as especialidades girarem em torno de um mesmo eixo, sem que com isso se percam suas especificidades.” (2000).

Parece importante apontar que o eixo central do trabalho no CAPSi, como abordei no início do capítulo, é a reabilitação psicossocial, não quero desconsiderar a problemática posta nesse conceito, uma vez que as práticas e modelos iniciais nessa lógica, sempre foram voltadas para os adultos, não cabe aqui tal discussão. Mas, quero com isso assinalar que minha prática fonoaudiológica no CAPSi, difere da atuação clínica no consultório ou em instituições de clínica-escola – voltadas a Fonoaudiologia, em que a criança é encaminhada diretamente para tal avaliação. No CAPSi que atuo, o autismo tem a maior prevalência, aproximadamente cinquenta por cento dos 299 casos acompanhados<sup>39</sup>, entre crianças e adolescentes, possuem tal diagnóstico. Isso nos leva a pensar, que os atendimentos fonoaudiológicos individuais merecem discussão e uma pertinência muito particular.

M. permaneceu, inicialmente, somente em avaliação fonoaudiológica, até que se pudesse eleger outros dispositivos terapêuticos para a criança. Iniciei o processo de avaliação de linguagem no mês de junho de 2010, no qual M. comparecia acompanhada de sua mãe, semanalmente.

A terapeuta referência, cuidadosamente, me apresentou a M. e a sua mãe. Nesse primeiro encontro, optei por levar brinquedos e materiais de escrita, visto que no contato com os outros profissionais do CAPSi, M. sinalizou o interesse em utilizar tais objetos. Permanecemos em uma sala individualizada, inicialmente, M. escolheu as letras móveis que utilizamos durante todo atendimento.

Ao longo do processo de avaliação de linguagem M. utilizava a escrita, seja: a escrita de histórias, a escrita do nome, brincadeiras com as palavras, entre outras. Em algumas sessões, optei por assistir a vídeos de desenhos animados e seriados infantis, e, ao final da sessão, M. solicitava que escrevêssemos a história, no computador ou em uma folha separada. Quando, em algumas sessões, brincávamos no parque, na semana seguinte M. escrevia histórias relacionadas a tal evento.

---

<sup>39</sup> Levantamento realizado pela coordenadora do serviço, no primeiro semestre de 2011, com a finalidade de apresentar ao secretário da saúde quando visitou o CAPSi.

Simultaneamente, a mãe de M. foi atendida pela terapeuta referência, uma assistente social, que auxiliava a família na garantia de direitos. Realizei algumas entrevistas preliminares com a mãe da criança, com o objetivo de construir uma demanda, assim como conhecer a história da criança. Percebi que a preocupação central da mãe era com a fala de seu filho. A queixa principal estava relacionada à dificuldade de M. organizar o discurso. Assim, ela esperava que a terapia fonoaudiológica favorecesse a organização discursiva. Pude escutar na fala da mãe de M. a expectativa não só do trabalho fonoaudiológico, como também, o trabalho da equipe interdisciplinar do CAPSi, isto porque, em seus relatos sempre aparecia a angústia que passou até chegar ao Serviço.

Segundo a mãe de M., ele desde pequeno apresentava comportamentos diferentes, destacou a inquietação e o pouco contato afetivo com a família. Quando perguntei sobre outros filhos do casal, a mãe refere que M. é filho único e que não tinha muito contato com crianças, antes de entrar na escola. Ela relata que M. falou no momento esperado para a idade, por volta de 2 anos, mas a fala de M., segundo a mãe era “solta”, como se “M. falasse para ele mesmo”, o que na verdade era para ser dito a alguém. Isto é, não havia na fala de M. um endereçamento ao outro.

Quando questionei se M. já havia passado por outras avaliações ou acompanhamentos fonoaudiológicos, a mãe pontuou que quando possuíam convênio médico privado, chegou a levá-lo algumas sessões com fonoaudióloga, no entanto, a profissional o encaminhou para atendimento psicológico. A psicóloga que atendia M. apontou a possibilidade da criança passar por uma avaliação multidisciplinar, incluindo a avaliação de neurologista infantil, em uma renomada universidade de São Paulo, para refinar o psicodiagnóstico. Saliento que na época dessa avaliação, M. já tinha oito anos – o que sinaliza a dificuldade da família na busca do diagnóstico e tratamento.

