

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**

**PUC-SP**

**Roseli Cristina Campos do Carmo**

Efeitos do uso do dispositivo terapêutico Oficina de Cozinha no trabalho com a comunicação de um adolescente com TEA: estudo de caso clínico

**Mestrado em Fonoaudiologia**

**São Paulo**

**2018**

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP

**Roseli Cristina Campos Do Carmo**

Efeitos do uso do dispositivo terapêutico Oficina de Cozinha no trabalho com a  
comunicação de um adolescente com TEA: estudo de caso clínico

Mestrado em Fonoaudiologia

Texto apresentado à Banca  
Examinadora da Pontifícia  
Universidade Católica de São Paulo  
como exigência parcial para obtenção  
do título de Mestre em Fonoaudiologia,  
sob orientação da Profa. Dra. Ruth  
Ramalho Ruivo Palladino.

São Paulo  
2018

**Banca Examinadora**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Maria Claudia Cunha**

---

**Prof.<sup>a</sup> Dra. Fernanda Machado Prada**

*Dedico esse trabalho aos meus pais Getulio (in memoriam) e Henriqueta, meus exemplos de fé, luta, paciência e sabedoria.*

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, eu gostaria de agradecer a Deus pela vida e por tudo o que pude viver durante esses dois anos de alegria, ansiedade, paixão e desespero.

Aos meus pais que, na simplicidade, me ensinaram a ter fé, responsabilidade, respeito, amor e carinho, seja através das piadas e pelas canções. Agradeço por me apoiarem em todos os meus projetos. Vocês acreditaram em cada passo que eu dei na vida. Amo muito vocês.

Aos meus filhos, João Pedro e Liah, que reclamaram muito da minha ausência, mas entenderam que isso era necessário para o meu crescimento pessoal e profissional.

Ao meu esposo, Ronaldo, pela paciência, companheirismo e amor.

Aos meus irmãos Rosângela, Edson, Kelly, Gisele e minha irmã de coração Roberta, por me apoiar desde o início. Agradeço vocês pela união e amor que nós temos uns pelos outros e por cuidarem de mim e de meus filhos.

À Patrícia Rocha, minha parceira, amiga que me ouviu e me acolheu nessa caminhada, pelos conselhos, por me encorajar e por ter compartilhado suas experiências de vida e profissionais.

Às minhas colegas de sala, Janaina Coelho e Fernanda Reis que foram companheiras e solidárias.

À professora Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino, pela paciência, generosidade e inteligência, minha admiração desde a graduação e por sempre me falar para seguir em frente. Obrigada pelo apoio, seus ensinamentos e por ter aceitado ser minha orientadora.

À professora Dra. Maria Cláudia Cunha por compartilhar suas experiências, apontamentos nesse trabalho, as aulas ministradas que contribuiu para a realização desse trabalho.

À Dra. Fernanda Machado Prada que me acolheu em vários momentos e me direcionou na vida profissional e neste trabalho.

À Valeria Pagetti e Cynthia por permitir realizar esse trabalho na instituição, a minha parceira psicóloga Wilma e a todos os profissionais que suam a camisa para fazer o melhor por cada paciente.

Aos pais que aceitaram participar da pesquisa e por doar seu tempo sempre que eu precisei.

Este projeto foi desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia, na linha de pesquisa corpo, linguagem e psiquismo, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

#### Instituição de Fomento

Agradeço à Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida a mim, de número 88887.151899/2017-00.

Carmo, Roseli Cristina Campos. **Efeitos do uso do dispositivo terapêutico Oficina de Cozinha no trabalho com a comunicação de um adolescente com TEA: Estudo de caso clínico.** Dissertação de Mestrado. Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil, 2018, 63 p.

## RESUMO

**Introdução:** Os pacientes com TEA apresentam muitas alterações em seu desempenho comunicativo, que acabam interditando e/ou maculando o desenvolvimento das funções sociais e linguísticas do sujeito. Por essa razão a comunicação passou a ser o foco fundamental nas intervenções fonoaudiológicas nestes casos. Pesquisas recentes, na contramão do que tradicionalmente se postula, têm apontado que os trabalhos com a comunicação de pacientes adolescente e adultos também apresentam resultados eficazes. O presente projeto visou discutir, através de um estudo de caso clínico, os efeitos de uma intervenção fonoaudiológica na comunicação de um paciente com TEA, através do uso de um dispositivo terapêutico, a Oficina de Cozinha. A escolha deste dispositivo determinou-se não somente pela adoção, nesta discussão, de certas perspectivas teóricas sobre linguagem e subjetividade e, conseqüentemente, da própria comunicação, mas, também, pelo reconhecimento de sua eficácia no trabalho fonoaudiológico, já apresentada em alguns estudos. **Objetivo:** Descrever e analisar os efeitos do uso do dispositivo terapêutico OC no trabalho com a comunicação de um adolescente com TEA. **Método:** trata-se de um estudo clínico de caso de um adolescente de 19 anos de idade do gênero masculino que apresenta diagnóstico incluído no transtorno do espectro autismo. O paciente participou de dez sessões de um processo terapêutico grupal em Oficina de Cozinha. **Conclusão:** Este estudo pode esclarecer que o trabalho com adolescentes é eficaz, diferentemente do que postulam as visões maturacionais, se a estrutura clínica for tal que assegure ao paciente o

estabelecimento de uma ampla circulação discursiva e subjetiva, exatamente como o dispositivo terapêutico OC possibilita, o que vai gerar conseqüentemente, oportunidade de uma adequada circulação nas cenas comunicativas.

**Palavras chave:** Transtorno Autístico; Comunicação; Adolescentes; Fonoaudiologia; Oficina de cozinha.

Carmo, Roseli Cristina Campos. **Effects of therapeutic device Kitchen Workshop in working with the communication of a teenager with ASD: a case study.** Masters dissertation. Post Graduate Studies' Program in Speech Therapy. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, SP, Brasil, 2018, 63 p.

## ABSTRACT

**Introduction** Patients with ASD show a lot of changes in their communicative performance that may end up banning and / or tarnishing the development of social and linguistic features of the subject. For this reason communication has become the key focus on speech therapy interventions in these cases. Recent researches, contrary to what traditionally is postulated, have pointed out that the working with communication in teen and adult patients also have effective results. This project aimed to discuss, through a clinical case study, the effects of speech therapy in the communication of a patient with ASD, through the use of a therapeutic device, Kitchen Workshop. The choice of this device was determined not only by the adoption, in this discussion, of certain theoretical perspectives on language and subjectivity, and hence the communication itself, but also by the recognition of its effectiveness in speech therapy, as shown in some studies. **Objective:** describe and analyze the effects of using KW therapeutic device as a communication treatment for a teenager with ASD. **Method** It is a clinical case study of a 19-year-old male adolescent presenting diagnosis of autism spectrum disorder. The patient participated in ten Kitchen Workshop therapeutic group sessions. **Conclusion:** This study may clarify that working with adolescents is effective, unlike that postulated by the maturational views. If the clinical structure can ensure the patient to establish a broad discursive and subjective movement, just as the therapeutic device KW allows, which will consequently create opportunities for proper circulation in communicative scenes.

**Keywords:** Autistic Disorder; Communication; Teens; Speech Therapy; Kitchen workshop.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>17</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>18</b>
<b>4. MÉTODO.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1 Natureza do estudo.....</b>	<b>25</b>
<b>4.1.1 O caso clínico.....</b>	<b>26</b>
<b>4.1.2 Elaboração do caso clínico.....</b>	<b>28</b>
<b>5. APRESENTAÇÃO DO CASO.....</b>	<b>30</b>
<b>6. COMENTÁRIOS INTERPRETATIVOS.....</b>	<b>44</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>50</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>57</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa nasceu de minha experiência de trabalho em uma instituição especializada no atendimento de adolescentes e adultos diagnosticados no transtorno do espectro do autismo (TEA).

Os pacientes com TEA apresentam muitas alterações em sua comunicação que acabam interditando e/ou maculando, muitas vezes de modo irremediável, o desenvolvimento de sua linguagem e de outras habilidades e competências (APA, 2014) e é para isto que se dirigem, com atenção, o olhar e a escuta dos especialistas.

Por esta razão, o trabalho com a comunicação está sempre presente nos planejamentos fonoaudiológicos propostos para estes pacientes, sendo, via-de-regra, o aspecto primeiramente eleito para ser abordado nas e pelas intervenções terapêuticas, já que considerado de base (FERNANDES, 2002; FERNANDES et. al., 2006; CARDOSO 2006; MORATO, 2006; FERNANDES e MILHER, 2008; CAMPELO, LUCENA e ARAUJO, 2009; DEFENSE e FERNANDES, 2010).

Deve-se notar, inclusive, que a maior parte dos estudos sobre a intervenção fonoaudiológica, no caso de sujeitos diagnosticados no espectro do autismo, está voltada para o grupo infantil devido à possibilidade, segundo tais estudos, do trabalho precoce com esses pacientes surtir resultados mais eficientes na comunicação e, assim, as aquisições posteriores se darem sem grandes problemas.

No campo do autismo, é tão vigorosa a ideia de que o comportamento comunicativo está na base de todo tipo de comprometimento que mesmo no caso de adolescentes e adultos que não pertencem a uma faixa etária considerada como adequada em termos de plasticidade cerebral (DEFENSE, FERNANDES, 2010), os planos terapêuticos insistem no trabalho das habilidades fundamentais da comunicação.

Em meu caso, a decisão não foi diferente: trabalhar a comunicação foi o caminho eleito para a intervenção terapêutica, pois, de fato, o isolamento dos pacientes era o ponto que mais fazia questão! Além disto, a tendência constatada nos textos clínicos e científicos de se privilegiar o trabalho com a comunicação no atendimento destes pacientes também ganhou ressonância na minha atividade profissional.

Porém, ao longo dos meses, na lida com este tipo de paciente, além das novas leituras e estudos de campos interdisciplinares ao meu, foram surgindo muitos questionamentos concernentes ao exercício da prática fonoaudiológica, seus objetivos e seus resultados.

Em primeiro lugar, fui percebendo que a terapêutica fonoaudiológica com pacientes adolescentes e adultos, diferente do que grande parte da literatura especializada indica, é um empreendimento possível que alcança a mesma eficácia que aquele realizado com crianças, esse tão festejado pelos clínicos (FERNANDES, 2005, CARDOSO e FERNANDES, 2006; DEFENSE e FERNANDES, 2011).

Precisei (re)pensar sobre a ideia de que *o tempo da maturação faz obstáculos* (TERZAGHI e CORIAT, 2000, p. 22), uma lógica maturativa, sem cair na armadilha de supor a inexistência de (ou mesmo desvalorizar) uma estrutura biológica que é maturacional sim. Pode haver obstáculos, mas são transponíveis, pois as ações progredem em sua complexidade, efetivamente, mas não (apenas) por obra de um processo de adaptação biologicamente determinado ou fisicamente derivado (JERUSALINSKY, 2004, p. 78).

Outro questionamento ligou-se ao fato de os pacientes autistas apresentarem um comportamento caracterizado por isolamento e dispersão (FOSTER, 2004; APA, 2014), o que dificulta o trabalho terapêutico em grupo (e mesmo individual) (FERNANDES, CARDOSO, SASSI et al., 2008). Era preciso um dispositivo terapêutico que dessa conta disto, no sentido de poder operar uma espécie de alinhamento entre aquelas presenças que não se percebiam, de impor uma certa fronteira à dispersão.

Mas havia mais um ponto problemático: a semelhança de sinais e sintomas de cada um, o que obstaculizava uma “provocação”, como sugerem Kupfer, Voltolini e Pinto (2010, p. 105), ou seja, a circulação por diferentes posições discursivas que, em sua vez, promove o deslocamento entre diferentes posições subjetivas, já que os pacientes com TEA compartilham do mesmo sintoma principal, o *de se fazer presente justamente na posição de não demandar nada* (VASCONCELLOS, 2010, p. 241). Aqui, também, a questão de um dispositivo terapêutico surgia: era necessária a construção de uma estrutura tal que todos os envolvidos pudessem (ou viessem a

poder) ser fonte de “provocação” e não somente, apesar de privilegiadamente, *no desejo do sujeito em causa no ato* (LAJONQUIÈRE, 2010, p. 147) ou, o terapeuta.

Todavia, um aspecto se constituiu numa questão fundamental e ele se referia ao objetivo da minha intervenção, ou melhor, qual seria, de fato, o alvo da minha reflexão, do meu desejo, da minha presença ali com aqueles pacientes.

A descrição sintomatológica destes pacientes tradicionalmente é feita através da nomeação dos comportamentos que são passíveis de serem detectados: o isolamento, a dispersão (ou, a dificuldade em compartilhar com o outro a atenção sobre algum fato, objeto ou pessoa) e o comprometimento nas relações sociais (ou, as inabilidades comunicativas naturais ao quadro). Assim, o trabalho terapêutico se volta exatamente para a comunicação, entendida como a base dos problemas identificados e nomeados (FERNANDES, 2002; LAMPREIA, 2007; BALESTRO, SOUZA e RECHIA, 2009).

