

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP**

**Ana Carolina Prisco**

**Sobre a complexidade envolvida no diagnóstico precoce de autismo: uma  
questão de linguagem**

**Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem**

**São Paulo  
2019**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
PUC-SP**

**Ana Carolina Prisco**

**Sobre a complexidade envolvida no diagnóstico precoce de autismo: uma  
questão de linguagem**

**Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem sob a orientação da Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes.

**São Paulo  
2019**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico para fins de estudo pesquisa, desde que citada a fonte.

Local e Data:

---

Assinatura:

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES)- Código de Financiamento 001 (processo nº 88887.149903/2017-00).

## AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Lúcia Maria Guimarães Arantes, que acolheu minhas questões iniciais, que deram origem a este trabalho. Pelo fundamental papel que teve na minha formação desde os tempos da graduação: foi professora, supervisora e orientadora. Agradeço a cuidadosa orientação neste trabalho, que marca mais uma etapa da minha caminhada na sua companhia.

À Profa. Dra. Lourdes Andrade, pela leitura criteriosa deste trabalho e pelos apontamentos importantes durante o exame de qualificação, que possibilitaram que minha escrita se movimentasse. Pela escuta semanal das supervisões da Derdic, cujos efeitos se mostram na clínica: pacientes falantes!

À Profa. Dra. Juliana Marcolino Galli, pelas questões lançadas no exame de qualificação que possibilitaram que eu firmasse minha posição enquanto clínica de linguagem na minha escrita.

À Profa. Dra. Maria Francisca Lier-DeVitto, pelas aulas que transmitem conhecimento e desejo.

À família de minha paciente, que generosamente consentiu em participar desta pesquisa.

À Melissa Catrini, pelas contribuições que fez após leitura do meu projeto no meu primeiro ano do mestrado, que contribuíram para a escrita dessa dissertação.

Às colegas da pós-graduação Sofia Lieber, Rosemy Villela, Luzia Alves, Ana Paula Pacheco, Camila Puertas, Eliane De Christo, Christiane Bonasorte, Michelly Alves, Adriana Fontes, Amanda Mont'Alvão, Vivi Vigar, Ana Augusta Monteiro, Cibele Monteiro, Paola Lurian. Muitas tiveram contato com meu projeto, quando esse trabalho se encontrava em sua fase embrionária. Depois, no meu último semestre, viram essa pesquisa com mais corpo. Obrigada pelas palavras de força e incentivo, por partilhar questionamentos e comentários sobre

esse tema. A companhia de vocês tornou a pós-graduação um percurso proveitoso e mais leve.

Às colegas queridas, também do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem: Mariana Emendabili, Tatiana Dudas, Cláudia Cerqueira, Sônia Araújo e Fernanda Fudissaku.

A Helder Greco, pela escuta semanal. Por me lembrar que sou desejante. Por me ajudar a sustentar novas posições, inclusive a de escrever e defender uma dissertação.

Às colegas da equipe do Trapézio: Flávia Vasconcellos, Isabel Moreira, Lia Rudge e Lorraine Baker. Aos trapezistas que lá conheci: Janaína Klinko, Janaína Venezian, Silmar Gannam e Simone Kubric. Por partilharem esse trabalho tão delicado e desafiador, que se coloca “entre o tratar e o educar”. Pelas discussões que instigam. Pelas palavras de carinho e encorajamento que me disseram durante a execução desse trabalho!

Às colegas da equipe do Instituto Escuta, com quem tanto aprendi em minha passagem pela instituição: Carla Rigamonti, pelas interlocuções sempre férteis e bem-humoradas; Luciana Noschese, a assistente social que tem como marca uma escuta fina; e Bruna Capalbo: a fonoaudióloga mais criativa! Saudades de todas!

A Vera Teixeira e Lúcia Masini, da Associação Palavra Criativa, pelas discussões tão importantes sobre o tema da medicalização na infância desde os tempos da graduação na PUC-SP, que certamente se fazem presentes nesse trabalho.

Ao meu pai, Paulo Estêvão Prisco, pelo apoio, palavras de carinho e suporte que me deu durante a elaboração desse trabalho... e sempre. Por acreditar em mim e nos meus sonhos (mesmo quando eu desanimo). Por me falar para eu não ter medo de arriscar.

A minha mãe, Irecê Musaio Somma, que me ensinou a estudar. Por me dizer, na reta final desse trabalho, para eu confiar na minha escrita. Por torcer tanto por mim.

A Renata Gonçalves e Cristiane Bonasorte. Pelas conversas acadêmicas, pelas conversas não acadêmicas, pelas risadas. Pela amizade!!!

A Michelly e Camila que me escutaram e me ajudaram nos momentos finais desse trabalho!

À PUC São Paulo, que continua sendo o melhor lugar do mundo, meu lugar de formação... e de esperança em tempos difíceis.

## RESUMO

As questões que norteiam este projeto advêm de um atendimento de uma criança de um ano e seis meses realizado num Centro de Atenção Especializada (CER) conveniado ao SUS. Ela apresentava um embaraço na relação com a linguagem e na relação com o outro. A proposição de um atendimento de linguagem para tal criança, levou em consideração a solidariedade entre a aquisição de linguagem e a constituição subjetiva (DE LEMOS, 2002). Sabe-se que o número de casos diagnosticados como quadros de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) multiplicou-se por dez nos últimos vinte anos (LAURENT, 2014). Ao mesmo tempo, a atenção para a saúde mental na primeira infância vem se tornando um tema que ganha espaço e relevância, haja visto a publicação do Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13.257/2016), que dispõe sobre a necessidade de acompanhamento e promoção do desenvolvimento infantil e a aprovação da Lei 13.438/2017, que coloca a obrigatoriedade da aplicação de instrumento para detecção de risco para o desenvolvimento psíquico nos primeiros 18 meses de vida. Nesta pesquisa, tenho como objetivo: (1) encaminhar questões de natureza teórica, a partir de uma revisão bibliográfica narrativa e da resenha crítica dos trabalhos acerca do autismo, e do “risco psíquico”, focalizando o modo como a linguagem é abordada; (2) realizar a apresentação de um caso relativo a uma paciente que chega precocemente à clínica fonoaudiológica. A fundamentação teórica que sustenta esta pesquisa dá reconhecimento às conquistas realizadas na Clínica de Linguagem (LIER-DEVITTO, 2006 e outros), a partir de uma relação de alteridade com o Interacionismo em Aquisição da linguagem (conforme proposto por De Lemos (a partir de 1982) e que tem o estruturalismo europeu (Saussure, Jakobson e Benveniste) como solo para pensar a linguagem, assim como sustenta a noção de inconsciente, introduzida por Freud (1900). A literatura sobre diagnóstico precoce de TEA é heterogênea, parte dela entende que crianças que apresentem sinais precoces do quadro devem ser avaliadas e diagnosticadas. Já, trabalhos de outra corrente teórica entendem que os primeiros sinais detectados na criança devem ser acolhidos, e o diagnóstico seja suspenso, entendendo que o quadro poderá ter outro destino, que não o TEA. A linguagem em tais trabalhos, quando não fica à margem da discussão permanece fortemente atrelada submetida ao desenvolvimento comunicativo. Na narrativa do caso Joana, procurei situar uma clínica em que os sinais são tomados enquanto uma posição da criança frente ao outro e frente à linguagem, incluindo o raciocínio estrutural na aquisição de linguagem proposto por De Lemos (2002), para a compreensão de tais sinais e das mudanças que foram observados no caso ao longo do atendimento. Mudanças que foram possíveis numa clínica que em que o terapeuta se coloca numa posição que sustenta frente uma teoria de linguagem (LIER-DEVITTO, 2006, ANDRADE, 2006). Entendo que, a partir dos resultados obtidos, foi possível ampliar a discussão sobre o diagnóstico precoce do TEA e produzir efeitos para o Campo da Saúde Coletiva, no que diz respeito à cautela necessária para acolhimento de crianças com sinais precoces de TEA e a impossibilidade de dizer de antemão uma patologia.

**Palavras-chave:** TEA, linguagem, clínica de linguagem, risco psíquico

## ABSTRACT

The questions that guide this project come from a care of a child of one year and six months realized in a Center of Specialized Attention (CER) agreed to SUS. This child presented an embarrassment in the relationship with language and in relation to the other. The proposition of a language service for such a child took into consideration the solidarity between the acquisition of language and the subjective constitution (DE LEMOS, 2002). It is known that the number of cases diagnosed as Autism Spectrum Disorder (ASD) has multiplied by ten in the last twenty years (LAURENT, 2014). At the same time, attention to mental health in early childhood has become a topic that gains space and relevance since the publication of the Legal Framework for Early Childhood (Law 13.257 / 2016), which provides for the need for follow-up and promotion of child development and the approval of Law 13388/17, which establishes the mandatory application of a tool to detect risk for psychic development during the first 18 months of life. In this research, I aim to: (1) address issues of a theoretical nature, based on a narrative bibliographic review and critical review of the work on autism, and "psychic risk", focusing on the way language is approached; (2) to present a case related to a patient who arrives early in the speech-language clinic. The theoretical foundations that support this research give recognition to the achievements made in the Language Clinic (Lier-DeVitto, 2006 and others), based on a relation of alterity with the Interactionism in Acquisition of language (as proposed by De Lemos (from 1982) and that has European structuralism (Saussure, Jakobson and Benveniste) as the soil for language thinking, as well as sustaining the notion of the unconscious introduced by Freud (1900). The literature on early diagnosis of ASD is heterogeneous, part of which understands that children with early signs of the disease should be evaluated and diagnosed. Works from another theoretical current understand that the first signs detected in the child should be accepted, and the diagnosis be suspended, understanding that the child's condition may have a destination other than the ASD. The language in such works, when it is not left out of the discussion, remains strongly tied to communicative development. In the narrative of the Joana case, I sought to situate a clinic in which the signs are taken as one child's position facing the other and facing language, including the structural reasoning in language acquisition proposed by De Lemos (2002), for the understanding of such signs and changes that were observed in the case throughout the care. Changes that were possible in a clinic where the therapist puts himself in a position that holds up a theory of language (LIER-DEVITTO, 2006, ANDRADE, 2006). I understand that, based on the results obtained, it was possible to broaden the discussion about the early diagnosis of ASD and to produce effects for the Collective Health Field, regarding the necessary caution for the reception of children with early signs of ASD and the impossibility of say in advance a pathology.

**Keywords:** ASD, language, language clinic, psychic risk

## **Sumário**

|                                                                                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Introdução.....</b>                                                                      | <b>12</b>  |
| <b>Capítulo 1 - Sobre prevenção em saúde mental... alguns impasses.....</b>                 | <b>21</b>  |
| 1.1- Sobre a prevenção.....                                                                 | 22         |
| 1.2- Sobre o conceito de risco.....                                                         | 26         |
| 1.3- Análise de protocolos.....                                                             | 33         |
| 1.3.1- Protocolo Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat).....                    | 33         |
| 1.3.2 - Protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)..... | 36         |
| <b>Capítulo 2- Revisão de literatura.....</b>                                               | <b>42</b>  |
| <b>Capítulo 3- Fundamentação teórica.....</b>                                               | <b>63</b>  |
| 3.1- Sobre a mudança na fala da criança.....                                                | 64         |
| 3.2- A Clínica de Linguagem.....                                                            | 69         |
| <b>Capítulo 4- Caso Joana.....</b>                                                          | <b>76</b>  |
| <b>Considerações finais .....</b>                                                           | <b>104</b> |
| <b>Referências bibliográficas.....</b>                                                      | <b>110</b> |

## Introdução

Este trabalho nasceu a partir de questões relativas ao diagnóstico precoce de autismo formuladas ao longo de minha atuação profissional. Discuto aqui um caso que me convocou a escrever sobre o tema. Trata-se de Joana<sup>1</sup>, uma criança que, com 1 ano e 6 meses, foi encaminhada para atendimento fonoaudiológico na Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic)<sup>2</sup>.

No relato inicial sobre o caso- no momento do encaminhamento de Joana para atendimento- fiquei surpresa, pois se tratava de uma criança muito pequena. Considerando que a primeira infância é tempo de importantes mudanças na vida de uma criança, pensei “o que traria uma menina tão pequena à clínica? ”. Arantes (2018), em um trabalho que trata do grande número de crianças que têm chegado à clínica antes dos dois anos, assinala que:

A fala não deveria ser uma questão que capaz de mobilizar [um atendimento], dado que pela ótica da aquisição de linguagem não se pode esperar que se pense, a não ser em casos extremos, em um quadro atraso de linguagem em tempo tão precoce (ARANTES, IDEM)

Ainda, se o início de um atendimento implica, necessariamente, uma decisão clínica no que concerne à diferença entre normal e patológico, conforme vemos na discussão empreendida por Arantes (2001), seria possível que houvesse algo indicativo de uma patologia/ impasse de linguagem em uma criança tão pequena, que, certamente tinha ainda todo um “porvir”? Essas foram as primeiras questões que nasceram frente à notícia de que eu receberia Joana... até o momento que me encontrei com ela.

Nas primeiras sessões, pude notar que havia algo para além da fala Joana que me chamava atenção. Ela era uma criança “fechada”: pouco me olhava, não respondia quando a chamava; não andava, engatinhava pela sala sem procurar um brinquedo específico. Por vezes, nem mesmo olhava brinquedos: sentava-

---

<sup>1</sup> Trata-se de um nome fictício.

<sup>2</sup> A Derdic é um Centro Especializado em Reabilitação do Sistema Único de Saúde, vinculada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

se no chão, próxima a uma mesinha e a arrastava repetidamente para frente e para trás. Durante os atendimentos, eu tentava me aproximar e colocá-la na minha altura, para que nossos olhares se encontrassem. Ela desviava o olhar: olhava para minha boca, meu cabelo e se desvencilhava das minhas mãos, voltando a uma “andança” sem rumo pela sala.

Conforme veremos adiante, há uma parte da literatura científica filiada à medicina que coloca em pauta sinais - ou a ausência de sinais - que remetem ao diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista<sup>3</sup>. Não é precipitado falar que Joana apresentava sinais relacionáveis ao quadro: ausência de olhar, de resposta ao chamado, de busca pelo outro, de fala e de brincadeiras compartilhadas.... Percebi que estava diante de um quadro complexo, uma criança que, já muito pequena poderia ser facilmente diagnosticada ou receber uma hipótese diagnóstica de TEA.

Joana, ao contrário das crianças que já tinha atendido até aquele momento em minha trajetória profissional, fora abandonada pelos pais. Vivia em abrigo desde seus primeiros dias de vida e foi trazida à Derdic por uma das cuidadoras do abrigo. Ela dizia que Joana era “diferente” das outras crianças com as quais convivia. Era muito quietinha, não buscava os adultos, nem outras crianças... justamente num local em que havia essa possibilidade - a instituição contava com grande circulação de pessoas envolvidas no cuidado das crianças. Conversou comigo explicando minuciosamente o que observava em Joana, descrevendo os comportamentos que preocupavam a ela e a toda equipe do abrigo. Eles tentavam brincadeiras estimulantes, músicas.... Mas Joana não respondia a isso. Ficava isolada num cantinho, se balançando, olhando para a parede. A cuidadora, além de mencionar a preocupação da equipe, pediu orientações para ajudar os funcionários a estimulá-la no dia a dia.

Joana não chegou a receber o diagnóstico de TEA formalmente de um especialista, embora os cuidadores dos abrigos pelos quais passou ao longo do período de atendimento, frequentemente fizessem menção a esse transtorno em nossas conversas. O diagnóstico parecia rondar a história de Joana nas falas

---

<sup>3</sup> Conforme aponta Barbosa (2012), os termos utilizados na literatura para designar quadros de crianças que apresentam comprometimentos sociais, de linguagem e comportamentos repetitivos são variados, sendo Transtornos do Espectro Autista (TEA) uma delas. O termo foi incluído na quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V).

daqueles que conviviam com ela. Veremos adiante, no quarto capítulo, como isso foi manejado.

Por ora, considero de extrema relevância apontar que, embora Joana vivesse em um abrigo, esse fato não poderia ser considerado causa determinante de sua condição. Ou seja, o fechamento de Joana não poderia ser justificado pelo fato de ser uma “criança de abrigo” ou pelo abandono original. Digo isso porque é frequente, na busca por uma relação de causalidade, tomar a condição de abandono e o crescimento em um espaço institucional como determinantes de qualquer alteração no comportamento da criança.

Ainda que esses fatores deixem marcas em uma história e que para algumas crianças essa condição jogue um papel, no caso de Joana, como afirmavam as cuidadoras, ela destoava das crianças que viviam com ela. Apostar na ideia de causalidade direta entre tais fatores seria reduzir a complexidade envolvida no atendimento de crianças que, por razões diversas e com histórias distintas, apresentam dificuldades importantes no modo de relação com a linguagem. Em outras palavras, aceitar com facilidade a equação “crianças abrigadas → problemas de linguagem” seria suspender a singularidade de cada caso. Entendo que a defesa de qualquer causa generalizável, ou seja, de uma explicação fundada em premissas universais, inclusive no que diz respeito a uma relação entre alterações orgânicas e impasses na linguagem, leve ao apagamento da possibilidade de uma leitura daquilo que é único na história de cada criança que chega à clínica.

Embora muitos autores não descartem que o autista tem uma alteração inata que dificultaria a possibilidade da criança de estabelecer interações sociais<sup>4</sup>, a etiologia do autismo, por ora, permanece obscura, conforme aponta Barbosa (2012). Aqui, não se descarta que o avanço das pesquisas venha a estabelecer alguma correlação mais precisa para parte dos casos, porém, entende-se também que aderir a explicações que estabeleçam uma relação causal direta entre organismo e um quadro patológico significa obliterar a

---

<sup>4</sup> Isso comparecerá, inclusive, em trabalhos que têm concepções distintas de autismo, por exemplo: Garcia e Lampréia (2011), que entendem o transtorno a partir do diagnóstico médico, e Laznik (2009), que entende o autismo como um embaraço que se dá a ver nas primeiras relações que a criança estabelece (a autora fundamenta sua discussão na Psicanálise).

possibilidade de se deixar afetar por uma história singular e a partir dela levantar questões, que só podem ser respondidas ao longo de um atendimento.

Considerando o que foi dito até aqui, o caso de Joana trouxe à cena uma indagação sobre o diagnóstico precoce. A tentativa de diagnosticar os quadros de TEA o mais cedo possível vem ganhando espaço em estudos científicos. Nos últimos anos, foram realizadas pesquisas retrospectivas com a utilização de vídeos domésticos de crianças que já receberam o diagnóstico, numa tentativa de identificar quais foram os sinais precoces do quadro (LAMPRÉIA, IDEM; ZANON et al, IDEM), ou seja, sinais que crianças diagnosticadas como autistas deram nos primeiros anos de vida. A lógica suposta nesse tipo de investigação é que tais sinais poderiam ser preditivos para o TEA, conforme afirmam Garcia e Lampréia (2011), para serem utilizados na detecção precoce do transtorno em crianças pequenas.

Lampréia (2009) afirma que, na última década, vem sendo ressaltada a importância de antecipar o diagnóstico para 18 meses de vida. Segundo ela, alguns estudos indicam que dificilmente crianças são diagnosticadas antes dos 5 anos de idade, o que levaria uma busca tardia pelo tratamento. A justificativa para a antecipação do diagnóstico seria a melhora no quadro clínico: ganhos para o desenvolvimento seriam potencializados em função da plasticidade cerebral (ZANON et al, IBIDEM).

Se, por um lado, configura-se a possibilidade de antecipar o tratamento penso que, por outro, rotular a criança pode ter como consequência cristalizá-la em uma posição antes do tempo. Trata-se de uma questão bastante complexa, pois o diagnóstico precoce se situa um tempo de mudanças importantes na história da criança e, por isso, demanda uma reflexão cautelosa. No caso de Joana, refleti sobre os efeitos que um diagnóstico precoce poderiam ter sobre ela -e sobre aqueles que dela cuidavam. O diagnóstico, inclusive, poderia jogar um papel determinante no processo de adoção pelo qual ela aguardava. Pude perceber que essa cautela no seu caso se mostrou importante, especialmente após algum tempo do início do atendimento, em um momento em que as possibilidades de adoção entraram em cena. Não deixava de me perguntar: por que seria tão importante fechar um diagnóstico, antes de uma aposta, ou de um investimento clínico? Qual seria o benefício de definir precocemente um rótulo cujos efeitos podem modificar a história de uma criança?

A partir desta breve introdução, esclareço que este trabalho tem como meta central refletir sobre os impasses relativos ao diagnóstico precoce de TEA, focalizando fundamentalmente como a linguagem tem sido abordada no campo dos estudos que se voltam para as patologias de linguagem. Trata-se de um tema de grande interesse e que tem sido objeto de estudo e intervenção em diferentes domínios do saber. Meu empenho no caso de Joana, motor desta dissertação, não era o de estabelecer conduta clínica a partir de um diagnóstico classificatório, nosográfico... o diagnóstico, no entanto, fez pressão durante o seu percurso no atendimento.

Ao mesmo tempo, se meta de minha atividade não era o de diagnosticá-la por meio da observação de um conjunto de sinais visando chegar a “um rótulo” - procedendo a um diagnóstico como aquele que se pratica na Medicina (causalista e classificatório) - eu era testemunha de que “algo” não estava bem com Joana. Sua indiferença às pessoas e aos objetos e a ausência de brincadeiras indicavam que havia algo devia ser feito do ponto de vista clínico. Entendi que era necessário assumir um compromisso com sua condição, com seu modo de presença na linguagem e proceder a uma aposta, nesse terreno delicado em que estava: a demanda de um diagnóstico a mim encaminhada e o “fechamento” de Joana. Mantê-la em atendimento, assim, foi uma decisão clínica e uma posição ética frente a uma queixa e frente à condição de Joana.

Vale esclarecer que exatamente no período em que a questão diagnóstica de Joana se apresentava a mim como um enigma, ganhou espaço nas discussões entre profissionais que trabalham no campo da saúde mental no Brasil, uma polêmica em torno da aprovação da Lei 13.438, sancionada em 26 abril de 2017, em que se lê:

É obrigatória a aplicação a todas as crianças, nos seus primeiros dezoito meses de vida, de protocolo ou outro instrumento construído com a finalidade de facilitar a detecção, em consulta pediátrica de acompanhamento da criança, de risco para o seu desenvolvimento psíquico (BRASIL, 2017, p. 02)

Tal lei teve origem no Projeto de Lei do Senado<sup>5</sup> 451/2011, de autoria da Senadora Ângela Portela. Nele se propunha alteração da Lei 8.069/1990

---

<sup>5</sup> Um Projeto de Lei que se iniciou no Senado, será avaliado por comissões específicas, de acordo com o tema do Projeto.

(Estatuto da Criança e do Adolescente<sup>6</sup>), para tornar obrigatória a adoção de um protocolo ou outro instrumento, no Sistema Único de Saúde, que estabelecesse padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças.

Na justificção, o protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) era apontado como um instrumento aplicado e validado em instituições nacionais e que, se utilizado em consulta pediátrica dentro dos primeiros 18 meses de vida da criança, facilitaria a detecção de riscos para o desenvolvimento psíquico. O Projeto de Lei não tornava obrigatória a adoção deste protocolo específico, mas de um instrumento que

(...) como ele, estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico infantil e que venha a contribuir para a detecção precoce e o encaminhamento das crianças que se apresentem sob risco. (BRASIL, 2011, p. 31485)

No entanto, nas tramitações que se seguiram, outras questões surgiram, como no Relatório Legislativo da Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa de autoria da Senadora Marta Suplicy, que coloca a relevância social do Projeto de Lei. A autora apontava que o projeto zelava pela saúde da criança, indicando que um *diagnóstico precoce* facilita a adoção de medidas terapêuticas efetivas.

Em outro parecer, da Comissão de Assuntos Sociais, cuja relatora era a Senadora Ana Rita Esgário a análise apontava que não havia dados precisos sobre a incidência de transtornos mentais e distúrbios de desenvolvimento na infância, mas que a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem estimativa de que a “prevalência mundial de 10% a 20% desses agravos na população dessa faixa etária” (p. 20166). Assinalava, ainda, que embora haja alta prevalência de transtornos mentais na infância, estes não são alvo de atenção dos serviços de saúde e que, atualmente, há protocolos específicos para a detecção destes transtornos. A autora afirmava, também, que o diagnóstico precoce e a instituição de medidas terapêuticas eficazes poderiam contribuir para o desenvolvimento da criança.

---

<sup>6</sup> O Estatuto da Criança e do Adolescente dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente, consolidado através da lei 8.069, de 13 de julho de 1990.

Nos documentos oficiais não constavam a fonte dos dados, no entanto, para além disso, é importante apontar que há uma série de termos que aparecem nesses documentos, tais como: “transtornos mentais”, “distúrbios de desenvolvimento na infância”, “desenvolvimento psíquico”, “risco para o desenvolvimento psíquico”, “diagnóstico precoce”. São termos que apontam para quadros e direções diferentes, mas constavam como justificativas ao Projeto de Lei e corroboravam sua pertinência, favorecendo o avanço nos trâmites para sua aprovação. A ideia de detecção de riscos, a meu ver, parecia não estar claramente discernida da questão diagnóstica.

O projeto de lei permaneceu em tramitação durante quatro anos (de 2013 a 2017) e foi aprovado em regime de urgência, causando comoção de profissionais e organizações, que se pronunciaram sobre a aprovação desta lei. Diversas mesas de discussão e debate foram promovidas, nas quais profissionais ligados a diferentes instituições se posicionavam a favor ou contra a aprovação da lei.

De um lado, um grupo de especialistas entendia que a lei seria um compromisso firmado com a saúde mental infantil. Viam com bons olhos a detecção de sinais precoces de sofrimento psíquico, que possibilitariam intervenção a tempo, ou seja, antes que um quadro grave na constituição psíquica se instaurasse/cristalizasse. São profissionais que tiveram experiências com atendimento de crianças mais velhas, com quadros psíquicos graves já cristalizados.

De outro lado, havia especialistas que alertavam sobre os riscos da aprovação dessa lei, especialmente no que refere aos seguintes pontos:

- Consequências da lei para o campo da saúde pública: a lei torna obrigatória aplicação do protocolo em consultas pediátricas. Isso levaria a impasses no Sistema Único de Saúde, no que diz respeito ao investimento necessário em contratação de mais pediatras para a rede pública. Também havia uma polêmica sobre designação do médico como profissional para a detecção de um quadro de risco para o desenvolvimento psíquico em detrimento de outros profissionais que fazem parte das Equipes de Saúde da Família. Em suma, a lei iria contra as próprias diretrizes do SUS, que preconizam a interdisciplinaridade na atuação das equipes de saúde;

- Aumento de demanda por atendimento: as crianças que fossem apontadas como crianças de risco para desenvolver alguma psicopatologia precisariam ser encaminhadas, porém, alguns profissionais afirmavam que a demanda por atendimento poderia ser maior do que o SUS poderia oferecer;
- Judicialização da saúde: a aplicação do protocolo de uma criança abre a ideia de uma previsibilidade. Quadros que não fossem previstos durante a aplicação do protocolo (como transtornos que se manifestam na adolescência ou vida adulta) poderiam levar a ações judiciais contra profissionais e instituições de saúde responsáveis pela aplicação;
- Medicalização da infância: a criança ficaria sob o risco de receber um diagnóstico muito cedo, que, embora possibilitasse um encaminhamento, prejudicaria sua condição enquanto criança, já que passaria a ser vista através da ótica de uma patologia. Assim, embora se ateste que a lei tenha como ideal zelar pela saúde mental da criança, corre-se o risco de efeitos iatrogênicos: a produção de diagnósticos.

O último ponto foi alvo do intenso debate estabelecido após a aprovação da Lei, justamente pelo risco de que a imposição da lei de aplicação de protocolos saísse do escopo do “risco” e incidisse como “diagnóstico”. Em causa estava ainda, a impossibilidade de lidar com os efeitos, para os pais, do sentido da expressão “risco para o desenvolvimento psíquico”. De que modo isso poderia transformar a aposta e o investimento do casal parental no seu “filho de risco”? O sistema teria como lidar com tais efeitos?

Meu mestrado teve início em meio à intensa polêmica dos profissionais de saúde em torno da aprovação desta lei, o que me levou a incluir uma discussão sobre o chamado “risco psíquico” nesta pesquisa. Se minha inquietação girava em torno do diagnóstico precoce, refletir sobre o sentido de risco me parece atual e pertinente. Afinal, dizer que uma criança apresenta risco para o desenvolvimento psíquico pode produzir efeitos imprevisíveis e, ao mesmo tempo, vir a ser um passo relevante para o estabelecimento de um diagnóstico.