A partir dos relatos da mãe<sup>40</sup> sobre o lugar de M. na estrutura familiar. Pude constatar que, conforme dizia a mãe, os familiares quando não compreendiam a fala de M., disfarçavam e simulavam a compreensão. A mãe da criança, por sua vez, relatava que ela era a única a devolver a M. a dificuldade em compreendê-lo, e, que dizia a ele que era necessário organizar sua frase para facilitar a compreensão.

Segundo a mãe, M. frequentava colégio particular, e estava matriculado em sala de ensino regular. Na escola M. apresentava episódios de agitação, que ocorriam sempre que M. não conseguia realizar alguma atividade ou quando não se fazia entender.

Foi possível notar que a escola era um ponto bastante complicado para a família e M. Explicado pelo fato de M. ter ficado um ano afastado da escola, o que ocorreu após diversos desentendimentos entre a mãe e a professora dele naquela ocasião. A entrada na escola atual, também, foi conflituosa para M. e sua mãe que, constantemente, era convocada para buscá-lo, em razão de quadros de agitação psicomotora. Em algumas sessões, M. repunha cenas vividas na escola, como podemos ver no segmento abaixo, em que M. estava com as letras móveis e, enquanto escrevia, solicitava que não olhasse para a sua produção.

#### Segmento 1 - (11 / 06 / 2011)

1.T: O que você vai escrever agora?

2.P: Ah, não sei. (...) vou escrever. (...) O que você tá olhando?

3.T: As letras.

4.P: (...) Pronto! A professora Juliana escreveu: hoje o Mateus ficou super bem.  
(M. escreve)

5.T: Ela escreveu?

6.P: E visto.

7.T: Onde ela escreveu isso? A professora Juliana escreveu?

---

<sup>40</sup> Reconheço a importância da entrevista clínica com os pais, no atendimento de crianças, no entanto não me deterei nesse trabalho. Sobre isso remeto o leitor à dissertação de mestrado de Fudissaku (2009).

8.P: Espera!

9.T: Tá.

10.P: Espera eu escrever. (...) Visto professora Juliana. (M. escreve)

11.T: Hoje o M. ficou super bem, visto, Professora Juliana? (Leio)

12.P: É.

13.T: Ela escreveu...

14.P: Na agenda.

15.T: Ah, na agenda, sua mãe viu?

16.P: É, ela colocou na agenda azul, é meu nome é M., e eu tenho oito anos, eu não tenho sete anos, eu tenho oito anos.

17.T: Quem falou que você tem sete?

18.P: Porque tenho oito anos, pra mim.

No seguimento acima, vemos que de (1) a (4), as falas caminham em “consonância”, quero dizer, que não há nada de “estranho” que irrompa na estrutura do diálogo e impeça o efeito de sentido. Em (6) há um deslizamento metonímico que o leva a uma fala “colada” à fala do outro e que repõe uma cena já vivida. Quando questiono o que foi por ele escrito, ele me “barra”, como pode se observar em (8) “Espera!”, nesse momento sua fala parece se deslocar, mas em (10) a divisão se recoloca em “visto professora Juliana”. Se ao dizer “Espera!” e depois “Espera eu escrever” era possível apreender, ainda que de modo fugaz, uma posição sujeito, marcada na fala, na entonação e na direção do olhar, em seguida ele volta a se ancorar em dizeres alheios, como se pode ver de (14) a (18).

As falas patológicas criam “embaraços” para o clínico de linguagem, isto porque, como diz Lier-DeVitto (2009 a sair): “podem ser perfeitamente corretas do ponto de vista gramatical/categorial, e, serem, ainda assim, profundamente esquisitas.” (p. 2) Interessante pensar, como nos trabalhos inspirados na Pragmática se pode analisar os atos de fala. Na fala de M. há uma série de expressões formuladas que irrompem em seu texto, que no caso do segmento acima podemos determinar a fonte, pois a fala do professor é facilmente identificável, mas que em outros momentos fica apagada tanto a origem, quanto a

direção, isto é vale interrogar a quem esta fala é endereçada

No terceiro capítulo, quando abordo os trabalhos inspirados pela Pragmática, foi possível notar que as falas patológicas não ganham a dimensão necessária. Assim, apaga-se a densidade da fala a favor da simetria estabelecida na relação dual entre falantes, na qual se avalia no sujeito em situação discursiva, princípios de cooperação como: intenção comunicativa, perfil comunicativo e função social da linguagem. Esse raciocínio levou-me a questionar, ainda, qual o espaço para incluir a imprevisibilidade das manifestações lingüísticas, visto que crianças com autismo e psicose infantil apresentam produções lingüísticas bastante heterogêneas e peculiaridades. Reconheço que lidar com as falas patológicas implica considerar a relação sujeito-língua-fala. Deste modo, a possibilidade de trabalhar com M., a escrita, durante o processo de avaliação, permitiu pensar em um espaço de circulação simbólica, em uma dialética que permitiu considerar a constituição do sujeito e estruturação da linguagem.