Tomar a comunicação como explicação de todos estes comportamentos descritos significa compreendê-la como a origem do desenvolvimento geral: linguístico, cognitivo, perceptual, social. A comunicação se torna, num certo sentido, natural ao ser humano (PALLADINO, 2004) E é aqui, neste aspecto, que se ajeitou uma dúvida que surgiu com as leituras que andei fazendo e com o que acontecia com meus pacientes na minha prática cotidiana: a comunicação é origem ou efeito?

Numa perspectiva psicanalítica, sustentada inclusive pelas palavras saussureanas, a linguagem não é *mero instrumento de comunicação, mas o que estrutura o indivíduo de espécie em sua condição de sujeito* (JERUSALINSKY, 2004, p. 243). Essa ideia coloca a linguagem numa função anterior e mais fundamental que a de comunicar pensamentos, intenções, estados e sentimentos, pois “*a linguagem predispõe à palavra, é sua garantia*” (JERUSALINSKY, 2004). E, assim sendo, a linguagem é discurso e língua, no sentido de que ela é o espaço da alteridade: sempre há um que enuncia (o eu) e que demanda enunciação àquele que escuta (o tu), num vai-e-vem infinito. Em outros termos, a fala sempre convoca o outro, há uma dialogia fundamental (JERUSALINSKY, 2004, p. 244). A língua oferece formas diversas (para o eu e para o tu) que são, contudo, vazias, só será preenchida no momento mesmo do discurso, no jogo de alteridade que as palavras encenam (JERUSALINSKY, 2004). Portanto, na linguagem há um movimento constante entre os pares, que se deslocam

nas diferentes posições discursivas (o eu e o tu) e assim se constituem em diferentes posições subjetivas.

A partir destas ideias (e, como já apontei, da minha vivência cotidiana com aqueles pacientes) é que uma dúvida se impôs: como aqueles pacientes estariam “predispostos à palavra”? Seria uma questão de conduta comunicativa? Ou uma questão referida à circulação entre as diferentes posições discursivas, condição para a circulação entre diferentes posições subjetivas?

Esses questionamentos me fizeram lembrar do trabalho com crianças pequenas, exitoso, que realizei na época da minha graduação em um estágio de práticas clínicas, utilizando como dispositivo a Oficina de Cozinha (OC), cujo objetivo era tratar de um grupo de crianças pequenas com problemas de linguagem<sup>1</sup>. Nesse grupo, além da questão comportamental, marcada por grande dispersão visual e auditiva, e de uma hipercinesia, por parte das crianças, o que impedia a construção e a sustentação de cenas para o trabalho terapêutico, havia muita semelhança quanto a competências e habilidades: eram crianças com problemas de linguagem (a maioria sem fala) e de alimentação, a maioria represada no consumo de alimentos pastosos.

Pela lembrança, a cena de alimentação surgiu, então, como boa opção instrumental também para os casos de adolescentes e adultos com TEA por mim atendidos na já referida instituição. Com o ritual alimentar como cenário, as dificuldades poderiam, talvez, ser contornadas e, assim, a abordagem terapêutica poderia ter efeito positivo na lida com questões da comunicação, no caso dos pacientes autistas. A cena poderia fazer uma costura entre pacientes tão isolados e tão semelhantes e, assim, por si mesmos impedidos da “provocação” de circulação. A literatura especializada, por sinal pouco extensa, me ofereceu algum alento: identifiquei um trabalho sobre linguagem e motricidade oral com adolescentes com TEA numa oficina de cozinha (BOM, MACHADO, CUNHA, PALLADINO, 2009) e um outro sobre atendimento de crianças com problemas psíquicos (sobretudo psicóticas) em um atelier de cozinha (LAJONQUIÈRE, 2010, p. 145) cujos resultados positivos corroboraram minha escolha.

---

<sup>1</sup> Disciplina do oitavo semestre da graduação em fonoaudiologia na PUCSP/2008: Tratamento dos problemas de linguagem em criança: Oficina de Cozinha

Assim surgiu esta pesquisa, que foi ganhando contornos diferentes ao longo do tempo. Comecei estudando dois grupos de pacientes da referida instituição e acabei destacando um paciente para realizar um estudo de caso. O motivo deste caminho foi o fato deste paciente se revelar de certa forma emblemático relativamente àquilo que pretendo apontar: o trabalho com adolescentes e adultos é eficaz e a Oficina de Cozinha é um dispositivo terapêutico eficiente.

## **2. OBJETIVO**

Descrever e analisar os efeitos do uso do dispositivo terapêutico OC no trabalho com a comunicação de um adolescente com TEA.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

Na década de 40, o médico Leo Kanner faz a primeira descrição de um quadro patológico e o denomina *distúrbio do contacto afetivo* após acompanhar diversos casos clínicos. Segundo ele, estes pacientes apresentavam isolamento, comportamento obsessivo na rotina, com movimentos repetitivos, sendo alguns oralizados sem, contudo, apresentarem intenção comunicativa (KANNER, 1943).

Ao longo do tempo, este distúrbio foi ganhando contornos cada vez mais definidos, chegando a compor, então, nas descrições médicas, uma síndrome de desenvolvimento muito complexo e com início precoce.

Tais descrições apontam que suas manifestações atingem os aspectos sociais, com padrões de comportamento restritos e estereotipados, e os de linguagem, com ausência ou, então, com uma fala disfuncional do ponto de vista da comunicação. Essas manifestações podem variar de acordo com o grau de comprometimento. (FOSTER, 2004; GADIA, TCHUMAN E ROTTA, 2004; São Paulo, 2014).

Atualmente, o instrumento clínico de descrição e classificação da síndrome, o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V), apresentou novos critérios para o diagnóstico do autismo, diferenciando-se da antiga versão (APA, 2014) que o incluía na categoria dos Transtornos Globais do Desenvolvimento.

Na versão atual, a categoria passa a ser Transtornos do Espectro Autista (TEA), com três critérios importantes para o diagnóstico: déficit na comunicação, déficits sociais consequentes e como sinal preponderante, comportamentos estereotipados ou repetitivos. A partir dessa modificação, o atraso de linguagem deixa de ser critério de diagnóstico e a questão da comunicação se firma como fundamental para o quadro. (APA, 2014). Estudos mais recentes, por exemplo, que são realizados sobretudo com bebês, indicam disfunções precoces de natureza comunicativa indicadas já na troca de olhar entre mãe e bebê, na atenção compartilhada nas brincadeiras iniciais, nos procedimentos de imitação de gestos e vocalizações. (BOSA, 2002; BELLINI e FERNANDES; 2007; LAMPREIA, 2009).

A literatura oferece inúmeros estudos sobre (instabilidade) na troca de olhares entre o adulto e a criança (potencialmente) autista, ponto muito discutido, por exemplo, na análise de vídeos caseiros de crianças com TEA (LAZNICK, MAESTRO,

MURATORI, PARLATO-OLIVEIRA, 2006 e LAZNICK, 2006) e a fragilidade da atenção compartilhada entre eles, assunto também recorrente (TOMASELO, 1995) e considerado de grande importância para o quadro. Pesquisas relacionadas ao desempenho em atenção compartilhada de crianças diagnosticada com TEA referem que os déficits na comunicação, e conseqüentemente na interação social, possuem uma relação significativa com o desempenho alterado relativamente a esta habilidade (BOSA, 2002; ABREU, CARDOSO-MARTINS, BARBOSA, 2014). Assim, as propostas de investigação e de intervenção sempre incluem a questão da atenção compartilhada, considerada cenário fundamental das relações sociais. (PERISSINOTO, 2003; PERISSINOTO, 2008; FARAH, PERISSINOTO e CHIARI, 2009).

Para além de estudos sobre a interação visual e a atenção compartilhada, é notável o privilégio na literatura as pesquisas sobre o desempenho comunicativo dos pacientes com TEA naquilo que se denomina “habilidades comunicativas”. Através da identificação destas habilidades, ou seja, de ações comunicativas que são, portanto, entendidas como intencionais, gestuais, vocais e/ou verbais, e que dão conta das necessidades nas relações sociais. (FERNANDES, MOLINI, BARICHELO, 1997, FERNANDES, 2005; FERNANDES et al., 2006, CAMPELO et al., 2009), é possível traçar um perfil comunicativo do paciente, o que constitui um fator fundamental nas resoluções clínicas na vida de pacientes com TEA.

Alguns estudos, por exemplo, reputam como importante a avaliação destas habilidades como modo de otimizar os resultados do planejamento terapêutico. (CARDOSO, 2001; FERNANDES, AVEJONE E MORATO, 2006; HERRERA e ALMEIDA, 2008). Eles traçam o perfil comunicativo do paciente por dois motivos fundamentais: 1) porque apostam que a caracterização do desempenho comunicativo atual é um importante indicador do futuro desenvolvimento e 2) porque consideram que assim se pode estabelecer situações produtivas, do ponto de vista interacional, tidas como base para um trabalho eficiente. Os ganhos nas habilidades comunicativas parecem diretamente relacionados à diminuição de problemas comportamentais (WETERBY, SCHULER, PRIZANT, 1997), o que, segundo eles, vai permitir maior desenvolvimento dos pacientes

O comportamento comunicativo se tornou, então, espaço de identificação de sinais de risco para o autismo (para as crianças pequenas) e de caracterização diagnóstica (para os maiores), sobressaindo, neste cenário, a identificação de problemas na troca de olhar e na atenção compartilhada, além da ausência de fala ou gestos ou da presença de fala ou gestos ditos disfuncionais, já que desprovidos de intenção comunicativa.

Deve-se notar que a perspectiva psicanalítica sempre tratou as condutas comunicativas como epifenômenos de processos psíquicos (simbólicos) específicos, esses, sim, fonte de atenção e reflexão, numa diferença relativamente às perspectivas psicológicas (sobretudo as de linhagem comportamental) e linguísticas (sobretudo as pragmáticas). (CARDOSO, FERNANDES, 2004; CAMPELO et al., 2009).

A perspectiva psicanalítica, corroborada pela palavra saussureana, como já apontado anteriormente, centra sua reflexão nos processos simbólicos, fonte e sustento da constituição subjetiva, que são, de fato, encenados, de modo sensível aos olhos e à escuta, pelos ditos “comportamentos comunicativos”, aqui entendidos como efeitos (são os epifenômenos) do funcionamento de uma estrutura de alteridade em que estamos todos mergulhados.

O que importa à reflexão, então, são os processos simbólicos em jogo, em outros termos, a linguagem, já que, em acordo com a visão benvenistiana, é nela (na linguagem) *que o homem se constitui sujeito* (GROISMAN e JERUSALINSKY, 2004, p. 243). A linguagem é um espaço de alteridade, um vai-e-vem entre sujeitos encenado pelo diálogo. Diálogo porque o sujeito é aquele que enuncia (o eu), ou seja, sempre fala (ou faz um gesto) para outro e, por este motivo, esta fala sempre demanda que o outro (o tu) igualmente enuncie (passe ao eu), conformando um vai-e-vem infinito entre o eu e o tu, num processo constitutivo.

Este jogo de alteridade é possibilitado pela língua, patrimônio cultural que oferece ao sujeito formas (vazias) para movimentação no diálogo. Vazias, pois serão preenchidas no momento mesmo do diálogo, já que dependem deste movimento entre diferentes posições discursivas, o eu e o tu. Em suma, só há língua, só há palavras neste jogo de alteridade, senão, poderão haver formas congeladas, aquelas que identificamos nas ditas ecolalias, tão comuns no caso dos autistas.

Neste espaço dialógico, instaurado desde o início pelo processo antecipatório materno, que permite à mãe imaginar seu bebê como um sujeito-falante (JERUSALINSKY, 2004; PALLADINO, 2004), a palavra vai se meter entre a criança e o mundo ou entre o objeto (aí incluídas ela mesma e sua mãe) e o campo das representações. A palavra recusa a ação imediata (ou o objeto), estabelecendo um *tempo, pois na ação não há tempo, é agora mesmo* (GROISMAN e JERUSALINSKY, 2004 p. 244) e aí, a palavra, ela fica encarnada na própria ação (ou no objeto), algo também observado nas condutas dos autistas. Ao se meter entre a criança e o mundo, a palavra solta as amarras do sentido e neste *aspecto criador cria a diferença entre os humanos e os animais [...] cujos códigos são fixos e inamovíveis*, distinto da linguagem humana, em que as formas, as palavras, *são preenchidas* (de sentido) *apenas no momento mesmo do discurso* (parêntesis meus), no jogo da alteridade.

Assim, o que se denomina *intenção comunicativa* deve ser incluída na estrutura do diálogo<sup>2</sup>, pois é efeito destas transações na alteridade, um campo original em que a palavra surge *como portadora de subjetividade*<sup>3</sup>. É possível dizer, então, que a intenção comunicativa é uma conduta subjetiva que, em sua vez, é efeito da movimentação entre diferentes posições discursivas, do diálogo. E, por consequência, se a fala do autista é disfuncional porque desprovida de intenção comunicativa, não seria porque sua fala está fora do discurso, do diálogo?