As questões de pesquisa que se colocaram para mim após tais discussões são: o que significa falar em risco psíquico? Do que falamos, quando

falamos em “indicadores de risco” em saúde? Que lugar que o “risco” ocupa nas discussões acerca de saúde mental na infância? Falar em sinais ou indicadores de “risco para o desenvolvimento psíquico” significa necessariamente falar em “diagnóstico”? Seria possível fechar um diagnóstico em crianças tão pequenas? Ainda: é necessário fechar um diagnóstico para dar início às intervenções?

Nesta pesquisa, na tentativa de respondê-las seguirei os seguintes passos: (1) apresentar de maneira crítica como o tema do diagnóstico precoce de TEA é abordado na literatura selecionada; (2) apontar para complexidade e a polêmica envolvida na questão do diagnóstico precoce; (3) discutir o que a literatura do período elegido define como os Indicadores de Risco, focalizando particularmente o modo como se aborda a linguagem; (4) apresentar o que é proposto como intervenção para bebês com indicadores de risco para TEA. Os objetivos listados, embora numerosos, referem-se à pesquisa bibliográfica e à resenha crítica do material levantado.

O objetivo central deste trabalho, no entanto, é refletir a respeito do diagnóstico precoce e a noção de risco psíquico (a partir da análise da literatura), e apresentar outra possibilidade de intervenção junto às crianças pequenas que têm sua condição psíquica interrogada. Encaminharei uma discussão sobre o tratamento de Joana, tendo como enfoque a linguagem, lugar de incidência da clínica que pratico. Entendo que a reflexão teórica sobre um caso particular pode ter uma função que extrapole o atendimento o caso em si e possa vir a contribuir para a discussão sobre o diagnóstico precoce no âmbito da saúde mental.

No capítulo 1, elejo alguns aspectos da epidemiologia, em que o conceito de risco adentra no campo da saúde, para discutir as possibilidades de prevenção em saúde mental.

No capítulo 2, discuto, sem a pretensão de esgotar o tema, como o diagnóstico precoce de autismo comparece na literatura, bem como os sinais/indicadores de risco.

No capítulo 3, apresento a fundamentação teórica deste trabalho.

E, finalmente, no capítulo 4, apresento o atendimento de Joana, retirando dele consequências para a discussão dos objetivos desta dissertação.

## **Capítulo 1- Sobre prevenção em saúde mental.... alguns impasses**

Os Transtornos do Espectro Autista têm recebido grande destaque nas pesquisas voltadas para a primeira infância. Sua visibilidade está relacionada, certamente, ao aumento de diagnósticos que vêm sendo realizados em crianças cada vez menores. Laurent (2014) aponta que a ascensão do número de diagnósticos está intimamente relacionada às mudanças nos manuais de classificação. Desde a publicação da quarta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (o DSM-IV), que coloca o autismo dentro dos “transtornos invasivos do desenvolvimento”, o número de diagnósticos progride no que o autor considera um “ritmo epidêmico”: a quantidade de casos relacionados a essa terminologia, em 20 anos, multiplicou-se por dez.

Vale destacar que a visibilidade do TEA se dá quase que simultaneamente ao movimento recente voltado à prevenção no campo da saúde mental na primeira infância. De acordo com Machado (2018), a prevenção em saúde mental da criança foi introduzida na agenda governamental brasileira com a publicação do Marco Legal da Primeira Infância. Trata-se de um conjunto de ações – que compreendem políticas, planos, programas e serviços - voltadas para promoção do desenvolvimento na primeira infância (que compreende crianças na faixa etária de zero a seis anos).

Vê-se que a questão do número crescente de diagnósticos e a publicação do Marco Legal da Primeira infância parecem ter impulsionado as discussões sobre a prevenção em saúde mental na infância. Considerando esse cenário, neste capítulo, resgato alguns aspectos fundamentais acerca da questão da prevenção no caso das psicopatologias na infância, uma vez que ele está intrinsecamente relacionado ao debate acerca dos sinais ou indicadores de risco, nos diversos trabalhos que os discutem.

Diagnosticar precocemente as crianças, ou voltar a atenção para os fatores de risco associados ao TEA são ações que parecem estar relacionadas à possibilidade de exercer controle sobre o transtorno. Conforme abordarei adiante, a maneira como a literatura abordará a intervenção para tais casos varia: enquanto, para alguns autores, trata-se de minimizar os efeitos do TEA

para um melhor prognóstico do caso, outros entendem que a intervenção precoce viabiliza uma espécie de reversão do quadro.

A ideia de exercer controle sobre uma patologia, por sua vez, é central no campo da Epidemiologia. Rouquayrol et al (2013) definem a Epidemiologia como a ciência que estuda o processo de saúde-doença nas populações, analisando a distribuição e fatores determinantes das enfermidades, danos a saúde e eventos associados à saúde coletiva. A partir disso, passa-se ao terreno das proposições, em que medidas de prevenção ou controle ou erradicação de doenças são colocadas.

Trata-se de uma área que se volta para a ocorrência em massa de doença e saúde, bem como o entendimento sobre o surgimento das patologias. Portanto, é um campo que se ocupa com o coletivo, buscando fazer a relação entre fatores determinantes e o surgimento das doenças. Daí sua íntima relação com a Saúde Pública: a Epidemiologia tem o potencial de nortear as ações em saúde e fazer sua avaliação.

### **1.1- Sobre a prevenção**

A prevenção, o controle e o tratamento de doenças são apontados por Rouquayrol et al (2013) como os alvos da produção de dados da epidemiologia. A prevenção envolve o emprego de medidas profiláticas, com o intuito de evitar que indivíduos saudáveis desenvolvam a doença. Já o controle envolve redução a níveis mínimos a incidência de enfermidades, até a sua erradicação, que é a incidência a zero de determinada patologia.

Esses são alguns dos eixos fundamentais da área. Ela propõe bases para avaliação das medidas de profilaxia, fornece pistas para o diagnóstico de doenças transmissíveis<sup>7</sup> e verifica a consistência de hipóteses de causalidade. Historicamente, portanto, campo da Epidemiologia se constituiu através das relações que foram possíveis de se estabelecer entre a doença e seus fatores determinantes<sup>8</sup> (ROUQUAYROL et al, IBIDEM).

---

<sup>7</sup> Veremos adiante como a Epidemiologia pôde se dedicar ao estudo das doenças não transmissíveis.

<sup>8</sup> John Snow, considerado o pai da epidemiologia, no século XIX, desenvolveu uma teoria que estabelecia uma relação direta entre a cólera e o consumo de água contaminada. Essa teoria

Isso foi possível por meio do conhecimento produzido pela História Natural da Doença, modelo elaborado por Leavell e Clark (1976) (ROUQUAYROL et al, 2013; CASTIEL, 1999) que deu força à ideia de exercer prevenção às doenças. Trata-se de um modelo explicativo dos processos interativos que culminam com o adoecimento. Entende-se que o processo de adoecimento se dá pelas interações entre o agente patológico, o meio ambiente e o organismo suscetível. Há dois períodos de desenvolvimento da patologia: o período epidemiológico e o período patológico. No primeiro, o interesse de estudo volta-se para as interações meio ambiente e o organismo, e, no segundo, volta-se para as alterações provocadas no organismo. Rouquayrol et al (idem) afirmam que se tratam de “domínios interagentes, consecutivos e mutuamente exclusivos” (p. 13). Dessa forma, o meio ambiente determina as pré-condições para o adoecimento, enquanto o organismo é o *locus* de progressivas mudanças “bioquímicas, fisiológicas e histológicas” (p.13).

Atualmente, a Epidemiologia na compreensão do surgimento da doença adotou o modelo de multifatorialidade, em que comparecem diversos fatores que se afetam mutuamente (se potencializando ou não) e noções de risco. Ainda assim, é possível dizer que se trata de um modelo que pressupõe um encadeamento entre fatores determinantes, em que há uma linearidade em cena. Há um tempo que se interpõe entre os fatores causais e a patologia em si, e é a partir disso que surge a possibilidade de intervenção para prevenir o adoecimento. Rouquayrol et al (ibidem) definem as ações em prevenção como:

Prevenir e prever antes que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça. Prevenção em saúde pública é a ação antecipada, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença. (ROUQUAYROL et al, IBIDEM, p. 21)

As ações preventivas, no entanto, se dão nos período pré-patogênico e patogênico. Entende-se a prevenção primária como aquela que se dá no período pré-patogênico, que inclui a promoção de saúde<sup>9</sup> e a prevenção específica. Já

---

diferia da tendência vigente até então de atribuir à transmissão da doença um caráter miasmático (transmissão de doença pelo ar).

<sup>9</sup> Os autores apontam que, neste período, a prevenção deve se iniciar fora da área da saúde, haja visto que os aspectos de prevenção primária são moradia, lazer, educação, dentre outros. Vemos aí o peso do social na concepção de prevenção – as medidas são de ordem coletiva e devem ser a nível estrutural, por vias políticas e econômicas.

no período patogênico, passa-se à prevenção secundária, em que o processo de adoecimento já se instaurou. Ela envolve o diagnóstico, tratamento precoce e limitação das incapacidades que a patologia pode provocar<sup>10</sup>. Desse modo, a medicina preventiva incidirá sobre o coletivo e sobre o individual.

Já no campo da saúde mental, mais especificamente na clínica psicanalítica, diversas complexidades se impõem no que diz respeito à possibilidade de transposição das noções da prevenção, conforme aponta Prizskulnik (2008). Introduzo aqui sua reflexão, pois ela interessa, à clínica de linguagem, como abordarei adiante. A autora afirma que na psiquiatria, por exemplo, a ideia de prevenção comparece através de medidas profiláticas e pedagógicas (BARRETO, 2005, apud PRISZKULNIK, IDEM). Segundo a autora:

A medicina - incluída a chamada psiquiatria biológica - tem delimitado o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade. A clínica médica, com seu discurso de estrutura científica, tem os mesmos pressupostos exigidos pelo conhecimento científico, ou seja, busca a objetividade (estruturas universais e necessárias), a quantificação (medidas, padrões), a homogeneidade (leis gerais), a generalização, a regularidade, a constância, frequência, a normalidade dos fatos investigados. O discurso médico é um discurso científico sobre a doença, compreendida como uma entidade nosológica que acomete o paciente. A metodologia quantitativa que valida o conhecimento médico não permite considerar o campo da subjetividade e a experiência subjetiva, enquanto experiência singular, não permite a quantificação. Na clínica médica, as noções de sujeito, de sintoma, de corpo, de diagnóstico, de tratamento, são noções construídas a partir da racionalidade médica (PRISZKULNIK, IBIDEM)

Pode-se dizer que tanto a epidemiologia quanto a medicina se ancoram em ideais de previsibilidade e regularidade. No entanto, a autora ressalta que, quando o que está em questão é a clínica psicanalítica, há aspectos que permitem questionar a possibilidade de prevenção:

O psicanalista sabe que a clássica equação da história natural da doença (ou do processo saúde-doença) não dá conta do padecimento do paciente, pois as necessidades humanas não são puramente biológicas, e o padecimento pode resultar das vicissitudes das complexas relações e interações que acompanham cada sujeito pela vida afora. Ele sabe que, diferentemente do sintoma médico ou psiquiátrico, o sintoma analítico não é objetivo, pois depende do sujeito que fala e é no

---

<sup>10</sup> Há, ainda, outros tipos de prevenção: terciária, quaternária, que não pretendo abordar aqui.

movimento de falar que o sujeito vai construindo o sintoma na análise. O sintoma analítico é a expressão de um desejo que não visa, necessariamente e de antemão, ser curado, mas visa ser ouvido (PRISZKULNIK, IDEM)

Assim, o psicanalista não tem uma resposta, de antemão, para fornecer ao paciente. Ele sustenta uma posição de não saber frente ao que lhe é encaminhado pelo analisando. E é a partir deste lugar de “não saber” que ele convoca o paciente a se implicar, a fazer de sua queixa uma questão.

Também, na clínica de linguagem é possível levantar questões sobre a ideia de prevenção. Arantes (2001) aponta as distinções entre um diagnóstico médico e o diagnóstico de linguagem<sup>11</sup> e afirma: nos distúrbios de linguagem não há estabilidade entre causa e efeito sintomático. Mesmo no caso de uma alteração orgânica, ou seja, um fator localizável e desencadeante de um problema de linguagem, é impossível prever o que ela pode determinar<sup>12</sup>: a constatação da lesão não pode explicar aquilo que se mostra alterado no corpo de uma fala. Não há, assim, como prever o que pode produzir desarranjos na fala, condição necessária para pensar em prevenção. Há também de se considerar que a heterogeneidade no que diz respeito à aquisição de linguagem é obstáculo: há tempos e estilos distintos, como veremos no Capítulo 3, que tornam complexa a noção de previsibilidade inerente à de prevenção.

Se por um lado no que tange às doenças somáticas o modelo epidemiológico funciona no sentido de promover a saúde, cabe interrogar se o mesmo se aplica quando entramos no campo das psicopatologias, bem como no das patologias de linguagem. Nos dois casos não há como proceder de modo objetivo, detectando causas e tentando evitar seus efeitos. Sobre a psicanálise, como assinala Miller (1997) “no campo analítico, estamos contrariamente do lado do sujeito” (p. 230), do subjetivo, do singular, o que certamente cria problemas para estender a noção de prevenção para o campo das psicopatologias.

---

<sup>11</sup> É importante ressaltar que a autora problematiza a maneira como a fonoaudiologia importa o termo “diagnóstico”, da área médica e faz um uso indistinto do mesmo. Isso porque deixa de lado todo o aporte que constituiu teoricamente o diagnóstico na medicina, que não se aplica à clínica fonoaudiológica.

<sup>12</sup> Remeto o leitor ao trabalho de Fonseca (1995, 2002), que discute em profundidade a questão da causalidade a partir da afasia.

Penso que, levando em consideração tais aspectos, a noção de prevenção tal como se dá no campo da epidemiologia, parece ser de difícil aproximação quando o que está em questão é a articulação entre linguagem e estruturação subjetiva, tema central deste trabalho. Veremos a seguir, alguns outros aspectos referentes à Epidemiologia que ampliaram seu objeto de estudo permitindo que a área se aproximasse, inclusive, da saúde mental.

## **1.2 - Sobre o conceito de risco**

Se a Epidemiologia pode fazer das doenças transmissíveis e seus determinantes os seus objetos de estudo, Rouquayrol et al (2013) apontam que, nas últimas décadas, o campo se debruçou sobre as doenças não transmissíveis, tais como as doenças cardiovasculares e o câncer. Foi no estudo destas que o conceito de risco ganhou espaço dentro da Epidemiologia.

Conforme afirma Almeida-Filho (1989) apud Guilam (1996), a Epidemiologia moderna irá se estruturar em torno do conceito de risco. O risco é entendido como “probabilidade de um membro de uma população definida desenvolver uma patologia num determinado período de tempo” (ALMEIDA-FILHO, 1989, p.24, APUD GUILAM, IDEM, P. 02). No entanto, Guilam (ibidem) é categórico: o objeto de estudo da Epidemiologia não é o indivíduo, mas a população, as doenças e o tempo.

Os fatores de risco surgem nas discussões sobre as doenças não-transmissíveis, em que não está mais em pauta o fator causal em si, mas a associação de alguns fatores de risco e as patologias propriamente ditas. Ou seja: quando a determinação causal perde força, comparecem os chamados “fatores de risco”. Estes estão associados às patologias e atrelados ao conceito de probabilidade. No entanto, é importante notar: um determinado efeito de saúde pode se manifestar mesmo quando aquilo entendido como um “fator de risco” não estava presente. A primeira etapa dos estudos epidemiológicos se voltará para análises estatísticas que dirão a intensidade da relação entre eles, corroborando ou refutando hipóteses de correlação. Já, a segunda etapa dos estudos epidemiológicos passa a ser a de pesquisas para identificar grupos de risco (GUILAM, IBIDEM).

A incorporação do conceito de risco na Epidemiologia não passou despercebida. Diversos autores apresentam as complexidades relativas à noção de risco, entre eles, Castiel (1994, 1999). Segundo o autor, tal conceito permanece enquanto tentativa de estabelecer uma relação linear entre fenômenos, com a pretensão de poder exercer controle sobre algo que se pretende evitar. A lógica permanece a mesma: uma vez que a causa de um problema de saúde é apreendida, torna-se possível evitá-lo.

De acordo com Castiel (1999), no entanto, nem sempre isto é possível. Ele faz referência a pesquisas diversas para explicar porque. A título de elucidação, insiro aqui um de seus exemplos: as pesquisas sobre transtornos (de diversas ordens) decorrentes da perda de um cônjuge. Embora tais transtornos estejam relacionados à perda do parceiro, a conjugalidade em si não pode ser sustentada como um fator de risco para agravos à saúde.

Ele afirma que se o compromisso da Epidemiologia reside em entender os processos de adoecimento a nível populacional, este se dá através de um processo de agregação de pessoas. Isso implica, conforme aponta o autor, em perder aquilo que é da ordem do individual/particular/singular no processo do adoecimento. Ele pontua, retomando o exemplo dado, que há diversas formas de se estar ou não em uma relação, e o estado conjugal seria um representante mais complexo do que essa condição permitiria concluir. Na Epidemiologia, se faz necessário apagar particularidades, pois estas seriam um desvio à proposta de objetividade e rigor da atividade científica almejada.

Vimos que a Epidemiologia se ocupa de estudos voltados para uma população. Embora as pesquisas da área partam de achados clínicos - na tentativa de estabelecer relações entre “fenômenos de saúde” e as “variáveis” relacionadas-, os estudos epidemiológicos “retornam” à clínica, têm efeitos sobre ela, conforme vimos a partir de Rouquayrol et al (2013): os estudos epidemiológicos norteiam as ações em saúde.

Nos últimos anos, diversos psicanalistas passaram a discutir as noções de prevenção e risco. É o que vemos, por exemplo, nos estudos que envolvem a discussão do protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). Destaco um dos primeiros trabalhos que surgiram no Brasil nesse sentido: a pesquisa iniciada por Kupfer et al (2009), na qual os autores sinalizam que a constituição do IRDI surge como resultado de uma preocupação com a

saúde mental de crianças. O argumento que sustentava o desenvolvimento da pesquisa era o alto índice epidemiológico de transtornos psiquiátricos na infância e adolescência, que indicavam a necessidade de inclusão da dimensão psíquica nas ações de saúde para primeira infância, no sentido de empreender a prevenção por meio da detecção de problemas de desenvolvimento (KUPFER et al, 2009, p. 50).

Os “problemas do desenvolvimento” são divididos em duas classes pelos autores. Na primeira, situam os casos em que há um problema do desenvolvimento, porém, a instalação de um sujeito psíquico não está questionada. São casos tais como a hiperatividade, enurese, questões relativas à lei e regras, etc. Na segunda classe dos problemas de desenvolvimento, os autores enquadram as crianças que apresentam “risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância”, tais como os distúrbios globais do desenvolvimento, casos em que a instalação do sujeito psíquico está interrogada.

O IRDI é composto por 31 indicadores de risco, que se apoiam em quatro eixos teóricos<sup>13</sup>. Não se trata de um instrumento que visa detectar uma patologia específica, mas que possibilitaria a detecção de risco psíquico de maneira genérica, conforme afirmam os pesquisadores.

O grupo de pesquisadores que estiveram envolvidos na concepção do instrumento não estava alheio à problemática relativa à inclusão dos indicadores de risco no campo da psicanálise. Jerusalinsky et al (2009) fizeram o esforço no sentido de distinguir como o indicador de risco é visto na área da saúde e como ele será proposto dentro da lógica do IRDI. Tornou-se necessário promover um deslocamento acerca do conceito original de indicador de risco para poder incluí-lo no discurso da Psicanálise, pela própria noção de sujeito que a teoria psicanalítica comporta. O sujeito, para a Psicanálise:

não coincide com as noções de Eu ou de personalidade, mas [é] uma instância psíquica inconsciente. Constrói-se, desde o início da vida de uma criança, a partir de um campo social pré-existente – a história de um povo, de uma família, do desejo dos pais – mas também a partir dos encontros, intercorrências e

---

<sup>13</sup> Sugiro a leitura de Kupfer et al (2009) e Jerusalinsky et al (2009), que farão uma explicação minuciosa acerca dos eixos que sustentam os indicadores clínicos de risco. São eles: Suposição de Sujeito (SS), Estabelecimento de Demanda (ED), Alternância Ausência/Presença (A/P) e Função Paterna (FP).

acazos que incidem na trajetória singular da criança. (KUPFER et al, 2009, p. 50)

Vale destacar, ainda, a ênfase que os pesquisadores dão à linguagem na constituição do humano. O sujeito passa a ser entendido enquanto sujeito do desejo, cindido pela linguagem. Para os autores, é esse corte promovido pela linguagem no sujeito que faz barreira ao determinismo biológico, àquilo que provém da herança da espécie:

Na medida em que a descoberta do inconsciente é considerada como a instância do Outro que fala em nós. Já não mais se trata de uma reminiscência instintiva – animal – como mero resíduo hereditário da evolução das espécies, mas de uma marca simbólica sobre o real que, somente após ser marcado pelas bordas do significante, vira resto (JERUSALINSKY et al, 2009, p. 02)

Jerusalinsky et al (idem) propõem um deslocamento acerca dos indicadores de risco. Isso se deve ao fato de que, a partir da pesquisa por eles empreendida, a única antecipação possível é de que

qualquer indicador relativo à uma garantia de saúde mental e o desenvolvimento normal da criança está submetido às vicissitudes da lógica de imprevisibilidade dos acontecimentos históricos e familiares por vir (JERUSALINSKY et al, IBIDEM, p. 03)

Dessa forma, não haveria uma relação linear entre causa e efeito, que fundamenta a lógica da prevenção, mas entre “acontecimentos” e “consequências”. O “acontecimento” portaria uma significação subjetiva, que não se equivale a uma significação externa, que seria própria ao conceito de “causa”. Por sua vez, a “consequência” será tratada enquanto um resultado que não seria modificado a partir de uma alteração do “acontecimento”. A “consequência” traz em si a possibilidade para a abertura de uma nova experiência para o sujeito. Assim, o princípio é que tais indicadores possibilitem uma **abertura** ou **variabilidade** em termos das consequências.

Os autores do IRDI ainda destacam que a finalidade de prevenção do protocolo não se insere somente numa suspensão correlação direta entre os “acontecimentos” e “consequências”. Um indicador pode ser, em si, uma consequência: não se trata, portanto, de intervir sobre o indicador, buscando

uma espécie de supressão deste, mas de promover sobre uma leitura dotada de significação que não seria dada *a priori*:

o cerne dessa pesquisa, não gira em torno a objetos supostos como sendo naturalmente adequados ou inadequados, também não uniformiza os objetos oferecidos, nem compara as conquistas motoras ou de emissões fonéticas com um padrão de evolução etária. Ela registra se se cumprem ou não entre a mãe e o filho os intercâmbios de modo que efetivamente venham se operar as transformações necessárias para a construção de um sujeito capaz de desdobrar suas habilidades em relação com o mundo e seus semelhantes (JERUSALINSKY et al, IBIDEM, p. 3)

A discussão que os autores empreendem busca justamente introduzir a dimensão do singular numa esfera que originalmente procura dar conta do maior número possível de explicações sobre os processos de saúde e doença<sup>14</sup>. Não se trata de uma tarefa qualquer introduzir o singular e as vicissitudes da constituição psíquica no escopo da prevenção, que busca regularidades. Penso que a tentativa de estabelecer uma torção para incluir os indicadores de risco numa discussão psicanalítica não encobriu as dificuldades que se criam para o campo e, por isso, compreende-se a polêmica em torno do tema.

O protocolo IRDI foi originalmente concebido enquanto instrumento voltado para a prevenção, no sentido de avaliação e acompanhamento do desenvolvimento psíquico em consulta pediátrica. Kupfer et al (2012) apontam ganhos importantes a partir do uso de tal instrumento: os pediatras puderam identificar fenômenos que observavam na consulta pediátrica, porém não conseguiam nomear. Assim, destacam que o IRDI foi um orientador do olhar do médico, que pode “propor modificações ou inflexões na relação mãe-bebê” (Kupfer et al, IDEM, p. 135). A finalidade preventiva do instrumento se daria a ver numa relação a posteriori, indicam.

Na mesma direção, a partir de uma inversão em relação ao tempo, que Mariotto e Bernardino (2012) situam o campo da prevenção na psicanálise:

Prevenir seria também algo da ordem do impossível, na medida em que nunca se vão antever, pré-ver os resultados que a intervenção no presente produzirá no futuro. É só depois que o

---

<sup>14</sup> Vale destacar que, dentro da Psicanálise, a distinção entre normal e patológico não é simples, pois não se pauta em critérios pré-estabelecidos ou mensuráveis.

sentido se verificará em relação ao antes (MARIOTTO E BERNARDINO, IDEM, p. 20)

O instrumento, inicialmente voltado para a avaliação e acompanhamento, no sentido de uma prevenção no campo na saúde mental, passou a ser utilizado na educação, já no campo da promoção da saúde. A partir disso, surge a denominação “Metodologia IRDI”. Estudos foram encaminhados em creches, conforme apontam Mariotto e Bernardino (ibidem) e promoveram uma mudança importante nos acompanhamentos e intervenções dos educadores.

Não pretendo aqui estender a discussão sobre o IRDI ou metodologia IRDI. Trata-se de um instrumento que foi construído há cerca de uma década e sobre o qual há diversas publicações e pesquisas que mostram efeitos positivos a partir de seu uso com finalidades específicas. Procurei apresentar como tal instrumento foi inicialmente pensado, na tentativa de mostrar que a aproximação entre Psicanálise e prevenção não é simples. Conforme aponta Machado (2018):

discutir psicanálise e prevenção é adentrar em um debate ético e epistemológico que inclui em seu bojo a noção de temporalidade, dado que a ideia mesma de prevenção parece se contradizer à proposta da psicanálise, de intervir no *après-coup* (MACHADO, IDEM, p. 117)

Ou seja, ao se falar em prevenção e risco, necessariamente entra em jogo alguma hipótese de temporalidade. A noção de estrutura na psicanálise é sem dúvida questão maior a ser enfrentada, uma vez que com ela a ideia de desenvolvimento, que comparece no próprio nome do instrumento, é questão difícil de ultrapassar.

A Fonoaudiologia também se voltou para a questão do risco, ainda que sejam raros os trabalhos sobre o tema. Palladino (2008), por exemplo, também alude à possibilidade de que a discussão sobre os indicadores de risco dê espaço para a particularidade das manifestações patológicas (problematizando a universalidade da doença, bem como a linearidade causal)<sup>15</sup>. Os indicadores

---

<sup>15</sup> A autora também entende que a maneira que os indicadores são tomados dentro do campo da saúde está mais atrelada a uma ideia de causalidade direta, e, portanto, no campo da prevenção. O modelo de saúde e doença que a prevenção comporta, no entendimento da autora é que saúde é um estado optimal e a doença seria um desvio deste. Ela defende que os indicadores possam ser incluídos no âmbito das discussões da promoção em saúde, na qual “saúde” adquire um sentido mais amplo, de bem-estar.

propostos pela autora - referentes às condutas de falar, ouvir e comer- não deverão ser tomados enquanto sintomas – definidos pela autora como “transtornos em edição ou já editados” (PALLADINO, IDEM, p. 194). Enquanto os sintomas seriam um “produto”, os indicadores seriam:

pistas esboçadas na e pela criança que, por suposição, podem antecipar e com isto reorientar [muito ou pouco] historicamente uma realidade. Podem criar outra contingência para a vida (PALLADINO, IBIDEM, p. 194)

Assim, os indicadores seriam uma pista que dá ao clínico a chance de uma antecipação. Como dizer, no entanto, de antemão que um determinado fator poderá acarretar efeitos no futuro? Penso que nessa cadência de “antecipar-se” se localiza também a discussão da autora, pois fica evidente que a temporalidade e a noção de causalidade – ainda que não direta – não podem ser contornadas.