No segmento 2, apresento um fragmento de uma sessão que M. manuseava sílabas soltas, parte de um jogo do “Cocoricó”, em que M. olhava atentamente as sílabas parecendo tentar escrever.

#### Segmento 2 - (15 / 07/ 2010)

19.T: Nossa já vi um monte de coisas que dá pra escrever.

20.P: Não tem elefante, não. (apontando que não havia sílabas para escrever “elefante”)

21.T: Não, elefante, não tem.

22.P: É, e girafa não. (SI) Quem vai pegar é, a carne que vai comer a carne. (apontando para as sílabas que estavam dispostas na mesa)

23.T: Hum::::

24.P: Quem vai comer, uma fome, vai pegar frango comer. Hum. Faça::.

25.T: A faca vai fazer o quê? Pegar a fome?!

26.P: É:: dos leões, Madagascar 2.

27.T: Não, a faca corta a carne. Não é a faca, que faz assim, ó?! (terapeuta simula o ato de cortar).

28.P: Corta pegar leões.

29.T: Ah, a faca pega leão? Dá pra pegar leão com a faca?

30.P: Sim, jantar de carne.

31.T: Ah::: é, no filme Madagascar, eles tentam pegar com a faca.

32.P: Madagascar 2.

33.T: É, eles tentam cortar o leão pra comer, né?! Pra fazer bife.

34.P: Bife? Não é bife de carne. Linguiça de carne.

Nas linhas (19), (21) e (25), respondo a fala de M., com uma inferência sobre o seu dizer, visando dar sentido tanto para ele quanto para mim, o mesmo se observa em (27), (29) e (31) o que gera na fala de M. um deslizamento metonímico em (24).

Há nas linhas (22), (24) e (28), um cruzamento dos elementos na cadeia significante, pois “faca” trouxe outros significantes, tais como: “leões”, “carne”, “frango”, “linguiça”. Leões que só pode ser entendido a partir do filme por ele citado, em que o leão é um dos personagens. Assim, o texto parece não seguir, devido a esse e deslizamento no eixo metonímico, mas é interessante que a presença de bife, em minha fala (33), traga elementos vindos de outro texto em (34). Olhando para o texto o que parece é que há um cruzamento do filme Madagascar 2 e outros elementos que são trazidos metonimicamente e justapostos na cadeia, assim não parece arriscado dizer que não há retroação na fala de M. para a própria fala. A língua associa esses restos, que vem de outro texto, mas, o que pensar da posição de um sujeito que não se divide entre aquele que fala e aquele que escuta? Ora se é difícil pensar o que nesta fala diz de uma posição-sujeito, igualmente complexo é supor que haja entre nós comunicação, ou intenções partilhadas e que não há retroação.

Vale apontar, ainda, que neste segmento há um desarranjo nas composições sintagmáticas, diferente dos demais momentos. Cabe indagar se

esta justaposição dos elementos da língua diz da posição de M. na língua. Isto é, parece que quando a fala de M. se desarranja, ainda que o eixo da metonímia compareça, há um modo do sujeito aparecer na cadeia da língua, que difere dos fragmentos que retornam da fala do outro, e que ao contrário das composições “corretas” talvez anunciem algo do que estaria por vir.

Durante o processo de avaliação de linguagem, M. estabeleceu uma relação muito rígida, em nossos encontros. Quando chegava ao CAPSi, M. permanecia na recepção criando histórias em que eu e ele fazíamos parte do enredo. M. reconhecia apenas a mim e a terapeuta referência, pensando na lógica do CAPSi em que o paciente não é de pronto do profissional responsável pelo atendimento, mas sim de uma equipe interdisciplinar que constrói de maneira singular a permanência do mesmo no serviço, pensei na possibilidade de inserção de M. em um grupo terapêutico com crianças diagnosticadas com autismo, denominado grupo palavreando. A proposta do grupo é a circulação dessas crianças em atividades que podem ser externas e internas, e que são amarradas pelos terapeutas pela “palavra” e pela escrita.

Em discussão clínica do caso em reunião de equipe (CAPSi), abordei a questão acima citada. Dada a possibilidade de M. participar desse grupo, pudemos reconstruir o projeto terapêutico singular, isto ocorreu, após aproximadamente três meses de avaliação de linguagem individual. Assim, a criança passou a frequentar o CAPSi duas vezes por semana.