Nos TEA também é comum encontrar problemas alimentares, tais como recusa, seletividade e compulsão, exibindo uma espécie de engessamento neste tipo de prática simbólica, além de hábitos orais inadequados, como bruxismo, sucção de bochechas e etc. (FOSTER, 2004) que mostram o corpo sendo emprestado aos problemas simbólicos.

Tal “engessamento”, ou manutenção em padrões primários de alimentação, parece um efeito do próprio isolamento dos pacientes com TEA, com uma consequente “entrada enviesada” no campo simbólico, fazendo da alimentação algo de natureza sobretudo sensorial. Daí a ausência de comportamentos interacionais e de compartilhamento nas refeições, cenas que sustentam e refletem a interação entre sujeitos humanos. Ora, não é por outra razão, que a alimentação,

---

<sup>2</sup> (idem, 2004, p.247).

<sup>3</sup> (idem, 2004, p.246).

dado seu caráter simbólico, sempre compareceu ou como protagonista e/ou como coadjuvante nos tratamentos para os males do corpo e da mente em todas as sociedades e em todos os tempos (MONTANARI, 2008).

Muito recentemente, este pressuposto passou a ocupar o estatuto de pesquisa e estudos no campo da linguagem e seus distúrbios. Na última década, muitos estudos sobre a relação entre linguagem e alimentação têm sido apresentados à comunidade científica, orientando os profissionais da saúde em suas condutas clínicas (GOLSE e GUINOT, 2004; PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004; MACHADO, 2007; BOM et al, 2009 e ZAMBOTTI, 2010).

Um dos maiores ganhos que esses estudos trouxeram foi o de tematizar, no campo fonoaudiológico, a discussão sobre os problemas alimentares para além de questões mio-funcional orais, reconhecendo a alimentação como elemento fundamental do processo na constituição simbólica do homem e, portanto, de seu psiquismo.

Um estudo bastante interessante indica esta constituição como se dando no interior de uma operação simbólica denominada construção das oralidades, alimentar e verbal. (GOLSE e GUINOT, 2004), Ele pontua que o processo de erogeneização, base da identidade humana, é inaugurado na cena de amamentação e vai determinar o laço a ser estabelecido entre mãe e bebê. Tal laço cria, sustenta e define o processo de desenvolvimento. A cena alimentar será para sempre e ao lado da palavra lugar de inserção simbólica. Não é por outra razão que pacientes com alterações alimentares apresentem também alterações verbais, ou seja, tal co-ocorrência não é aleatória, mas substancial (PALLADINO, CUNHA e SOUZA, 2004; MACHADO, 2007).

No bojo desta ideia de que a alimentação é espaço de inserção simbólica, alguns clínicos propuseram a Oficina de Cozinha como dispositivo terapêutico interessante e pertinente para o tratamento dos problemas de linguagem. Ele vem sendo utilizado na clínica fonoaudiológica, promovendo efeitos positivos em muitos casos de crianças e jovens com transtornos de linguagem, aí incluídas alterações nas ditas habilidades comunicativas. (BOM et. al., 2009; ZAMBOTTI, 2011).

Um estudo muito interessante se refere exatamente ao trabalho com pacientes autistas em idades entre 9 e 12 anos com sinais e sintomas de problemas

de linguagem e de alimentação. Os pacientes foram observados em terapia com a OC, num período de seis meses, e se verificou que esse dispositivo favoreceu: 1) trânsito discursivo entre os membros do grupo, 2) organização espacial e temporal, 3) melhora nas condutas alimentares. Durante o trabalho, se observou a importância do ritual alimentar, ou seja, arrumar a mesa, preparar os alimentos, comer em parceria, tirar a mesa e lavar as louças. Tais elementos favoreceram a evolução tanto da linguagem quanto das condutas alimentares dos sujeitos.

Aspectos importantes foram observados durante a oficina em relação ao manejo terapêutico: 1) a importância do ritual - o preparo dos alimentos, a montagem da mesa, todos os membros sentados à mesa, utilização dos utensílios adequados, a desmontagem da cena com a retirada da mesa e organização do espaço da cozinha; 2) a possibilidade de trabalhar com diferentes texturas e paladares, gerando uma percepção intraoral mais refinada; 3) a possibilidade de construir novos sentidos de prazer e/ou desprazer frente à alimentação e 4) a possibilidade de criação de diferentes campos discursivos através da voz, com ênfase na prosódia e curva melódica ascendente como um dos recursos para possibilitar a abertura de um espaço para interlocução. Vale observar que o protagonismo das pesquisadoras nas cenas terapêuticas foi elemento decisivo para o bom desenvolvimento dos objetivos (BOM, 2009).

Este dispositivo cria um cenário em que se podem (re)viver cenas de linguagem desde práticas alimentares, permitindo que o paciente circule por diversas posições subjetivas em diferentes postos da linguagem (ZAMBOTTI, 2011). Quer dizer, lugares nos quais ele enuncia, acolhe a enunciação do outro e circula pelas convenções e pela gramática da língua (DE LEMOS apud ZAMBOTTI, 2011 p. 33), bem como experimenta as diferentes funções da linguagem, sobretudo aquelas referidas à comunicação. O cenário da cozinha se explica pelo valor fundante da alimentação nas práticas simbólicas, cenário em que *o comer corresponde a uma condição discursiva e [portanto] de interlocução com o outro* (ZAMBOTTI, 2011, p.32).

Este dispositivo o movimento, uma *(dis)posição*, posição na linguagem, posição subjetiva que implica sempre uma relação com o outro. Assim, a OC parece compor uma cena propícia ao trabalho com a linguagem, inclusive na construção do campo da dialogia. A recuperação ou mesmo a instauração de cenas de alimentação

podem (re)introduzir os pacientes em práticas simbólicas como o comer, alavancando a sua inserção na linguagem a partir do desenvolvimento de situações de interação com o outro, lugares de alteridade.

A OC se desenvolve a partir de um ritual cuja importância já foi apontada em pesquisa anteriormente citada, o que, de certa forma, funciona como uma espécie de moldura para o texto terapêutico que se desenvolverá ao longo da sessão. Este emolduramento constitui a possibilidade do que Groisman e Jerusalinsky (2004) denominam:

Redundância, quer dizer, repetir de outra maneira o mesmo, insistir na ideia, ou no lugar da letra, ou no lugar da significância em que se esteja trabalhando, é insistir a partir de diferentes posições da linguagem [...] respeitar em nosso trabalho de terapeuta da linguagem, o modo como a linguagem opera no campo da estruturação do sujeito, por redundância e não por repetição ginástica (GROISMAN e JERUSALINSKY, 2004, p. 250).

A ritualização da cena alimentar, inclusive, imprime ao fato uma certa duração, outro aspecto importante do emolduramento. Através de ações (preparar a mesa, os alimentos, servir, comer, recolher, limpar) e falas (bom dia, boa tarde, aceita? quer mais? Acabou, tchau, etc.), o terapeuta marca a cadência da interação. Esta marcação, provavelmente, contém a dispersão, a hipercinesia e o próprio isolamento dos pacientes, como relatam algumas pesquisas. Vale lembrar que as práticas simbólicas instauram temporalidade, condição para a emergência da palavra.

Neste estudo, a proposta será trabalhar a linguagem de um paciente com TEA através de um dispositivo terapêutico grupal, a Oficina de Cozinha (O.C).

## 4. MÉTODO

### 4.1 Natureza do estudo

Este é um estudo qualitativo, desenvolvido por meio de um estudo de casos clínicos.

A construção dos casos aqui estudados seguiu os esclarecimentos feitos, sobretudo, pela psicanálise e, portanto, distintos daqueles apresentados pela medicina em que o caso é um representante universal de um quadro patológico. O caso clínico, à luz das palavras psicanalíticas, é um texto singular sobre uma experiência clínica igualmente singular. Ainda assim, é um texto bastante fértil para a discussão e a elaboração conceitual, daí seu valor científico.

Para a construção de um caso clínico, o pesquisador narra por escrito uma experiência clínica (que pode ter qualquer dimensão ou duração), à luz das teorias, dos efeitos que a situação promove em seu paciente e este nele mesmo (o pesquisador é igualmente protagonista!) e à própria escrita (NASIO, 2001). O caso clínico é, portanto, uma narrativa elaborada na implicação entre força teórica e sutileza clínica (NASIO, 2001).

O caso clínico é um exercício de interpretação (NASIO, 2001) e, assim, não se trata da simples descrição de fenômenos que se dão a ver, recortados pela observação das situações que se estabelecem entre terapeuta e paciente. Não há uma observação pura e simples. Costa Pereira (2008), desde Freud, nos lembra que observar já é interpretar. Recortar já é interpretar e que *isso não impede o trabalho (científico)* (COSTA PEREIRA, 2008, p. 20). Ele continua apontando que *fazemos os recortes, elaboramos as nossas convenções através das quais vamos nos apropriar destes recortes, vamos poder observá-los no campo da clínica* (COSTA PEREIRA, 2008, p. 20) e estudá-los. As convenções estabelecidas para os recortes não têm caráter indutivo, quer dizer, as convenções são tais que a narração garante a *abertura para o inédito, para o inesperado, o inusitado* (VOLTOLINI, 2008, p. 74).

Este estudo foi realizado de acordo as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa da PUCSP, protocolo

n. 69035817.0.0000.5482 (**Anexo I**). Os pais ou responsáveis dos sujeitos envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (**Anexo II**) e a Instituição, em que o estudo foi realizado, assinou o termo de autorização (**Anexo III**)

#### 4.1.1 O Caso clínico

Este estudo foi realizado em ambiente institucional, em um centro voltado ao atendimento de pacientes diagnosticados no espectro do autismo. Neste centro são atendidos 80 pacientes em período integral por uma equipe técnica multidisciplinar (psicólogos, psiquiatra, fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicomotricista, enfermagem e fisioterapeuta) e uma equipe de apoio (composta por cuidadores, estagiários de psicologia e auxiliares de enfermagem).

Os pacientes estão divididos em 11 grupos/sala, por orientação dos técnicos da área psi, a partir do conjunto de dados obtidos: 1) pela entrevista inicial com os pais; 2) pela aplicação do Autism Behavior Checklist de comportamentos autistas (ABC)<sup>4</sup> e 3) pela aplicação da Escala de comportamento adaptativo Vineland<sup>5</sup>. Note-se que o agrupamento é feito a partir das semelhanças entre os pacientes.

Desenvolvo um trabalho em fonoaudiologia com alguns dos pacientes desta instituição, todos adolescentes ou já adultos. No segundo semestre do ano de 2016, realizei com dois dos grupos-sala uma experiência clínica construída a partir de um certo dispositivo terapêutico, a Oficina de Cozinha (OC), durante dez semanas consecutivas. A minha pretensão era a de verificar a eficiência de um trabalho em linguagem, especificamente a delimitação de um espaço de dialogia, com autistas adolescentes e adultos (que recebem tão pouco entusiasmo dos clínicos e estudiosos) e a eficácia de dispositivo terapêutico OC (uma experiência ainda pouco estudada).

Realizei a escolha dos dois grupos simplesmente através de critério etário, já que a sua composição estava determinada pelas escalas aplicadas pela própria Instituição e que estabelecem uma certa homogeneidade entre os seus participantes, como já apontado.

---

<sup>4</sup> Elaborado por Krung, Arick e Almond (1993), Validado por Marteleto, M.R., Pedromônico, M.R. (2005).

<sup>5</sup> Sparrow, s. Balla, D. A, Ciccett, D.V e Doll, E. A (1984). Vineland adaptative behavior scales; Interview edition, survey form manual. Circle Pines; American Guidance Service.

Ambos os grupos eram compostos por cinco pacientes. Como eu estava na Instituição apenas uma vez na semana, as OC ocorriam em dois momentos diversos: no horário do almoço, sendo os alimentos oferecidos pela instituição, sendo alguns deles, como sucos e sobremesas, oferecidos por mim. No lanche da tarde, ou os pacientes traziam os lanches de casa ou, em alguns momentos, levei alguns ingredientes para preparação com o grupo. Esta diversidade em si mesma não constitui fato determinante. Em cena, estavam eu, a terapeuta, e os cinco pacientes.

Ao longo do tempo, um paciente de um dos grupos foi se destacando *para minha sensibilidade clínica*. Ele apresentava inicialmente alterações importantes tais como recusa da interação e ausência da fala ou uma fala “disfuncional”, além de problemas alimentares. Porém, exibiu significativa modificação ao final das semanas, com um processo transformador notável, no sentido de se poder comentar e ponderar sobre conceitos fundamentais, tanto das condutas humanas, condutas da e na linguagem, quanto das especulações acerca de seus transtornos e as possibilidades de reinvenção.

Enfim, o caso clínico aqui estudado foi elaborado a partir da minha experiência clínica com um rapaz, de 19 anos, durante estas dez semanas.

#### 4.1.2 Elaboração do caso clínico

As experiências clínicas narradas ocorreram em sessões construídas por situações estruturadas a partir da Oficina de Cozinha (OC) durante dez semanas consecutivas, com um encontro em cada uma delas. O uso deste dispositivo permitiu (ou favoreceu) a narrativa na medida em que a encenação aí contida assegura uma *duração e uma situação*, condições que Dunker (2009) aponta como importantes em seus esclarecimentos acerca do *caso clínico*.