A meu ver, o clínico que se volta para as questões de linguagem estará sempre diante de um certo *estado* e é sobre este que irá incidir, sem saber de antemão, os efeitos de sua intervenção. Acredito que é isso que se coloca no bojo da discussão quando Arantes (2001), coloca em jogo a causalidade<sup>16</sup> dentro da fonoaudiologia e da clínica de linguagem:

Seria a detecção da causa possível e necessária na clínica de linguagem? Como, pergunto, definir a causa de um problema na linguagem? Em que um agente etiológico atestável (orgânico) ou inferível (social/emocional) explicaria a natureza do particular/singular de uma fala – o modo de acontecer de uma fala. Que relação pode ser estabelecida senão geral e bastante vaga? Ao lado disso, que “instrumento” teria o fonoaudiólogo para intervir sobre o suposto agente etiológico? (ARANTES, IDEM, p. 9)

Trazer a “fala sintomática”, termo utilizado por Lier-DeVitto (2006), para o centro da discussão significa, necessariamente, abrir mão de operar com categorias dadas de antemão, que não podem sustentar a posição do clínico de linguagem. Posição esta, penso, que vai de encontro à tentativa de antecipar ou

---

<sup>16</sup> Vale destacar que no entendimento da autora, isso não significa desprezar fatores de etiologia orgânica que causem um embaraço na fala. Há a necessidade de detecção destes, porém, a proposição é a de que a constatação da lesão é insuficiente para a condução da clínica de linguagem.

antedizer uma condição “patológica” ou de risco, o que parece ser tendência dominante nas discussões sobre saúde mental primeira infância, como veremos no Capítulo 2. Desse modo, a discussão sobre risco necessariamente convoca a pensar sobre a posição do clínico e sua relação com o saber. No caso da clínica de linguagem, trata-se justamente da suspensão de um saber prévio, dado *a priori*, que poderia abarcar e antecipar aquilo que se passa na fala de um paciente, conforme aponta Andrade (2006), seja por meio de uma leitura feita a partir de diagnósticos, seja a partir da aplicação de teorias linguísticas.

A seguir, veremos, a título de exemplo, instrumentos formulados com a finalidade de detecção de risco em crianças pequenas, no âmbito da saúde mental.

### **1.3 – Análise de Protocolos**

Alguns protocolos foram elaborados com o objetivo de detectar de maneira precoce impasses no desenvolvimento infantil, conforme apontam Seize e Borsa (2012) e Gonçalves e Pedruzzi (2013). Aqui, farei uma análise de dois protocolos utilizados para rastreamento de crianças pequenas. Foram escolhidos o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) e o Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI). São protocolos que não tem por fim um diagnóstico, mas a detecção de um risco que levará a um encaminhamento (BRASIL, 2013).

A escolha desses protocolos se deu por sua forte presença nos estudos incluídos na revisão de literatura<sup>17</sup> que veremos adiante, bem como a presença destes no documento Diretrizes de Atenção às Pessoas com Transtornos do Espectro Autista, o que os torna também uma referência no campo da saúde pública. Destaco que as informações sobre a análise dos resultados de cada protocolo também foram retiradas de tal documento. O intuito dessa análise é localizar a maneira como ambos abordam a linguagem.

#### **1.3.1 - Protocolo Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat)**

---

<sup>17</sup> Ver Machado et al (2014), Alckmin-Carvalho et al (2014), Zaquieu et al (2015), Machado et al (2016).

O protocolo M-CHAT consiste num instrumento de rastreio composto por 23 itens no formato de perguntas, que deverá ser respondido pelos pais de crianças de 18 a 24 meses. As perguntas deverão ser respondidas positiva ou negativamente, gerando uma pontuação, que varia a cada item: algumas questões pontuarão com a resposta “não” e outras pontuarão com a resposta “sim”<sup>18</sup>. Se a pontuação final for de 3 pontos, de quaisquer itens, a criança é considerada um caso de risco para TEA. Caso a pontuação final seja de 2 pontos dos itens críticos (marcados com um asterisco na tabela), também será considerada um caso de risco.

| Item                                                                                                                                                                                    | Sim | Não |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 1- Seu filho gosta de se balançar, pular no seu joelho?                                                                                                                                 |     |     |
| 2- Seu filho tem interesse por outras crianças? *                                                                                                                                       |     |     |
| 3- Seu filho gosta de subir em coisas como escadas ou móveis?                                                                                                                           |     |     |
| 4- Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?                                                                                                      |     |     |
| 5- Seu filho já brincou de “faz de conta”, por exemplo, fazer de conta que está falando ao telefone, ou que está cuidando de uma boneca, ou qualquer outra brincadeira de faz de conta? |     |     |
| 6- Seu filho já usou o dedo indicador dele para pedir alguma coisa?                                                                                                                     |     |     |
| 7- Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar para indicar interesse em algo? *                                                                                               |     |     |
| 8- Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex: carros ou blocos?) sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?             |     |     |
| 9- O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar esse objeto? *                                                                                               |     |     |

<sup>18</sup> Respostas pontuadas com não: itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21 e 23. Respostas pontuadas com sim: itens 11, 18, 20 e 22 (BRASIL, 2013).

|                                                                                               |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 10- O seu filho olha para você por mais de um segundo ou dois?                                |  |  |
| 11-O seu filho já apareceu muito sensível ao barulho (ex: tapando os ouvidos)?                |  |  |
| 12-O seu filho sorri em resposta ao seu rosto ou ao seu sorriso?                              |  |  |
| 13-Seu filho imita você (exemplo: você faz expressões, caretas e seu filho imita)? *          |  |  |
| 14-O seu filho responde quando você o chama pelo nome? *                                      |  |  |
| 15-Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele? *          |  |  |
| 16-Seu filho já sabe andar?                                                                   |  |  |
| 17-O seu filho olha para coisas que você está olhando?                                        |  |  |
| 18-O seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?                     |  |  |
| 19- O seu filho tenta atrair sua atenção para a atividade dele?                               |  |  |
| 20-Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?                                      |  |  |
| 21-O seu filho entende o que as pessoas dizem?                                                |  |  |
| 22-O seu filho às vezes fica aéreo ou olhando para o nada ou caminhando sem direção definida? |  |  |
| 23-O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?      |  |  |

Vemos que o protocolo não se apoia numa observação direta da criança pelo profissional. Ele se baseia na fala dos pais acerca do filho: a eles caberá dizer o que a criança faz ou não faz. A fala dos pais, para o profissional que acolhe os resultados do protocolo, terá um estatuto de informação sobre a criança, sobre sua condição. No entanto, vale destacar que a leitura dos pais para a criança não é livre de interpretação, conforme aponta Arantes (2001): a criança acerca da qual os pais falam é necessariamente “imaginária”. Eles falam, de acordo com a autora, “de si e de um filho que imaginam ter e, também do filho

que gostariam de ter tido” (ARANTES, IDEM, p. 90). Desse modo, afirma a autora, não é possível que haja uma verdade a ser buscada na fala deles.

Ainda, não podemos desconsiderar que os pais, ao buscarem um atendimento, certamente chegam com uma questão sobre a condição da criança, conforme apontam Arantes (ibidem) e Andrade (2006), o que poderá ter efeitos sobre a maneira como farão a leitura dos gestos do filho. Talvez, o protocolo só possa detectar aquilo que já se previa: um risco para o TEA.

Andrade (idem), ao abordar as entrevistas na clínica fonoaudiológica, indica que uma direção possível é tomar a fala dos pais sobre a criança e sua história enquanto transparente e reduzível a um checklist, que me parece ser o caso em que o protocolo é utilizado. Outra postura possível do terapeuta, seria a de se posicionar frente à fala dos pais enquanto uma versão da história da criança, uma interpretação. A meu ver, essa segunda possibilidade ficaria obliterada com o uso do protocolo: o que se visa recolher nele, são os sinais patognomônicos do TEA – como vemos em itens que contemplam as estereotipias (item 18), ausência de contato de olhar (item 10) e a ausência de sorriso social (item 12).

A ênfase do protocolo, ainda, permanece sobre comportamentos da criança que são tomados pelo adulto enquanto indicativos de uma intenção de comunicação (vide itens 7, 9) ou, ainda, acerca da compreensão da criança sobre o gesto do adulto, como se houvesse uma transparência desses. Talvez por isso a linguagem não compareça enquanto algo a ser observado: ela comparece enquanto acessório, o aporte da mensagem se dá no gesto. Vale destacar, no entanto, que o apagamento da linguagem constitui um contrassenso, levando em consideração que ela é um dos três aspectos que sustenta o diagnóstico nos manuais médicos<sup>19</sup>.

### **1.3.2 - Protocolo Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)**

---

<sup>19</sup> Vale destacar que o M-CHAT foi recomendado pelo Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, da Sociedade Brasileira de Pediatria, como um instrumento de triagem para TEA em 2017.

O protocolo IRDI é composto por 31 indicadores, que devem ser respondidos pelo clínico, de acordo com a sua observação da interação entre mãe e criança ou com uma pergunta direta ao pai/mãe. Cada item deverá ser respondido de acordo com as possibilidades: presente, ausente ou “não verificado” (quando não é possível observar o indicador no momento da aplicação ou caso os pais não saibam responder). É a partir da ausência de alguns indicadores que se instituirá a condição de risco para o desenvolvimento. O protocolo compreende a idade de 0 a 18 meses da criança.

Há indicadores que foram apontados como sendo preditores para risco psíquico<sup>20</sup> e outros que são preditores de risco para o desenvolvimento, de acordo com a distinção estabelecida pelos autores do protocolo, conforme apresentei anteriormente. Vejamos:

| Idade                 | Indicador                                                                           | Presente | Ausente | Não verificado |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------|---------|----------------|
| 0 a 3 meses e 29 dias | 1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.                      |          |         |                |
|                       | 2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).     |          |         |                |
|                       | 3- A criança reage ao manhês.                                                       |          |         |                |
|                       | 4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.                              |          |         |                |
|                       | 5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.                                    |          |         |                |
| 4 a 7 meses e 29 dias | 6- A criança começa a diferenciar o dia da noite.                                   |          |         |                |
|                       | 7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. |          |         |                |
|                       | 8- A criança faz solicitações à mãe e faz um intervalo                              |          |         |                |

<sup>20</sup> São eles: os primeiros 5 indicadores (que formam um fator só, para risco psíquico), os indicadores 6, 7, 8, 9 (que também formam um só fator para risco psíquico), os indicadores 16 e 22 (que também formam um só fator) e os indicadores 23, 24, 26 e 30 (que formam um só fator para risco psíquico) (BRASIL, 2013).

|                         |                                                                                                       |  |  |  |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|                         | para aguardar sua resposta.                                                                           |  |  |  |
|                         | 9- A mãe fala com a criança, dirigindo-lhe pequenas frases.                                           |  |  |  |
|                         | 10-A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.            |  |  |  |
|                         | 11-A criança procura ativamente o olhar da mãe.                                                       |  |  |  |
|                         | 12-A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço                                |  |  |  |
|                         | 13-A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.                                          |  |  |  |
| 8 a 11 meses e 29 dias  | 14-A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.           |  |  |  |
|                         | 15-Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. |  |  |  |
|                         | 16-A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.                                                 |  |  |  |
|                         | 17-Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.                                               |  |  |  |
|                         | 18-A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.                                                 |  |  |  |
|                         | 19-A criança possui objetos prediletos                                                                |  |  |  |
|                         | 20-A criança faz gracinhas.                                                                           |  |  |  |
|                         | 21-A criança busca o olhar de aprovação do adulto.                                                    |  |  |  |
|                         | 22-A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.                                        |  |  |  |
| 12 a 17 meses e 29 dias | 23-A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.                               |  |  |  |
|                         | 24-A criança suporta bem as breves ausências da mãe                                                   |  |  |  |

|  |                                                                                                  |  |  |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
|  | e reage às ausências prolongadas.                                                                |  |  |  |
|  | 25-A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.    |  |  |  |
|  | 26-A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo o que a criança pede.                   |  |  |  |
|  | 27-A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.                                    |  |  |  |
|  | 28-A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.                            |  |  |  |
|  | 29-A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos. |  |  |  |
|  | 30-Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.                              |  |  |  |
|  | 31-A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprio.                                    |  |  |  |

Os indicadores são divididos de acordo com a idade criança: são eles que irão dirigir a observação do clínico. Conforme assinalai anteriormente, vemos que se trata de um protocolo que abre espaço para a interação entre mãe e criança: os dois são contemplados na observação do clínico. Já nos indicadores correspondentes à primeira faixa etária nota-se que a mãe também será incluída na observação: se fala e/ou olha para a criança, a maneira como ela lê os gestos/gritos/balbucios da criança, o apoio que a mãe dá ou não naquilo que a criança faz<sup>21</sup>. Assim, é introduzida uma dimensão qualitativa nessa observação: como a mãe fala/interage com a criança. No correr do protocolo, o que vemos é um aumento da presença de itens voltados para algo a ser observado na criança<sup>22</sup> ainda em situação de interação com a mãe.

<sup>21</sup> Como vemos nos indicadores 1, 2, 9, 12, 26, 29.

<sup>22</sup> Ver indicadores 6, 7, 8, 13, 16, 15, 16, 18, 19, 21 e 22.

Fica evidente que os indicadores atentam para a dependência inicial da criança à interpretação e à fala da mãe. Trata-se de uma criança falada, uma criança com quem se fala, o que vai ao encontro à concepção de Outro da teoria lacaniana, que, encarnado na figura materna, vai inserir a criança na cultura e na linguagem, de acordo com o que é colocado por Kupfer et al (2003), que desenvolveram o instrumento. Temos, assim, que:

as bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do desenvolvimento em todas as suas vertentes (KUPFER et al, IDEM, p. 8)

Seriam as primeiras relações do bebê com aqueles que exercem a função materna que permitiriam que as bases do psiquismo se fundassem. Os autores, portanto, entendem que a noção de desenvolvimento não se deve somente a um aparato neurobiológico. Deverá ser entendido a partir da entrada da criança no mundo do simbólico e da linguagem, organizada pelo adulto:

O ordenamento da linguagem – desde que personalizado por um adulto desejante – é o eixo que move, organiza, interfere e configura as linhas gerais do desenvolvimento. Portanto, há uma estrutura simbólica que organiza o processo de desenvolvimento, de modo a permitir o surgimento de um sujeito. Esse surgimento depende, então, das significações que se colocam em jogo no cuidado do bebê (KUPFER et al, IBIDEM, p. 15)

Os indicadores do protocolo contemplam os movimentos da mãe e do bebê na interação – se um está sob efeito do gesto/fala do outro-, investiga se há fala dirigida à criança, se há interpretação sobre ela. Apesar da inclusão da interação na observação, não fica evidente, no entanto, em que medida os indicadores observados poderão ser remetidos à ordenação da criança na linguagem ou no mundo simbólico, considerados fundantes da subjetividade pelos autores.

Pouco esclarecida fica, também, a maneira como os sinais observados na interação entre mãe e criança poderiam dar espaço para a singularidade da constituição subjetiva... e de que maneira o instrumento se difere procedimentos

de *checklist* para o desenvolvimento, possibilitando outra leitura sobre os sinais, como fundamentam os autores:

só será possível dizer que um bebê está construindo uma subjetividade a partir de certas manifestações que possam ser identificadas como respostas do sujeito, ou seja, singulares, próprias daquela criança em particular (KUPFER et al, IBIDEM, p. 15)

A meu ver, a análise de tais instrumentos era necessária, uma vez que eles comparecem largamente na literatura e, ainda, de maneira pouco explicativa - os itens e critérios dos protocolos são tratados como evidentes. A linguagem continuará operando como recorte de minha leitura sobre o diagnóstico precoce de TEA e a questão do risco, que serão abordados no próximo capítulo.

## **Capítulo 2 – Revisão de literatura: “diagnóstico precoce” e “risco” de TEA**

Considerarei importante, dada a particularidade do tema dessa dissertação, buscar na literatura o modo como se tem procedido no campo da promoção de saúde mental na primeira infância e na prevenção do autismo. O objetivo dessa análise é apreender o modo como a linguagem é abordada nesses estudos. Esclareço que não foi realizada uma revisão sistemática e nem utilizados os critérios de uma revisão integrativa. Privilegiou-se, aqui, uma revisão narrativa que visa dar um panorama geral sobre um assunto específico. Para encaminhar a revisão da literatura, foi utilizado o descritor “autismo” combinado com “diagnóstico precoce” e “risco” nos Periódicos Capes. A pesquisa foi voltada para os artigos publicados nos últimos 10 anos (de 2008 a 2018), que serão divididos em três seções.

A primeira delas é composta por estudos, majoritariamente feitos por fonoaudiólogos ou psicólogos, que definem o autismo a partir de manuais diagnósticos de classificação de doenças, o que conduz uma reflexão que enfatiza os sinais precoces do quadro, em uma perspectiva filiada à medicina. A segunda seção é composta por artigos que focalizam a questão do desenvolvimento infantil, colocando a aquisição de linguagem em seu esteio. Neles, há forte presença do tema “risco para o desenvolvimento”. Por fim, na terceira seção, comparecem os trabalhos escritos por psicanalistas, que destacam a importância da intervenção precoce para os quadros em que há “risco de autismo”.

### **Primeiro Grupo**

Nesta seção estão os autores que têm como referência a definição de autismo fundamentada nos manuais diagnósticos, em especial o DSM. Os termos que aparecem com maior frequência na literatura são Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), Transtorno Global do Desenvolvimento ou autismo. Essa diferença na nomenclatura, no entanto, não marca uma distinção na definição desses quadros. Eles são, geralmente, descritos enquanto:

transtornos do neurodesenvolvimento que afetam em níveis variados habilidades de interação/e comunicação social e repertórios de comportamento, estes últimos caracterizados fundamentalmente por interesses restritos e padrões comportamentais repetitivos. Pela abrangência das áreas de desenvolvimento afetadas nos TEA, verifica-se comprometimento, geralmente severo, do funcionamento adaptativo dessas crianças (ZAQUEU et al, 2015, p. 294)

Dada a ausência de marcadores biológicos para o TEA (NICOLIELO et al, 2014; ZANON et al, 2014), o que tais trabalhos enfatizam é que o diagnóstico do transtorno é clínico, feito a partir de sinais observáveis, que serão categorizados numa tríade: estereotipias, comprometimento da linguagem e comprometimento da interação social. Os autores apontam, também, para a heterogeneidade de quadros compreendidos sob a denominação de TEA (ZANON et al, idem; REIS et al, 2016). Embora o transtorno seja reconhecido por ter um início precoce<sup>23</sup>, paradoxalmente, também parece haver um consenso quanto à dificuldade de realizar o diagnóstico na primeira infância<sup>24</sup>.

A tentativa dos autores cujas pesquisas foram incluídas nesta seção é a de discutir os primeiros sinais de TEA observáveis em crianças pequenas. Para isso, fazem uma divisão importante entre tais sinais, enquadrando-os nas categorias anteriormente apontadas. Veremos como os pesquisadores incluídos nesta seção encaminham a discussão sobre os primeiros sinais e como a linguagem comparecerá ao longo das argumentações.

Zanon et al (2014), fazem um estudo retrospectivo com pais de crianças diagnosticadas como autistas, buscam recuperar quais os primeiros sinais do transtorno percebidos por eles até os dois primeiros anos da criança<sup>25</sup>. Os resultados obtidos incidem sobre as 3 categorias de sintomas que sustentam o diagnóstico que já vimos: atraso/peculiaridade no desenvolvimento da linguagem; problemas no comportamento social e comportamentos estereotipados, sendo que os comprometimentos de linguagem foram os mais frequentemente observados pelos pais. Essa categoria compreendia sinais

---

<sup>23</sup> Zanon et al (2014), Reis et al (2016), Nicolielo et al (2014), Gomes et al (2015), Gonçalves e Pedruzzi (2013), Seize e Borsa (2017)

<sup>24</sup> Zanon et al (2014), Zaqueu et al (2015), Reis et al (2016)

<sup>25</sup> Estes sinais foram levantados através de um instrumento denominado Autism Diagnostic Interview-Revised.

como: atraso na fala, interrupção de fala (crianças que param de falar), ausência de balbucios e atrasos na comunicação gestual (por exemplo, a criança não “dá tchau”). O aspecto relacionado ao desenvolvimento de linguagem mais apontado pelos pais foi o atraso na fala.

Embora os comprometimentos de linguagem fossem os mais recorrentes nas respostas parentais, foram os “comprometimentos sociais”, segundo as autoras, os mais precocemente percebidos. São eles: dificuldade de interação (o bebê ficava assustado quando em grupo), ausência de olhar ou sorriso dirigido ao outro, ausência de resposta ao chamado do outro, ausência de reação após ser separado dos pais. As autoras explicam que a análise retrospectiva permitiu que os pais reconhecessem manifestações de autismo mais precoces do que as que inicialmente geraram preocupações. São chamados de “marcadores pré-linguísticos do TEA”. Ou seja, os pais localizaram dificuldades anteriores aos chamados “comprometimentos de linguagem”.

O que fica evidente na discussão por elas empreendida é que linguagem é fala e que o desenvolvimento comunicativo a precede. A ênfase da pesquisa permanece, assim, voltada para o desenvolvimento sócio-comunicativo, (determinante do desenvolvimento da linguagem). Ele é visto como a possibilidade da criança de estabelecer interações sociais

Assim, se há um embaraço na linguagem, ele se deu por um problema no desenvolvimento sócio-comunicativo, no que constitui uma espécie de relação de causa-consequência, como veremos nos resultados da pesquisa:

Pensa-se, inclusive, que o atraso na fala (...) pode ter decorrido de comprometimentos mais precoces na interação social que, por se tratarem de comportamentos sutis, podem não ter sido identificados pelos pais no momento em que surgiram (ZANON et al, IDEM, p. 30)

Note-se que os autores falam em interação social sutil e não identificada pelo adulto. Já de início vale interrogar: como denominar de “interação social” ações que não são lidas pelo outro? Qual seria a natureza do “social” nessa expressão? De modo geral, o argumento que prevalece nos estudos enquadrados nessa seção reforça a ideia de um período comunicativo, pré-linguístico, em que prevalece a comunicação não-verbal. Em Zanon et al

(ibidem) não fica esclarecido o que permitiria a passagem de um momento pré-linguístico, para o linguístico.

Garcia e Lampéia (2011), por sua vez, também entendem que as interações iniciais da vida permitem que a criança se oriente no universo social e desenvolva a linguagem. A partir das trocas de expressões, imitações e gestos, ela faria uma leitura e depreenderia as significações. Não há uma explicação sobre como a criança faria tal apreensão ou, ainda, como comportamentos comunicativos se transformam em linguagem.

O que se vê é que a linguagem tem um papel pouco relevante nas discussões dos autores aqui incluídos, já que é tomada enquanto fala. A lógica embutida nesses trabalhos é: se a fala se desenvolve “tardamente” e é entendida como resultado do desenvolvimento comunicativo, não constitui um marcador precoce. A ênfase permanece sempre no que antecede à fala. Vemos, assim:

O desenvolvimento sócio-comunicativo de um bebê tem início logo no nascimento e, durante os primeiros anos de vida, a comunicação não-verbal é um elemento fundamental para o estabelecimento das interações sociais e para o desenvolvimento da linguagem (FARAH et al, 2009, p. 589)

Ainda no domínio da discussão sobre o desenvolvimento sócio-comunicativo, Farah et al (idem) destacam a atenção compartilhada:

a Atenção Compartilhada ou Conjunta, [é] considerada por estudiosos do desenvolvimento como precursora do desenvolvimento da linguagem e o primeiro passo para a compreensão dos comportamentos intencionais das outras pessoas (FARAH et al, IDEM, p. 587)

A atenção compartilhada é definida pelas autoras enquanto uma gama de comportamentos infantis que possibilitam uma coordenação de atenção com parceiros de interação, em que eventos e objetos passam a ser alvo de atenção da criança e do outro simultaneamente. Os comportamentos indicativos da atenção compartilhada são o olhar, o apontar e mostrar, indicando a inclusão de um terceiro elemento na interação, numa comunicação sem fala. Diversos pesquisadores<sup>26</sup> estabelecem relação entre déficits de atenção compartilhada e

---

<sup>26</sup> Zaqueu et al (2015), Magalhães et al (2012) e Nicolielo et al (2014) e Zanon et al (2014)

crianças com sinais de TEA. O que se argumenta nesses trabalhos, é que a ausência da atenção compartilhada é um indicador precoce do autismo.

A relação entre o desenvolvimento comunicativo e a aquisição de linguagem já foi extensamente discutida por De Lemos (1986). A autora discute os trabalhos que se denominados “interacionistas”, que, inspirados pelo trabalho de Vygotsky e Walon, partiam da premissa de que a interação da criança com o outro era determinante para o desenvolvimento da linguagem. Para a autora, tais projetos falharam justamente por não explicar como a interação poderia determinar a aquisição de linguagem. Parte dos trabalhos por ela criticados, por exemplo, apontavam a relevância dos aspectos comunicativos anteriores ao desenvolvimento linguístico, porém, ficava por explicar como a interação pré-linguística seria determinante do desenvolvimento de linguagem ulterior. O fracasso de tal empreitada, levou diversos autores a recaírem sobre uma explicação inatista.

Trazer a “comunicação” e “interação” à tona implica necessariamente pensar na relação criança-adulto, isto é, como o adulto é afetado pelas ações da criança e como esta é afetada pela leitura do outro. Entretanto o que se vê, nesses trabalhos, é a aderência a uma explicação ancorada nas “habilidades” inatas da criança. Zanon et al (2014), por exemplo, afirmam que:

Cabe salientar que é justamente no segundo semestre de vida, mais precisamente ao redor dos 9 meses de idade do bebê, que emerge uma habilidade sociocomunicativa exclusivamente humana, da qual decorrem mudanças significativas na maneira como o bebê passa a se relacionar com os outros, com os objetos e consigo mesmo (ZANON et al, IDEM, p. 27)

Como se vê haveria uma habilidade natural do humano para a interação, que se daria a ver nos comportamentos atribuídos às habilidades sócio-comunicativas<sup>27</sup>. A criança autista, por sua vez, teria uma alteração nessa capacidade. Farah et al (2009) que afirmam:

o autista apresenta déficit na percepção de faces e expressões faciais. Estas são, possivelmente, as bases fundamentais geradoras dos déficits apresentados pelo indivíduo autista,

---

<sup>27</sup> Nessa linha também seguem Farah et al (2009), Garcia e Lampréia (2011), Zanon et al (2014), Reis et al (2016).

quanto aos aspectos sócio-comunicativos (FARAH et al, IDEM, p. 588)

Com isso, o papel fundamental da interação, em tais estudos, acaba por se tornar relativo, pois há uma alteração de base – porém, de etiologia desconhecida- que comprometeria a possibilidade de que a criança interaja e se comunique. Apesar disso, alguns autores<sup>28</sup> apostam na possibilidade do outro despertar a intenção comunicativa na criança, uma vez que o adulto pode ter um papel facilitador.

Outra hipótese levantada é que o adulto seja um facilitador na aquisição destes componentes sócio comunicativos não-verbais por estimular, conscientemente, os comportamentos comunicativos da criança (FARAH et al, IDEM, p. 588)

Sobre a concepção de outro facilitador, De Lemos (1986) assinala que as propostas interacionistas que assumiam esta posição, acabavam por reduzir a força estruturante da interação. O papel do outro não era determinante, ele apenas poderia incidir sobre o ritmo do desenvolvimento da criança.

Os trabalhos até aqui apresentados, portanto, se voltam para os aspectos interativos, dado que a comunicação é traço fundamental na caracterização dos quadros de TEA. No entanto, tomam a interação como uma função que se desenvolve de maneira natural, pois depende de uma habilidade inata.

Ressalto, ainda, que na literatura aqui reunida, apenas um artigo<sup>29</sup> se debruça sobre a intervenção num caso em que o quadro de TEA foi diagnosticado precocemente (aos dois anos de idade). Trata-se do estudo de Nicolielo et al (2014), cuja argumentação defende a hipótese de que o outro terapeuta poderá auxiliar a criança no desenvolvimento da “comunicação funcional”, uma comunicação eficaz. Para elas o desenvolvimento de habilidades comunicativas compreende: desenvolvimento de atenção conjunta, contato ocular, imitação, atividade simbólica e estabelecimento de turnos na interação, trabalhadas durante o processo terapêutico. As autoras apontam que houve

---

<sup>28</sup> Farah et al (2009), Zanon et al (2014), Nicolielo et al (2014), Garcia e Lampréia (2011)

<sup>29</sup> Farah et al (2009) discutem a terapia de crianças com o diagnóstico de autismo, através de um estudo longitudinal, no entanto, não são crianças pequenas.

melhora nas intenções comunicativas, nas interações sociais, no jogo simbólico, além de um aumento das produções verbais.