Volto-me ao efeito sintomático que a fala de M. produz, para pensar que, se por um lado, como na aquisição de linguagem, havia um espelhamento da fala do interlocutor, as produções sintomáticas não se desdobram e “indicam um aprisionamento à fala do outro”<sup>41</sup>. Como assinalou De Lemos (2002) há “um mesmo processo pode produzir efeitos diferentes – no caso, o patológico”. Sob efeito das considerações pontuadas acima, o segmento abaixo, convoca-me a pensar o estranhamento gerado por essas falas.

---

<sup>41</sup> Ver Arantes (2001).

Segmento 3 - (15/07/2010)

35. T: Senta aqui ó. (terapeuta aponta para o colchonete ao seu lado)
36. P: Mais não é o lugar/ é por aqui. (aponta a cadeira)
37. T: Ah, mas você coloca um em cima do outro e senta aqui do meu lado.
38. P: Ah, não, você não fica aí não.// Não::, Carol.
39. T: Ah, então eu posso escrever nesse papel?
40. P: É velha, velha, dessa vez não tem jeito.
41. T: O que? Eu não entendi o que você falou.
42. P: Velha, velha, dessa vez não tem jeito.
43. T: O que que não tem jeito dessa vez?
44. P: Ah:: não sei.

A dificuldade da continuidade desta “dialogia particular” estabelecida por M. é observada em (39) e (42), quando M. fala “É velha, velha, dessa vez não tem jeito”, a falta de um texto dirigido ao outro parece não encontrar espaço na situação discursiva, provocando, assim, um efeito de estranhamento. Note-se que aqui do ponto de vista da organização sintagmática, sua fala apresenta-se articulada, mas é a voz do outro que se faz presente, ainda que seu nome apareça na linha (38) e que em (44) ele responda com “Ah, não sei.”

O sintoma de linguagem de M. que se presentifica na fala, como inédito, impõem a necessidade de implicar o falante na sua condição de sujeito. Trata-se de entender o efeito patológico, nas palavras de Lier-De Vitto (2002) como, “modos singulares de enlaçamento pelo Outro”.

Abordar a relação linguagem x sujeito demanda enfrentamento teórico de grande envergadura, pois nesses casos não há somente uma desorganização psíquica que poderia explicar as alterações na fala, mas “um furo no corpo da fala” (LIER-DE VITTO, 2001), que diz de uma posição do sujeito na linguagem. Enfrentar esta questão parece-me condição necessária para que o fonoaudiólogo

possa justificar seu papel no atendimento de crianças com quadros psíquicos de tamanha gravidade.

Tentei indicar que ler a fala desses pacientes é uma tarefa complexa. Não pretendi com o material clínico concluir ou produzir um dizer definitivo, mas apenas indicar uma trilha que começa a ser seguida. Acredito que o título do livro organizado por Vorcaro (2004) "**Quem fala na língua?**" deva ser uma questão imprescindível a todo clínico de linguagem. Assim, cabe indagar em que lugar M. aparece na fala, e também refletir minha posição de clínico de linguagem? Prefiro, nesse sentido, ficar com o enigma que ressoa em minha escuta no atendimento de crianças com condições psíquicas tão graves, e, talvez, com isso, abrir espaços para futuras leituras das falas patológicas, pois não pretendo esgotar aqui.

Nesse sentido, como encerramento, o material clínico brevemente apresentado permitiu a articulação do que sinalizei como questão inicial desse trabalho – a tensão entre o universal da teoria e o singular que se impõe à clínica, bem como a complexidade envolvida neste movimento. Isto porque, quando se escuta a fala ou silêncio de crianças com quadros psíquicos de tamanha gravidade, o clínico de linguagem é remetido a algo sempre inédito.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pretendi, nessa Dissertação, empreender uma discussão acerca do diagnóstico de autismo e psicose infantil, como penetram a Clínica de Linguagem e os desdobramentos realizados na avaliação de linguagem.

Desse modo, realizei uma leitura crítica no primeiro capítulo, fornecendo subsídios para pensar o modo de compreensão do autismo e da psicose infantil na Psiquiatria Infantil (KANNER, 1943; HOBSON, 1993; BAHON-COHEN, 1990; BAHON-COHEN, LESLIE E FRITH, 1985; SCHWARTZMAN, 1995; ASSUMPÇÃO, 2009; MERCADANTE, 2009). A dimensão diagnóstica desses quadros é diametralmente contrária àquela adotada pela Psicanálise. Pude, na leitura dos trabalhos oriundos da Medicina, encontrar um apelo incessante à busca da etiologia do autismo, bem como o apagamento da psicose infantil (op. cit.).