A OC nada mais é do que uma encenação de alimentação ritualizada, portanto, a duração e a situação (no sentido de ser uma *situação*, como está posto em Dunker (2009) em que a experiência clínica se dá são exatamente definidos. Tal definição pode ser considerada análoga àquilo que Jerusalinky (2004) nomeou *redundância* na experiência clínica.

A experiência clínica foi por mim narrada por escrito a cada sessão e para cada paciente. Para compor as narrativas, selecionei certas teorias sobre linguagem e sobre o autismo (já esclarecidas ao logo da revisão da literatura), recortes e convenções (especificamente: os epifenômenos), de modo a compor uma estrutura para o discurso elaborado. Assim, estabeleci que elas seriam pautadas sobretudo pelos seguintes aspectos (convenções) com referência às seguintes condutas comunicativas fundamentais ou fenômenos que se dão a ver (recortes), como aponta a literatura especializada: interação visual e atenção compartilhada, além do uso funcional de gestos e fala. Estes eram os aspectos a serem privilegiados nas narrativas, relativamente às condutas comunicativas: 1) interação (se olha para o outro/ se sustenta o olhar do outro/ se busca o olhar do outro/ se atende a chamados/ se chama o outro); 2) atenção (se olha o objeto/evento mostrado/ se mostra objeto/evento para o outro) e 3) se fala ou não / se fala é funcional / se usa gesto ou não/ se gesto é funcional. Vale reafirmar que estes 3 aspectos foram escolhidos enquanto recortes e convenções para a narrativa apenas porque se referem a fenômenos que são passíveis de serem olhados e escutados, sem supor que entre eles e sua causa haja uma coincidência. Vale também lembrar que a suposição em pauta é a de que interação visual, atenção compartilhada e fala/gestos com valor de

palavra são efeitos de uma movimentação na dialogia, campo a ser delineado com o trabalho terapêutico.

Assim foi feito ao longo das dez semanas. Depois, à luz da minha memória e dos efeitos das minhas dúvidas e descobertas, que foram se delineando com o passar do tempo, fiz uma (re)leitura do conjunto das narrativas que eu havia elaborado ao final de cada sessão. E, ao final, escrevi uma narrativa para um paciente em específico, aquele que prendeu minha atenção, que se tornou “um caso”.

## 5. APRESENTAÇÃO DO CASO

### CARLOS

Muito cedo, esta experiência clínica suscitou minha atenção. Ao mesmo tempo em que, no que ali se passava, eu podia me deparar com teorias e técnicas terapêuticas há muito por mim estudadas, novidades e diferenças também faziam presença. Em outras palavras, a singularidade de um sujeito fazia questão!

A história de Carlos revela os percalços pelos quais muitos casos passavam há alguns anos até se definir um diagnóstico no campo do autismo. Atualmente, com os avanços nas pesquisas, o diagnóstico precoce ficou viável, o que evita histórias conturbadas como a deste paciente que, então, passo a contar.

Começo pelo seu nascimento, não porque queira estabelecer uma causalidade cronológica entre os fatos, mas apenas porque penso que há alguma relação importante entre alguns deles. O que me chamou a atenção foi o fato de Carlos ter tido dois diagnósticos, um hipotético, de deficiência mental, e outro definitivo, de autismo, e como isto pode ter ressoado aos ouvidos de sua mãe.

Dommergues, Bader-meunier e Epelbaum (2003, p. 139) levantam uma questão interessante sobre o problema da comunicação dos diagnósticos relativa ao que eles denominam “ambiguidade da linguagem utilizada” Eles levantam a possibilidade, por exemplo, de o termo “retardo mental” levar à ideia de que a normalidade será adquirida mais tarde, se tratando de “tempo e paciência”! Isto vai ressoar de modo particular, definindo, em parte, as providências que a família pode ou quer tomar, já que comunicar uma doença é, em última instância, comunicar “uma criança determinada” (DOMMERGUES, BADER-MEUNIER e EPELBAUM, p. 13). O meu relato (espero!) vai demonstrar a particularidade de cada passo desta mãe, hesitante em parte do tempo e conclusivo após o diagnóstico de autismo.

A mãe de Carlos me conta que ele foi um filho desejado pelo casal, tendo sua gestação ocorrido sem qualquer intercorrência.

Contudo, parece ter havido algum problema peri natal, pois ela relata fatos problemáticos, sem, contudo, conseguir esclarecê-los muito bem e nem os documentar com qualquer relatório, exame ou imagem. Diz que ficou muito tempo em

trabalho de parto (o que pode ter colocado o bebê em sofrimento) tendo sido usado o fórceps como auxiliar para o nascimento, (que, igualmente, pode ter causado algum problema em função de questões no manejo). Lembra que o apgar do bebê foi muito baixo e que ele ficou em UTI neonatal por uma semana. Após isso, ambos receberam alta do hospital. Este relato impreciso, fragmentado, deixa transparecer uma dificuldade desta mãe em narrar o episódio do nascimento, momento de aflição e incompreensão.

Ela continua lembrando que era um bebê molinho, tendo se sentado com apoio apenas com um ano, apresentando muita dificuldade na transição alimentar, do líquido para o pastoso.

Em virtude de seu histórico de nascimento e seu desenvolvimento já inicialmente conturbado, o pediatra da UBS o encaminhou para uma avaliação com o neurologista que, então, começou uma investigação de síndromes. Segundo a mãe, ele realizou tomografia, ressonância, ecocardiograma e audiometria, sendo que decidiram pela hipótese de um déficit intelectual (“retardo mental”), tendo sido encaminhado para um atendimento multidisciplinar: fisioterapia, fonoaudiologia e psicologia. Porém, a família só conseguiu, na ocasião, atendimento fisioterápico.

O desenvolvimento foi bastante atrasado: apenas com quatro anos começou a andar, apesar da fisioterapia, e aos dois anos, iniciou alguma vocalização, mas não evoluiu. Os pais pensaram que o atraso se dava por conta do bilinguismo a que ele estava submetido, pois o pai, de nacionalidade africana, falava com ele em inglês e a mãe em português.

Com um ano e meio, Carlos foi para uma escola de educação infantil particular do seu bairro, porque a mãe começou a trabalhar. Contudo, teve muitas dificuldades na adaptação, em função de seu problema motor e de linguagem, bem como problemas na alimentação, necessitando de auxílio especial. Devido a essas dificuldades na escola, era acompanhado por uma cuidadora que trabalhava na escola e que ficou responsável por ajudá-lo. Mais ainda, visando minimizar um pouco o comprometimento geral, foi sugerido pela coordenação escolar que ele participasse de atividades oferecidas por uma ONG, que trabalhava com crianças e adolescentes com deficiência intelectual.

A irrupção do limite, que é insistente, como é possível notar neste caso, pois ele não andava, não falava, além da notável dificuldade em se adaptar a novos espaços, provoca, segundo Jerusalinsky (2004, p. 10), um *efeito sinistro* na família e, por esta razão, *atitudes reabilitadoras e reeducativas compulsivas se encaixam perfeitamente na dinâmica parental (diante) do sinistro* (que o filho representa a cada instante). Assim estava planejado para ele: escola, tutoria, fisioterapia, ONG.

Quando Carlos estava com 4 anos, o pai faleceu de forma repentina, o que parece ter alterado as circunstâncias. Sua mãe relata que ele “foi ficando mais calado, triste e com olhar perdido” e que “nessa época apareceu o autismo” (sic). Carlos saiu de todos os atendimentos e também da escola, passando a ficar recluso em casa, aos seus cuidados.

Mas, aos 6 anos, nova tentativa! Carlos passou a estudar em uma escola regular municipal. Porém, mais uma vez, não se adaptou na escola. Gritava, chorava e era o tempo da mãe voltar para casa para que ligassem para irem buscá-lo. Por esse motivo, resolveu tirá-lo da escola. Sua mãe conseguiu um atendimento fonoaudiológico que, entretanto, durou pouco, pois Carlos chorava muito. Voltou a ficar em casa, aos seus cuidados exclusivos.

Mais uma vez lembro das palavras de Jerusalinsky (2004, p. 102) sobre a questão do *efeito sinistro*: “*para lidar com este efeito, os pais precisam se (re)identificar, tornando-se, então, alternadamente mártires ou vítimas, devendo ser a dificuldade do filho uma coisa heroica e sofridamente reparada*”. Era exatamente o que se passava com a mãe de Carlos que passa, imaginariamente, do *sinistro* à *epopeia* (JERUSALINSKY, 2004, p. 102), ou seja, toma apenas para si seus cuidados.

Ora, desenvolver a “epopeia” é difícil, exige demais. Parece ser este o motivo desta mãe alternar entre a responsabilidade absoluta, confiná-lo em casa, e uma atitude reabilitadora e reeducativa compulsiva e montar um extenso programa de atividades!

Após um período com ele em casa, nova tentativa: a mãe de Carlos consegue uma Instituição Especializadas em Deficientes Intelectuais para que ele realize algumas atividades na semana. Nessa Instituição, ele foi encaminhado para AMA (Associação Amigos dos Autistas) e aos 13 anos, Carlos foi diagnosticado por um psiquiatra com o diagnóstico no transtorno do espectro do autismo.

Com um diagnóstico definitivo (não mais uma hipótese, como era o caso da Deficiência Intelectual), que, aliás, parece ter sido feito pela própria mãe há muito tempo ao falar de um recolhimento e um silêncio posteriores à morte do pai, a epopeia materna cuida para que agora a reparação se dê em definitivo: *haverá um plano, tudo estará previsto para que não se perca um minuto*, como diz Jerusalinky (2004, p. 102). Sua mãe providenciou para que imediatamente Carlos passasse a frequentar a Instituição referida neste estudo, especializada em pacientes com TEA, onde se encontra até hoje.

O processo de adaptação foi difícil, sua chegada até o grupo/sala durou quatro semanas. Mas, a mãe não desistiu: agora havia um plano, um programa que o filho *deveria cumprir* (JERUSALINSKY, 2004, p. 102), pois nesta “epopeia” Carlos também era protagonista. A equipe especializada realizou um processo de sociabilização e passou a fazer orientações familiares sistemáticas, não só para adequar formas de conduta, como também para lidar com a questão da medicação, pois por haver inadequada administração de doses, Carlos apresentava episódios de surtos, com muita agitação e agressividade.

A partir dessas intervenções, Carlos começou a aceitar o contato com as pessoas e, também, a se alimentar melhor, mesmo com algumas restrições e uma certa hiperfagia. Sua relação, contudo, sempre foi deficitária.

Comecei a atendê-lo quando Carlos já estava frequentando esta Instituição há seis anos. O estudo realizado iniciou-se depois de quatro meses em que eu já vinha trabalhando com seu grupo/sala. Em certo momento, comecei a montar uma cena de alimentação (OC) na qual desenvolvia minha terapia fonoaudiológica. Isso durou dez semanas com uma sessão semanal.

No início, Carlos apresentava os sinais e sintomas tradicionalmente elencados em pacientes com TEA: tendência ao isolamento, ecolalias, hipercinesia.

Permanecia sempre quieto e distante em seu grupo/sala, mas, frente a qualquer agitação por parte dos colegas, se contagiava, descontrolando-se e ficando nervoso, então necessitando ser isolado para voltar a uma condição mais calma, mais adequada. Esta contaminação pode lembrar a ideia de instinto gregário, mas penso que aqui, há uma condição que enquistada a circulação subjetiva, impede que um

convoque o outro para sair da repetição (KUPFER, VOLTOLINI e PINTO, 2010, p. 105).

Carlos não mantinha contato visual: não olhava para o outro, não sustentava o olhar do outro, não buscava o olhar do outro. Também não compartilhava a atenção em nenhum momento. Ele apresentava uma fala disfuncional, numa ecolalia mediata constante: repetia frases, palavras, canções. Na ecolalia, usava uma voz com volume muito alto e um ritmo de fala acelerado. Não atendia a chamados nem buscava chamar o outro. E quando insistentemente chamado, reagia de modo agitado. Em raros momentos, respondia com uma palavra, sem olhar e com voz baixa.

Mas, logo em seguida, Carlos passou a dar pequenos sinais de mudança. Diferenças quase sempre muito sutis, que se expressavam em algumas condutas, em algumas situações, isto é, diferenças percebidas por uma observação cuidadosa, sistemática, de detalhes.

Já na primeira sessão, quando entrei e disse “bom dia” fazendo uma marcação para o início da cena alimentar (lembrando de Dunker, 2009) Carlos apresentou grande agitação, com uma hipercinesia (perambulava pela sala, como se a esmo), uma ecolalia incontida (repetindo o nome de colegas e funcionários), com voz de volume aumentado e ritmo acelerado, demorando algum tempo para se acalmar, apesar dos meus chamados e convocações. Veremos que esta cena de agitação se repete ao longo das sessões, sempre frente a situações novas ou diferentes, ou, então, a convocações insistentes de minha parte para estabelecimento de interação. Desde o começo fica clara a dificuldade de Carlos escapar das situações repetidas e conhecidas, ou seja, de situações que, de certa forma, garantem seu isolamento. Volto a lembrar de que *no autismo, a forma de se fazer presente é justamente na posição de não se demandar nada!* (VASCONCELLOS, 2010).