Embora a questão dos sinais seja extensamente debatida, o que os pesquisadores não esclarecem é se seria possível, de fato, realizar um diagnóstico de TEA antes dos cinco anos.... Talvez pela ausência de uma discussão em que a linguagem compareça. De fato, se comprometimentos de linguagem constituem uma categoria decisiva na observação clínica, essencial para o diagnóstico, a suspensão da linguagem nas discussões obstaculiza a possibilidade de fazê-lo. O que os estudos apresentados nesta seção reforçam é que crianças que apresentam sinais relacionáveis ao transtorno devem ser encaminhadas para avaliação e diagnóstico (ZAQUEU et al, 2015). É certo que há estudos que sinalizam para a possibilidade de que o diagnóstico seja, no futuro, descartado, tal como Machado et al (2016), Alckmin-Carvalho et al (2014) e Garcia e Lampréia (2011).

As discussões sobre risco se mostram nos estudos que trazem protocolos e instrumentos de rastreio. É o caso de Alckmin-Carvalho et al (2014), Zaqueu et al (idem) e Machado et al (2016). A aplicação de protocolos é justificada pela necessidade de:

monitoramento de diferentes indicadores do desenvolvimento nos aspectos de psicomotricidade, funções sensoriais, linguagem, comunicação, cognição e funcionamento sócio adaptativo (...), pois decorrente dele poderão ser conduzidas estimulações precoces para a promoção de um desenvolvimento típico, detecção de fatores de risco para problemas de desenvolvimento (ZAQUEU et al, IBIDEM, p. 293)

É importante assinalar que há uma vasta gama de protocolos voltados para o diagnóstico de TEA, conforme apontam Gonçalves e Pedruzzi (2013)<sup>30,31</sup>

---

<sup>30</sup> Os instrumentos analisados pelas autoras são: Childhood Autism Rating Scale (CARS), Treatment and Education of Autistic and related Communicattion handicapped Children (TEACCH), Avaliação de Traços Autísticos (ATA), Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), Autism Diagnostic Interview Revised (ADI-R), Autism Behavior Checklist (ABC), Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) e Préaut.

<sup>31</sup> As avaliações e protocolos listados pelas autoras nem sempre são indicados para o diagnóstico precoce, como é o caso do protocolo CARS: embora ele possa ser aplicado para crianças a partir dos dois anos de idade, ele só apresenta confiabilidade para o diagnóstico de TEA a partir do terceiro ano de vida. Na literatura aqui abordada, entende-se que alguns protocolos, embora sejam sensíveis em detectar problemas no desenvolvimento infantil, nem sempre conseguem distinguir quadros nosográficos distintos, como, por exemplo, o TEA e a deficiência intelectual. Nesse caso, entende-se que um protocolo pode ser sensível para

e Seize e Bosa (2017). Há, ainda, estudos, tais como o de Alckmin-Carvalho et al (2014), que utilizam protocolos elaborados com vistas a acompanhar o desenvolvimento infantil, não sendo específicos para detectar uma patologia.

Nos estudos em que os instrumentos são utilizados como parte da pesquisa, a linguagem não comparece na discussão – a ênfase permanece sobre os critérios elencados nos protocolos. Por vezes, o mesmo estudo utiliza protocolos distintos, e os dados obtidos são tratados estatisticamente. Entre os artigos que envolvem protocolos, destaco dois estudos realizados por fonoaudiólogas, que tocam em questões importantes para este trabalho: são eles os trabalhos Machado et al (2014), Machado et al (2016). Neles o objetivo é analisar as respostas parentais a perguntas presentes em instrumentos – em formato de questionário- que colocam em cena sinais clássicos de autismo<sup>32</sup>.

Machado et al (2014) realizam estudo retrospectivo com crianças de dois grupos: um grupo controle, composto por crianças que não se enquadravam no TEA e o grupo de pesquisa, composto por crianças com o diagnóstico confirmado para o transtorno. Para ambos, foi aplicado o IRDI-questionário<sup>33</sup> com os pais das crianças, com o objetivo de avaliar a sensibilidade do instrumento para casos de crianças com TEA<sup>34</sup>. A sensibilidade desse instrumento foi confirmada para fins de rastreamento em casos de suspeita de TEA. Apesar disso, não é possível desconsiderar que as respostas ao questionário são permeadas pela interpretação parental sobre a criança, especialmente após um diagnóstico já confirmado.

Já, Machado et al (2016) fazem um estudo prospectivo: buscam estabelecer uma relação entre as respostas apresentadas pelos pais sobre sinais específicos de TEA através de alguns instrumentos e a confirmação (ou descarte) posterior do transtorno. As autoras buscam investigar quais sinais seriam bons preditores de autismo de acordo com cada instrumento aplicado- o M-CHAT e o IRDI-questionário – e o diagnóstico, feito posteriormente. Por fim, apontam que nem todas as perguntas que abordavam sinais típicos (nos dois

---

problemas no desenvolvimento, porém, pouco específico para o TEA, como apontam Alckmin-Carvalho et al (2014).

<sup>32</sup> Por exemplo: a não sustentação do contato visual, ausência de resposta da criança ao “manhês” e ao chamado do nome, a dificuldade de interação social e de brincar de “faz de conta”.

<sup>33</sup> O IRDI-questionário, segundo as autoras, foi elaborado por pesquisadores brasileiros com vistas a rastrear precocemente sinais de TEA.

<sup>34</sup> Para a validação do IRDI-questionário, foi utilizada a escala CARS-BR no grupo de pesquisa.

instrumentos) se mostraram preditores de importância. Logo, sinais isolados não constituem um bom instrumento de avaliação para crianças com suspeita de autismo, mas um conjunto deles, daí a importância de utilização de protocolos, pois, nas palavras das autoras, eles podem ajudar o fonoaudiólogo:

a cumprir seu papel na identificação de possíveis casos de TEA e, assim, fundamentar um encaminhamento consistente para que o diagnóstico seja feito pelos profissionais competentes (MACHADO et al, IDEM, p. 6)

Não se esclarece no texto o que as autoras entendem por “profissionais competentes”, responsáveis pelo diagnóstico de autismo. O que fica claro, no entanto, é que a detecção do risco passa ao largo de uma reflexão sobre a linguagem, em função dos instrumentos utilizados, incidindo mais sobre os sinais clássicos do TEA.

A superficialidade com a qual a linguagem é tratada nos estudos sobre avaliação e diagnóstico de crianças com TEA foi também abordada por Gonçalves e Pedruzzi (2013). Elas fazem um levantamento de trabalhos que utilizam protocolos e de instrumentos voltados para diagnóstico e avaliação de casos do transtorno, bem como os instrumentos que detectam casos que nele poderiam se enquadrar. As autoras apontam para a ausência de um enfoque mais aprofundado sobre a linguagem nos instrumentos: enquanto em alguns protocolos a linguagem não comparece de maneira explícita outros tomam como “avaliação de linguagem” a presença ou ausência de resposta da criança à solicitação verbal do adulto.

As autoras ainda afirmam que o fonoaudiólogo costuma ser um dos primeiros profissionais procurados pelos responsáveis pela criança, dado o atraso na fala característico do quadro, portanto, deve ser capaz de auxiliar na realização do diagnóstico. Esses instrumentos, no entanto, são permeados por uma concepção de autismo ancorada na ótica da medicina. Seu uso na clínica fonoaudiológica tende a ofuscar o escopo da avaliação deste profissional, que deveria ser a linguagem. Além disso, as autoras também criticam o fato de que muitos protocolos não preconizam a observação da criança pelo profissional.

Levando em consideração a discussão realizada por Arantes (2001) acerca do diagnóstico na clínica fonoaudiológica<sup>35</sup>, cabe, ao fonoaudiólogo empreender uma reflexão sobre a linguagem que seja consistente, isto é, voltar-se para a densidade específica do linguístico e produzir um dizer sobre a fala do paciente a partir de uma posição específica. Mesmo quando se trata de crianças que não falam, a pesquisadora indica que há, nesses casos, modos diferentes de relação com a linguagem. Nesse sentido, quando se faz a opção pela aplicação de protocolos na Fonoaudiologia, seria necessário ao menos eleger um instrumento voltado para a especificidade de seu objeto. Ainda que a área seja definida como a de distúrbios da comunicação, entende-se aqui “comunicação” como um efeito de linguagem, e não como uma habilidade inata da criança, dado que só é possível falar em comunicação nos primeiros meses de vida pois há um adulto que interpreta o movimento, o olhar e os balbucios da criança.

## **Segundo Grupo**

Os artigos desta seção foram escritos por fonoaudiólogas e psicólogas e discutem a questão do “risco psíquico” e o “risco para o desenvolvimento”. Neles a linguagem é incluída na sua reflexão, mas os trabalhos não irão enveredar pelo tema do diagnóstico de TEA em si. Eles permanecem mais sobre a temática da aquisição de linguagem e os fatores de risco relacionados a ela e, por isso, foram separados dos trabalhos da seção anterior. Refiro-me aos trabalhos de: Oliveira et al (2012), Carlesso et al (2014), Beltrami et al (2014), Flores e Souza (2014) e Oliveira e Souza (2014), Vendruscolo e Souza (2015), Crestani et al (2015), Pichini et al (2016) e Ambrós et al (2017)

A noção de risco comparece tanto sob designação de “risco psíquico” quanto “risco para o desenvolvimento”. Sob risco psíquico, Beltrami et al (2014) enquadram os casos em que há

---

<sup>35</sup> A autora faz a ressalva de que a clínica fonoaudiológica lida com problemas de origens diversas, tais como alterações do sistema sensório motor oral (SSMO), bem como os problemas de voz. No entanto, afirma que a clínica fonoaudiológica, no que diz respeito a quadros em que a fala está em questão, não pode se furtar a uma reflexão sobre a linguagem e sobre a fala do paciente.

presença de sinais de sofrimento psíquico evidenciados em séries barulhentas (inconsolabilidade, distúrbios do sono como não dormir bem, distúrbios alimentares, etc) ou em séries silenciosas (dormir o tempo todo, não apresentar qualquer iniciativa para interação com o outro, etc), que incidem diretamente sobre a estruturação psíquica (BELTRAMI ET AL, IDEM, p. 1829)

Vemos que o risco psíquico se assenta sobre a presença dos sinais acima delineados, detectados através da aplicação do protocolo IRDI, já apresentado no Capítulo 1. Há, assim, em diversos trabalhos aqui incluídos, um reconhecimento da contribuição da Psicanálise – a partir da qual tal instrumento foi concebido - para refletir sobre a linguagem:

O humano não está dado no organismo, está no campo da linguagem (do Outro transmissor dos significantes) tecido pelo simbólico. Por isso, o sujeito não se constitui sozinho (...) o infans nasce em grande desamparo não sendo capaz de significar sua tensão endógena e, diante disso, lança um grito, o qual não é, inicialmente, um apelo porque é somente a expressão vocal de um sofrimento. É a resposta do Outro que tornará o grito um apelo, sendo o sujeito chamado a ser (FLORES E SOUZA, 2014, p. 840)

A linguagem é reconhecida enquanto um enredamento simbólico, no qual a criança será incluída. Os IRDIs seriam uma maneira de acompanhar a relação da criança com aquele que se considera o outro primordial - responsável pela entrada da criança no campo do simbólico- e detectar riscos para o desenvolvimento infantil.

O que se entende em tais trabalhos é que é que a presença de risco psíquico traria consequências para o desenvolvimento infantil (BELTRAMI et al, 2014). Para elas os “riscos para o desenvolvimento” ficam definidos enquanto:

efeitos do risco psíquico ou de alterações biológicas do bebê em outros aspectos estruturais como a cognição e em aspectos instrumentais do desenvolvimento como a psicomotricidade e a **linguagem enquanto função comunicativa** (BELTRAMI ET AL, IBIDEM, p. 1829, grifos meus)

Assim, o risco psíquico gera alterações para outros aspectos do desenvolvimento: cognição, psicomotricidade e.... linguagem. A linguagem, conforme vimos, é abordada inicialmente nos artigos enquanto campo tecido por

um funcionamento simbólico, mas no decorrer da argumentação é colocada como produto do desenvolvimento e de uma construção, como vemos em:

Assim, a criança na enunciação, instaura-se no uso da língua pela estrutura de diálogo, essencial para a constituição do sujeito na linguagem. Requer do outro que a torne sujeito, instancia-se na linguagem, lugar de habitação das relações intersubjetivas e se **apropria da língua como sistema de unidades** (OLIVEIRA E SOUZA, 2014, P. 1701, grifos meus)

Vale destacar a radical diferença entre o sujeito da Psicanálise, este do inconsciente, que será atravessado pelo funcionamento da linguagem e por ela capturada, e a de sujeito epistêmico, capaz de operar sobre a linguagem e apreender os elementos da língua (DE LEMOS, 2002, 2006). Constituem concepções incompatíveis de linguagem e de sujeito, mas que comparecem em alguns estudos desta seção.

Também há um problema na maneira que o outro é retratado em tais trabalhos, pois, se inicialmente ressalta-se em um Outro estruturante, que tem papel determinante para o advento do sujeito na linguagem, na continuidade dos argumentos há um deslocamento para uma concepção de “relação” que privilegia a empiria do diálogo/interação entre adulto e criança. Em tais trabalhos, fica marcada a ideia de intersubjetividade<sup>36</sup>, como vemos na citação abaixo:

Assim, a linguagem é aqui entendida como atividade que surge na intersubjetividade e nesse processo os dois parceiros se implicam e se confundem, mudam posições, transitivam, se reúnem e se separam, assim como, compartilham uma linguagem particular (FLORES E SOUZA, 2014, p. 843)

Criança e adulto são, nas análises, tratados enquanto semelhantes, enquanto interlocutores que ocupam posições distintas no diálogo. Vemos análises como:

Salienta-se que quando a pesquisadora falou com o bebê utilizando o manhês, T. [bebê] respondeu com sorriso e vocalizações. MT [mãe] apresentou dificuldade para sintonizar sua fala com as manifestações de T., evidenciando uma falha na interpretação de suas ações (OLIVEIRA E SOUZA, 2014, p. 1702)

---

<sup>36</sup> Como vemos em Crestani et al (2015), Beltrami et al (2014) e Flores e Souza (2014).

A análise parece ir ao encontro da ideia de que há uma interpretação adequada, como se as ações/falas da criança fossem evidentes, como se houvesse transparência na fala, no gesto, no diálogo. Parece haver uma tentativa de estabelecer uma relação entre aquilo que se observa como “risco psíquico” e o diálogo/interação entre mãe e criança (FLORES E SOUZA, 2014; CRESTANI et al, 2015).

Flores e Souza (idem), por exemplo, afirmam que as crianças que participaram do estudo apresentaram uma dependência da interpretação dos pais para a manutenção do diálogo. As autoras entendem que isso estaria relacionado a indicadores do IRDI relacionados à função paterna, que se mostraram ausentes para essas crianças. A função paterna é um dos eixos teóricos do instrumento:

Entende-se que a função paterna ocupa, para a dupla mãe-bebê, o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social. Uma mãe que está submetida à função paterna leva em conta, em sua relação com o bebê, os parâmetros que a cultura lhe propõe para orientar essa relação, uma vez que a função paterna é a encarregada de transmitir esses parâmetros (JERUSALINSKY et al, 2009, p. 12)

As autoras interpretam que a impossibilidade de entrada do corte promovido pela função paterna se mostraria no diálogo, na dificuldade de que um terceiro (que não mãe-criança) pudesse fazer parte do diálogo. Assim, processos psíquicos influenciariam na constituição da criança enquanto falante - entendida como um processo do desenvolvimento.

Se na fundamentação teórica do protocolo IRDI a interpretação sobre a criança é entendida enquanto fundamental para a estruturação subjetiva, sob a ótica da teoria enunciativa adotada pelas autoras na análise da interação tal dependência configura para a criança a posição de interlocutor ainda não independente, o que configuraria um impasse no desenvolvimento. Isso constitui um embaraço relativo à tentativa de estabelecer relação entre concepções distintas de sujeito e de linguagem.

Já, Beltrami et al (2015), apontam que:

alterações no comportamento de quem exerce a função materna se refletem já na protoconversa inicial da díade mãe-bebê, o que pode gerar risco ao desenvolvimento infantil de um modo geral, e à aquisição da linguagem em particular (BELTRAMI et al, IDEM, p. 1828)

Parece haver o estabelecimento de uma causalidade linear e direta entre depressão materna → ausência de diálogo → risco para aquisição de linguagem, o que viabilizaria um trabalho preventivo. Não retiro, aqui, a possibilidade de que uma mãe (ou quem desempenhe os cuidados iniciais e fundamentais) com depressão possa estar menos disponível para seu filho e para se dedicar ao diálogo com a criança. Porém, seria possível estabelecer uma correlação direta entre depressão materna e problemas para a aquisição de linguagem? Conforme já sinalizei na introdução e no primeiro capítulo deste trabalho, entende-se que não é possível estabelecer uma causa generalizável que pudesse dar conta da heterogeneidade que se impõe à aquisição.

Ainda, o que dizer em relação às crianças que mostram entraves no laço social? Refiro-me aqui, às crianças que não olham, não dirigem uma fala ao outro e não brincam, escopo deste trabalho... são crianças que, de fato, parecem se excluir do diálogo e excluir o outro. Atribuir a condição da criança à ausência de diálogo ou à interpretação que os pais dão a fala da criança não daria conta de explicar tais quadros.

Apesar das considerações acima apresentadas, há de se destacar os méritos das pesquisadoras nas pesquisas encaminhadas. São trabalhos que, assim como a primeira seção também trazem fortemente a noção de comunicação, porém, em uma perspectiva diferente. O outro com o qual interage com a criança não é excluído das discussões. A ele é atribuído papel necessário para que a criança assuma o papel de interlocutora.

Eles abarcam o que seriam os antecedentes da aquisição de linguagem – o diálogo, a comunicação - fortemente fundados no social. Com isso, eles adquirem uma condição de pré-requisito, e, quando houvesse abalos ou ausência da interação adulto-criança, um risco se configuraria para o desenvolvimento de linguagem. Assim, o conceito de risco permeia os trabalhos: a ideia de que é possível se antecipar a um problema e sobre ele intervir. Parecem corroborar a necessidade de atenção precoce para relação entre

crianças pequenas e seus pais e que a detecção de risco acabe por levar ao encaminhamento para um serviço especializado (OLIVEIRA et al, 2012).

### **Terceiro grupo**

Por fim, apresento a terceira e última seção de trabalhos, escritos por psicanalistas. Aqui estão os trabalhos de Campanário (2008), Laznik (2009), Campanário e Pinto (2011a), Campanário e Pinto (2011b), Visanni e Rabello (2012), Flores e Smeha (2013), Campanário et al (2013).

Todos eles partem de uma perspectiva que considera a relação da criança com o outro/Outro enquanto fundante/estruturante de um sujeito. Sobre o advento do sujeito, os autores desta seção utilizam um modelo de explicação que, à luz da psicanálise lacaniana, Laznik discute<sup>37</sup> nos casos de bebês com suspeita de autismo: o circuito pulsional. A estruturação subjetiva se daria em três tempos: no primeiro tempo, a criança busca ativamente um objeto externo; no segundo tempo, a criança toma o próprio corpo como objeto e no terceiro tempo a criança se faz objeto do outro. No caso do autismo, não haveria a instauração do terceiro tempo pulsional.

Visani e Rabelo (2012) seguem essa proposição e colocam que a mãe encarnará o Outro primordial, antecipando a existência de um sujeito que não se constituiu ainda, mas que irá se instalar justamente por causa dessa suposição inicial. Por meio de fala, gesto e voz, a mãe libidiniza o corpo do bebê, que, por sua vez, irá responder a esse investimento inicial. Pautam-se numa ideia de um “reconhecimento recíproco”. No entanto, quando tal reconhecimento falha surgem os primeiros traços autísticos.

O autismo fica definido enquanto uma condição grave,

proveniente da não instauração sucessiva de estruturas psíquicas fundamentais, diante da qual existe o risco de instalação de deficiências irreversíveis para o desenvolvimento psíquico da criança (VISANI E RABELLO, IDEM, p. 294)

---

<sup>37</sup> Laznik, junto a outros psicanalistas de orientação lacaniana, fundou em 1998 a associação PREAUT, que tinha como objetivo realizar um trabalho preventivo de autismo com bebês, através da detecção de sinais precoces.

É possível observar que as autoras não desvinculam a condição da criança e a relação com esse “Outro primordial”. Assim, haveria um jogo entre a criança e a mãe, que permitiria a fundação do psiquismo. O autismo se daria num entrave nessa relação. Ao contrário da bibliografia analisada na primeira parte deste capítulo - que insiste a tratar os sinais com a finalidade de diagnosticá-lo mais precocemente- a discussão, aqui, permanece mais sobre os sinais enquanto indício de um sofrimento, que leva à necessidade de intervenção, para evitar a cronificação do quadro (VISANI E RABELLO, IBIDEM).

Nesse grupo de pesquisadores, observa-se, com frequência, a alusão à noção de risco. Nesses trabalhos, o termo aparece como: “risco psíquico”, “risco de autismo” e, também, “risco de evolução autística”. Estes seriam delineáveis a partir de alguns sinais específicos. Os mais frequentemente citados são: evitação do olhar, hipotonia, distúrbios do sono, recusas alimentares, ausência de controle esfinteriano, questões de motricidade (andar, engatinhar), ausência de brincadeiras e ausência de resposta à fala do outro. Alguns autores referem-se a tais sinais como um quadro de “fechamento autístico” (CAMPANÁRIO 2008; LAZNIK, 2009, CAMPANÁRIO E PINTO, 2011A).

Tais sinais apontam para a ausência das estruturas que deveriam estar presentes (MACHADO, 2018). É o que vemos em:

A psicanálise tem trabalhado com o risco de autismo, já que pressupõe que a criança não nasce sujeito, mas a subjetividade nela se instala pelo discurso familiar (FLORES E SMEHA, 2013, p. 142)

A justificativa disso se dá por meio do entendimento de que o sujeito está:

ainda em vias de constituição, no qual há possibilidade de (re)estruturar o circuito *pulsional* que, no caso do autismo, não foi completado. Há intervenção na relação do bebê com as figuras parentais, sobretudo com o Outro primordial, para operar justamente na fratura dessa relação, ou seja, recolocar o laço funcional com o Outro (FLORES E SMEHA, IDEM, p. 154)

Sustenta-se a ideia de que esses sinais precoces dados pela criança enquanto indicativos para “risco de autismo”, ou seja, os tomam como sinais de alerta, de um embaraço. Porém, o futuro da criança, é incerto: não se trata de, conforme aponta Machado (2018), positivar um sinal de uma patologia, um transtorno, mas tratá-los enquanto indício de que algumas estruturas ainda não

estão sedimentadas e proceder no sentido de uma aposta, a intervenção. Nesse sentido, o termo “risco” caiba, talvez, enquanto sinal de alerta para o clínico de algo que:

deveria estar lá, presentificando o desenvolvimento psíquico do bebê, mas que, por alguma razão indeterminada e desconhecida, não comparece (MACHADO, IDEM, p. 118).

Nessa literatura, parece haver certa solidariedade com a noção de “desenvolvimento”, numa aposta de que a criança poderá mudar os rumos de uma constituição que está em curso: se algo “ainda” não foi instaurado, poderá ser. Sabemos que, dentro da Psicanálise lacaniana, há autores que apostam na ideia de uma estrutura não decidida na infância, tal como é o caso de Bernardino (2004). A autora entende que é necessário um tempo à inscrição da estrutura. É o que vemos em:

o acesso à significação se dá no só-depois, não poderemos conceber o tempo da infância como o tempo do ato que dá a ver a estrutura. A infância é o tempo das inscrições e da confirmação destas inscrições, vindas do Outro. Assim, a inscrição fundamental de que se trata – do Nome-do-Pai como instância representativa da falta estrutural do campo simbólico – não se faz de uma vez. São necessários os tempos de inscrição, apagamento e interpretação, responsáveis pela inscrição dos significantes primordiais (BERNARDINO, IDEM)

Cabe dizer que em sua compreensão, portanto, seria necessária uma articulação do tempo lógico da estrutura a um tempo cronológico. A autora entende que há razões clínicas para sustentar a ideia de uma estrutura não decidida na infância. Isso estaria relacionado à aposta e ao desejo do analista. Coloca:

Sustentar um diagnóstico de psicose na infância pressupõe imprimir à direção do tratamento condições contrárias às necessárias para o surgimento de um sujeito, quais sejam: a antecipação subjetiva, a aposta do analista nas possibilidades desejantes de seu analisante (BERNARDINO, IBIDEM)

Trata-se, no entanto, de um tema polêmico, em torno do qual não há consenso. Isso porque trazer a ideia de tempo lógico, presente numa estrutura, necessariamente subverte e abala a ideia de “desenvolvimento”. Considerei

necessário fazer alusão a esse ponto pois, embora não compareça de maneira explícita nas discussões sobre o risco, parece permeá-las.

A discussão sobre as estruturas não decididas, conforme aponte, é um tema extenso, e não será abordada neste trabalho pois não faz parte de seu escopo. Arrisco-me apenas a perguntar se a estrutura é não decidida para o analista ou para a criança. Entendo, embora não possa nesse momento desdobrar de forma mais consistente minha posição, que a ideia de que a estrutura não decidida para a criança introduz uma cronologia incompatível com a noção de captura, o que veremos no próximo capítulo.

Na concepção de De Lemos (2002) sobre a aquisição de linguagem, haverá um abandono da ideia de um desenvolvimento na passagem de *infans* a falante. Esta passagem será explicada por meio pensamento estrutural, convocando a pensar necessariamente na posição que a criança ocupa frente a Língua, frente ao Outro e em relação à própria fala. Necessariamente, partindo de tal concepção, a aquisição de linguagem e a constituição subjetiva serão consideradas processos solidários.

Sobre o tratamento, foco de diversos trabalhos desta seção, parecem se configurar diferentes possibilidades. Nelas, veremos a maneira como a linguagem é incluída na discussão. Laznik (2009), por exemplo, faz um relato de caso em que se dá a ver intervenção do terapeuta, que se realiza com mãe e criança simultaneamente. O terapeuta toma os movimentos da criança e os dirige à mãe:

Eu introduzo sua mãe para quem ela [a criança] olha, fazendo pequenos movimentos com os braços. Eu os traduzo imediatamente: "*Mamãe, eu quero ir para seu colo*". (LAZNIK, IDEM, p. 63)

O analista incide, portanto, numa certa fratura desta relação, na tentativa de estabelecer sentidos aos movimentos do bebê que os pais ainda não podem fazer. A ideia é de restaurar o júbilo desse jogo pulsional entre mãe e criança. Muita ênfase é dada à curva prosódica do adulto na interação com a criança, que provocaria na criança uma espécie de reanimação psíquica. A autora afirma: "o bebê é chamado por essa voz e entra numa verdadeira protoconversa" (LAZNIK, IBIDEM, p. 65). Assim, a linguagem parece comparecer na discussão

de modo fortemente atrelado à interação entre terapeuta, mãe e criança, e à atribuição de significados e sentido às ações da criança.

Campanário et al (2013), entendem que a clínica com crianças com risco de autismo é uma clínica do avesso<sup>38</sup>, no sentido de permitir a constituição do sujeito. Também partem da concepção de circuito pulsional, mas no trabalho das autoras a discussão sobre a linguagem no tratamento dessas crianças, ganha outro estatuto. Afirmam:

Assim, é do lugar de endereçamento de uma mensagem que o analista se posiciona, ao tratar de uma criança autista ainda bebê. Operando desse lugar, o analista testemunha, em ato, sua aposta no reconhecimento do valor significante da produção da criança, fazendo incidir o pacto simbólico. Afinal, reconhecer suas manifestações como da esfera da linguagem é a condição para a criança se reconhecer posteriormente como fonte dessa mensagem (CAMPANÁRIO et al, IDEM, p. 49)

O lugar do analista, dessa maneira, é na leitura significativa da produção da criança, o que me parece diferir do último trabalho aqui analisado. São duas posições diferentes do clínico no que refere à interpretação.

Encerro este capítulo fazendo uma breve síntese sobre as três seções que estabeleci. Parece haver uma divergência no que diz respeito à maneira que os sinais de risco são encarados na literatura, nas três seções aqui propostas.

Na primeira, há uma discussão sobre os sinais de TEA em crianças muito pequenas. A maneira como a literatura os aborda varia entre os “sinais precoces de TEA” e os “sinais de risco” para o transtorno – por vezes, no mesmo artigo- o que faz com que nem sempre fique clara a diferença entre ambas. Trata-se de um transtorno com início precoce ou um sinal de risco que não necessariamente terá o autismo como desfecho? Quando se fala em um “déficit” inato nas crianças com TEA, haveria possibilidade de “escapar” ao transtorno, em suma, haveria como incluir a discussão sobre “risco”? Trata-se de uma diferenciação, conforme apontei, que não é feita nos artigos, e que parece não afetar as discussões. A possibilidade de realizar um diagnóstico precoce também permanece pouco esclarecida.... A discussão sobre a linguagem, em tais estudos, permanece

---

<sup>38</sup> As autoras adotam o termo cunhado por Laznik (1997) para definir o atendimento da criança.

marginalizada, apesar de ser considerada um dos três pilares do diagnóstico clínico.