Para a Psicanálise, apesar da falta de consenso, o pensamento de cunho estrutural fornece outra direção às discussões do autismo e psicose. (BERGÈS E BALBO, 1997, 2003a, 2003b; VORCARO, 1999, 2004, 2005; KUPFER, 1999, 2000; JERUSALINSKY, 1993, 2007a, 2007b; LEITE, 1999).

As visadas teóricas, também, se distanciam quanto à compreensão de linguagem.

- Para a Medicina, especialmente a Psiquiatria Infantil, a linguagem nesses quadros é tida como um instrumento de expressão que se encontra alterado.
- Já para a Psicanálise, a relação com a linguagem na criança psicótica é norteadada pelo aprisionamento no Outro, marcada nesse sentido, algumas vezes pela ecolalia. No autismo, a linguagem manifesta-se pela ausência dessa relação, seria a exclusão.

Esclareço que na leitura da Psicanálise, apresentei pontos de vista clínicos do autismo e psicose infantil, alguns desses autores colocam questões emblemáticas, destaco Jerusalinsky (1993, 2007a, 2007b), ao colocar o autismo

como uma quarta estrutura clínica. Reconheço que, nesse momento, não tive a finalidade de submeter tais trabalhos a uma análise mais crítica; isso se dá pela prematuridade de minha leitura no campo psicanalítico.

Pude observar que os referenciais teóricos, oriundos da Medicina e da Psicanálise, penetram na clínica fonoaudiológica. Ao trazer os trabalhos inspirados pela Pragmática Lingüística (FERNANDES, 1993, 1995, 1998, 2003, 2004, 2006, 2011; FERNANDES e CARDOSO 2003; FERNANDES e MOLINI 2001, entre outros), observei a clara adesão aos aparatos utilizados na Medicina. Apontei, também, os trabalhos que se aproximam da Psicanálise (GERTEL, 2008; GOMES, 1999; HERRERO, 1995; SILVA, 2000) mas que, de certo modo, fazem um apagamento da clínica fonoaudiológica e dão margem a leituras contrárias.

O primordial para essa Dissertação foi a possibilidade de me lançar nos campos da Psiquiatria Infantil, Psicanálise e a Fonoaudiologia, para buscar os modos de compreensão e leitura do autismo e psicose infantil.

Acompanhei os trabalhos de Arantes (1998, 2000, 2001, 2005, entre outros) e de Lier-De Vitto (1998, 2001, 2003, 2004, 2005, 2007, entre outros) em que as falas patológicas aparecem como questão. Isso só foi possível, porque as autoras declaram o compromisso com as falas patológicas e consideram a densidade significativa de tais falas. Assim, nessas falas ou silêncios, a solidariedade entre constituição do sujeito e estruturação da linguagem tem suas vicissitudes.

Insisto em dizer que o esforço que realizei nesse trabalho foi originado e movido pela clínica. Cabe destacar, como encerramento, que nesta dissertação não busquei respostas definitivas, nem pretendi dar soluções apressadas para o atendimento de crianças com quadros psíquicos de tamanha gravidade, mais que isso, a possibilidade de pensar nos modos de presença do sujeito na fala é uma questão que ainda pretendo aprofundar em futuros estudos.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AMARANTE, P. *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Panorama/ENSP, 1995.

ANDRADE, L. Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem.. 143f. Tese de doutorado. LAEL, Puc-SP, São Paulo. 2003.

ARANTES, L.M.G. *Diagnóstico e Clínica de Linguagem*. Tese de Doutorado. LAEL PUC-SP, 2001.

\_\_\_\_\_. Sobre os efeitos do interacionismo no diagnóstico de linguagem. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 2005. v. 47(1-2, p. 151-158).

\_\_\_\_\_. Questions on Speech therapy clinical interviews and diagnosis. In: 7th. International Pragmatics Conference. *Anais*. 7th. International Pragmatics Conference, IPrA & The Authors Budapeste, 2000.

\_\_\_\_\_. Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas. In: Lier-De Vitto MF; Arantes L (orgs.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC, p. 219 – 226, 2006.

\_\_\_\_\_. Impasses relativos ao encaminhamento de crianças que não falam. In: Pavone, S; Rafaeli, Y. M. (orgs) *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. São Paulo: Cortez, p. 100 - 108. 2005.