Nessa sessão, Carlos não olhou para mim em nenhum momento, assim como não olhou para nenhum de seus colegas, não respondeu nem reagiu a nenhum chamado, não correspondeu a nenhuma convocação. Não participou, portanto, da construção da cena alimentar, ficando afastado, cabisbaixo. Quando estava tudo organizado e todos comendo, repentinamente Carlos se sentou e começou a comer e ao terminar, empurrou seu prato para o centro da mesa, como num sinal que havia acabado. Pelo menos foi esse o sentido que atribuí ao gesto e comentei. Mas Carlos

não teve qualquer reação. Pouco depois, ele se levantou, foi até a porta e segurou no trinco, parecendo mostrar que pretendia sair da sala (?). Aceitei o comportamento como um ato comunicativo, ou melhor, como palavras e gestos, e, mais uma vez, comentei.

Carlos apresentou, ao longo do tempo, muitos comportamentos deste tipo. Estes comportamentos, que chamei de “palavras e gestos”, se assemelham a o que Rosolato (1988) denomina *significante de demarcação*, distinto do *significante linguístico*, pela sua natureza não verbal. Quer dizer, um significante que tem um efeito de significado, numa relação absolutamente fixa, estável, efeito formulado *numa coerência assegurada seja pela utilização, pelas condições das ações ou necessidades, ou pelas convenções* (ROSOLATO, 1988, p. 34). São significantes que demarcam a experiência concreta e engessam a significação, compondo um signo fechado e estão presentes no início da aquisição da linguagem pelas crianças e nas psicopatologias (ROSOLATO, 1988, p. 34). Os *significantes de demarcação* não sofrem qualquer ruptura (metafórica), desde a qual vem à mudança, a diferença: é sempre o mesmo, tal como sempre afastar o prato de comida ao finalizar a refeição ou sempre colocar a mão no trinco ao pretender (?) sair do lugar. Vale entender que estes comportamentos não estavam nunca acompanhados de um olhar, uma vocalização, uma entonação. Chamei estes significantes de “gestos”, pretendendo não deixar como simples ato motor qualquer manifestação de Carlos, como simples *sinais* (ROSOLATO, 1988, p. 81), *como uma (re)ação dentro de uma situação* (ROSOLATO, 1988, p. 80) ou, algo encarnado na ação. Mas, me remeti, na minha reflexão, ao denominados *significantes de demarcação*, pois conceitualmente entendo o caráter de fixidez que há entre a ação e o sentido e a conseqüente necessidade de imaginar aí uma situação de interlocução, algo no campo do diálogo.

Na segunda sessão, quando entrei, Carlos me chama (?) de “mãe”, eu imediatamente respondo, cumprimentando-o, lhe dirigindo meu olhar, mas, ele rapidamente se esquiva. Diante da minha insistência para o contato, ele passa a apresentar o mesmo comportamento da sessão passada: perambula pela sala numa ecolalia incontida, voz em volume aumentado e ritmo acelerado. Percebo que devo me controlar e não insistir no contato. A convocação para a interação parece insuportável.

Mas, me chama a atenção o fato dele ter falado: parecer ser uma repetição diferida, o deslocamento de uma fala congelada, mas, em todo o caso, um deslocamento! Ele vai se aquietando, mas permanece distante da situação. Durante a organização da sala Carlos não participa, ficou sentado se auto –estimulando, contorcendo os dedos e fazendo balanceio e não olha para o que está acontecendo na sala.

Mas surge uma novidade: ao ser questionado se quer ou não comer, Carlos se senta e responde com gestos afirmativos e negativos de cabeça a cada alimento oferecido. Não olha para mim, mas olha para o que está sendo oferecido. Montamos um breve vai-e-vem! Ao terminar de comer, Carlos se levanta da mesa vai até o armário e, sem olhar para mim, fala “água”! Indico onde está e peço para que ele também sirva o amigo. Ele realiza o comando!

Aqui, duas novidades: uma solicitação verbal, a mim dirigida (?), ainda que seja um texto congelado, e uma resposta a uma convocação que implicava que Carlos se remetesse a um outro, ainda que nada tenha falado e nem o tenha olhado! Fiquei animada, pois sabia da dificuldade de lidar com um grupo de semelhantes, em que um não “provoca” o outro, dado seu sintoma fundamental! De qualquer forma, um esboço de circulação intersubjetiva!

Comento a conduta de Carlos e sigo com mais perguntas. Mas, como sempre, ao se sentir demandado, ele se agita, desconectando da situação. Vai se acalmando e, no final, quando sinalizo a todos que a “refeição acabou” “tchau”!, ele olha para mim e diz “tchau”, saindo apressadamente da sala. Dessa vez, ao falar olhou para mim, talvez marcando uma interlocução (?)

Na terceira sessão, entrei na sala e cumprimentei a todos. Sem me olhar, diz “moça, bom dia”! Mais uma vez, um deslocamento. Interessante notar que Carlos começa a fazer comigo a marcação de duração das sessões, com “bom dia” e “tchau”, parecendo se organizar na cena. Relembro a ideia de Dunker (2009) sobre “situação e duração”!

Mais uma novidade: começa a responder a convocações, passando a participar da construção da cena alimentar! Carlos pegou a água para a preparação do suco quando eu solicitei e a entregou sem olhar para mim, respondendo ao comando solicitado. Mas, como das outras vezes, na minha insistência (pedindo para

pegar ou fazer outras coisas), se recusa, agitando-se ou afastando-se. Tenho errado neste ponto! A convocação à interação precisa ser sutil...

Quando é chamado para pegar a sua comida, ele levanta a cabeça mesmo não olhando para mim e responde ao comando sentando-se à mesa. Porém, neste dia, observa toda minha movimentação para lhe servir os alimentos, numa nova atitude de compartilhamento. Mas, ao ser questionado “o que você quer”? desvia o olhar, rompendo a situação de partilha. Eu tinha ficado animada com a sessão passada e aquele esboço de diálogo...

Quando não quis mais a comida, Carlos empurra o prato para o meio da mesa e cruza os braços. Mais uma vez, comentei o “significante de demarcação” como se fosse um gesto comunicativo. Logo depois aceitou o meu pedido para colocar os pratos na bandeja e levá-los junto comigo até a cozinha. Nova participação da cena! Todavia, Carlos não reage à minha marcação do término da oficina: sai da sala sem qualquer manifestação: nem olha nem fala tchau.

Carlos ainda não consegue estabilizar uma interação: tem frágeis manifestações, raros olhares, alguns gestos, mas tudo se desfaz muito rapidamente. E, sobretudo, reage mal à minha insistente convocação à interação. É como se fosse um excesso!

Na quarta sessão, ao entrar na sala, cumprimento Carlos com meu habitual “bom dia”, mas, de início, ele não responde nem me olha. Insisto, mas ele permanece calado.

De repente, Carlos me cumprimenta: “bom dia”! Fiquei entusiasmada. Tentei conversar com ele sobre os alimentos que íamos consumir: recusou terminantemente o “diálogo”, passando a uma fala disfuncional, dizendo coisas sobre o seu cotidiano doméstico, repetindo nomes e fatos e a andar pela sala. Como é difícil acertar este limite entre interagir e recuar!

Carlos não participou da montagem da cena, apesar dos meus convites. Sentou-se à mesa e começou a comer. Quando acabou, falou: “Roseli, arroz”!

Nessa fala Carlos apresentou um chamado mais um pedido. Encenou uma interlocução, colocando-me no lugar de seu outro no diálogo(?). Comemorei sua conduta. Logo depois quando novamente foi interrogado sobre querer mais,

apresentou gesto de balançar a cabeça de forma positiva e olhou toda minha movimentação para servi-lo, recolocamos um breve vai-e-vem....

Nesse dia, ao término da refeição, perguntei se Carlos poderia me ajudar a varrer o chão: ele aceitou e varreu a sala toda comigo. Contudo, sem olhar em nenhum momento para mim! Comemorei! Mas saiu sem me olhar e sem me cumprimentar.

Nesta sessão, a quinta, o começo da cena alimentar foi difícil, pois Carlos estava agitado, andando pela sala e falando sem para sobre a saída de uma funcionária da Instituição. Ele se mostrava afetado pelo acontecimento, lastimando a ausência da moça! Mais uma vez, Carlos exhibe uma dificuldade extrema em lidar com modificações que se dão em seu entorno.

Demorou para ele se aquietar. Até porque todos estavam afetados pelo ocorrido! Comecei a montar a cena e pedi que ele pegasse a toalha para estendermos na mesa. Carlos pega a toalha e me dá sem me olhar e sem manifestar qualquer intenção de estendê-la. Pergunto se quer participar da preparação da salada de frutas e ele diz “não!”, mas acompanha com o olhar todos os meus movimentos da preparação. Aqui, Carlos se manifesta verbalmente (e não me pareceu um texto congelado) e compartilha a atenção. Duas novidades!

Mas, durante a refeição, se manteve calado e alheio. Quando solicitou mais alimento, recorreu a um significante de demarcação (mostrou o prato, apenas levantando-o a qualquer um?) e passou a confirmar ou negar minhas ofertas de alimento com gestos de cabeça e sem olhar para mim, mas, em todo caso, refazendo também neste dia o vai-e-vem...

Não participou da desmontagem da cena, mantendo-se distante, quieto. Quando me despedi para finalizar a cena, Carlos, sem me olhar, diz: “tchau, mãe!” Mais uma vez, um deslocamento de texto congelado, mas, de qualquer forma, uma presença.

Na sessão seguinte, a sexta, quando iniciei o trabalho, Carlos estava muito agitado, andando de um lado para o outro e repetindo: “Roseli, Reinaldo faltou! Tá doente!” Aqui, quero fazer alguns comentários.

O primeiro, sobre o fato de, mais uma vez, verificar a dificuldade de Carlos com qualquer modificação que se dê em sua rotina, como por exemplo, a ausência de

um cuidador, além, suponho, da própria dificuldade dele em compreender o que se passou realmente. O que gera angústia e agitação, penso, é a ausência do cuidador.

O outro, sobre a falação de Carlos. Um texto repetido inúmeras vezes, participando da encenação da agitação. Mas, um texto diferente porque tem um chamado “Roseli”, e uma enunciação: “Reinaldo faltou. Tá doente!” Penso que posso supor uma verdadeira cena de interlocução! E imaginar que ele estava contando para mim...

Comentei o fato, mas Carlos continuou na agitação. Insisti em sua participação na montagem da cena alimentar, pedindo que pegasse a toalha para colocar na mesa, na tentativa de interromper aquela agitação. Ele responde à convocação, mas sem olhar nem para mim nem para o que estava fazendo, quase que num movimento de cego. Parece que aqui há um jogo de forças contraditórias: ele é capturado pela interação, mas, ao mesmo tempo não escapa da angústia que lhe causa tanta agitação. Por isso, atua como cego.

No momento que a refeição foi servida, Carlos se contém e passa ao vai-e-vem de sempre, ao “diálogo” de sempre, intersubjetividade entre a minha oferta de alimento e sua aceitação ou recusa, feitas com gestos de cabeça. Mas, hoje uma pequena diferença: aceita ou recusa também com a fala!

Nesta cena, Carlos me mostra seu braço e eu comento (eu já havia sido informada de que ele havia tentado agredir sua avó e precisou ser contido, provavelmente pelo braço), perguntando o que ele queria (como se eu não soubesse o que ele estaria me contando), mas ele interrompe a interação.

Depois da refeição, quando eu solicitei para que ele colocasse seu prato na bacia, para ser lavado, me atendeu prontamente. Na sequência, pediu para tomar água, falando: “água”, “copo!” Lembro que estas “palavras” podem ser aquelas ainda “grudadas” no objeto ou na ação, mas as tomo como palavras, tentando construir o jogo intersubjetivo. Penso se não seria a forma, incipiente, de Carlos poder participar deste jogo!

Outra sessão que começa com Carlos agitado. Desta vez, porque um dos pacientes da Instituição foi embora. Outra vez, andando para lá e para cá, repetindo o nome do paciente e o fato dele ter saído: “O Léo foi embora!”. Mas, uma diferença: Carlos fica fora da sala. Peço para ele entrar e, atendendo ao meu pedido, olha para

mim e diz: “Sabe o Léo?” Respondi que sabia e ele continuou: “foi embora!” Interessante que a fala repetida de fora da sala, se modificou quando ele se dirige a mim “Sabe o Léo?”, como se me convocando, e, em seguida, esclarece: “foi embora!” Comento o fato, comemorando a conduta de Carlos.