Nos artigos da segunda seção, o que se vê é a discussão sobre os fatores de risco ao desenvolvimento infantil, que passam desde fatores de risco ambientais e orgânicos (OLIVEIRA et al, 2012) até os indicadores para risco psíquico, que podem acarretar em prejuízos na aquisição de linguagem. No entanto, em alguns desses trabalhos, parece haver concepções distintas de linguagem e do “outro”, que geram embaraços no encaminhamento das discussões, conforme aponte. Além disso, também parecem apostar num certo ideal de condições (ambientais, orgânicas e psíquicas) que possa garantir o acesso da criança à linguagem. Sabemos, no entanto, que isso não necessariamente se confirma, conforme vemos na discussão estabelecida por Arantes (2001): não há uma causa – orgânica ou social- que possa dar conta da especificidade daquilo que se observa na fala da criança.

Já, o terceiro grupo de trabalhos parece incidir mais sobre a necessidade de detecção do chamado “risco para autismo”, também a partir de certos sinais. Tais trabalhos comparecem mais no sentido de privilegiar a intervenção precoce, entendendo que esta será fundamental para evitar que o quadro da criança se cristalize e para permitir, também, uma escuta voltada para os pais. A intervenção caminha no sentido de evitar que a criança seja colocada sob um rótulo de maneira precoce e tenha tempo para, inclusive, possa “responder” ao processo terapêutico, de modo a não se mostrar uma criança fechada para o contato com o outro. No entanto, a noção de risco, conforme vimos, parece se assentar na proposição de desenvolvimento: de sinais que podem ou não evoluir para o autismo.

A discussão sobre o diagnóstico de TEA e a questão do risco, que se delineia a partir dos primeiros sinais detectados, convoca a pensar na tensão entre singular vs. universal que se impõe na clínica, tema abordado por Andrade (2006). A autora aborda os procedimentos de avaliação de linguagem tradicionalmente utilizados na clínica fonoaudiológica e coloca em pauta a tensão que se impõe entre o “saber” e “não saber” do clínico. Ele necessariamente se situa a partir de uma filiação a um saber que advém do universo teórico. Por outro lado, ele nada sabe da fala do paciente.

Dentre as possíveis abordagens numa avaliação, a autora coloca os procedimentos de avaliação que se amparam em parâmetros dados de antemão, que tendem a ser “fixos e generalizáveis” (ANDRADE, IDEM, p. 351). Estes possuem um sentido/significado para o terapeuta e tem como efeito a obliteração do seu encontro com o singular do caso. Isso se impõe tanto nas entrevistas iniciais de pais/responsáveis, quanto na própria avaliação da criança. No procedimento “checklist”, o polo da singularidade é apagado, em favor daquilo que é universal. Pautar a discussão no que seriam os sinais elencados *a priori*, certamente trará implicações para o encontro com um caso.

Considero fundamental esclarecer que minha posição aqui é de que casos de crianças que apresentam os sinais apontados na literatura sejam, sim, detectados e acolhidos. Por outro lado, defendo que enquadrar os sinais sob o rótulo de um determinado quadro patológico ou, ainda, como sinais de algo que poderá evoluir para um autismo, nada diz sobre a relação singular de um sujeito com a linguagem. É a partir de uma posição que sustenta um “não saber” frente à fala (ou à ausência da fala) que se dará toda a atividade clínica, que se origina a partir de uma queixa/demanda. Torna-se necessário, portanto, sustentar essa tensão que se dá entre o universal da teoria e o singular de um caso. Na clínica de linguagem, o terapeuta poderá ficar sob efeito dessa tensão, conforme aponta Andrade (idem), de modo a não apagar o saber de uma teoria linguística, ao mesmo tempo que indo se deparando com a condição do paciente.

No próximo capítulo apresento o solo teórico sobre o qual se desenvolve este trabalho. Abordarei os fundamentos da clínica de linguagem: uma clínica em que a linguagem ocupa espaço privilegiado. A noção de estrutura comparece e permite que crianças com entraves no laço com o outro sejam acolhidas e um compromisso com singularidade de um caso seja sustentado.

### Capítulo 3 – Fundamentação teórica

Para encaminhar este trabalho é fundamental situar minha posição teórica, uma vez que esta permitirá tanto a interpretação do caso clínico, assim como entender o encaminhamento que foi dado à discussão da bibliografia consultada. Tal posição é a mesma assumida pelos pesquisadores do Grupo de Pesquisa Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem, da PUC-SP, coordenado pelas professoras Maria Francisca Lier-DeVitto e Lúcia Arantes.

A Clínica de Linguagem é um campo de elaborações teórico-clínicas que nasce e se desenvolve a partir das reflexões originais de Lier-DeVitto, acerca da clínica fonoaudiológica e das falas sintomáticas (LIER-DEVITTO, 2006). As questões que movimentam tal linha de pesquisa se originam numa uma relação particular com a proposta interacionista de De Lemos (1982, 1992, 2002). O Interacionismo volta-se para a aquisição de linguagem, mas, dada a força de seu investimento teórico, pôde promover desdobramentos na abordagem das falas sintomáticas.

Explicar a passagem de *infans* a falante é um compromisso do campo Aquisição de Linguagem, o que implica necessariamente lidar com a questão da mudança na fala da criança. Se a aproximação de De Lemos ao Estruturalismo Europeu se dá a ver a partir dos textos de 1992, seu compromisso com a explicação da mudança era anterior a este; é motor dos caminhos trilhados pela pesquisadora. Destaco em sua trajetória o compromisso teórico com o modo de entrada da criança no universo simbólico, a partir do conceito de captura que, como veremos, tem relação com o diálogo estabelecido com a psicanálise e pode explicar como se opera a mudança nessa passagem à condição de falante de uma língua.

Compreender a mudança na fala da criança, ou a mudança de posição da relação do sujeito com a Língua certamente interessa ao clínico de linguagem, uma vez que este é convocado, como aponta Lier-DeVitto (2006), a produzir mudança na fala de um paciente. Trata-se de um compromisso ético do clínico, que é movido pelo desejo de que uma mudança de posição possa ser operada na fala da criança.

### 3.1 - Sobre a mudança na fala da criança

A questão da mudança na fala da criança esteve presente no trabalho de De Lemos desde o artigo intitulado “Sobre Aquisição de Linguagem e seu dilema (pecado) original” (1982), momento em que a autora discute o que seria o dilema no campo de Aquisição de Linguagem: a incompatibilidade entre dois compromissos assumidos pelos pesquisadores do campo, um deles com a diacronia e o outro com a sincronia. Enquanto o primeiro compromisso tinha como proposta a identificação e explicação da mudança da fala da criança, visando esclarecer a gênese de estruturas e categorias, o segundo se propunha a descrever a fala da criança a partir de teorias linguísticas, com enfoque em um determinado estágio da aquisição<sup>39</sup>. Este segundo compromisso era adotado com maior frequência pelos pesquisadores.

Para ela o “dilema” estava ligado ao investigador que, não vendo alternativa à descrição categorial dos enunciados da criança, estava impedido de atender às exigências de uma análise diacrônica do processo de aquisição de linguagem. Através dessa descrição, sobrepunham os pontos de partida e de chegada. Como assinalam Lier-DeVitto e Carvalho (2008), esse artigo indicava os impasses decorrentes da descrição categorial da fala de crianças: De Lemos insistiu num argumento crítico a respeito do compromisso com as teorias linguísticas indicando que estas traziam prejuízo às perspectivas ontogenéticas. Através da descrição gramatical da fala da criança não era possível apreender a mudança. Tal procedimento de aplicação poderia até ser plausível se a contribuição do adulto e a contribuição da criança pudessem ser explicados, o que não se configurava (DE LEMOS, 1982 apud LIER-DEVITTO E CARVALHO, IDEM).

Os trabalhos solidários à noção de desenvolvimento comportam ou deveriam comportar uma explicação sobre a origem das categorias gramaticais. Não obstante tal dificuldade se apresentasse nos estudos sincrônicos, também a explicação sobre a gênese de tais categorias representava um obstáculo aos estudos que se inclinavam à diacronia. Isso porque buscavam explicar a mudança na fala da criança fora do domínio linguístico. Assim, faziam uma

---

<sup>39</sup> Tais estudos entendiam a aquisição da linguagem como um processo.

descrição de estágios, atribuindo-lhes, por exemplo, a um ganho de natureza cognitiva, conforme aponta De Lemos (1982). Deixavam a desejar, portanto, uma explicação sobre a origem das categorias e também sobre como se dava essa passagem de um domínio não-linguístico para o domínio linguístico. Com isso ficava exposta a fragilidade das propostas interacionistas no que tange à aquisição da linguagem. Como assina Lier-DeVitto (2018):

Dizer que a mudança surja como um marco definitivo não abole, mas destaca a mudança como o *enigma* da Aquisição da Linguagem. Dito de outro modo, a mudança não tem nada de “natural”, ela é problema (LIER-DEVITTO, IDEM)

A fala da criança fazia resistência ao esforço de sistematização do investigador. Como contemplar a questão na mudança em aquisição? Apesar de admitida a impossibilidade de tomar a fala da criança como apreensível através de aparatos instrumentais de descrição, conforme pontuam Lier-DeVitto e Carvalho (2008), isso não implicou em um afastamento da Linguística, pois “algo escapa à Linguística, mas não à linguagem” (p. 110).

A partir do encontro com Saussure e Jakobson, e a releitura destes, feita por Lacan, a Língua passa a ser colocada como um, “sistema que conhece somente sua ordem própria” – (SAUSSURE, 1916/2012, p. 55) e, a partir de tal reconhecimento, De Lemos (2002) entenderá que esta se encontra em condição de alteridade radical em relação ao homem. Trata-se de um novo argumento para compreender por que a aquisição de linguagem não pode ser tratada como um processo de apreensões parciais da língua –por meio de estágios ordenados no tempo, que teriam um ponto de partida e chegada. À língua, tendo em vista sua anterioridade lógica em relação ao sujeito, é dada a função de captura (DE LEMOS, IDEM).

Saussure, por meio de um corte nos estudos linguísticos que o antecederam, fez de *la langue* o objeto da Linguística científica. Em seu trabalho a Teoria do Valor ocupa uma posição central, conforme aponta Fonseca (2002), e permitirá um conjunto de reelaborações teóricas relevantes no interior do Interacionismo. A Língua, mais do que um sistema de signos linguísticos, será definida enquanto um sistema de relações (DE LEMOS, 2002). Sendo assim, as categorias linguísticas não existem a priori, pois são efeitos de relações *in praesentia* e *in absentia*, que se dão, respectivamente, por meio dos eixos

sintagmáticos e paradigmáticos. A partir desses eixos postulados por Saussure, Jakobson os coloca em movimento e os nomeia como processos metafóricos (relações *in absentia*) e metonímicos (relações *in praesentia*).

Também relevante para este trabalho são os aspectos levantados por De Lemos (2006) na discussão estabelecida por Saussure - acerca da oposição entre a ordem diacrônica e a sincrônica - para pensar na mudança de uma língua. A autora faz esse movimento na tentativa de compreender a mudança na fala da criança. Ela afirma:

a relação do falante com a mudança e, conseqüentemente, a natureza específica da relação entre linguagem e tempo foram também para Saussure, fontes de paradoxos (DE LEMOS, IDEM, p. 24)

Segundo De Lemos (ibidem), Saussure entenderá que a mudança da língua, embora se relacione com *la parole* – que compreende o evento singular do falante e os processos de identificação social – não pode ser explicada sem levar em consideração *la langue*, que opera enquanto um sistema autônomo de relações. Em outras palavras, a sincronia e a diacronia estão necessariamente imbricadas. Assim, temos:

A cada instante, a linguagem implica ao mesmo tempo um sistema estabelecido e uma evolução: a cada instante ela é uma instituição atual e um produto do passado. Parece fácil, à primeira vista, distinguir entre esse sistema e sua história, entre aquilo que ele é e aquilo que ele foi; na realidade, a relação que une ambas as coisas é tão íntima que se faz difícil separá-las (SAUSSURE, 1916, p. 12 apud DE LEMOS, IBIDEM, p. 27)

Não é possível desprezar a *mudança* deflagrada nos “fatos de fala”, ao mesmo tempo que é impossível ignorar que há *condições permanentes* presentes na mudança, nos “fatos de língua”. Já na aquisição de linguagem, afirma De Lemos (2006), significa levar em consideração *la parole* do outro - daquele que exerce a função materna<sup>40</sup> - enquanto instanciamento de *la langue*, que em seu funcionamento sistêmico,

desfaz e refaz estruturas e sentidos, a trajetória da criança por *le langage* não é concebível como dirigida nem a um estado final

---

<sup>40</sup> La parole será matriz da identificação da criança com o outro de sua comunidade falante, ao mesmo tempo que um marco de diferença enquanto um outro, na sua individualidade.

de conhecimento linguístico, nem a uma posição subjetiva vista como mero produto dos processos de identificação associáveis à fala do outro (DE LEMOS, IDEM, p. 27)

Assim, levar em consideração *la langue* na aquisição de linguagem significa abrir mão de operar com as categorias descritivas sobre a fala da criança. O funcionamento da língua abre espaço para o raciocínio estrutural e impõe a necessidade de abandonar a noção de desenvolvimento. Passa a se entender a aquisição enquanto um processo de mudanças dentro de uma estrutura, mudanças que são efeitos da captura da criança pelo funcionamento da língua.

No Interacionismo, portanto, afasta-se a possibilidade de que a relação entre sujeito e linguagem seja mediada pela cognição e/ou percepção, em que a linguagem comparece reduzida a veículo expressivo/comunicativo sobre o qual o sujeito tem controle (ARANTES, 2001). Constitui-se uma proposta solidária à hipótese do inconsciente, da Psicanálise. A captura passa a ser vista também enquanto “estenograma dos processos de subjetivação” (DE LEMOS, 2002, p. 55).

Veremos agora, o que a autora propõe para entender as mudanças na passagem de *infans* a sujeito falante. Estas se darão por efeitos do funcionamento da Língua, os efeitos da captura. As mudanças passam a ser de posição da criança dentro de uma estrutura, cujos polos são: o Outro, a Língua, e a própria fala, posições delineadas por De Lemos (2002). Temos, portanto, as seguintes posições:

1) Primeira posição:

Na primeira posição, há predomínio do polo do Outro. Do ponto de vista fenomênico, a fala da criança é caracterizada por uma dependência da interpretação do adulto. Na fala da criança, também, comparecem os enunciados do outro, o que não significa uma reprodução: há uma não coincidência entre a fala da criança e a fala do adulto, por efeitos do funcionamento da língua e por uma constituição subjetiva em jogo, o que impede que haja tal coincidência.

2) Segunda posição:

Na segunda posição, há predomínio do polo da Língua. Na fala da criança, observa-se a estrutura paralelística (como nos monólogos), em que comparecem substituições, bem como os erros. Ambos dão a ver uma atividade da linguagem na qual há uma forte relação entre textos. Essas substituições dizem de um movimento da língua, em que os enunciados são permeáveis a outras cadeias – há intromissão de cadeias latentes na cadeia manifesta. Trata-se aqui, de um sujeito alienado ao próprio movimento da língua.

### 3) Terceira posição:

Nesta posição, há dominância da relação da criança com a própria fala, entendida como um momento de maior homogeneidade da fala da criança. Em sua fala também comparecem as hesitações, reformulações e correções da própria fala (convocadas ou não pelo outro). A criança reconhece a diferença entre a fala do outro e sua fala, dividindo-se entre aquele que fala e aquele que escuta (a própria fala e a fala do Outro).

De Lemos (2014) pergunta: o que opera nessa passagem de sujeito capturado pela fala do outro/Outro, a sujeito falante, que se relaciona com a língua quase como um objeto? A autora se aproxima da reflexão lacaniana, a partir da qual é possível conceber o sujeito alienado aos “mecanismos do significante”. Assim, na primeira posição, a fala da criança é constituída pelos fragmentos da fala do adulto, que interpreta a criança e a coloca como a parte ativa de uma cena. Já na segunda, há um cruzamento entre fragmentos, que distanciam a criança da fala do outro, e permite que tais fragmentos signifiquem outras cenas, falas, discursos. Por fim, na terceira posição, a criança comparece enquanto um falante que apresenta aparente controle da língua – dividido entre posição de quem fala e quem escuta, sob a ilusão de que opera sobre a própria fala.

Ainda, aponta que, se há algo da fala infantil que desaparece, o mecanismo do significante permanece e se mostra nas formações do inconsciente que persistem na vida adulta, tal como o chiste, o lapso, o ato falho, presentes nas reflexões de Freud. Portanto, embora as três posições apresentadas aconteçam no tempo cronológico, a mudança de uma para outra não é lida pela autora como desenvolvimento: ela permanece qualificada

enquanto mudança de posição na estrutura à qual o adulto está igualmente submetido (DE LEMOS, 2000).

A noção de captura também convocará a uma outra reflexão sobre o corpo. Assim, afasta-se da ideia de um corpo enquanto um extrato biológico sobre o qual opera uma maturação, resultante da passagem do tempo. A adesão à noção de corpo pulsional afasta a possibilidade de pensar no puramente biológico, ou um corpo “independente da linguagem” (M. T. LEMOS 1994 APUD DE LEMOS, 2002). O corpo pulsional é aquele que demanda interpretação, e é articulado na e pela linguagem (DE LEMOS, IDEM).

Ainda, é necessário apontar que a aquisição de linguagem e a estruturação subjetiva são articuladas: há efeitos da fala da mãe sobre a criança. A Psicanálise lacaniana, conforme assinala Arantes (inédito) entende que a constituição do sujeito se dá pela via da linguagem, do funcionamento simbólico. Assim, entende-se que o bebê não nasce sujeito uma posição subjetiva pode se instalar pela ação do Outro, daquele que exerce a função materna.

A mãe e a criança se envolvem num jogo de olhares, gestos e palavras, fundamental para que a criança possa se estruturar como sujeito. Nota-se a importância da linguagem no advento do sujeito: é a mãe que ao atribuir sentido ao gesto, balbúcio e choro do bebê permite sua entrada na linguagem. Ela toma o choro do bebê como um apelo, como algo a ela dirigido. Essa interpretação constitui uma mediação entre a necessidade do bebê e a linguagem, que instituirá o funcionamento pulsional característico do sujeito entendido pela psicanálise lacaniana: cindido pela linguagem.

### **3.2 – A clínica de linguagem**

A aproximação ao Interacionismo promoveu uma relação particular com a Linguística, condição necessária para configurar uma clínica de linguagem teoricamente orientada. Nas palavras de Lier-DeVitto (2006),

por conta do que nos ensina Cláudia de Lemos, entendi que um compromisso com a especificidade do material deveria ser sustentado como condição para que o investigador se mantenha em posição de ser afetado/interrogado por sua singularidade. Tal condição implica ou compreende a necessária suspensão de um conhecimento prévio, que se possa supor abrangente de

todo e qualquer acontecimento linguístico (LIER-DEVITTO, IDEM, p. 144)

Tal relação difere da aplicação direta de teorias linguísticas para descrever a fala de pacientes que chegam à clínica, conforme a autora aponta. Segundo ela a análise linguística não permite delinear o que constitui um sintoma na fala: ainda que se possa proceder à distinção correto/incorreto, isso leva a um embaraço no que diz respeito à distinção entre normal e patológico. Afinal, erros são observáveis nas falas de crianças com problemas de linguagem e nas falas ditas normais. Há algo, portanto, que caracteriza o sintoma que não se enquadra na polaridade correto vs. errado.

Na expressão clínica de linguagem, conforma assinala Marcolino-Galli (2013), “o termo clínica estenografa a queixa e a demanda de pacientes aprisionados em seu sintoma na fala/escrita” (MARCOLINO-GALLI, IDEM, p. 103). Há algo da especificidade do sintoma, que precisa ser enfrentado na clínica – e que a Linguística *stricto sensu* não pode abarcar (LIER-DEVITTO, IBIDEM). Na perspectiva aqui adotada, privilegia-se o singular da fala de um paciente, que deve sempre suspender o saber prévio do clínico. A cada caso, a clínica precisa ser reinventada.

Isso não significa deixar de lado a teoria. Se a clínica é de linguagem uma aproximação à Linguística é condição necessária. Trata-se, no entanto, de uma aproximação que deverá ser feita de maneira cautelosa, tal como coloca Marcolino-Galli (IDEM):

Primeiro, porque as falas na clínica não são “exemplos” e nem “dados” – são matérias vivas: presença de um ser falante demandante, em sofrimento. Segundo, há outro. Essas duas condições colocam limites à clínica: a teorização sobre a linguagem deve incluir a possibilidade de abordagem de erros e de reflexão sobre o outro (ainda que erros, no caso, sejam sintomas e o “outro”, clínico) (MARCOLINO-GALLI, IBIDEM, p. 103)

Entende-se por aí a aproximação ao Interacionismo de De Lemos, mantido na posição de alteridade, como possibilidade única de um encontro profícuo entre campos. Trata-se de um modelo voltado para a teorização sobre a fala da criança, que considera ordem própria da Língua (CARVALHO E LIER-DEVITTO, 2008), a partir de compromisso com estruturalismo europeu de

Saussure e Jakobson e da leitura que Lacan fez desses autores a partir da introdução da hipótese do inconsciente.

O raciocínio estrutural trará efeitos importantes para a clínica de linguagem, como assinala Andrade (2006), ao abordar a avaliação na clínica de linguagem. Os procedimentos utilizados tradicionalmente na fonoaudiologia para avaliação tendem a considerar a fala da criança normal quando esta coincide com as expectativas do clínico, geralmente assentadas nos critérios que se seguem: (1) a fala da criança é compatível com a fala adulta (do ponto de vista da gramática normativa) e/ou (2) quando a fala da criança está de acordo com o que é esperado para a idade.

A clínica de linguagem, no entanto, se afasta de tais premissas, primeiro porque, conforme já sinalizei, a Linguística não tem como tarefa estabelecer uma distinção entre normal e patológico. Já, no que diz respeito à segunda possibilidade, que é a que considero mais relevante em minha discussão, Andrade (2006) aponta: a ideia de estágios homogêneos na aquisição de linguagem que balize “padrões de normalidade” é ilusória - haja visto que as tentativas de estabelecer e descrever estágios do desenvolvimento que pudessem explicar a aquisição de linguagem falharam.

A introdução do raciocínio estrutural na clínica, no entanto, compele a uma outra leitura sobre a fala sintomática, conforme aponta Lier-DeVitto (2006), estabelece uma relação com um tempo, mas um tempo que não é cronológico. A autora continua: “trata-se de um tempo da insistência, da repetição” (LIER-DEVITTO, IDEM, p. 186). A fala sintomática é aquela que resiste ao tempo cronológico, uma vez que este é incompatível com o tempo do sujeito.

Conforme aponta Marcolino-Galli (2013), a estrutura é de natureza atemporal. Com isso, afirma, exclui-se não só as possibilidades de apreensão e aprendizagem da língua pelo sujeito, como implica que as ocorrências singulares e idiossincráticas devam ser explicadas pelas leis internas ao sistema. Assim, uma fala sintomática ou a ausência de fala não poderão ser atribuídas a fatores externos, como o tempo cronológico. A autora aponta que há anterioridade lógica da língua em relação ao ser falante, que não pode escolher entre estar dentro ou fora da estrutura.

Penso que a noção de estrutura abala, certamente, a concepção de linguagem dos estudos analisados no capítulo anterior, via de regra abordada

pelo viés do desenvolvimento comunicativo, que seria precedente da linguagem. O funcionamento linguístico está posto a princípio, pois, conforme Marcolino-Galli (idem) afirma: há língua e há fala que se encontram em operação solidária antes do sujeito.

A noção estrutura também gera embaraços para pensar na questão do risco, a partir do referencial da Psicanálise. A ausência de elementos fundamentais para a constituição psíquica (do olhar, do brincar, da resposta ao manhês) pensados a partir da cronologia parece aderir a um raciocínio desenvolvimentista. Não se trata de olhar a criança tendo em vista o que sua condição acarretará, mas que sua condição já diz de certa posição frente à linguagem e ao Outro. É certo que há casos graves em que a intervenção precoce, ou a tempo, é fundamental, mas a ideia de uso indiscriminado de protocolos, sem refletir no efeito sobre o casal parental, e, especialmente, o diagnóstico precoce, podem produzir efeitos deletérios na história de uma criança.

Vemos aqui, também a possibilidade de realizar um diagnóstico de linguagem que abarca a singularidade de um caso, sem se pautar em critérios previamente estabelecidos, dados *a priori* (ARANTES, 2001; ANDRADE, 2006) – sejam eles remetidos a uma categoria diagnóstica (pautada nos sinais específicos do TEA) sejam aos indicadores de risco (considerados fundamentais para o advento do sujeito). Ainda que se acolha uma criança pequena, serão as mudanças na posição da criança que permitirão, no *só-depois*, fechar um diagnóstico. Entendendo que as simples expressões “risco para autismo” ou “risco para o desenvolvimento” podem causar marcas indelévels na escuta do agente materno.

A fala da criança poderá ser tomada em sua singularidade, a partir dos efeitos que produz. Note-se que a Língua, está aqui implicada, e não aplicada: é nesse funcionamento que se permite ao terapeuta fazer a avaliação e o tratamento, dando espaço para o singular de uma fala. De empréstimo, tomo um diálogo apresentado por Andrade (2006), que acontece numa sessão de terapia, entre uma criança (C) e sua fonoaudióloga (F):

F.: Você é o pai do João

C: Você é o pé do João?

(C. balança sua cabeça negativamente)

(...)

C.: Você é o... pai do feijão?

F: será que essa é a casa do João, do “João e o pé de feijão”?

(ANDRADE, idem, p. 357)

O funcionamento da Língua se coloca no diálogo, promovendo um cruzamento entre textos, numa estrutura paralelística: pai do João/pé do João/pai do feijão/ João e o pé de feijão. Trata-se de um jogo combinatório da Língua com os elementos (João, feijão, pai, pé). Não há controle do sujeito sobre a fala, ele está submetido a tal jogo. Em tal diálogo, também se mostra a escuta da terapeuta, que pôde, através dessas composições inusitadas, lançar uma interpretação: “é a casa do João, do “João e o pé de feijão?””. Assim, não se trata de uma clínica que opera com um “ajuste” da fala do paciente, na tentativa de adequá-la, pois a fala de ambos – paciente e terapeuta – estão sob o funcionamento da Língua. A interpretação do terapeuta não está desarticulada deste, e tem por objetivo incidir sobre a fala do paciente.

Até agora, privilegiei o termo “fala do paciente” ou “fala da criança”... e no caso em que os pacientes não falam? Mais que isso: e nos casos em que há uma interrogação sobre a constituição psíquica da criança? Conforme apontei na introdução, o caso que impulsionou esta pesquisa era de uma criança que não falava. Arantes (2003) aponta que sob o rótulo de “não falar” existe uma heterogeneidade: há diferentes modos de relação de cada criança com a linguagem, bem como posições subjetivas distintas.

Joana pouco olhava para mim, e, inicialmente, não estranhava a ausência/presença ou proximidade/afastamento de pessoas com quem convivia. Assim, a possibilidade de enlaçamento para o outro estava em questão. Levando em consideração a discussão estabelecida por Arantes (idem), a solidariedade entre aquisição de linguagem e constituição subjetiva, justifica um atendimento de linguagem para elas, em especial, para aquelas que estão com a condição psíquica interrogada:

No que tange ao atendimento dessas crianças, acredito que um terapeuta de linguagem deva ser uma instância promotora de uma relação outra com o Outro (tesouro dos significantes).