\_\_\_\_\_. O fonoaudiólogo, esse aprendiz de feiticeiro. In: LIER-DE VITTO, M. F. (org) *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. São Paulo: Editora Cortez, p. 23-37, 1997.

\_\_\_\_\_. A questão da linguagem na Fonoaudiologia. In: SBPC, 1996, São Paulo. Anais da 48ª Reunião Anual da SBPC, v. II. p. 438-438, 1994/1997.

\_\_\_\_\_. Fala da criança e seus efeitos. In: ENCONTRO NACIONAL SOBRE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM, IV. Resumos IV Encontro Nacional sobre Aquisição da Linguagem. p. 11-11,1997.

\_\_\_\_\_. Fala e Sintoma na patologia de linguagem. In: INTERCÂMBIO DE PESQUISAS EM LINGÜÍSTICA APLICADA, 11º, 2001, São Paulo. Caderno de resumos 11o. São Paulo: Educ. p. 215-216, 2000.

\_\_\_\_\_. O que é um diagnóstico de Retardo de Linguagem. In: INTERCÂMBIO DE PESQUISAS EM LINGÜÍSTICA APLICADA, 11º, 2001, São Paulo. Cadernos de Resumo 11o. Inpla. São Paulo: Educ. p. 215-215. 2001.

ASSUMPÇÃO, F. B.; KUCZYNSKI. E. Autismo Infantil. Novas tendências e perspectivas. São Paulo: Ed. Atheneu, 2009.

BARON-COHEN, S. (1990). Autismo: Uma alteração cognitiva específica de "cegueira mental". *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 24, 407-430.

\_\_\_\_\_.; LESLIE, A. M.; FRITH, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.

BASAGLIA, F. A Instituição Negada. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BERGÈS. J. & BALBO. G. Psicose, Autismo e falha cognitiva na criança. Porto Alegre, Ed. Metrópole, 2003a.

\_\_\_\_\_, Há um infantil da psicose? Porto Alegre, Ed. Metrópole, 2003b.

\_\_\_\_\_ A criança e a psicanálise: novas perspectivas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARDOSO, C.; FERNANDES, F. M. D. Uso de funções comunicativas interpessoais e não interpessoais em crianças do espectro autístico. *Pró-Fono R. atual Cient. Barueri (SP)*, v. 15, n. 3, 2003.

CARVALHO, G. M. O erro em aquisição da linguagem: um impasse. In: Lier-De Vitto, M.F.; Arantes, L. (orgs.). *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. São Paulo: EDUC, p. 63-78, 2006.

CERQUEIRA, C. Clínica de Linguagem: Interrogações e pontuações sobre retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança. 2005. 93f. Dissertação de mestrado. LAEL, Puc-SP, São Paulo.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID 10) Organização Mundial da Saúde; tradução Centro Colaborador da OMS para a Classificação Internacional de Doenças em Português. 10 ed. rev. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007

DE LEMOS, C.T.G. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. *Caderno de Estudos Lingüísticos*. Campinas, v.42, p. 41-69. 2002.

\_\_\_\_\_ Sobre a aquisição da linguagem e seu dilema (pecado) original. Jürgen Meisel (ed) *Aquisição da linguagem*. Frankfurt: Vervuert, 1986.

\_\_\_\_\_ *Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. Substractum*, 1 (1). Meldar, Barcelona, 1992.

\_\_\_\_\_ *Das Vicissitudes da Fala da Criança e de sua Investigação.*  
In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. Campinas: Editora da UNICAMP. v: X, (42):  
41-69, 2002.

\_\_\_\_\_ Língua e discurso na teorização sobre a aquisição de  
linguagem. In: *Letras de Hoje*. Porto Alegre: EDIPUC-RSv. 30 4; p.9: 28. 1995.

FERNANDES, F. D. M. *Fonoaudiologia em distúrbios psiquiátricos da infância.*  
São Paulo: Editora Lovise, 1995.

\_\_\_\_\_. *Ecolalia em Psicoses Infantis*, Revista Brasileira Crescimento  
Desenvolvimento Humano São Paulo. III(2), 1993.

\_\_\_\_\_.Um estudo longitudinal da Oficina de Linguagem como  
proposta de intervenção para crianças com transtornos do espectro autístico.  
*Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, ano 8, n. 2, dez 2003.

\_\_\_\_\_. *Terapia de Linguagem em Crianças com Transtorno do  
Espectro Autístico.* In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O.  
*Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo: Roca, 2004.