Sugiro que ele participe da montagem da cena, na preparação do suco, mas Carlos se recusou, afastando-se. Outra vez noto a dificuldade, como na sessão anterior, de Carlos se desvencilhar da agitação (e angústia) que uma mudança em seu cotidiano lhe causa. Ele fica enredado em suas andanças e repetições, quase imune a qualquer intervenção de um outro que possa sustentar uma elaboração, a compreensão do ocorrido e mesmo a elaboração de seus sentimentos sobre isto.

Carlos parece conseguir se separar um pouco daquela condição, quando o funcionário entra na sala com os alimentos, passando a fazer um ritmo de olhares para mim e para a comida, como se dissesse: “olha o que chegou!” Quando passei a servir a refeição, foi aceitando ou negando os alimentos que eu oferecia com gestos de cabeça, olhando para mim e para o alimento, numa atenção compartilhada bem definida, diferente de quando iniciamos os trabalhos há semanas!

Mas, quando acabou de comer, outra vez recorreu a um “significante de determinação” para mostrar isto: empurrou o prato para o centro da mesa. Insisti em entender aquilo como um gesto e “traduzi-lo” em palavras. Mas Carlos não mais me olha.

Ele quis beber o suco, tentando pegar, mas pedi que esperasse um pouco, para eu poder servi-lo. Carlos conseguiu esperar! Algo muito difícil para ele, desde o começo. E mais! Foi “brincar” com outro paciente enquanto esperava!

A “espera” para estes pacientes é difícil, na medida em que suspende a situação que de qualquer forma o sustenta. E parece que a cena alimentar é propícia para a elaboração de situações de “espera”, pois deve ser montada, todos devem ser servidos cada um por vez e deve ser desmontada. Lajonquière (2010, p. 151) comenta sobre o *despontar de formas de espera* que seu atelier de cozinha propicia, tal como estava acontecendo aqui conosco. A “brincadeira” com o amigo mostrou um passo a mais de Carlos, pois a “espera” em outras ocasiões, o levou a emprestar seu corpo à angústia do esperar: mexer nos dedos, balançar o corpo.

Comecei, então, a organização da limpeza da sala, indicando o término da cena. Carlos olha para mim e me chama (?): “mãe!” e quando olho para ele, me diz “Roseli”, o que eu comemoro! Mas, a partir daí, não fala mais. Interessante porque “mãe” parece ter sido um deslocamento de texto congelado (convocatório), mas, Carlos, imediatamente (re)ajeita a palavra, atualizando-a: “Roseli”. Quanta novidade!!

Na sessão seguinte, Carlos, outra vez, estava agitado. Andando pela sala e falando nomes de cuidadores e de pacientes. Tentei iniciar o trabalho.

Comecei a organizar a sala, limpando a mesa e ao colocar a toalha em cima da mesa, pedi para Carlos ajudar e ele responde à minha convocação, me olhando e olhando a ação que realizávamos, compartilhando o evento! Mas, falando repetidamente os nomes... Como se aquelas palavras estivessem grudadas em sua boca...

Comecei a refeição e Carlos mais uma vez participou, aceitando ou negando os alimentos com gestos de cabeça e olhando para mim e para os alimentos. Foi se acalmando... Mas, de repente, levantou-se da mesa, se aproximou de outro paciente que começava a se agitar e, imediatamente, se contagiou! Ambos ficaram andando e falando repetidas frases e nomes. Mas, penso que algo diferente ocorreu: Carlos olha para mim e diz: “Quer ajuda? Chama o Pedro!” Ora, Pedro era o funcionário a que recorríamos toda vez que um paciente ficava muito agitado e não conseguíamos dar conta de acalmá-lo. A fala de Carlos foi um deslocamento de texto congelado, mas desta vez, ao olhar para mim, parece que ele recorreu a um texto já editado para poder “falar” comigo... e, talvez, mais ainda: será que ele não pediu uma ajuda para escapar da agitação também? Recusei a oferta e passei a acalmar o paciente que rapidamente se aquietou. Carlos ficou calmo também, parecendo se assegurar da situação através da minha fala. Acabamos a oficina, mas Carlos nem me olhou nem se despediu.

Nesta sessão, a nona, todos estavam fora da sala quando cheguei. Pedi que entrassem e Carlos apresentou certa resistência (?). Acabou entrando, mas não aceitou participar da montagem da cena.

Durante a refeição, mudei um pouco a situação: oferecia o alimento, mas o paciente que deveria se servir após meu consentimento: “Quer feijão?” “Sim/não”. “Pode se servir”. Neste esquema, o “diálogo” incluía a “espera”. Carlos se movimentou

muito bem! Mudança! Uma mudança maior mesmo: atendeu à minha convocação de servir dois amigos! Não olha para eles, apenas segue com o olhar o próprio movimento. Mas, faz o pedido.

Na sobremesa, perguntei se queria gelatina de morango ou abacaxi e Carlos aceitou, preferindo: “abacaxi”. Claro que ele simplesmente pode ter usado a minha última palavra para responder, mas pode ser que não! Penso nisto porque, na sequência, ele solicita “mais!” e eu pergunto se de abacaxi novamente e ele responde “não!”. Ofereço a de morango e ele come tudo. Parece que Carlos, finalmente, está mudando de posição no discurso!! E isso fica mais claro para mim quando, ao final da refeição, peço que ele me ajude a levar os pratos para a cozinha e ele me responde: “Roseli, eu não quero!”.

Fiquei muito afetada pela sua fala e fui abraçá-lo, comemorando sua circulação discursiva e subjetiva!!! Despedi-me dele, que saiu sem falar nem olhar para mim.

A última sessão foi muito difícil. O funcionário se atrasou bastante para levar nossa refeição e todos começaram a se agitar, inclusive Carlos. Estava insuportável esperar. e talvez também estivesse insuportável a possibilidade de que aquele dia não haveria a cena.... Penso nisto, pois Carlos, em sua agitação, usa o corpo: range os dentes e aperta os dedos! Isto, apesar de que tento o tempo todo explicar o atraso e solicitar calma...

Interessante que, apesar desta agitação intensa, toda vez que eu me dirigia a Carlos, explicando e tentando acalmá-lo, ele olhava para mim, como se tentando estabelecer uma interlocução no interior da qual ele pudesse, sustentado por mim, elaborar de algum modo à situação.

Finalmente a refeição chegou e eu montei a cena rapidamente. Mais uma vez, Carlos participou da refeição aceitando ou recusando com gestos de cabeça os alimentos que eu lhe oferecia, alternando o olhar. Quando ele ia começar a comer e percebeu que estava sem o garfo, olhou para mim, como se solicitando o talher. Insisti que ele falasse o que estava querendo! Ele podia! E ele pediu: “garfo!”. Comemorei! Carlos comeu tudo.

Depois disto, Carlos se desligou... levantou, encostou na parede e começou a cantar (um rap?). Tentei falar com ele sobre a música, mas ele parou de cantar e só voltou quando eu me calei. Não interagi mais, saiu sem se despedir.

## 6. COMENTÁRIOS INTERPRETATIVOS

Início meus comentários sobre a questão do grupo terapêutico. A Instituição organiza os grupos-classe pela homogeneidade de sinais e sintomas, bem como de habilidades e competências, numa certa tradição na composição de estruturas grupais.

Mas este caso mostra, no meu entendimento, que no caso da linguagem, naquilo que diz respeito à comunicação que, em outros termos, diz respeito à posição discursiva do sujeito nas cenas de linguagem, a homogeneidade é fator negativo. Tendo a concordar com Kupfer, Voltolini e Pinto (2008, p. 105) que unir em grupo pacientes com diferentes estruturas (discursivas) promove a possibilidade de uma circulação em diferentes posições na linguagem, o que vai levar cada um deles a mudar a própria posição subjetiva. Isto é, a diferença de cada um “provoca” o outro na sua diferença, num trabalho que deixa de ser exclusivamente, apesar de privilegiadamente, efeito do agenciamento do desejo do adulto “em causa no ato”, o terapeuta (LAJONQUIÈRE, 2010, p. 147). Seria esta a vantagem do trabalho em grupo.

Naquele grupo da OC, todos os pacientes tinham o mesmo diagnóstico psiquiátrico, as mesmas condições comunicativas, em outros termos, ocupavam as mesmas posições discursivas (a presença por não ocupar a posição de quem “enuncia” algo para alguém) o que os impedia de um “provocar” a diferença no outro. Em verdade, parecia que ali havia cinco adolescentes na sala e não exatamente um “grupo”: não se olhavam, não se tocavam, não se falavam, não compartilhavam nenhuma situação. A única coisa que abalava a todos era o contágio imediato em situações de alguma agitação por parte de um deles. Parecia que todos acabavam enredados em andanças e falações repetidas, sem a menor possibilidade de escapar deste redemoinho de angústia. Essas agitações ocorriam na mudança de situação, coisa a que o autista resiste (JERUSALINKY, 2004, p. 59), qual seja, mudança na posição simbólica. O contágio é corporal: andar sem parar, gritar ou falar repetidamente uma palavra ou frase, em voz alta e ritmo bem acelerado. Ou seja, o corpo se agita porque não há palavra alguma a ser dita.

Carlos me mostrou uma diferença: quando ele pode esboçar uma mudança em sua posição discursiva, conseguiu responder a convocações que incluíam outros pacientes, começando, de modo muito frágil e muito sustentado por mim na segunda sessão e culminando na última quando ele mesmo demanda a presença do cuidador para acalmar o amigo e a ele mesmo! Não pode ainda olhar ou falar com algum deles, mas conseguiu incluí-los em alguma ação, como servir o suco, por exemplo, reconhecendo, de modo absolutamente incipiente, a sua presença.

Prossigo nos comentários, remetendo-me a duas questões paralelas: a marcação da duração da cena, de que fala Dunker (2009) e a condição de “espera” que Lajonquière (2010) discute.

Na OC, de dois modos eu faço a marcação do início e do término da cena: falando “bom dia!” e “tchau!”, arrumando a mesa para começar e varrendo o chão para acabar.

Em todas as sessões, convido Carlos para participar do começo e do final da montagem da cena. Ele às vezes inicia uma sessão com a montagem e às vezes termina com a desmontagem. Em outras participa de parte da montagem ou da desmontagem, mas sem olhar ou falar/gesto qualquer, quase que num movimento de cego... (leva os pratos para a cozinha, varre a sala). Quer dizer, ora consegue acompanhar a marcação do início e do término, ora não consegue nem uma nem outra marcação. A marca do tempo ainda é fragilmente esboçada. Parece ser um empreendimento excessivo para Carlos compartilhar a ação de montagem/desmontagem da cena, assumindo assim uma posição de certa forma passiva, como se a cena não instanciasse qualquer temporalidade e como se ele não pudesse criar uma experiência, ou seja, marcar um tempo.

Outra forma de marcar a duração da cena era através de cumprimentos “bom dia!” e “tchau!”. Carlos esboça uma marcação já a partir da segunda sessão, a princípio com descolamentos de textos congelados do tipo “mãe!”, “moça, bom dia!” e, em algumas vezes, com “bom dia!” na sequência da minha fala. Pouquíssimas vezes o olhar acompanhou a fala! E a marcação do final sempre foi mais frágil, sendo que em apenas umas poucas vezes Carlos disse tchau! E em uma vez, “tchau, mãe!”, num evidente deslocamento de texto congelado. Geralmente, Carlos saía da sala, sem me olhar ou me cumprimentar. Vale comentar que nas sessões, sobretudo a partir da

sexta, em que Carlos estava muito agitado, esta marcação era impossível de ser feita! Lembro Jerusalinsky (2004, p. 59) que diz que “*um autista se caracteriza precisamente porque não olha para o outro [...] é uma negativa fundamental*”.

É preciso aqui retomar Groisman e Jerusalinsky (2004) quando abordam a questão da temporalidade ligada à recusa da ação pela palavra, quer dizer, enquanto não houver palavras circulando pelo diálogo, não haverá temporalidade, daí a dificuldade de Carlos em determinar o início e/ou o término da sessão, seja pela ação, seja pela palavra.

Outro aspecto ligado a esta circunstância é a “espera”.

A *espera* implica a antecipação de uma situação (o novo? o inesperado? o desconhecido?), algo com que o autista tem dificuldade em lidar, preferindo recusar a mudança, como várias vezes já apontei em minhas considerações. Além da antecipação, a *espera* implica em alguma ação que a defina (o que fazer enquanto se espera?), outra coisa difícil, sendo que, na maior parte das vezes, o comportamento que eu podia observar era um “virar-se em si mesmo”, um fechamento no próprio corpo, como se fosse insuportável *esperar*.

Repito, o tempo implica a palavra, como explicam Groisman e Jerusalinsky (2004, p. 244), pois *na ação não há tempo, é agora mesmo*. Carlos ainda não estava com a palavra na sua boca e, portanto, numa existência sem tempo ainda. Vamos lembrar de suas ecolalias, seus significantes de determinação...

Um terceiro ponto que pretendo comentar diz respeito à “fala” de Carlos. Antes de mais nada, é importante o fato de Carlos (preferir?) não falar. Ele tem ecolalias, alguns gestos (congelados), “significantes de determinação”, raros olhares (a maior parte das vezes, aquele olhar que não olha...). Manifestações fora do discurso, alheias a uma dialogia.