Condição crucial para fazê-las passar à palavra e ao estabelecimento do laço social. Trata-se de abrir espaço para que eles possam ocupar o lugar de falantes (...) o fonoaudiólogo interpreta os gestos da criança, sejam eles vocais (ou não) nesse caso, o fonoaudiólogo empresta seu imaginário e coloca em texto o que ainda não ganhou lugar na fala (ARANTES, IBIDEM, p. 62)

A autora aborda a complexidade envolvida no encaminhamento das crianças que não falam: seriam casos que deveriam ser atendidos por clínicos de linguagem ou psicanalistas? Ela entende que ambos poderão fazê-lo, mas realizarão tal tarefa de maneiras distintas: o fonoaudiólogo terá sua escuta movida por uma teorização sobre a linguagem e o psicanalista, sobre o inconsciente. Acompanho Vorcaro (2005) quando diz:

Considero que o fonoaudiólogo que atende crianças que não falam, tal como o psicanalista, trabalha no gume da articulação entre sujeito e língua. Nessa medida, um e outro profissionais só podem clinicar **caso estejam profundamente interrogados sobre essa articulação que é o que produz a fala**. Que o fonoaudiólogo esteja mais voltado ao estudo da linguagem e o psicanalista mais voltado ao estudo do sujeito, isso não exige, nem a um nem a outro, de excluir o outro termo da articulação. **Um e outro recorrerão, mesmo que não o saibam, a uma hipótese teórica do sujeito, a uma concepção de clínica**, um e outro precisarão rever sua concepção ingênua de linguagem e deverão recorrer ao estudo da ciência linguística. Um e outro terão que enfrentar os abismos que separam esses saberes e construir hipóteses de trabalho, a partir da clínica, capazes de confrontar esses campos e distinguir suas diferenças (VORCARO, IDEM, p. 88, grifos meus)

O que buscarei mostrar na narrativa do caso Joana é que uma clínica em que a teorização sobre o funcionamento da Língua opera tem efeitos para essas crianças: promove mudanças, mas para apreender o que se passa é necessário articular o saber da psicanálise com uma teorização sobre a linguagem.

Tocar na questão da mudança, como veremos, no entanto, não constitui uma tarefa simples. Como seria possível explicar o que leva à mudança na posição de uma criança frente à linguagem na clínica? Retomo a discussão proposta por Fonseca (2002), ao situar sua questão:

Pensar em “mudança” dá margem a um raciocínio causal: afinal, na prática clínica, o que está em questão a implementação de

procedimentos que visem a transformação do sintoma (FONSECA, IDEM, p. 10)

A autora situa que em trabalhos anteriores buscou questionava a noção de causalidade entre lesão cerebral → sintoma na fala, que pudesse dar conta de explicar uma fala desorganizada, se defrontava com novamente com a questão de causalidade num “retorno à clínica”. Isso porque a clínica convoca à uma reflexão sobre as mudanças que operam numa fala ou numa criança que não fala e se torna falante. Conforme aponta Lier-DeVitto (2006) há uma demanda por mudança, dirigida a um clínico a quem se supõe um saber e uma possibilidade de promovê-la. Assim, acompanho Fonseca (ibidem) no que diz respeito à noção de causalidade: ela faz pressão.

No primeiro capítulo, busquei empreender uma discussão sobre a questão da causalidade, necessária à lógica da medicina e da epidemiologia e exponho os embaraços na tentativa de transposição para clínicas em que a linguagem faz presença: a clínica psicanalítica e a clínica de linguagem. No entanto, minha intenção aqui é a de indicar que há algo que é possível movimentar num caso que ultrapassa uma causa externa/detectável.

O raciocínio estrutural que De Lemos traz para pensar na mudança em aquisição de linguagem é fundamental para pensar a mudança na clínica. As mudanças na aquisição de linguagem certamente estarão relacionadas a uma mudança de posição frente ao Outro, frente à Língua e à própria fala. Não se trata de uma mudança que se dá de maneira cronológica, situada numa linha de desenvolvimento.

A noção de estrutura, na clínica de linguagem é fundamental, inclusive, para abordar as mudanças: elas não serão graduais, mas serão entendidas mudanças de posição na estrutura. O clínico de linguagem, através de sua interpretação, intercede com sua fala sobre a fala/gesto da criança, necessariamente articulados à estrutura, possibilitando tal movimento. Veremos, como isso se deu no atendimento de Joana.

## Capítulo 4 – Caso Joana

Neste capítulo, discuto o atendimento de Joana, uma criança de 1 ano 6 meses encaminhada para atendimento fonoaudiológico no início de 2015. Destaco nesta narrativa, os encontros com os responsáveis por Joana, as impressões iniciais dos primeiros contatos com ela e o tratamento propriamente dito. Elejo os aspectos que me tocaram, sem a pretensão de esgotar o que se passou ao longo de todo atendimento. O material clínico aqui apresentado não necessariamente estará exposto em ordem cronológica, ele diz respeito aos movimentos, às mudanças e aos entraves que se deram ao longo do atendimento. Entendo que a eleição do material clínico implica em fazer um recorte, e, portanto, uma interpretação determinada por uma posição teórico-clínica.

A filiação à Clínica de Linguagem determina um modo de particular de leitura da cena clínica. O método envolve pensar nos efeitos do que acontece no instante vivido, mas inclui um tempo outro fora da cena em que se procede à leitura do material clínico gravado e transcrito. Leva-se em consideração uma diferença entre a escuta em cena e a escuta fora da cena (LIER-DeVITTO e ARANTES 1998). Entende-se que a escuta “fora de cena” opera sobre a transcrição das sessões, o que, conforme aponta De Lemos (2003), implica numa perda do corpo, da voz: a transcrição transforma a fala em *corpus*. A leitura posterior do material se diferencia da escuta dentro da cena, em que o clínico está sob efeito imediato da fala do paciente, conforme sinaliza Arantes (2001). Sobre a transcrição, a autora afirma:

a escrita invoca a escuta e a escuta invoca a teoria de linguagem que permite ler o material. Interpretação que não dissocia mas articula leitura e escuta (ARANTES, IDEM, p. 148)

Já, a supervisão inclui o supervisor como um terceiro, como aquele que pode pontuar tanto a leitura do material, feita à luz da teoria, quanto a narrativa do vivido na cena, de modo a ser possível refinar a escuta do clínico que poderá reler os acontecimentos e dar, sempre que necessário, uma nova direção ao tratamento. Entendo a supervisão como o lugar privilegiado de transmissão da clínica.

Embora a transcrição ou um relato posterior do que se deu na sessão situem o clínico numa posição mais distanciada da fala e dos acontecimentos, não se pode dizer que há uma imparcialidade na maneira como são feitos: o clínico esteve em cena com o paciente. Assim, o relato ou a transcrição envolvem certa interpretação. Por isso, entende-se que se trata de um material clínico, e toda decisão clínica deverá sustentar a tensão entre universal e singular, como já vimos, o que impede que o fazer do clínico seja replicável.

Joana chegou à Derdic encaminhada pelos responsáveis por ela no abrigo onde morava desde seus primeiros dias de vida. A cuidadora que a acompanhava relatou que ela não estava se desenvolvendo como as outras crianças com as quais convivia. Após ser avaliada por um otorrinolaringologista, médico voluntário do abrigo, Joana foi encaminhada para exame de audição na Derdic e os resultados estavam dentro dos padrões de normalidade. Em seguida, foi realizada a indicação para atendimento fonoaudiológico.

No período em que se iniciou o atendimento, março de 2015, eu estava no início do curso de aprimoramento com enfoque na Clínica de Linguagem na Derdic. Foi, portanto, um momento importante de minha formação, que exigiu mudanças em meu entendimento da configuração do que seria uma clínica teoricamente sustentada e que determinou mudanças de posição ao longo do atendimento. Digo isso, pois, de início, quando a possibilidade de atendimento de Joana se colocou, questionei o que levaria à necessidade de receber na clínica uma menina de um ano e seis meses. Até então, eu nunca tinha atendido uma criança tão pequena. Entendo que naquele período essa dúvida se ancorava mais no que se esperaria em termos de padrões de desenvolvimento, de acordo com a faixa etária da criança, do que na singularidade do caso que suspende padrões de desenvolvimento pré-estabelecidos.

### **A narrativa do abrigo sobre Joana**

Na primeira entrevista, Joana era falada pela cuidadora como uma criança que permanecia muito tempo virada para as paredes do abrigo, olhando para desenhos ali estampados. Relatou que, enquanto as crianças do abrigo levantavam de seus berços pela manhã chamando pelos cuidadores, Joana ficava quietinha, deitada. Além disso, enquanto as outras crianças já começavam

a falar, Joana não falava e nem se atentava para a fala do outro. Quando era colocada próxima a brinquedos, não se interessava, era sempre necessário que um adulto levasse algum brinquedo até ela, para que ela o tocasse, mexesse nele. Nas visitas de alguns voluntários<sup>41</sup> ao abrigo, tampouco se interessava: eles iam buscá-la para pegá-la no colo, já que ela não fazia esse movimento de busca por eles. Ela chegava a recusar o colo, quando a pegavam, ia movimentando o corpo até que a colocassem no chão novamente. Ainda, não andava, apenas engatinhava. Além disso, também resistia a alimentos que tivessem consistência sólida ou uma textura mais “pegajosa”.

Nessa primeira entrevista, a cuidadora falou sobre esses comportamentos de Joana. É certo que havia uma comparação com as outras crianças do abrigo, inclusive as mais novas, colocadas sempre como ativas, interessadas por brinquedos e pelos outros. Joana era apresentada como aquela que era diferente das demais. A cuidadora se mostrava preocupada, dizia que apesar das tentativas de ajudar Joana com momentos de brincadeira e música, eles não viam mudança no comportamento da menina. Também foi dito na primeira entrevista, que queriam saber como estimular Joana no abrigo.

Minha observação de Joana começou já neste primeiro momento: enquanto a cuidadora conversava comigo, Joana permanecia no chão. Estava toda arrumada: vestido, meia calça, sapato de boneca e laço na cabeça. Não chorou, falou ou balbuciou. Também não nos olhava enquanto falávamos sobre ela. Engatinhava pelo chão, de um lado ao outro. Levava algumas coisas à boca e babava. Chegou a entrar embaixo da mesa da sala, e bateu forte a cabeça, mas não chorou.

### **Sobre o início do atendimento e os indícios de mudança**

Na primeira sessão com Joana, ela não se manifestou com choro ou gritos, quando a cuidadora a deixou na sala comigo e saiu sem se despedir. Quando eu a convocava pelo nome ou falava com ela, Joana não se voltava para mim ou me olhava. Apesar disso, engatinhou na direção de um brinquedo que estava no chão, uma bola, mas ela rapidamente desviava a atenção da bola

---

<sup>41</sup> Tratavam-se de pessoas que faziam visitas nos abrigos, passavam algum tempo com as crianças, não necessariamente interessados na adoção.

quando via meu *tablet* (para filmar o atendimento). Embora dissesse que não deveria pegá-lo, ela não me olhava: continuava insistindo em segurá-lo e chegou a articular “dadadadá” enquanto tentava pegá-lo de minha mão. Respondi para ela: “Não dou, não dou, não dou! ”. Minha fala parecia não ter efeito nenhum sobre ela, que continuava insistindo. Decidi desligar e afastar o aparelho.

Joana elegeu, então, outro brinquedo, o qual colocou na boca, era um pequeno golfinho de borracha, que tinha quatro rodas, dentro das quais havia pequenas miçangas coloridas. Ela colocava a cauda do golfinho na boca com as rodas viradas para seu rosto, de modo que podia ver as miçangas se movimentando quando ela girava a roda com uma mão. Se o golfinho caía de sua boca, ela chorava. Ao tentar recolocá-lo na boca, se não ficasse na mesma posição que estava antes, chorava muito, mas em nenhum momento solicitou minha ajuda.

Cheguei a tentar introduzir outras brincadeiras, tais como “cadê/achou”, enquanto fechava/abria as mãos em frente aos meus olhos, mas Joana não me procurava e não se engajava na brincadeira. Em outros momentos, usei água e sabão para fazer bolhas, para as quais Joana olhava e tocava, estourando-as, mas não buscava olhar de onde vinham, nem se atentava quando eu fazia uma contagem regressiva anunciando que iria soltá-las.

As constantes tentativas de chamá-la, de convocá-la, não tinham retorno. Chegava a pegá-la com minhas mãos, virar seu corpo para mim (sustentando-o em pé) e ele, molinho, pendia para os lados. Logo, ela voltava para o chão e engatinhava. Quando a colocava sentada de frente para mim, ela virava de costas e voltava a engatinhar.

Boa parte de nossas primeiras sessões consistiram em uma tentativa de contenção do seu corpo, que se movia de maneira a ir se deparando com os objetos. Quando se deparava com outros brinquedos no chão, detinha-se em algum deles por alguns minutos e, a partir do momento em que ele saía de seu alcance e/ou campo de visão, ela não se manifestava, nem o procurava. Era como se o brinquedo deixasse de existir. Não era somente para os brinquedos que Joana voltava o olhar, ocasionalmente ela se deparava com suas mãos ou seus pés e os aproximava do rosto. Esses acontecimentos chamavam minha atenção: “encontrar” partes do próprio corpo, como se elas não estivessem ali antes. Na saída dos atendimentos, Joana também não olhava ao redor

procurando as pessoas do abrigo que levaram à sessão, voltava no meu colo para a sala de espera e era passada para o colo de suas cuidadoras.

Pensando na discussão realizada sobre os protocolos, não há dúvidas Joana poderia ser vista como uma criança de risco, ou até mesmo diagnosticada como uma criança de Transtorno do Espectro Autista.

A primeira sessão com Joana, consistiu em tentativas de chamá-la e engajá-la em alguma brincadeira comigo, o que não ocorreu. De fato, chamava atenção a maneira que Joana se relacionava com aquilo que estava em seu entorno: não se mostrando afetada pela saída da cuidadora, bem como pela minha presença. A única atividade com a qual ela se envolveu por mais tempo foi justamente uma em que eu estava excluída: a de girar a roda de um brinquedo.

Assim, levando em consideração a fugacidade do olhar, a maneira com a qual Joana se relacionava com o outro, a ausência da fala, o fato de que não parecia estar sob efeito da fala do outro, consideramos necessário dar início ao atendimento, a um atendimento que visava um diagnóstico mais preciso do que se passava com ela, ou melhor, que buscava a partir de um investimento clínico refletir sobre o modo de presença na de Joana na linguagem. A questão da mudança, a partir dos efeitos da entrada na clínica são fundamentais para pensar no diagnóstico, especialmente se pensarmos que o sintoma diz da impossibilidade da criança de “passar a outra coisa” (LIER-DEVITTO, 2006).

Alguns pontos nos primeiros contatos com Joana me tocaram, em especial o olhar, o corpo e a indiferença à voz e à presença do outro. Aspectos entrelaçados na estruturação subjetiva e que denunciavam no caso de Joana, que se apenas o “não falar” era insuficiente para justificar a entrada na clínica<sup>42</sup>, o conjunto deles (ausência da fala, a desorganização do corpo, a ausência de laço com o outro e a impossibilidade de sustentar o olhar) diziam de uma posição que exigia acolhimento.

A ausência do olhar foi um dos pontos que me tocou de início. De acordo com Laznik (1999) o não olhar, embora não seja determinante do autismo sinaliza para uma dificuldade a nível da relação especular com o outro. Para ela, que acompanha Lacan, o olhar é condição fundamental para a constituição do

---

<sup>42</sup> Levando em consideração a heterogeneidade que marca os modos de entrada na linguagem e a presentificação da fala.

estádio do espelho, momento em que a criança, ao se deparar com sua imagem no espelho, dá indícios de reconhecer sua imagem refletida:

todos provavelmente sabem da importância que Lacan dá a este tempo particular de reconhecimento da imagem especular pelo Outro. Este momento em que a criança se vira para o adulto que a segura, que carrega, e pede para ratificar pelo olhar o que ela percebe no espelho como assunção de uma imagem, de um domínio ainda não advindo (LAZNIK, IDEM, p. 131)

Como assinala a autora, trata-se de um momento determinante, pois fornece ao bebê o sentimento de unidade, que será fundamental na relação do bebê com o outro. Para ela, o olhar pode ser um efeito da palavra e isso importa para a clínica de linguagem, pois fica assinalada a distinção entre a visão e o olhar. Apoiada nos achados de Selma Freiberg, pesquisadora voltada para bebês cegos, que em seu trabalho afirma que estes respondem ao olhar da mãe, “sorriem tocando seu rosto, chamam escutando sua voz”, enquanto há aquelas que como Joana ouvem e veem, porém, evitam o rosto e a voz do outro....

O olhar se opõe à visão em sua relação à noção de presença. Esta presença pode ser significada para mim pelos dois globos oculares em minha direção, caso em que o olho seria mais o signo de um investimento libidinal do que de um órgão responsável pela visão. Mas essa experiência da presença pode se manifestar igualmente pela voz. A ausência supõe uma presença original que só adquire sentido por estar relacionado ao ser olhado. Penso que o eu e o corpo são produzidos pelo que eu chamo aqui de *olhar* (LAZNIK, IBIDEM, p. 133)

Destaco que para a psicanálise o olhar e a voz são centrais na constituição da imagem corporal, que depende do Outro, da função materna que seja capaz de uma ilusão antecipatória. Segundo Laznik (ibidem), a constituição de uma imagem corporal se relaciona ao olhar, a este tempo inicial em que Lacan define como estágio do espelho. Ele responde pelas primeiras instaurações do aparelho psíquico, que permitirão a constituição do corpo próprio. Por essa via, entende-se que a ausência do olhar está articulada ao corpo de Joana, um corpo “mole”, sem contornos, que se não se sustentava. Tratava-se, para mim, de um corpo que precisava ser investido, recoberto por linguagem.

É fato que esta condição de não andar ou ter dificuldade para se sustentar, inclusive quando a segurava em pé, me levou a carregá-la no colo, a andar com

ela pelos corredores e, por vezes, fazer barreira com meu corpo, impedindo que ela se aproximasse de algo que pudesse machucá-la. Também, além de poder fazer contornos com meu corpo, delineando espaços/limites, diversas dava sentido ao que se passava com seu corpo: quando caía no chão ou quando batia a cabeça, falava para ela “aiai!” ou então “aaai meu coco!”. Emprestava voz ao silêncio de Joana, nomeava o que se passava na superfície de seu corpo.

Após um mês de atendimento, que Joana começou a tentar ficar em pé nos atendimentos: segurando-se numa cadeira ou na pequena mesa da sala. Algumas semanas depois, fui buscar Joana na sala de espera para levá-la à sala de atendimento e me deparei com ela quase em pé, segurando, com apenas uma mão a mão da cuidadora do abrigo. A partir desse momento, deixei de carregá-la no colo para a sala de atendimento, como fazia até então, passei a segurá-la pelas mãos e ela ia andando até a sala de atendimento.

Durante as sessões iniciais, exceção ao fato dela passar a andar com auxílio, Joana não mostrava qualquer mudança: não se afetava pela presença ou ausência do outro, pela fala do outro, bem como pelos brinquedos rolavam para fora de seu alcance. A única vez que pareceu afetada foi quando o brinquedo de rodinhas não estava na mesma posição que antes. Embora isso mostre que ela foi afetada por alguma diferença na posição do brinquedo que costuma colocar na boca, seu choro, entretanto, parecia indicar a impossibilidade de repetir incessantemente uma mesma ação. Não raro, por exemplo, quando entrava com ela na sala, ela pendia o corpo para o lado do interruptor, acendendo-o e apagando-o com o dedo indicador, de maneira incessante, uma atividade sensório-motora, em que não havia espaço para a entrada do outro, que impedia um jogo de nomeação: “acendeu/apagou” que marcassem uma escanção.

O atendimento prosseguiu e a direção do meu trabalho era tentar capturar a atenção de Joana pela via da fala. Passei a cantar nos momentos em que ela girava a roda do carrinho, por exemplo. Joana me pareceu afetada pela musicalidade: parou de girar e me olhou. Também cheguei a girar essa rodinha enquanto cantava, girava seguindo o meu canto, de maneira ritmada. Quando terminei de girar a rodinha, Joana pegou minha mão e a colocou sobre a rodinha novamente. Minha ideia era introduzir uma diferença na brincadeira, para dar flexibilidade à brincadeira cristalizada.

Também, atribuía sentido a seus movimentos e gestos. Numa sessão que se seguiu, em que se repetiam os afastamentos de Joana, bem como as minhas tentativas de chamá-la, ela se aproximou de uma mesa dobrável<sup>43</sup>, cujo tampo estava desmontado. Ficou olhando para um pedaço quebrado (de cor marrom) da mesa de fórmica branca e colocou a mão sobre o desgaste. Repeti seu gesto, deixando minha mão numa posição parecida com a dela, com a mesma disposição dos dedos. Percebi que minha mão parecia uma aranha e comecei a cantar a música da “dona aranha”, acompanhando com a minha mão, os movimentos de subir e descer conforme a letra da canção. Joana olhou atentamente para a cena e, quando parei de cantar, ela pegou minha mão e a colocou novamente sobre o tampo da mesa e a olha. Interpreto seu gesto como uma demanda para que eu repetisse a brincadeira.

Cantar parece ter feito uma diferença. Conforme assinalei, a voz para a Psicanálise, assim como o olhar, é considerada constituinte da subjetividade. Porém, ela não é entendida pelo viés de sua materialidade sonora, conforme afirmam Catão e Vivès (2011), mas enquanto um objeto pulsional. Para os autores “a voz não se confunde com o som, mas não o dispensa” (CATÃO E VIÈS, IDEM, p. 6). Seu argumento está ancorado no trabalho de Lacan e na ideia de que “a função da fonação é suportar o significante, de modo que se a voz não é som, este também cumpre uma função” (LIMA e LERNER, 2012, p. 4).

Segundo Catão e Vivès (idem), a voz tem função primordial, é organizadora do circuito pulsional, pois de acordo com os autores antes de falar, o ser suposto falante começa por escutar.

[a voz] deixa marcas, que se transformam em traços, que sofrem um apagamento, cujos vestígios se organizam enquanto significantes. Esta estruturação em uma rede de significantes é uma construção que requer um laço com o outro, agente do campo da linguagem para a pequena criança. O que propicia este laço é a voz e, mais especificamente, sua dimensão de enunciação e de endereçamento (CATÃO E VIVÈS, IBIDEM, p. 85)

Vê-se a importância da voz na constituição subjetiva e na imersão da criança da linguagem. A voz permitirá a articulação entre a linguagem e o corpo do bebê (entendido aqui no registro do Real). Através voz do Outro, portadora

---

<sup>43</sup> Era uma mesa dobrável, que fica presa à parede, podendo ser aberta ou fechada.

de um desejo, de uma falta, que o bebê será invocado, chamado a alienar-se. Os autores pontuam que, para que esse funcionamento se organize é necessário um Outro não-surdo:

alguém capaz de escutar o que a criança ainda não diz, de invocar sua resposta e de emprestar-lhe sua voz, que ela ainda não tem. Esta é a loucura necessária, mas não suficiente, das mães (CATÃO E VIVÈS, IBIDEM, p. 86)

Vale destacar, ainda, a relação entre tal organização e a aquisição de linguagem:

A escuta antecede a fala e é porque alguém a escutou, se endereçou a ela sustentando a hipótese de que um dia ela responderia, que uma criança poderá tomar a palavra um dia. A fala é, então, uma conquista do *infans*, ou seja, ela não é o resultado de um processo natural. Ela implica uma escolha do sujeito antes de seu advento enquanto sujeito do inconsciente (CATÃO E VIVÈS, IBIDEM, p. 87)

No caso das crianças autistas, haveria a um mau encontro entre a criança e o Outro (surdo): uma criança que o adulto não pôde significar<sup>44</sup>. As crianças na posição autística, assim, não passam à fala. Ao analista, cabe a escuta para ajudar a criança na constituição de uma voz própria:

As sessões podem, então, ser compreendidas como espaços onde a criança pode experimentar, pouco a pouco, e através do desejo do analista expresso em uma improvisação que se endereça a ela (...) um outro tipo de relação com o som, com a voz, que poderá permitir-lhe fazer a escolha de nascer para a fala (CATÃO E VIVÈS, IBIDEM, p. 89)

É importante assinalar que em meu encontro com Joana, as tentativas de capturar seu olhar, sua atenção foi motivada por minha relação com o aporte teórico da clínica de linguagem. A ideia era significar suas ações, capturar seu olhar, atribuir sentido a qualquer produção sonora. Apenas mais tarde pude me dar conta de tudo que se passava na cena clínica, articular o meu fazer centrado na ideia de ofertar significantes, de dar extensão e flexibilidade às ações cristalizadas, de buscar seu olhar e de dar contornos a um corpo esfacelado.

Meus atos foram ressignificados ao longo da tessitura desta dissertação, entendi o quanto uma teorização sobre a linguagem que se articulasse o

---

<sup>44</sup> Considero necessário apontar que embora o autor faça tal afirmação, recusa a teoria de mães “autistogênicas”.

funcionamento da Língua à estruturação subjetiva era determinante para sustentar meu fazer. Entendi o sentido do pensar o terapeuta com instância do funcionamento da Língua, mas determinado por uma posição teórica assim a citação de Vorcaro (2005), que inclui na fundamentação teórica, pôde ganhar outra dimensão:

Considero que o fonoaudiólogo que atende crianças que não falam, tal como o psicanalista, trabalha no gume da articulação entre sujeito e língua. Nessa medida, um e outro profissionais só podem clinicar **caso estejam profundamente interrogados sobre essa articulação que é o que produz a fala**. Que o fonoaudiólogo esteja mais voltado ao estudo da linguagem e o psicanalista mais voltado ao estudo do sujeito, isso não exime, nem a um nem a outro, de excluir o outro termo da articulação (VORCARO, IDEM, p.88)

Eu percebia nesses momentos, como nos da brincadeira na mesa, uma diferença sutil em Joana, que passa a poder finalmente se engajar em alguma brincadeira comigo, ainda que por pouco tempo. Isso permitia vislumbrar uma possibilidade de ser afetada pela minha presença, ainda que isso não fosse sustentado por muito tempo, especialmente se – na tentativa de introduzir a diferença - eu alterava o modo como cantava ou cantava outra música infantil.

### **O novo abrigo, a “mãe social” e as possibilidades de adoção**

Em abril de 2015, tivemos notícias de que Joana mudaria de abrigo, juntamente com algumas crianças da instituição onde morava até então. O novo abrigo tinha um arranjo diferente: as crianças moravam numa casa, que raramente era referida como abrigo pelos profissionais que lá trabalhavam. Havia um número limitado de crianças que moravam na casa, e também circulavam educadores e um profissional que ficava encarregada de permanecer na casa, morando com as crianças, chamada de “mãe social”.

Essa mudança representou um ganho importante na vida de Joana: ela passou a ser cuidada e olhada por uma pessoa que permanecia dia e noite com ela. Também havia os “irmãos”, outras crianças, de diferentes idades, que moravam na casa se ocupavam dos cuidados e brincavam com ela, carregavam-na no colo. Eles faziam passeios e viagens juntos e, por vezes, acompanhavam-na aos atendimentos.

Joana continuava sendo trazida para os atendimentos: os educadores da “nova casa” mostravam-se muito empenhados na tentativa de ajudá-la a andar ao mesmo tempo que percebiam que ela buscava cada vez mais o colo deles. Se no primeiro abrigo Joana era cercada por tudo que envolvia suas necessidades básicas, agora era ela vista de outro modo, havia inquietação, desejo de entender o que se passava com ela. Várias vezes me pediam para conversar comigo a respeito dela, querendo saber sobre as dificuldades, não raro perguntando sobre o “autismo”. Ela foi também levada ao neurologista, que não indicou nenhum medicamento inicialmente, somente depois de 6 meses de acompanhamento. Os funcionários do abrigo relatavam que esses medicamentos poderiam ajudar Joana a “focar” mais e a aproveitar melhor a terapia.

Nas sessões que se seguiram à mudança de casa, alguns elementos novos foram aparecendo. Joana começou a andar com mais facilidade e isso fez com que ela pudesse, inclusive, em alguns momentos, “escapar” de mim e dos cuidadores do abrigo, andar pelos corredores da Derdic e, também, tentar pegar objetos que, antes, não notava em suas andanças pelos corredores da Instituição. Com isso, passou a ser falada pelos funcionários do abrigo como uma menina que “faz arte”, “sapeco”, muito diferente da “menina diferente dos outros” (como apontava o primeiro abrigo). Essas “escapadas” se alternavam com momentos em que ela caminhava até mim e sentava no meu colo, de modo que nossos corpos ficavam grudados.

Por diversas vezes, Joana não ficava na sala de atendimentos. Brincadeiras compartilhadas entre nós não eram frequentes, ela ficava andando de um lado para o outro da sala, e abri à possibilidade de que o atendimento pudesse também acontecer, ainda que brevemente, no corredor da Derdic. Os objetos com os quais íamos nos deparando ao longo dele (vasos de plantas, extintores de incêndio, cadeiras) poderiam capturar sua atenção e, quem sabe, alguma brincadeira seria possível (como “esconder” atrás do vaso).