\_\_\_\_\_. *Investigação e Terapia de Linguagem em autismo infantil – uma  
perspectiva funcional.* *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, ano 2,  
n. 4, dez 1998.

\_\_\_\_\_. *Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e*

pacientes do espectro autístico. 2006

\_\_\_\_\_ ; BARROS, C. H. C. Sugestões de procedimentos terapêuticos de linguagem em distúrbios do espectro autístico. In: LIMONGI, S. C. O. (Org.) Fonoaudiologia: informação para formação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

\_\_\_\_\_, AMATO, C. A. L. H., MOLINI-AVEJONAS D. R., SANTOS T. H. F., PIMENTEL A. G. L, VALINO V. C.,. Fatores intervenientes na terapia fonoaudiológica de crianças autistas. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2011.

FONSECA, S. C. Afasia: a fala em sofrimento. Dissertação de mestrado em Linguística Aplicada ao Estudo da Linguagem, PUC-SP, 1995.

FUDISSAKU, F. Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem. . Dissertação de mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, PUC-SP, 2009.

GERTEL, M. C. R. O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, PUCSP, 2008.

GOMES, I.C. Aprendendo a falar com Marie. O uso de objetos como intérpretes na relação com uma criança autista. Revista *Distúrbios da Comunicação*. v. 11, número 1, 1999.

HERRERO, E. O Processo Fonoaudiológico de uma Criança atendida em um Hospital Dia. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, PUC SP, 1995.

HOBSON, R. P. Autism and the development of mind. Essays Developmental Psychology. 1. ed.,1993.

JASPERS, K. *Psicopatologia Geral 2: Psicologia Compreensiva, Explicativa e Fenomenológica*. 8ª edição. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

JAKOBSON, R. Dois Aspectos da Linguagem e Dois Tipos de Afasia. In: *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, [1954/1988].

JERUSALINSKY, A. Psicose e Autismo na Infância: uma questão de Linguagem. Boletim da APPOA. n.9, p.62 a 73, 1993.

\_\_\_\_\_. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. 4ª edição. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 2007(a).

\_\_\_\_\_. Primeiros Desafios. Revista Magazine: Mente e Cérebro. Vol. 1, 2007 (b).

JOU, G. I.; SPERB, T. M. Teoria da Mente: diferentes abordagens. *Psicologia Reflexão Crítica* v.12 n.2, Porto Alegre, 1999.

KAPLAN, H. I. & SADOCK, B. J. & GREBB, J. A. *Compêndio de Psiquiatria. Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*, 7ª Edição. Porto Alegre Artmed, 1997.

KYRILLOS, N. F. Reforma psiquiátrica e clínica da psicose: o enfoque da psicanálise. *Altheia*, núm. 30, julho-diciembre, 2009, pp. 39-49. Universidade Luterana do Brasil

KUPFER, M. C. Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. Revista Estilos da Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Vol. 1, n. 1, 1999.

\_\_\_\_\_. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância, Psicol. USP vol.11 n.1 São Paulo, 2000.

LACAN, J. Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise 1964/ Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.

LANDI, R. *“Falas Vazias” – língua, referência e sujeito na demência*. Tese de doutorado. São Paulo: PUC-SP/LAEL, 2007.

LEITE, N.V.A. Sobre a singularidade. Cadernos de estudos lingüísticos. Campinas, v.38, p. 39-49. 2000.

\_\_\_\_\_. Autismos. Revista Estilos da Clínica. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. Vol. 1, n. 1, 1999.

LIER-DE VITTO, M. F. Aquisição de linguagem, distúrbios de linguagem e psiquismo: um estudo de caso. In: *Fonoaudiologia: no sentido da linguagem*. Cortez Editora. São Paulo, 1994.

\_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: sobre as “vicissitudes de falas sintomáticas”. In: Lier-DeVitto, M. F.; Arantes, L. (orgs.) *Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem*. EDUC-FAPESP: São Paulo, 2006.

\_\_\_\_\_. Novas Contribuições da Lingüística para a Fonoaudiologia. In: *Distúrbios da Comunicação*. EDUC/PUC-SP: São Paulo, v.7 p. 163-171, 1995.

\_\_\_\_\_. Sobre o sintoma: *efeito* da fala no *outro*, *déficit de linguagem*, ou *ainda?* Letras de Hoje. Porto Alegre: EDIPUCRS, v. 36, n.3, p. 245-252, 2001.

\_\_\_\_\_. Os monólogos da criança: delírios da língua. São Paulo: EDUC, 1998.