Groisman e Jerusalinsky (2004, p. 244) lembram que *a linguagem não é simplesmente um instrumento da comunicação. Desta maneira, a língua é o lugar onde o sujeito habita [...] A língua dá a possibilidade da subjetivação e o discurso, a sua efetivação[...] este discurso sempre tem um outro a quem vai dirigido* e aí se funda o diálogo. E nesta estrutura é que gestos vão alcançar o caráter simbólico. Ora, o que Carlos não podia era exatamente entrar no “diálogo”, sendo poucas as vezes em que conseguia encenar uma tênue alternância entre mim e ele: ao aceitar ou recusar o

alimento por mim oferecido. Ou, então, encenar uma “troca” de palavras, descompassada, é verdade, sempre pelo deslocamento de um texto congelado: “moça, bom dia!”.

E, neste ponto, posso comentar sobre os ditos “significantes de determinação”, uma manifestação ligada à experiência, como nos ensinou Rosolato (1988).

Groisman e Jerusalinky (2004, p. 244) continuam esclarecendo que a *palavra diz NÃO à ação e SIM ao desejo. O desejo é verbalizado e fica iniciado o diálogo. A ação, se não, se consome no puro fazer [...] a palavra diz NÃO à ação imediata e SIM ao desejo, estabelecendo um tempo, pois na ação não há tempo, é agora mesmo.* Esse “agora mesmo”, puro fazer, só experiência, era demarcado por Carlos, ao afastar o prato de comida ao acabar de comer, por exemplo. Eu, todas às vezes, tomei isto como um “gesto”, tentando acolher a manifestação no interior do diálogo.

Aqui, cabe, mais uma vez, pensar em termos de *redundância*. Isto é, colocar as manifestações de Carlos em *diferentes campos associativos para que essa letra não seja uma mera reprodução robotizada, uma mera expressão do automatismo, mas um lugar de articulação associativa do sujeito* (GROISMAN E JERUSALINSKY, 2004, p. 250). E aí, sim, haverá diálogo e comunicação!

É o diálogo que cria a ideia de que a língua serve, fundamentalmente, à comunicação. Com Carlos fica possível perceber que, antes de tudo, o que falta é o diálogo, espaço de movimentação entre dois sujeitos. Mas, a questão de Carlos é exatamente esta: reconhecer o outro (sujeito) para fazer-se sujeito! Daí essa falação, esta gesticulação que não é palavra! Dito de outra forma, *o problema da língua (da fala) não é um problema da comunicação ou da compreensão, é o problema da inscrição de um sujeito (no campo da linguagem)* (PLON, 2002, p. 120).

Por este motivo, na nona sessão, exultei quando ele recusou participar da desmontagem da cena alimentar, dizendo “Roseli, eu não quero!”. Exultei, apesar de saber que não necessariamente o espaço dialógico estaria estabelecido e nos sustentando definitivamente. Tanto que na sessão seguinte, tudo voltou a ser “não palavra”. Mas comemorei! E o abracei para falar do meu afeto, também!

Quero comentar estas “não palavras”.

Em algumas ocasiões, Carlos apresentava uma fala incessantemente repetida, penso que uma ecolalia, uma repetição de um texto congelado, do tipo: “Sabe o Léo? Tá doente!” ou “Reinaldo faltou” ou o nome de familiares, de outros pacientes, etc. Estas “falas” surgiram sempre em ocasiões de muita agitação frente a algo inédito: a ausência de alguém, o adoecimento de alguém, etc.

De fato, são falações: palavras repetidas sem parar, voz mais alta, acompanhadas de uma hipercinesia, como se fossem palavras jogadas ao vento, para todos e para ninguém escutar. Penso que minha função ali com Carlos seria a de sempre tomar aquela falação como uma fala para mim, no diálogo, na elaboração de um fato, de uma sensação, de um sentimento... E, assim, sempre joguei qualquer falação para o interior da cena alimentar, cujo ponto central era exatamente a interlocução criada por: “Você quer X?”, ou seja, fundamentalmente uma cena dialógica. E me parece que no rastro destes indícios é que veio a palavra: “Roseli, eu não quero!”.

Nestes momentos, sempre me remeti a Groisman e Jerusalinsky (2004, p. 251) que fazem a seguinte pergunta: *interessa a palavra ao sujeito desta operação terapêutica?*

Acho que sim! Por isso, ao meu ver, Carlos é um grande caso clínico.

## 7. CONCLUSÃO

O caso Carlos acabou por se configurar emblemático no atendimento fonoaudiológico de adolescentes diagnosticados no Transtorno do Espectro do Autismo, quando o objetivo principal é o de instaurar e sustentar a comunicação. Isto porque ele acabou exibindo, ao longo das sessões, mudanças importantes tanto na circulação discursiva quanto na ocupação de diferentes posições subjetivas, o que abriu espaço à assunção de diferentes papéis na cena da comunicação.

Tais mudanças emergiram, provavelmente, como efeito de uma estrutura intersubjetiva sustentada pelo dispositivo escolhido para a intervenção, a OC. Esta estrutura possibilita uma redundância, nos termos de Jerusalinsky, que é fundamental: o ritual assegura o mesmo e o diferente concomitantemente, oferecendo condições para a circulação discursiva e para a ocupação de várias posições subjetivas. Neste jogo entre o familiar e o estranho, para lembrar das palavras freudianas, é que a movimentação fica permitida. Isto é fundamental, já que apenas esta circulação pode garantir ao sujeito encenar diferentes papéis comunicativos.

Aqui vale uma observação, aquela que se refere à construção de grupos terapêuticos. Foi notável a dificuldade de se trabalhar com um grupo homogêneo, como este em que o paciente estava inserido, no sentido de instaurar um trânsito discursivo mínimo. A semelhança, neste caso, funciona como um obstáculo à mudança, como um reforço à manutenção de padrões estereotipados, tão frequentes em pacientes com TEA.

O estudo também permitiu verificar que o trabalho com adolescentes é eficaz, diferentemente do que a tradição preconiza, quando privilegia o trabalho mais precoce. Porém, note-se que esta eficácia se atrela ao fato de o dispositivo terapêutico selecionado para a intervenção garantir uma estrutura intersubjetiva fértil, que possa instigar e sustentar a movimentação do paciente na linguagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM V. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

ABREU, C.S.; CARDOSO-MARTINS, C.; BARBOSA, P.G.: A Relação entre atenção compartilhada e a teoria da mente: Um Estudo Longitudinal. *Psicologia Reflexão e crítica*.v. 27, n. 2, p,409-414, 2014.

BALESTRO, J. I.; SOUZA, A.P.R.S. e RECHIA, I. C. Terapia fonoaudiológica em três casos do espectro autístico”, ,2009, *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2009;14(1):129-35

BELLINI, A.E.G.; FERNANDES F.D.M. Olhar de bebês em desenvolvimento típico: correlações longitudinais encontradas. *Revista da sociedade brasileira de fonoaudiologia*. 2007. 12 (3); 165-175

BEVILACQUA, M. Habilidades comunicativas de autistas não verbais frente a um programa pictórico de comunicação alternativa, p 65, tese de doutorado Universidade Federal de São Paulo –UNIFESP- São Paulo 2012.

BOM, R.B.P.; MACHADO, F.P.; CUNHA, M.C., PALLADINO, R.R.R. A oficina de cozinha como dispositivo terapêutico fonoaudiológico. *Distúrbios da Comunicação*. 2009; 21(1): 15-20.

BOSA, C. Atenção Compartilhada e Identificação Precoce do Autismo, *Psicologia: Reflexão e crítica*, 2002, 15 (1), pp 77-88

CAMPELO, L.D.; JONIA, L.A.; LIMA, C.N et. al. Um Estudo de Habilidades Comunicativas em Crianças,2009 *Rev. CEFAC*. 2009 Out-Dez; 11(4): 598-606

CHARMAN, T.; HOWLIN, P.; BERRY, B.; PRINCE, E. Measuring developmental Progresso f children with autismo espectrun disorder on school entry using parent report. *Autism* 2004; 8(1)89-100

CARDOSO, C. A atuação fonoaudiológica em uma instituição psiquiátrica com crianças do espectro autístico. 2001. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Universidade de São Paulo. São Paulo.

CARDOSO, C.; FERNANDES, F.D.M. Comunicação de crianças do espectro autístico em atividades em grupo. *Pró-Fono*. 2004;16(1):67-74.

\_\_\_\_\_. Uso de funções comunicativas interpessoais e não interpessoais em crianças do espectro autístico. *Pro fono*. 15 (3): 279-86-2003.

\_\_\_\_\_. Relação entre os aspectos sócio-cognitivos e perfil funcional da comunicação em um grupo de adolescentes do espectro autístico. *Pró-Fono R Atual Cient*. Jan-Apr. 2006; 18(1): 89 – 98.

CARDOSO, C.; MORATO, P.F.S.; ANDRADE, S.; FERNANDES, F.D.M. Desempenho sócio cognitivo e adaptação sócio –comunicativo em diferentes grupos incluídos no espectro autístico. *Pro fono*. 2010, 22:43-8

CERVONE, L.M.; FERNANDES, F.D.M. Análise do perfil comunicativo de crianças de 4 e 5 anos na interação com o adulto. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2005, 10(2):97-. 105.

COSTA PEREIRA, M. E. Discussão sobre articulação entre psicanálise e pesquisa. In: Lener, R.; Kupfer. M. C. (orgs). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. Ed escuta: SP, 2008.

CUNHA, M.C.; PALLADINO, R.R.R.; SILVA, M.F.F. Estudo de caso clínico na pesquisa fonoaudiológica: da cena clínica às formulações teóricas. *Distúrbios Comun. São Paulo*, 27(1): 192-195, março, 2015.

DEFENSE, D A.; FERNANDES, F.D.M. Estudo Longitudinal do perfil funcional de comunicação adolescentes autistas. 89p. Dissertação (Mestrado) faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, Programa de ciência da Reabilitação- São Paulo, 2010.

DOLTO, F. A imagem inconsciente do corpo Ed. Perspectiva: SP, 2004.

DOMMERGUES, J. P.; BADER-MEUNIER, B. & EPELBAUM, C. A comunicação do diagnóstico da doença crônica na criança. In M. L. Gille. *Boi da cara preta: crianças no hospital* pp.121-142). 2003, Salvador: Ágalma.

DUNKER, C.I.L. Usos e Funções da Construção do Caso Clínico em Psicanálise. Anais do V Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde a psicanálise aplicada à terapêutica no Hospital: resultados, 2009.

FARAH, L.S.D.; PERISSINOTO, J.; CCHIARI, B.M. Estudo longitudinal da atenção compartilhada em crianças autistas não – verbais. *Revista. Cefac*, 1 (4): 587-597. 2009

FERNANDES, F.D. Resultados de terapia fonoaudiológica com adolescentes com diagnósticos inserido no espectro autístico, *Pró- Fono*. 2005; 17(1): 67-76.

FERNANDES, F.D.M.; AVEJONAS, D.R.M; MORATO, P.F.S. Perfil funcional da comunicação nos distúrbios do espectro autístico. *Revista CEFAC*. 2006; 8(1), 20-6

FERNANDES, F.D.M. Aspectos funcionais da comunicação de crianças autistas. *Temas sobre desenvolvimento*, v9 n.51, p25-35, 2000

FERNANDES, F.D.; CARDOSO, C.; SASSI, F.C.; AMATTO, C.H; SOUSA-MORATO P.F. Fonoaudiologia e autismo; resultado de três diferentes modelos de terapia de linguagem. *Pró- Fono Revista de Atualização Científica*, 2008, 20 (4) pp. 267-72.

GADIA, C; TUCHMAN, R.; ROTTA, N.. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento: *J. Pediatr. (Rio J.)* 2004, vol.80, n.2, suppl., pp.83-94.

GOLSE, B; GUINOT, M. la bouche et l'oralité. reeduc orthophon . Rééduc., Paris, ano 42, n220, p 23-30, 2004.

GROISMAN, M.L; JERUSALINKY, A. Terapêutica da linguagem: entre a voz e o significante. In: Jerusalinsky,A (org) *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Ed. Artes e Ofícios:PA, 2004

JERUSALINSKY. A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto alegre: Artes e ofícios, 1999.

\_\_\_\_\_. *Psicanálise e o desenvolvimento infantil* In Foster H. *O Autismo em neurologia infantil*. (2004)

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. *The Nervous Child*, [S.I.], v. 2, p. 217-250, 1943.

KUPFER, MC; VOLTOLINI, R; NOYA PINTO, F.S.C. O que uma criança pode fazer por outra? Sobre grupos terapêuticos de crianças. In: Kupfer, M.C; Noya Pinto, F.S.C (orgs) *Lugar de vida: vinte anos depois*. Editora Escuta: SP, 2010.