Em um atendimento, fui surpreendida por um novo acontecimento: durante uma sessão, Joana foi me “encurralando” com seu corpo, num canto da sala. Ela esticou a mão para alcançar a maçaneta da porta – tentativa malsucedida - mas eu mesma abri, imaginando que ela queria sair (como fizemos muitas vezes). Ledo engano: Joana me “levou”, com seu corpo, para

fora da sala, fechou a porta e me deixou do lado de fora. Em seguida, começou a chorar. Observei-a do espelho espião e, alguns segundos depois, entrei na sala, dei um abraço nela e o choro se interrompeu. A cena se repete: Joana vai fazendo um movimento com seu corpo, novamente fazendo com que eu me afastasse. A porta estava aberta, ainda, e quando passo da linha da porta, Joana a fecha. Fico de fora e, novamente, ela chora.

Após esse acontecimento, fiquei confusa e me senti – como tantas outras vezes- excluída por ela. No entanto, em situação de supervisão, pude reconhecer tal episódio de outra maneira. O que parecia estar vigendo as sessões era uma alternância entre afastamento e junção de nossos corpos. Além disso, não me parece precipitado dizer que Joana, naquele momento, era afetada pela minha ausência: contrariando meu sentimento inicial, ela chora quando fico para fora.... Momento em que se deflagra a falta. Como assinala Vorcaro (2002), a falta

só é apreensível por intermédio do já estruturado (do simbólico), no qual algo denominado falta na posição esperada. O grito que se faz apelo ao retorno da coisa alternante é corpo que se oferece a ao que falta na alternância simbólica (VORCARO, IDEM, p. 76)

A autora entende que a hiância na sustentação da primeira estrutura simbólica figura a falta, o encontro faltoso. Esse é o ponto central da estrutura de identificação do sujeito.

Interessante é que nesta ocasião os cuidadores do abrigo diziam ver muitas mudanças em Joana: sinalizavam diminuição de sua restrição alimentar, mais contato de olho, pequenas brincadeiras que ela começava a fazer, como bater palmas ou dançar quando o outro cantava. Também traziam algumas “palavras” que ela começou a falar, como “tu”, lida pelos cuidadores como o nome de outra criança do abrigo<sup>45</sup>.

É certo que tais relatos eram importantes, pois mostravam um olhar atento para ela, mas apesar desses avanços me deparei, diversas vezes, com pedidos de diagnósticos feitos por eles. Relatavam que duas famílias tinham dado entrada a processos de adoção de Joana, porém estes não foram concluídos.

---

<sup>45</sup> Importante destacar que não via Joana falar durante as sessões. Mas, de fato, percebia que ela começava a balançar quando eu cantava, alternando o peso do corpo nos pés, o que proporcionou alguns momentos de “dançar junto” na terapia.

Eles atribuíam isso à condição dela, pois, segundo eles, as crianças que vieram com Joana do abrigo anterior já tinham sido adotadas e ela “ficou”. Ao final de 2015, esse pedido de diagnóstico se articulou à possibilidade de incluir Joana, que estava com dois anos, numa fila de crianças com necessidades especiais para adoção, ou seja, para que fosse adotada por pessoas que procuravam adotar uma criança que inspirasse cuidados específicos.

Para mim havia uma questão relacionada a um processo em que o diagnóstico fosse condição para o encontro com os candidatos a adoção. É certo que os cuidadores ansiavam por sua adoção, mas, pergunto: qual seria a função de um diagnóstico? Caberia um diagnóstico para uma adoção?

Nas conversas com o abrigo, expliquei que Joana apresentava impasses em seu desenvolvimento, falei também sobre a importância do modelo de processo de adoção do abrigo<sup>46</sup>, em que as famílias poderiam se encontrar com Joana (e não com um diagnóstico) e pensar sobre a possibilidade de sustentar a adoção dela antes da conclusão do processo. Foi necessário enviar um relatório ao fórum, para a Vara da Infância e Juventude, descrevendo o caso de Joana, suas dificuldades, ressaltando a imprescindibilidade de atendimento e destacando as mudanças que vinham sendo observadas ao longo do processo terapêutico. Esses momentos me faziam indagar: em que medida um diagnóstico seria garantia de adoção para Joana?

Em meio a esses processos de adoção que não se concluíram, simultaneamente à insistência do abrigo no pedido de diagnóstico, Joana passou por duas internações hospitalares para tratar de um quadro de pneumonia. Isso levou a faltas frequentes, o que me deixava preocupada, tanto pela interrupção do atendimento que caminhava bem, quanto pelo receio de que a recusa de um diagnóstico nosográfico levasse a uma fragilização do vínculo dos profissionais do abrigo comigo e com a própria Derdic. Fiquei apaziguada quando os educadores passaram a me dar notícias sobre Joana. Cheguei, inclusive, a visitá-la no hospital, numa internação que durou cerca de três semanas. Lá, encontrei um cuidador, que disse estar lá naquele horário, pois ela comia melhor quando alimentada por ele. A partir dos fatos aqui expostos, me dei conta que

---

<sup>46</sup> Tratava-se de um processo gradual, em que os candidatos a adoção tinham diversos encontros com a criança, faziam passeios externos com ela e, posteriormente, havia a ida gradual da criança para a nova casa.

eles estavam, de fato, implicados e preocupados com Joana, havia uma demanda para atendimento um enlaçamento e um compromisso que não era movido somente pelo diagnóstico.

A terapia de Joana teve continuidade, e se tornou frequente um novo movimento: ela dirigia-se à um *dispenser* de papel toalha (que fica preso numa parede de cada sala de atendimento da Derdic), e puxava uma folha<sup>47</sup>. Essa cena se repetia durante muitas vezes nos atendimentos. Bastava que seus olhos se deparassem com os papéis, para que fosse tentar puxar um e mais um.... E incessantemente, ficava puxando um depois do outro. Aos poucos, fui introduzindo minha fala nesse circuito ininterrupto, no sentido de marcar o gesto que insistia. Segurava suas mãos e dizia “só vamos puxar mais três”. Ao soltar, ela voltava a puxar, e eu ia contando. Ao final de minha contagem, dizia “acabou” e impedia que ela continuasse. Ela chorava bastante, tentava pegar mais papéis, mas eu a bloqueava com meu corpo.

Ao mesmo tempo que esses episódios cristalizados insistiam, em que o gesto de Joana acontecia sem a possibilidade de diferença que a linguagem instaura, momentos de abertura eram propiciados durante as sessões, tal como uma brincadeira na qual ela engatou comigo. Fiz um gesto de levantar e abaixar a tampa de um brinquedo, fazendo uma antecipação, contando, “um, dois, três e jááá!”, soltando a tampa. Em seguida, vi que ela sorria, corri em sua direção e lhe dei um abraço e ela deu risada. Voltei para o brinquedo e fiz de novo a contagem. Joana me observava e, parecia aguardar que eu soltasse a tampa novamente. Quando o fiz, a abracei e ela riu novamente. Joana parecia afetada pela sonoridade que marcava a segmentação no tempo, parecia aguardar que aquele jogo continuasse.

### **Novas direções e, enfim, a adoção**

Mesmo reconhecendo as mudanças na posição de Joana e sua abertura para o Outro, não estava descartada ideia de entaves na constituição psíquica. Decidimos, na supervisão e em discussões com a equipe da instituição, encaminhar Joana para uma outra possibilidade de atendimento, que

---

<sup>47</sup> Ela começou a fazer escaladas: do chão para a mesinha, da onde alcançava a folha.

aconteceria de maneira concomitante ao atendimento fonoaudiológico. Tratava-se do Projeto Entrelaços<sup>48</sup>, que também acontecia na Derdic. A proposta era de um atendimento para crianças que apresentam entraves na constituição psíquica. Essa modalidade de atendimento é caracterizada pela pluralidade de profissionais e um grupo de crianças. Afasta-se do modelo de “um para um”, tal como acontece no atendimento individual, uma vez que há a possibilidade de que a criança possa estabelecer relações com um (ou mais) adulto e uma (ou mais) crianças. Ressalto que, se por um lado a estruturação subjetiva de Joana estivesse interrogada, tal encaminhamento também ia no sentido de uma aposta: que o contato com outras crianças e outros adultos pudesse ter efeitos sobre ela. Isso aconteceu no início de 2016. Joana dava continuidade ao atendimento fonoaudiológico comigo (uma vez por semana) e no Entrelaços (também, uma vez por semana).

Em maio de 2016, chegou à Derdic, a notícia de que Joana seria adotada. A adoção foi feita por um casal que a conheceu durante a realização de um trabalho voluntário no abrigo. Após algumas semanas, o tratamento foi interrompido. Tivemos notícias do abrigo de que o processo de adoção tinha sido concluído e que Joana já estava em seu novo lar. Consegui realizar contato com a mãe adotiva dela, Cláudia<sup>49</sup>, e agendei uma entrevista.

Em nossa primeira conversa, a mãe relatou como foi o processo de transição para a família e Joana. Cláudia falou que foi um período muito conturbado, pois Joana acordava todos à noite, com um choro alto e inconsolável. Ela demandava atenção maior do que eles esperavam. Cláudia narrava as situações que a deixavam perplexa, Joana parecia precisar ser constantemente observada, como durante as refeições: se a mãe desviasse o olhar da filha, ela atirava o prato de comida para longe, sujando toda a cozinha. Era necessário ficar ao lado de Joana e, quando achava que a filha ia atirar o prato, já dizia um enfático “não”/“não pode”. Embora dissesse que não sabia explicar o porquê de tal atitude inesperada, a fala de Cláudia manifestava claramente que ela se dava conta da importância do olhar do outro para Joana.

---

<sup>48</sup> O Projeto Entrelaços tem seu início na Derdic, em 2016. Idealizado pela psicóloga e psicanalista Carina Arantes Faria, é atualmente coordenado por Maria Francisca Lier-DeVitto (linguista e psicanalista) e Lourdes Andrade (fonoaudióloga). Foi inspirado na instituição belga, Le Courtil.

<sup>49</sup> Os nomes dos pais também são fictícios.

Todas essas dificuldades levaram os pais a estabelecer um contato mais frequente com a médica neurologista e, também, a dar início a um atendimento psicanalítico para Joana.

A mãe também fez menção à ausência de fala de Joana, como algo que merecia atenção e contou que já tinha procurado atendimento fonoaudiológico pelo convênio. Durante essa conversa, pude compartilhar com ela como tinha sido o trabalho com Joana até então. Deixei claro que, nos atendimentos da Derdic, as questões relativas ao atendimento de Joana não se restringiam somente à presença ou ausência de fala, mas a questões relativas à estruturação psíquica: a possibilidade de estar com o outro, sustentando um diálogo, uma brincadeira. Também a esclareci sobre a possibilidade de dar continuidade ao atendimento na Derdic, que foi a opção escolhida pela mãe.

Nesse primeiro encontro, perguntei à Cláudia ao que ela atribuía tais as dificuldades de Joana. Cláudia respondeu que achava que essas dificuldades no desenvolvimento se deram pelo histórico da filha (muito tempo de abrigo), bem como uma dificuldade na transição do abrigo para a casa.

Na semana seguinte, os atendimentos foram retomados. Nas primeiras sessões em que Joana voltou, novas brincadeiras começaram a aparecer. Começou a colocar brinquedos no próprio tênis e tentava calçá-lo em seguida, sem sucesso. Isso continuava: tirava o pé do sapato, tirava a meia, colocava papéis amassados e o pé na meia. Quando tentava encaixar o pé (e papéis) no sapato, novamente não conseguia. Em seguida, olhava para mim, perplexa. Joana parecia estar jogando com os limites e bordas: o que cabe vs. o que não cabe. Ao mesmo tempo começou a me dirigir mais o olhar e passou a se interessar mais pelos brinquedos que eu levava para a sessão<sup>50</sup>.

Quando encerrávamos o atendimento, ela “grudava” no saco de brinquedos e na hora de entregá-lo para mim, chorava. Se antes Joana parecia indiferenciada àquilo que estava a seu redor (retirá-la de algum lugar ou retirar algo de perto dela frequentemente não era notado) ela passou a se mostrar atenta para aquilo que estava a sua volta e, mais que isso, fazer marca de sua presença, indicando sua contrariedade pela retirada dos objetos, ou pelo final da

---

<sup>50</sup> Durante os primeiros meses de atendimento, Joana parecia não reconhecer brinquedos, era indiferente a eles e a outros objetos (ela ficava durante meia hora arrastando as cadeiras e mesinha da sala, por exemplo).

sessão. Essas mudanças foram percebidas, inclusive, pelos profissionais do Entrelaços.

Em conversas posteriores com Cláudia e Marcos, eles puderam compartilhar novidades em relação a Joana. Relatavam que, em alguns momentos, ficaram muito surpresos com alguns comportamentos que Joana apresentava, como um dia em que atirou um brinquedo pela janela. Ou, em outras ocasiões – não sabiam dizer o que disparava isso- Joana começava a tirar a roupa do corpo. O pai disse que falava para ela: “Poxa, Jojo, você tá parecendo índia”. Disse para mim, após essa fala: “se você olhar para ela, ela tem traços de índio”. A mãe dizia o quanto era difícil lidar com certos comportamentos da filha, que começava a ficar agitada de repente. Cláudia dizia que Joana ficava assim porque queria sair, mas sempre colocava em relevo a inteligência da filha, que, ficando agitada em um espaço fechado, ia até a porta “para sair”. Isso se viu também quando falavam de sua entrada na escola: no primeiro dia de aula, ela não se aquietou até pendurar a mochila do jeito certo na parede da sala, o que foi lido pelos pais como um sinal de organização/sistematicidade de Joana. O pai, orgulhoso, mostrou foto de Joana de uniforme, com mochila e lancheira.

Em outros momentos do atendimento, ficaram cada vez mais marcantes na fala da mãe, diferenças do casal no modo de lidar com Joana. Ela obedecia à Cláudia, que era mais rígida e estabelecia limites, avisando-os com antecedência. Já com Marcos, “fazia manha”, se jogava no chão, chorava. Assim, Joana parecia se colocar de maneira diferente com um ou com outro<sup>51</sup>.

### **Sobre as mudanças na fala**

Joana, de fato, vinha aparecendo diferente nas sessões. Veremos, a seguir, alguns fragmentos dos atendimentos.

#### **Segmento 01:**

Joana entra na sala, vai até a cadeira e se senta. Olha para mim. Pergunto: “vamos começar? ”. Sento-me ao seu lado, na outra cadeira e fecho

---

<sup>51</sup> Considero importante destacar que a psicóloga de Joana também relatou episódios em que Joana ficava mais chorosa perto do pai (se atirando no chão, por exemplo).

meus olhos e falo “Cadê você? ”. Ela não responde. Quando abro os olhos ela está tampando os próprios olhos com as mãos, como eu tinha feito, num espelhamento entre meu corpo e o seu.

Embora ela não tenha respondido à brincadeira que eu fazia da maneira como esperava (me procurando ou respondendo ao meu chamado), ela se escondeu. Não tomei tal gesto, como sendo um impeditivo à brincadeira que fazíamos ali, pois ela foi claramente afetada pelo meu. Se a brincadeira que eu propus se perdeu, fui em busca dela. Falei “Joanaaaa, você não tá me vendo? ”. Tiro as mãos dela de seu rosto, primeiro uma, depois a outra, até nossos olhares se encontrarem.

Penso que esse episódio indicia a alienação de Joana, que pode fazer o mesmo, mas não chega a incidir uma diferença. Nesse momento ela não podia atender a minha expectativa de responder ao que eu propunha, responder de outra posição. Não me propus a ensinar a brincadeira de esconde-esconde: vou “buscá-la” naquilo que ela podia fazer (tapar os próprios olhos) e “apareço” para ela. Entendo que isso é uma possibilidade de encontro com o caso, respeitando sua singularidade, que permeia a clínica de linguagem.

Episódio 02:

Em outro momento da sessão, começo a bater na mesa e cantarolar. Ela entra nessa brincadeira. Para cada som, fazíamos uma “batida” na mesa.

(1) T: pan pa rã rã rã / pã pã!

(2) J: pã pã pã ... pã pã

(3) T: pã pã!

(4) J: pã po pá!

(5) T: po po pá

(6) J: pã pã pã pã pã

(7) T: po po pá

(8) J: po po po po po

A brincadeira de bater na mesa enquanto fazemos os sons constituem um momento em que a sonoridade é marcada no corpo. Levando em consideração a discussão sobre a voz e a solidariedade entre constituição subjetiva e a aquisição de linguagem, Carvalho (2012) situa importância da musicalidade e do ritmo. Ela afirma que se é a voz, enquanto função psíquica, que permite o recobrimento do corpo da criança pela linguagem, para que o sujeito ascenda à fala, torna-se necessário o recalçamento/perda da musicalidade da voz materna. O ritmo seria aquilo que permitiria romper com a continuidade/linearidade da voz materna, introduzindo uma cadência e alternância. Assim, rompe-se com a melodia e conservar o sentido. Isso seria fundamental para que o sujeito possa ser recoberto pelo significante. Penso que nesse sentido também no episódio 2, se dá a ver a importância de tais jogos, em que a alternância de batidas e silêncios e a alternância entre corpos que se movimentam e cantam estão presentes.

Há, nesse episódio, um jogo sonoro, em que há alternância e repetição com diferença, ainda que sua “fala” espelhe a minha, é possível entreouvir a presença de Joana no espelho. Esse movimento abre espaço para que minha demanda vá em outra direção. Ao reler o material clínico me dou conta que em meus atendimentos passo a incluir movimentos diferentes a partir das mudanças que posso ler no modo de presença de Joana. Ela se afeta pela minha fala e as batidas que faço na mesa: entra na brincadeira comigo e a sustenta, algo que não acontecia em nossos atendimentos, inicialmente. Considerei esse episódio uma importante mudança de posição: estava presente a fala, o corpo organizado de outra maneira, uma brincadeira com o outro (ela dirigia o olhar para mim enquanto batia na mesa).

Ofereci algo a Joana que ela podia sustentar, não me pautava nem por uma hipótese diagnóstica de TEA, nem por um padrão de desenvolvimento para nortear a terapia. Ressalto ainda que essa diferença entre falas e o “brincar junto”, ainda que nesse pequeno fragmento, fazem questionar tal possibilidade diagnóstica para Joana. Procedi a uma aposta mais alta, como veremos no próximo fragmento.

Nas brincadeiras, sempre marcadas por um jogo melódico, os sons iam ganhando forma e sendo incluídos no texto que se tecia ao longo da sessão.

Segmento 03:

Brincávamos com uma boneca, e quando a viramos, digo:

T: ela tem um bumbum!

J: bubu!

T: bumbum!

J: bubu

T: bum bum bum bum  
(Cantarolando)

J: bu bu bu bummmm

Bubububu

bububu

T: bum bum de co-cô  
(Cantarolando)

J: bubububucucococococo

(Cantarolando)

T: cocô

J: cocô

T: cocô que fedor!

J: que-eu

T: que caca!

J: cocô... cocô

T: cocô, ela fez cocô?

J: ei!

T: iiih, vamo limpá?

J: pá

T: vamo limpá, ó! (tiro um lenço  
Do porta-papel e finjo limpar)  
Limpar o cocô

J: cocô

T: desse bumbum  
Cocô do bum bum

J: (ela faz o gesto de limpar  
a boneca comigo)

A brincadeira segue. Joana continua a “limpar” a boneca com o lenço de papel:

J: (passa o papel na cabeça  
da boneca)

T: limpou a cabeça!

J: (passa o papel na boca  
da boneca)

T: limpa a boquinha...

J: (leva o papel à própria boca).

T: ah, você vai limpar a sua boca?

Do jogo sonoro inicial pode se desdobrar uma brincadeira simbólica. Note-se que a fala de Joana se mostra incipiente e alienada à minha. Os fragmentos que advém da minha fala, mas que agora se desdobram no interior de um texto que já se anunciava no segmento anterior. A brincadeira é sustentada por mim à medida que vou introduzindo novos elementos, como “bumbum”/“cocô”, e colocando em cena uma brincadeira de “cuidar da boneca”, em que eu e Joana a limpamos. A brincadeira não permanece no jogo sonoro, os sons são introduzidos na cadeia da língua. Os significantes se articulam e ganham “sentido”.

O que não deixa de surpreender é que minha fala, no segundo momento da brincadeira, faz com que Joana, metonimicamente, passe a limpar outras partes da boneca que não o “bumbum”. Leio gestos, inserindo-os na significando-os, cobrindo esses gestos sentido, como “limpou a cabeça”. No entanto, quando falo “limpa a boquinha”, Joana desliza para “outra cena” e limpa a própria boca. Como se vê, minha fala, trouxe à tona uma outra cena, provavelmente aquela em que a criança é convocada pelos adultos a se limpar, como por exemplo, em situação de alimentação. Joana “entra” com seu corpo,

descolando-se da cena em que estávamos. Isso, a meu ver, marca uma criança sob efeito da fala do outro: é afetada e se movimenta por escuta para minha fala – marcando uma enorme distância de sua indiferença inicial, em que não era afetada nem pela minha fala e nem pela minha presença.

Paralelamente a esses acontecimentos, Cláudia, em nossas conversas, comentava as mudanças e dizia que Joana já estava falando. Ela considerava isso um avanço importante, ao mesmo tempo em que reconhecia uma impossibilidade de estabelecer um diálogo com Joana: “ela fala, mas não dá para ter um diálogo com ela”. Cláudia dava como exemplo a tentativa de conversar na saída da escola: se perguntava, não tinha resposta ou a resposta vinha repetindo o que a mãe dissera imediatamente antes. Havia um impasse sinalizado pela mãe de Joana: por mais que tentasse conversar com a filha, sentia que não conseguia.

O que estava em jogo, para mim, não era um “atraso na fala”, ou uma criança que deveria estar falando mais/melhor: o que estava em jogo era a possibilidade de mudança de posição frente à linguagem. De fato, a fala de Joana estava aprisionada à fala do outro, porém, conforme indiquei mudanças estavam sendo operadas no espaço clínico. Vejamos.

#### Segmento 04:

Brincávamos de “lavar a mão” :

T: vou lavar a minha mão, tic tic...

Ah, mas essa água tá quente, põe bem pouquinho da quente, assim... tic tic

J: (faz gesto de abrir torneira)

Prooonto, lavei minha mão

(“fecho” a torneira)

J: (“abre” a torneira)

T: ah, de novo? Vou lavar a mão de novo!

Pronto, lavei minha mão

J: (se levanta, pega um papel no dispenser da parede e me entrega.)

T: Aaah, secar a mão, né, Jojo?

Vale destacar a diferença em relação às sessões iniciais em ela repetia o ato de puxar “um papel e depois outro”, que remetiam aos comportamentos repetitivos, apontados como frequentes nos casos enquadrados no TEA. Se naquele momento ainda seria possível considerar alguns comportamentos estranhos, agora ela parecia estar localizada em outro tempo de sua estruturação. O gesto de “entregar a folha” apontava para uma outra possibilidade de Joana de se relacionar com a fala do outro e com o outro. É certo que esse episódio é um efeito de um longo percurso de atendimentos e de mudanças relevantes na vida de Joana.

Segmento 05:

Nas sessões, também se tornaram recorrentes as brincadeiras de “fazer comida”. Nessas brincadeiras, ficava evidente a organização de Joana: separava os brinquedos, fazia gestos de cortar, mexer e chegava até a me corrigir quando eu segurava um brinquedo do “jeito errado” (de ponta cabeça, por exemplo).

T: Eu acho que vou esquentar esse feijão  
pra comer! (havia uma panelinha no fogão  
de brinquedo)

J: eu tô abindo cuafaca!  
(tentava colocar a faca de brinquedo  
numa rachadura no milho de plástico)

T: então come, ué!  
Vai ficar só abrindo?

J: ponto! (para o que estava fazendo)

T: pronto? Quer por aqui no feijão?  
Hum, feijão com milho!

J: (leva o milho até a panelinha)  
Cabo o feijão

T: já acabou o feijão?

J: Já!

T: Tá pronto? Põe um pouquinho pra mim?

J: Num tem

T: acabou? Quem comeu?

J: (fica em silêncio)

T: foi o papai?

J: papai aqui  
(aponta para os bonecos)

T: foram os bonecos? Que safados!  
Comeram nossa comida!

J: teiquefazêdinovo!

Ao falar “Cabo o feijão”, não sabia se o “feijão acabou de cozinhar” ou se “não há mais feijão”. Minha interpretação me colocou diante dessas duas possibilidades que eu apresentei a ela. Joana resolve a ambiguidade ao dizer “num tem”. Adiante, ainda, traz “teiquefazêdinovo!”, sustentando comigo a continuidade da brincadeira. Trata-se de uma fala que não veio da minha: veio de outras cenas e textos, mas certamente era pertinente a este que se tecia.

Em diversas ocasiões, fui surpreendida por falas ou perguntas que me foram encaminhadas durante a terapia. Ainda nas brincadeiras de comidinha, me distancio da brincadeira e da cena em que estávamos inseridas e pergunto: “você cozinha na sua casa?”. Joana responde que não e eu devolvo “Por quê?”. Ela responde “sou pequena!”. Sua resposta se deu sem um “apoio direto” da minha fala. Reconheço os movimentos da Língua operando, significantes presentificam outras cadeias, vindas de outras cenas. Há ainda, a marca de pessoa, nesse eu, que também se articula a enunciados, como “eu não cozinho”, “eu não posso cozinhar”, “eu sou criança”. O curioso é que essas possibilidades de fala são obliteradas e o que comparece é uma outra possibilidade, que parece derivada dessas cadeias “sou pequena”.

Essa mudança foi percebida pela mãe, que começou a dizer para mim, no corredor, com alguma frequência, “essa mocinha está falante”, referindo-se a Joana. Comecei a me questionar por que essas falas eram dirigidas a mim com tanta frequência. Certamente não era qualquer fala: ela encaminhava à fonoaudióloga, profissional que ela colocava como a responsável por tocar nas

questões de fala<sup>52</sup>, que a filha já falava, e bastante. Meses depois, ela perguntou sobre a necessidade de dar continuidade no atendimento.

Curioso, no entanto, que enquanto parecia haver uma menor dependência da fala do outro, outros acontecimentos importantes compareceram no seu atendimento. Joana passou a resistir para entrar na sala de terapia, de modo que a mãe tinha que acompanhá-la até a porta. Por vezes, Joana chorava muito na sala ou, durante as brincadeiras, levantava-se da cadeira e dizia “eu queleu a minha mamãe”.

Além disso, também não passavam despercebidos seus momentos de silêncio de durante o atendimento:

T: mas eu trouxe uma coisa que não  
Trouxe na semana passada. Eu trouxe  
Uma coisa diferente... quer ver o que é?

J: Sim

T: Dá uma olhada (abro a sacola)...  
Eu trouxe oooo...

J: Fogo

T: Trouxe o fogão!

J: (fica em silêncio)

T: E trouxe o ca-mi-nhão  
pra fazer passeio!

J: (fica em silêncio, pega um boneco  
e vai colocá-lo no caminhão)

T: Ele vai passear?

J: (fica em silêncio, ainda tentando  
encaixar o boneco)

Esses “silêncios” contrastavam com meu excesso de fala. Sob efeito da análise dessas transcrições, penso que houve uma mudança na minha posição nos atendimentos, enfrentando, inclusive, a resistência de Joana para entrar na

---

<sup>52</sup> Relembro aqui a primeira entrevista que realizei com Cláudia, em que ela dizia que Joana precisava de atendimento fonoaudiológico, dizendo “ela não fala, né”, bem como a nossa última conversa em que ela trouxe uma “queixa” de que Joana falava, mas não conversava.

sala. Ela se afastava de mim quando ia buscá-la na recepção, era acompanhada pela mãe até a porta da sala, e quando finalmente entrava, chorava. Dizia que queria a mãe, queria sentar no colo da mãe, queria conversar com a mãe. Eu respondia algo como “agora não é hora de ficar com sua mãe” ou “agora não dá”. Oferecia algumas opções do que poderíamos fazer, como brincar ou desenhar. Ela dizia que não queria e eu dizia que tudo bem. Depois de um tempo, o choro se interrompia e Joana brincava.

Segmento 06:

J: é! Agóla! Que que tem aí?  
(enquanto tentava esconder  
um brinquedo, amassando-o  
dentro de um papel)

T: tem uma costela!  
(era uma pequena réplica de costela de animal)

J: não!

(...)

T: eu vi, você escondendo aí dentro  
Jojo! Eu vi vc escondendo aí dentro!

J: (tenta colocar o brinquedo  
dentro da sacola, envolto no papel)

T: Não pode por com papel...

J: não tem nada!  
(com cara de riso)

T :(dando risada)  
“não tem nada”, “não tem nada”!  
Tô vendo!!!