\_\_\_\_\_. Linguagem e sujeito: os efeitos sintomáticos da fala. In: 11º INPLA - INTERCÂMBIO DE PESQUISAS EM LINGÜÍSTICA APLICADA, 2001, São Paulo. Estudos da linguagem e outras áreas do conhecimento. São Paulo: PUCSP, v. 1. p. 254-255. 2001.

\_\_\_\_\_. Quadros patológicos de linguagem e heterogeneidade dos sintomas. In: INPLA - INTERCÂMBIO DE PESQUISAS EM LINGÜÍSTICA APLICADA, São Paulo. Caderno de Resumos. São Paulo: JetGrafic, 2002. p. 165-165, 2002.

\_\_\_\_\_. Falas sintomáticas e clínica de linguagem. In: 6º ENCONTRO NACIONAL SOBRE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM - ENAL, Porto Alegre. Livro de resumos. Porto Alegre: EDIPURS, 2003. v. 1. p. 11-11. 2003.

\_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: subversão posta em ato. In: LEITE, N.V.A.(org) Copolinguagem: gestos e afetos, Campinas: Mercado das Letras, p. 233-245, 2003.

\_\_\_\_\_. Sobre a posição do investigador e a do clínico frente a falas sintomáticas. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 39, n 3, p. 47-60, 2004.

\_\_\_\_\_. Falas sintomáticas: um problema antigo, uma questão contemporânea. In: FREIRE, M. M.; ABRAHÃO, M. H. V.; BARCELOS, A. M. F. (Org.). Lingüística Aplicada e contemporaneidade. 1ª ed. Campinas, v. 1, p. 1-352, 2005.

\_\_\_\_\_. Abordagem de falas sintomáticas: sobre a condição intervalar da Clínica de Linguagem entre a Linguística e a Psicanálise. Apresentação no XII Simpósio Nacional de Letras e Linguística, II Simpósio Internacional de Letras e Linguística. Uberlândia, 2009 a sair.

\_\_\_\_\_.; ARANTES, L. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. Letras de Hoje, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 65-72, 1998.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales publicada por la American Psychiatric Association de Washington, ISBN 84-458-0297-6 Versión española, MASSON, S.A. 1995.

MARTINHO, M. M. & BRUNONI, D. Fatores Genéticos relacionados ao TGD. In: MERCADANTE, M.T. Autismo e cérebro social. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

MATOS.E.G; MATOS.T.M.G; MATOS.G.M.G. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Revista Psiquiatria Rio Grande do Sul, vol. 27, nº. 3 Porto Alegre Sep./Dec. , 2005.

MATTEO, G. A função terapêutica na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, PUCSP, 2001.

MERCADANTE, M. Autismo e cérebro social. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

MERCADANTE, M.; SCHWARTZAMAN, S. RUTGER, J. V. G. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. Revista Brasileira Psiquiatria, 28(Supl I):S12-20, 2006.

MOLINI, D. R.; FERNANDES, F. D. M. Teste específico para análise sócio-

cognitiva de crianças autistas: um estudo preliminar. Temas sobre o Desenvolvimento, v. 10, n. 55, 2001.

NOVAES, M. Os Dizeres nas Esquizofrenias: Uma cartola sem, fundo Tese de doutorado. Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, 1995.

PERISSONOTO, J. Autismo: conhecimento essências para atender bem a criança. São Paulo Pulso Editorial 2003

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de Linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. Tratado de Fonoaudiologia, São Paulo: Roca, 2004.

PITTA, F. M. A. Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2ª edição. São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

ROCHA, A. C. de O. (Com)passos no silêncio. Tese de Doutorado. Universidade Estadual de Campinas, SP, 2007.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

SAUSSURE, F. *Curso de Lingüística Geral*. C. Bally e A. Sechehaye (orgs.). Cultrix. São Paulo, [1909/1989].

SILVA, C. R. L. A. Fonoaudiologia diante da posição psicótica na infância: uma perspectiva discursiva. Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia, PUCSP, 2000.

TENGAN, S. K; MAIA, A. K. Psicoses funcionais na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº2 (Supl), 2004.

TRENCHÉ, M. Ecolalia: Quem fala nessa voz? Dissertação de mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, PUC-SP, 2001.

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. In: Pavone, S; Rafaeli, Y. M. (orgs) *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito*. São Paulo: Cortez, p. 80 – 99. 2005.

\_\_\_\_\_. Crianças na psicanálise: clínica, instituição, laço social. 2. ed. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

\_\_\_\_\_. (Org.) Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala e da linguagem. 1. ed. Salvador: Ágalma, 2004.