LAJONQUIÈRE, L De cozinheiro e de louco todo mundo tem um pouco. In: Kupfer, M.C; Noya Pinto, F.S.C (orgs) *Lugar de vida: vinte anos depois*. Editora Escuta: SP, 2010

LAMPREIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. *Psicologia ciência e profissão*, 2009,29 (1), pp. 160-171

LOPES–HERRERA, A.S; ALMEIDA, M.A. O uso de habilidades comunicativas verbais para aumento de extensão de enuncados no autismo de alto funcionamento e na síndrome de Asperger. *Pro fono Revista de Atualização Científica*, 2008, 20(1):37-42

MACHADO, F.P. Problemas de linguagem oral e de alimentação: co-ocorrências na clínica fonoaudiológica. 88p Dissertação (Mestrado em fonoaudiologia) PEPG em fonoaudiologia, PUC-SP, São Paulo, 2007.

MISQUIATTI; A.; BRITO, M.C. Terapia de linguagem de irmãos com transtornos invasivos do desenvolvimento: estudo longitudinal. 2010. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* 2010;15(1), pp. 134-9

MONTANARI, M. Comida como cultura. Ed. Senac: São Paulo, 2008.

SOUSA-MORATO; P.F.S; FERNANDES, F.D.M. Análise do perfil comunicativo quanto à adaptação sócio comunicativa em crianças do espectro autístico. *Rev. soc. bras. fonoaudiol.* 2006; 11(2):70-4.

MUNDY, P.; NEWELL, L. attention, joint attention, and social cognition. *Curr Dir Psychol Sci.* 2007; 16(95): 269-74

NASIO, J.D. Os Grandes Caso de Psicose, Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001

PALLADINO, R.R.R; CUNHA, M.C; SOUZA, L.A.P. Problemas de linguagem em crianças: co-ocorrência ou coincidência? *Pró-Fono R. Atual. Cient.* 2007; 19(2): 205-14

PLON, M. Algumas questões técnicas levantadas por uma prática com crianças na ótica psicanalítica. Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental. vol.V, n. I, 2002

PERISSINOTO, J. Processo de Evolução da Criança com Autismo. In: Perissinoto, J. Conhecimentos Essenciais para Atender bem a Criança com Autismo. São Paulo: Pulso. p. 23-27. 2003

ROSOLATO, G. Elementos da interpretação. Ed Escuta: SP, 1988.

São Paulo, 2013: Protocolo do Estado de São de diagnóstico, tratamento e encaminhamento de pacientes com transtorno do Espectro Autista (TEA). Ed1.

SAUSSURE, F. Curso de linguística Geral. Ed Cultrix: São Paulo.

SILVA, R.A; HERRERA, S.A; DE VITTO, L.P. Distúrbio de linguagem como parte de um transtorno global do desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. Rev. soc. bras. fonoaudiol. vol.12 no.4 São Paulo Oct. /Dec. 2007.

SOUSA-MORATO, P.F. Perfil funcional da comunicação e a adaptação sócio – comunicativa no espectro autístico – São Paulo Faculdade de Filosofia, Letras e ciências Humanas da Universidade de São Paulo, 2007. P. 229. Tese de Doutorado.

TOMASELLO, M. Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. J. Dunham (Orgs.). Joint attention. Its origins and role in development, Hillsdale, NJ:Lawrence Erlbaum, 1995, pp.103-130.

VASCONCELLOS, F.M. Da estereotipia ao significante: movimentos a partir de um tratamento em instituição. In: kupfer, MC e Noya Pinto,FSC (orgs) Lugar de Vida: 20 anos depois, Ed Escuta:SP, 2010

WETHERBY. B.; SCHULER A. L.; PRIZANT, B.M. Enhancing language na commucation development; theoretical foundations. In: cohen DJ, volkmar FR, editors. Handbook of pervasive developmental disorders. NewYork; John wiley and sons inc.; 1997, p. 513-538.

ZAMBOTTI, N.; Linguagem e alimentação em casos de Prader Willi e Kabuki: Trabalho fonoaudiológico em oficina de Cozinha. Dissertação de mestrado 2010. São Paulo.

## **ANEXOS**

## ANEXO I – Parecer Consubstanciado CEP



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE SÃO PAULO -  
PUC/SP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Análise do perfil comunicativo de adolescente e adulto com TEA Oficina de cozinha como dispositivo terapêutico

**Pesquisador:** Roseli Cristina Campos do Carmo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69035817.0.0000.5482

**Instituição Proponente:** Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.314.037

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de protocolo de pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia (PEPG em FONO), vinculado à Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde (FCHS) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP).

Projeto de pesquisa de autoria de Roseli Cristina Campos do Carmo, sob a orientação da Profa. Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino.

A presente proposta de pesquisa informa resumidamente que "(...) A Oficina de cozinha - O.C é um dispositivo terapêutico fonoaudiológico pertinente à elaboração de linguagem, uma vez que ali se remontam cenas simbólicas e inaugurais das oralidades, promovendo efeitos positivos nos casos clínicos de casos de transtornos da oralidade em jovens e adultos. Objetivo: verificar a potencialidade da oficina de cozinha em pacientes adolescentes e adultos com o diagnóstico transtorno do espectro autístico. Método: Foram selecionados 20 pacientes com diagnóstico médico de transtorno do espectro autista (TEA) e idade de 10 a 29 anos, do gênero masculino. Será aplicada anamnese, Escala de Vineland. Os pacientes serão distribuídos em dois grupos, oficina de cozinha e oficina de linguagem. Reaplicação da Escala de Vineland."

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C  
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
UF: SP Município: SAO PAULO  
Telefone: (11)3570-8465 Fax: (11)3570-8465 E-mail: cometic@pucep.br



Continuação do Parecer: 2.314.037

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Verificar os efeitos do uso do dispositivo terapêutico OC no trabalho com adolescentes e adultos com TEA, para o desenvolvimento de suas habilidades comunicativas.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Atendem satisfatoriamente ao que está disposto e é recomendado na Resolução CNS/MS n. 466/12 que trata das pesquisas que envolvem seres humanos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo-se concluir que a pesquisa possui uma linha metodológica definida, base da qual será possível auferir conclusões consistentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentados a contento, conforme orienta a Resolução CNS/MS n° 466/12, os Regimento e Regulamento Interno do Comitê de Ética em Pesquisa, campus Monte Alegre da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - CEP-PUC/SP e o Manual Ilustrado da Plataforma Brasil, disponíveis para consulta no site: [www.pucsp.br/cometica](http://www.pucsp.br/cometica)

**Recomendações:**

Recomendamos que o desenvolvimento da pesquisa siga os fundamentos, metodologia, proposições, pressupostos em tela, do modo em que foram apresentados e avaliados por este Comitê de Ética em Pesquisa. Qualquer alteração deve ser imediatamente informada ao CEP-PUC/SP, indicando a parte do protocolo de pesquisa modificada, acompanhada das justificativas.

Também, a pesquisadora deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme indicado pela Res. 466/12:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) elaborar e apresentar o relatório final;
- c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento;

Endereço: Rua Ministro Godói, 969 - sala 63 C  
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3570-8465 Fax: (11)3570-8465 E-mail: [cometica@pucsp.br](mailto:cometica@pucsp.br)



Continuação do Parecer: 2.314.037

- d) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- f) justificar, perante o CEP, interrupção do projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há, portanto, recomendamos a aprovação da pesquisa ao Colegiado do CEP-PUC/SP.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Typo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_922470.pdf	16/05/2017 22:33:17		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.docx	16/05/2017 22:26:05	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito
Outros	oficio.docx	16/05/2017 22:22:52	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	16/05/2017 22:22:38	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	16/05/2017 17:20:59	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	inst.pdf	16/05/2017 17:18:33	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	16/05/2017 17:12:48	Roseli Cristina Campos do Carmo	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Aprovação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Ministro Godói, 929 - sala 63 C  
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3570-8466 Fax: (11)3570-8466 E-mail: comitce@pucep.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE  
CATÓLICA DE SÃO PAULO -  
PUC/SP



Continuação do Parecer: 2.314.037

SÃO PAULO, 04 de Outubro de 2017

---

Assinado por:  
Edgard de Assis Carvalho  
(Coordenador)

Endereço: Rua Ministro Godói, 909 - sala 83 C  
Bairro: Perdizes CEP: 05.015-001  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)3570-8485 Fax: (11)3570-8485 E-mail: cometic@pucep.br

Página 04 de 04

## ANEXO II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

São Paulo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

**Pesquisadora Responsável:** Fga. Roseli Cristina Campos do Carmo

Título do Estudo: “**O desenvolvimento das habilidades comunicativas em pacientes com T.E.A: o trabalho fonoaudiológico na Oficina de Cozinha**”.

Propósito do Estudo: Esclarecer os movimentos de linguagem que se operam nos participantes através do processo terapêutico realizado no interior da oficina de cozinha.

Caro (a) Senhor (a) \_\_\_\_\_, venho por meio deste, pedir a autorização pela participação do (a) seu (sua) filho (a) nesta pesquisa, de forma voluntária, ressaltando que o procedimento não lhe oferecerá riscos ou desconfortos, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento. Não haverá compensação financeira pela participação na pesquisa.

A atividade ocorrerá em grupo, mantendo a divisão grupo/sala feita pelos coordenadores e equipe técnica da instituição.

O Objetivo Verificar os efeitos do uso do dispositivo terapêutico OC no trabalho com adolescentes e adultos com TEA, para o desenvolvimento de suas habilidades comunicativas.

De forma a registrar exatamente o que ocorreu nas intervenções, os atendimentos serão registrados em vídeo. O material será visto pela pesquisadora e pelos membros autorizados do grupo de pesquisa da PUC-SP, além da equipe da Evolução - Centro de Convivência Unidade I. Os dados coletados na pesquisa poderão ser publicados em mídias, artigos científicos e/ou apresentados em congressos da área e afins. Nessa direção, assumimos a responsabilidade de não publicar dados que comprometam o sigilo dos participantes como nome, endereço e outras informações pessoais.

O Comitê de Ética em Pesquisa que revisa todos os estudos desenvolvidos na instituição aprovou este documento, bem como o projeto para o qual seu filho (a) está sendo convidado a participar.

Ressalta-se a garantia de seu acesso em qualquer etapa do estudo, sobre quaisquer esclarecimentos e eventuais dúvidas:

À profissional **Roseli Cristina Campos do Carmo** responsável pela pesquisa para esclarecer eventuais dúvidas - e-mail; cscr\_rose@yahoo.com.br, telefone 4625-2254 e celular 96048-5764 e orientadora **Professor (a) Drª Ruth Ramalho Ruivo Paladino** que se encontra na PUCSP campus-Monte Alegre - Secretaria de Pós graduação- Endereço: Rua Ministro de Godoi,969- 4]º andar sala 4E-13 – Perdizes- SP- tel. (11) 3670-8466

De acordo,

\_\_\_\_\_  
Pais ou Responsável

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Responsável

## Anexo III - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201 \_\_\_\_.

A senhora Valeria Pagetti

Eu, **Roseli Cristina Campos do Carmo**, responsável principal pelo projeto de pesquisa de mestrado, venho pelo presente, solicitar vossa autorização para realizar este projeto de pesquisa no (a) **Evolução- centro de convivência unidade I** para o trabalho de pesquisa sob o título “**O desenvolvimento das habilidades comunicativas em pacientes com TEA: uma experiência de atendimento fonoaudiológico na Oficina de Cozinha**”. A proposta da pesquisa é esclarecer os movimentos de linguagem que se operam nos participantes através do processo terapêutico realizado no interior das oficinas de cozinha.

Você terá acesso ao profissional Roseli Cristina Campos do Carmo responsável pela pesquisa para esclarecer eventuais dúvidas - e-mail; cscr\_rose@yahoo.com.br, telefone 4625-2254 e celular 96048-5764 e orientadora **Professor (a) Drª Ruth Ramalho Ruivo Paladino** que ser encontrada na PUCSP campus- Monte Alegre - Secretaria de Pós graduação- Endereço: Rua Ministro de Godoi,969- 4]º andar sala 4E-13 – Perdizes- SP- tel. (11) 3670-8466

Os dados obtidos nesta pesquisa serão utilizados na publicação de artigos científicos e que, assumimos a total responsabilidade de não publicar qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes de vossa instituição como nome, endereço e outras informações pessoais não serão em hipótese alguma publicados. Na eventualidade da participação nesta pesquisa, causar qualquer tipo de dano aos participantes, nós pesquisadores nos comprometemos em reparar este dano, e ou ainda prover meios para a reparação. A participação será voluntária, não fornecemos por ela qualquer tipo de pagamento.

#### Autorização Institucional

Eu, \_\_\_\_\_ responsável pela instituição **Evolução- centro de convivência unidade I**, declaro que fui informado dos objetivos da pesquisa acima, e concordo em autorizar a execução da mesma nesta instituição. Caso necessário, a qualquer momento como instituição CO-PARTICIPANTE desta pesquisa poderemos revogar esta autorização, se comprovada atividades que causem algum prejuízo à esta instituição ou ainda, a qualquer dado que comprometa o sigilo da participação dos integrantes desta instituição. Declaro também, que não recebemos qualquer pagamento por esta autorização bem como os participantes também não receberão qualquer tipo de pagamento.

Acredito ter sido suficiente informado sobre as informações que li .

Pesquisador	Responsável pela Instituição
-------------	------------------------------