Chamo atenção para este último episódio, um episódio de “engodo”.  
Nessa ocasião, Joana e eu vínhamos fazendo brincadeiras com livros infantis e

brinquedos, nas quais uma narrativa era criada. Assim, o livro ou brinquedo eram um apoio para a história criada na fala. Nesse episódio, no entanto, se vê um movimento oposto: acontecimento e fala se mostram desarticulados. Joana “faz uma coisa” e “fala outra”, o que dá a ver a linguagem enquanto interpretação. Há um afastamento do que ela fazia, da cena que se configurava ali. Isso marcava, novamente para mim a possibilidade de Joana de mudar de posição frente à linguagem e frente a mim, e tentar me “enganar” por meio da sua fala.

Um trabalho recente de De Lemos, em que a autora fala da impossibilidade da Linguística apreender o que se passa na fala da criança, traduz um pouco do que se passou no atendimento de Joana, à medida em que sua fala foi fazendo presença na cena clínica

fragmentos, palavras e expressões desprendem-se de cenas, falas, discursos para, operando como significantes – e não como signos –, significar outras cenas, falas, discursos. Que teoria aparelharia o linguista para dar conta desse deslizamento, dessa operação e de seus efeitos? Importa lembrar, neste ponto, o que diz Porge sobre Lacan ter substituído uma lógica do signo por uma lógica do significante: “Assim como a unidade do significante e do significado é fundadora da linguística, a divisão do significante e do significado é fundadora do simbólico” (PORGE, 2006, p. 87), isto é, da linguagem como Outro, “tesouro de significantes”, segundo Lacan. (De LEMOS, 2014, p. 960)

### **Ainda na clínica...**

Em conversa no meio de 2018, a mãe traz novamente a questão: a necessidade de dar continuidade ao atendimento fonoaudiológico. Não me parece precipitado afirmar que o atendimento fonoaudiológico, para Cláudia, é um espaço que visa “dar conta” das questões de fala, e, como Joana já fala/conta/inventa/se expressa/brinca as queixas relativas a esse espaço parecem ir se “dissolvendo” para a mãe. Ela chegou a apontar que Joana apresenta uma alteração de fala: “trocar o R pelo L”, mas que acredita que isso é uma questão que irá se resolver com o tempo.

Durante nossas conversas, ao mesmo tempo, relata outras questões, relativas à adoção (e como falar com Joana a respeito desse assunto), outras relativas ao comportamento de Joana (como birras/manhas), e seu desempenho

escolar. Em especial às duas primeiras, a mãe referia-se ao atendimento psicológico como o espaço ao qual elas seriam pertinentes.

O atendimento fonoaudiológico de Joana continua. Trata-se de uma decisão clínica, que contempla tanto as questões relativas à fala, à possibilidade de sustentar brincadeiras e jogos. Nas conversas com a Cláudia, aponteí aquilo que vejo de mudança em Joana: o aparecimento da fala, a mudança na fala, uma fala menos dependente da minha, a brincadeira (do cuidar dos bonecos para o falar como o boneco/personagem), a escrita (que já vem comparecendo na clínica). Também aponto aquilo que vai se repetindo: as brincadeiras que vão sendo truncadas pelas atividades motoras, o desenho sem forma, como movimentos que ainda são acompanhados nesse atendimento. A mãe mantém Joana no atendimento.

Neste capítulo tentei reconstruir minha história com Joana em uma clínica que articula, como insisti, estruturação subjetiva e linguagem. Uma clínica que privilegia o singular, que aposta numa possibilidade de mudanças antes que um rótulo sele o destino de uma criança. Considero que o trabalho realizado com Joana consistiu fundamentalmente em entender o espaço da clínica com possibilidade de reconhecer o valor significativo de suas produções,

Afinal, reconhecer suas manifestações como da esfera da linguagem é a condição para a criança se reconhecer posteriormente como fonte dessa mensagem (CAMPANÁRIO et al, 2013, p. 49)

Nessa trajetória apostei em Joana, não sem me interrogar em diversos momentos sobre sua possibilidade de “passar a outra coisa”. Trajetória longa, marcada por impasses, dúvidas, certezas provisórias, mas sustentada fortemente no meu desejo de poder produzir um efeito no modo de presença de Joana na linguagem, desejo que pode se realizar, penso eu, porque ancorado em uma teorização sobre a clínica. Nesse percurso muitos acontecimentos corroboraram o tratamento: a “mãe social”, a entrada no grupo Entrelaços, e, especialmente a adoção.

## Considerações Finais

O atendimento de Joana suscitou as minhas primeiras questões: tanto teóricas, como clínicas. Este trabalho visou responder às seguintes indagações: o que é um diagnóstico precoce? Qual sua função? A quem ele interessa?

Os debates que decorreram da aprovação da Lei 13.438, que estabelecia o uso de protocolos por pediatras nos primeiros 18 meses de vida visando prever riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças, conforme apontei inicialmente, produziram uma polarização. De um lado, profissionais insistiam na necessidade de implementação de tal lei, que evitaria encaminhamentos tardios. De outro, profissionais que advertiam para a possibilidade de que crianças que fossem apontadas com indicadores ausentes seriam diagnosticadas precocemente, sem que de fato houvesse uma patologia em questão. As discussões, notadamente polarizadas, despertaram meu desejo de me debruçar sobre o tema do diagnóstico precoce e, ainda, sobre o risco.... Falar em risco é diagnosticar? Foi no sentido de situar tal discussão que trouxe, no primeiro capítulo, a noção de prevenção e risco dentro da área da saúde, advindas do campo da Epidemiologia.

A noção de prevenção e risco, necessariamente comportam a possibilidade de “antecipação” a uma patologia, em que hipóteses de causalidade se colocam em jogo. De qualquer maneira, o empenho é de prever e poder exercer controle sobre as patologias. No que concerne à saúde mental, tal pretensão necessariamente sofreu abalos: se tomarmos o humano como um ser de linguagem (JERUSALINSKY et al, 2009), seria possível prever/evitar as psicopatologias? Reconheço, no entanto, que essa é uma questão epistemológica e que parece haver uma tentativa por parte dos pesquisadores que se empenharam na construção do instrumento para avaliação dos indicadores de risco (JERUSALINSKY et al, IDEM, KUPFER et al, 2009), de evitar encaminhamentos tardios para crianças que apresentam entraves na constituição subjetiva.

Voltar-se para a primeira infância parece se tornar um imperativo, como observamos na literatura aqui selecionada. Uma parte expressiva dessa literatura é composta por pesquisadores que se apoiam na detecção de certos

sinais que compõe o quadro denominado Transtorno do Espectro Autista. Os sinais iniciais, assim, já seriam indicativos da possibilidade do distúrbio. Eles preconizam, a partir disso, a importância do diagnóstico precoce, embora não fique evidente a partir de qual momento seria possível tomá-lo como definitivo. Nos protocolos e nos trabalhos que discutem a detecção precoce de risco a linguagem não ganha dignidade de objeto a ser teorizado, comparece predominantemente enquanto fala, marginalizada ou tomada como excremento do desenvolvimento comunicativo pré-linguístico, embora seja considerada uma das três categorias que permitem o diagnóstico. O que se sugere para crianças que sejam consideradas de risco é um encaminhamento para avaliação e diagnóstico, embora não digam que direção de tratamento deveria ser dada a tais casos.

Assim, sustentam a possibilidade de que um diagnóstico seja fechado, mas nenhum trabalho deste grupo aborda a avaliação ou o diagnóstico de crianças pequenas. Embora seja constantemente ressaltada a importância do diagnóstico precoce há ausência de trabalhos que abordem o diagnóstico precoce em si – fala-se mais nos sinais precoces e na questão do risco- o que demonstra, a meu ver, a complexidade de fazê-lo.

Num outro grupo de trabalhos comparece a questão da presença de risco psíquico e o “desenvolvimento de linguagem”. Embora os resultados de tais trabalhos aleguem que há relação entre ambos, fica evidente em tais trabalhos o choque entre duas concepções distintas de linguagem: ora como fundante de um sujeito, ora como resultante de um processo de um desenvolvimento. As autoras alegam a necessidade de implementação do protocolo IRDI nos serviços de atenção básica que acompanham a saúde materno-infantil (BELTRAMI et al, 2015), bem como o acompanhamento – não especificado- da criança que apresenta risco no que concerne à aquisição de linguagem (OLIVEIRA E SOUZA, 2014).

Já os autores levantados no terceiro grupo, relacionam os sinais do “fechamento autístico” enquanto alerta no que diz respeito à constituição subjetiva. No entanto, situam-se numa posição distinta aos estudos que enfatizam a necessidade de um diagnóstico precoce: são pesquisas cujo enfoque permanece sobre a possibilidade de intervenção. Esta tem por fim instauração de um processo constituinte do sujeito, nos casos em que ele não

estaria estabelecido (VISANI E RABELLO, 2012, CAMPANÁRIO et al, 2013). É a ausência de um mecanismo constitutivo, assim, que dá origem à noção de risco. Esses autores defendem a ideia de sustentar um atendimento em que o destino da criança não seja antecipado por meio de um diagnóstico, mas numa suposição de sujeito, em que a intervenção poderia abrir outras possibilidades.

Vemos que a noção de risco, assim, parece exercer um papel importante para o clínico, que pode intervir na primeira infância, enquanto “há tempo”. Assim, parecem fazer frente ao diagnóstico nesse período da vida da criança, levando em consideração que a “instalação” do sujeito psíquico não é “dada” a princípio, mas, efeito do discurso dos pais (FLORES E SMEHA, 2013) e da instauração de estruturas psíquicas fundamentais (VISANI E RABELLO, 2012). Nesses trabalhos, o que se vê, especial atenção, no tratamento, sobre o olhar parental para as crianças com os sinais indicativos de risco psíquico (LAZNIK, 2009, CAMPANÁRIO et al IDEM, CAMPANÁRIO E PINTO, 2011A).

No entanto, se tais trabalhos sustentam uma possibilidade de intervenção com crianças pequenas, que não se baliza a partir de um diagnóstico, outras questões comparecem. Na clínica psicanalítica, o que norteia um atendimento de um paciente, conforme aponta Adelino (2010) é um diagnóstico singular: é a partir deste que o analista poderá delinear uma direção de tratamento. Quanto antes tal diagnóstico for feito, mais rápido o analista poderia se posicionar no tratamento do paciente. Na clínica com crianças, no entanto, a possibilidade de fazer um diagnóstico acerca posição subjetiva do sujeito vem sendo questionada, conforme aponta a autora, no atendimento de crianças. Isso advém do que seriam as especificidades da clínica psicanalítica com crianças.

Trazer à tona a noção de estrutura, conforme a autora coloca, necessariamente marca para a clínica psicanalítica uma unidade na clínica com adultos e crianças: o diagnóstico se sustenta a partir da posição que o sujeito se situa frente ao Outro, independentemente do momento em que venha a ser feito. O sujeito do inconsciente, o tempo lógico e a estrutura clínica são o que norteiam a clínica de psicanalistas lacanianos. No entanto, na clínica com crianças, como situar isso, levando em consideração que há mudanças ao longo do tempo? Haveria uma relação possível entre estrutura e desenvolvimento, ou seja, entre o tempo lógico e cronológico? Caso sim, de que ordem? A autora afirma que não se trata de colocar a estrutura enquanto dependente do tempo cronológico ou

do desenvolvimento. Também, não se trata de desconsiderar o tempo cronológico, mas entender que: “o desenvolvimento de um sujeito só se dá em relação à sua posição estrutural” (ADELINO, IDEM, p. 92). Dessa forma, reafirma a impossibilidade de se pensar no desenvolvimento sem relacioná-lo à estrutura. Assim, não se trata de descartar fenômenos observáveis na criança, mas entender que eles não estão desarticulados de um funcionamento estrutural e singular – ou seja, não relacionável somente à lógica temporal ou a uma categoria diagnóstica classificatória.

Meu empenho aqui caminhou no sentido de introduzir a discussão sobre a posição do profissional frente a crianças com impasses importantes na primeira infância, a partir do caso de Joana, procurei situar uma clínica em que a linguagem comparece e ocupa espaço privilegiado. Assim, não se trata de uma clínica que opera com um diagnóstico que se pratica na medicina, nosográfico e classificatório. Também, não se trata de uma clínica que opera com uma noção de desenvolvimento da criança ou a ideia de que há um processo patológico à vista, que precisa ser “barrado”.

Penso que isso se deve à contribuição da noção de estrutura que opera na Clínica de Linguagem. É fato que os sinais do caso chamaram minha atenção, no entanto, eles comparecem num lugar que me convocaram a pensar na posição que um sujeito ocupa em relação à Língua e ao Outro. Falar sobre risco, definir tais sinais e operar um diagnóstico com base nos fenômenos observados, poderiam ter dado outro rumo à história de Joana. Igualmente, a suspensão dos sinais iniciais, indícios de um fechamento importante não atesta uma justificativa para alta. Joana permaneceu comigo, pois há ainda mudanças a serem promovidas. Acredito que esse é um salto que a contribuição da visada estrutural na aquisição de linguagem postulada por De Lemos (2002), Lier-De Vitto (2006), teoria à qual os pesquisadores da Clínica de Linguagem se filiam<sup>53</sup>.

Suspender a ideia de operar com categorias ou com a ideia de que há um tempo cronológico, que permite fazer previsões, e ao qual o desenvolvimento de toda criança se submete é central na Clínica de Linguagem, o que não significa

---

<sup>53</sup> Arantes (2001), Trenche (2001), Fonseca (2002), Andrade (2003), Cerqueira (2005), Araújo (2006), Landi (2007), Fudissaku (2009), Catrini (2011), Marcolino-Galli (2013), Reis (2015), Emendabilli (2016), Dudas (2016), Cordeiro (2019), além de muitos outros que desenvolveram trabalhos na linha de pesquisa.

que a criança que chega deixe de ser acolhida, e que não seja realizado um diagnóstico. Penso que o caso de Joana elucida isso: foi feito um diagnóstico de linguagem, a partir do qual, foi possível delinear um atendimento. Conforme aponta Arantes (2001), a clínica de linguagem situa o clínico numa posição em que ele pode produzir um dizer sobre a linguagem e a fala de seu paciente, em outras palavras, sobre a sua condição. Num atendimento marcado por momentos de abertura e fechamento de Joana, fica evidente a impossibilidade de apreendê-la sob um rótulo, um dizer cristalizado.

Entendo que é frequente que crianças com quadros graves, muitas vezes cheguem tarde para atendimento, que atendê-las precocemente é necessário, mas o caso de Joana me levou a refletir: qual seria sua trajetória se um diagnóstico definitivo fosse enunciado? Ou mesmo, como seria para os pais escutarem de um médico que era uma criança de risco para problemas no desenvolvimento psíquico? Qual seria a aposta deles nessa menina?

Se por um lado a avaliação de risco para o desenvolvimento pode ter um lugar importante no campo da prevenção, ele deve ser circunscrito a uma equipe interdisciplinar capaz de acolher a criança e sua família num processo voltado para uma história particular. Deixar, como prevê a lei, o uso de protocolos e a única palavra para o médico, formado para detectar doenças, que **em grande parte** pensa na criança como um organismo que cumpre os destinos e o tempo da biologia e que muitas vezes desconhece a complexidade do psiquismo humano, pode significar fazer da ideia de prevenção implicada na aplicação de protocolo um risco para muitas crianças que podem ter seu destino marcado por um gesto precipitado.

Não defendo aqui, portanto, a ideia de que a detecção de risco psíquico não seja necessária, há casos graves, que necessitam de intervenção a tempo, mas estes prescindem de protocolos aplicados em toda população. Importante é o compromisso sustentando no encontro com a criança e com a singularidade de sua posição frente à linguagem ponto fundamental para dizer de sua condição. Isso marca uma posição distinta à ideia de um diagnóstico que busque recobrir a manifestação de qualquer fenômeno/comportamento com um rótulo.

Da mesma maneira, a noção de estrutura que a clínica de linguagem comporta, propõe um fazer distinto ao de detectar sinais de risco que indicariam um processo patológico em vias de se constituir. Trata-se de uma clínica que

tem um arcabouço compatível com a possibilidade de um futuro “aberto” para essas crianças.

## Referências Bibliográficas

ADELINO, C. M. Diagnóstico na infância: alguma conclusão possível? **Psic. Rev.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 79-96, 2010.

ALCKMIN-CARVALHO, F. et al. Identificação de sinais precoces de autismo segundo um protocolo de observação estruturada: um estudo de seguimento. **Rev. Psico**, Porto Alegre, v. 45, n4, p. 502-512. Available from <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15873/12477>

>. Access on 08 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2014.4.15873>

AMBRÓS, T. M. B. et al. A musicalização como intervenção precoce junto a bebê com risco psíquico e seus familiares. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 560-578, July 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142017000300560&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142017000300560&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n3p560.10>.

ANDRADE, L. Procedimentos de avaliação de linguagem na clínica fonoaudiológica: entre o singular e o universal. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. M. G. (Orgs.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 349-360.

ANDRADE, L. **Ouvir e escutar na constituição da clínica de linguagem**. 2003. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ARANTES, L. M. G. **Diagnóstico e Clínica de Linguagem**. 2001. Tese de doutorado (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

\_\_\_\_\_. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrbios da comunicação**, São Paulo, v. 15, n. 01, p. 59-69, 2003.

\_\_\_\_\_. Clínica de linguagem: impasses na prevenção. 2019. Inédito

\_\_\_\_\_. Impasses no diagnóstico de crianças na infância: Escuta/ Interpretação de Falas Sintomática do Olhar à Escuta. In: XXVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia III Congresso ibero Americano de Fonoaudiologia e VI Congresso Sul brasileiro de Fonoaudiologia, 2018, Curitiba. Anais do XXVI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia III Congresso ibero Americano de Fonoaudiologia e VI Congresso Sul brasileiro de Fonoaudiologia, 2018.

ARAÚJO, S. M. M. Clínica de linguagem: sobre a posição do fonoaudiólogo na relação com a fala sintomática da criança. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES,

L. M. G. (Orgs.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 395-412.

BARBOSA, C. L. **O efeito das falas patológicas: questões relativas à avaliação de linguagem nos casos de autismo e psicose**. 2011. Dissertação de mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

BELTRAMI, L. et al. Constituição da experiência da maternidade e risco ao desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 6, p. 1828-1836, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000601828&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000601828&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201421712>.

BERNARDINO, L. M. F. A intervenção psicanalítica nas psicoses não decididas na infância.. In: COLOQUIO DO LEPSI IP/FE-USP, 5., 2004, São Paulo. **Proceedings online...** Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000032004000100004&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032004000100004&lng=en&nrm=abn)>. Acess on: 14 Apr. 2019.

BRASIL. Lei n. 13.438, de 26 de abril de 2017. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, Diário Oficial da União, Seção 1, p. 02, 27 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Projeto de Lei do Senado nº 451, de 2011. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção, pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. Brasília, Diário do Senado Federal, 05 de agosto de 2011, p. 31485.

CAMPANÁRIO, I. S. Os efeitos da devastação na relação mãe-filha em um caso de risco de autismo. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 30, n. 55, p. 47-52, jun. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952008000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952008000100004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 20 abr. 2019.

CAMPANÁRIO, I. S.; PINTO, J. M. Devastação e autismo. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 36, p. 93-102, dez. 2011a. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372011000300008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 abr. 2019.

CAMPANÁRIO, I. S.; PINTO, J. M. A economia de gozo e a constituição do sujeito. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 33, n. 61, p. 59-65, jun. 2011b. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952011000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952011000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 abr. 2019.

CAMPANÁRIO, I. S. et al. Tratamento psicanalítico do bebê com risco de autismo: Uma clínica ao avesso?. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 35, n. 65, p. 47-55, jul. 2013. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952013000100006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952013000100006&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 abr. 2019.

CARLESSO, J. P. P. et al. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 500-510, Apr. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000200500&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000200500&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201418812>.

CARVALHO, G. M. M. O ritmo como questão nas manifestações verbais singulares do autista. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 781-797, Dec. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000400003&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000400003>.

CASTIEL, L. D. **O Buraco e o avestruz: a singularidade do adoecer humano**. Campinas: Papirus, 1994.

CASTIEL, L. D. **A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CATÃO, I.; VIVES, J.-M. Sobre a escolha do sujeito autista: voz e autismo. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 36, p. 83-92, dez. 2011. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372011000300007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 19 abr. 2019.

CERQUEIRA, C. H. F. **Clínica de linguagem: interrogações e pontuações sobre o retardo de linguagem a partir do atendimento de uma criança**. 2005. Dissertação de mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CORDEIRO, M. D. S. G. **O luto na clínica de linguagem com afásicos**. 2019. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

CRESTANI, A. H. et al. Análise da associação entre índices de risco ao desenvolvimento infantil e produção inicial de fala entre 13 e 16 meses. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 169-176, Feb. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000100169&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000100169&lng=en&nrm=iso)>. access on 13 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620153514>.

DE LEMOS, C. T. G. Sobre a aquisição de linguagem e seu dilema (pecado) original. **Boletim da Abralin**. Recife: Editora da Universidade Estadual de Pernambuco, v. 03, p.97-126, 1982.

\_\_\_\_\_. Interacionismo em aquisição de linguagem. **DELTA**. Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada, v. 02, n 2, p. 231-248.

\_\_\_\_\_. Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio. **Substratm**, Barcelona, v. 01, n. 01, p. 121-136, 1992.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento da linguagem e processo de subjetivação. **Interações**. São Paulo, v. 5, n. 10, p. 53-72, 2000.

\_\_\_\_\_. Corpo & Corpus. In: LEITE, N. V. **Corpolinguagem**: gestos e afetos. São Paulo: Mercado de letras, 2003, 21-29.

\_\_\_\_\_. Das vicissitudes da fala da criança e de sua investigação. **Cadernos de Estudos Linguísticos**, Campinas, v. 42, p. 41-69, 2002.

\_\_\_\_\_. Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento em Aquisição de Linguagem. In: In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. M. G. (Orgs.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 21-32.

\_\_\_\_\_. A criança e o linguista: modos de habitar a língua? **Estudos Linguísticos**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 954-964, 2014.

DIAS, P. T. **Questões sobre os embaraços da relação criança-linguagem: a presença do nome próprio e de pronomes pessoais**. 2012. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

DUDAS, T. L. **Problemas na linguagem e descompasso na inclusão escolar**. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

EMENDABILLI, M. E. T. **Reflexões sobre a estrutura e o tempo na Demência do Tipo Alzheimer**. 2016. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística

Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ESGÁRIO, A. R. Comissão Assuntos Sociais. Parecer sobre o Projeto de Lei do Senado nº 451, de 2011, da Senadora Ângela Portela, que altera a Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo de que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico da criança. Parecer nº278, de 17 de abril de 2013. Brasília, Diário do Senado Federal, nº 52, p. 20165-20166, 19 de abril de 2013

FARAH, L. S. D. et al. Estudo longitudinal da atenção compartilhada em crianças autistas não-verbais. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 587-597, Dec. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462009000800007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000800007&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462009000800007>.

FÁVERO-NUNES, M. A; SANTOS, M. A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722010000200003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722010000200003&lng=en&nrm=iso)>. Access on 24 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000200003>.

FLORES, M. R.; SMEHA, L. N. Bebês com risco de autismo: o não-olhar do médico. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 16, n. spe, p. 141-157, Apr. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000300010&lng=en&nrm=iso)>. access on 20 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982013000300010>.

FLORES, M. R.; SOUZA, A. P. R. de. Diálogo de pais e bebês em situação de risco ao desenvolvimento. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 840-852, June 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000300840&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000300840&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201411412>.

FONSECA, S. C. **Afasia: a fala em sofrimento**. Dissertação (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 1995.

FONSECA, S. C. **O afásico na Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem). Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, São Paulo, 2002.

FUDISSAKU, F. **Sobre as entrevistas: a escuta para a fala dos pais na clínica de linguagem**. 2009. Dissertação de mestrado (Mestrado em Linguística

Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

GARCIA, M. L.; LAMPREIA, C. Limites e possibilidades da identificação de risco de autismo no primeiro ano de vida. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 300-308, 2011. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722011000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722011000200011&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722011000200011>.

GOLSE, B. Autismo infantil: despiste e prevenção. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 428-442, Sept. 2005. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142005000300428&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142005000300428&lng=en&nrm=iso)>. access on 05 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-471420050003004>.

GOMES, P. T. M. et al. Autismo no Brasil, desafios familiares e estratégias de superação: revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 91, n. 2, p. 111-121, Apr. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572015000200111&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572015000200111&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.009>.

GONÇALVES, T. M.; PEDRUZZI, C. M. Survey protocols and diagnostic methods applicable in the autism speech therapy clinic: a literature review. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 1011-1018, Aug. 2013. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462013000400031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462013000400031&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462013000400031>.

GUILAM, M. C. R. **O conceito de risco: sua utilização pela Epidemiologia, Engenharia e Ciências Sociais**. 1996. Disponível em: <<https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/downloadFile/3779571681924/conceito%20de%20risco%20-%20sua%20utilizacao.pdf>>. Acesso em 15. Jul. 2018.

JERUSALINSKY, A. et al. **O valor preditivo dos indicadores clínicos de risco psíquico para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica**. [S.l., s.n.], 2009. Disponível em: <[https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor\\_preditivo\\_de\\_indicador\\_2009\\_inedito.pdf](https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor_preditivo_de_indicador_2009_inedito.pdf)> . Acessado em: 10 abr. 2019.

KUPFER, M. C. M. et al. Pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. **Rev. Latinoam. psicopatol. fundam.** São Paulo, v. 6, n. 2, p. 7-25, June 2003. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142003000200007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142003000200007&lng=en&nrm=iso)>. access on 16 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-471420030002001>.

KUPFER, M. C. M. et al. O valor preditivo de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath. Online**, São Paulo, v. 06, n. 1, p. 48-58, May. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003&lng=en&nrm=iso)>. access on 22 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>.

KUPFER, M. C. M. et al. Metodologia IRDI: uma ação de prevenção na primeira infância. In: KUPFER, C. M.; BERNARDINO L. M. F. e MARIOTTO, R. M. M. (Orgs). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012. p. 131-145.

LAMPRÉIA, C. Perspectivas da pesquisa prospectiva com bebês irmãos de autistas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 160-171, 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000100013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100013&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932009000100013>.

LANDI, R. **Falas vazias: língua, referência e sujeito na demência**. 2007. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LAURENT, E. (2014). **A batalha do autismo: da clínica à política**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

LAZNIK, M. C.; CABRAL, M. D. L. Bebê com risco de autismo em tratamento conjunto: visa-se a reversibilidade total?. **Reverso**, Belo Horizonte, v. 31, n. 58, p. 63-74, set. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-73952009000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-73952009000200007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 21 abr. 2019.

LAZNIK, M. C. Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: WANDERLEY, D. B. (Org.). **Agora eu era o rei: os entraves da prematuridade**. Salvador: Ágalma, 1999, p. 129-140.

LIER-DEVITTO, M. F. Mudança na aquisição de linguagem. In: 13ª semana de eventos FALE: Pensar a infância: linguagem e imaginário. 2018. (Seminário).

\_\_\_\_\_. Patologias da linguagem: sobre as vicissitudes de falas sintomáticas. In: LIER-DEVITTO, M. F.; ARANTES, L. M. G. (Orgs.) **Aquisição, Patologias e Clínica de Linguagem**. São Paulo: EDUC/FAPESP, 2006, p. 183-200.

LIER-DE VITTO, M. F., ARANTES. Sobre os efeitos da fala da criança: da heterogeneidade desses efeitos. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 33, n.2, p. 65-72, 1998.

LIER-DEVITTO, M. F.; CARVALHO, G. M. O Interacionismo: uma teorização sobre aquisição de linguagem. In: QUADROS, R. M.; FINGER, I. (Orgs). **Teorias de Aquisição da Linguagem**. (3ª ed.) Florianópolis: Ed. Da UFSC, 2017, p. 101-126.

LIMA, T. M. T.; LERNER, R. Contribuições da noção de pulsão invocante à clínica do autismo e da psicose. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 720-736, Dec. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142016000400720&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142016000400720&lng=en&nrm=iso)>. access on 19 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2016v19n4p720.10>.

MACHADO, F. P. et al. Questionário de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 345-351, Dec. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312014000400345&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312014000400345&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. Epub Sep 30, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S2317-64312014000300001392>.

MACHADO, F. P. et al. Respostas parentais aos sinais clássicos de autismo em dois instrumentos de rastreamento. **Audiol., Commun. Res.**, São Paulo, v. 21, e1659, 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2317-64312016000100329&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-64312016000100329&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. Epub Dec 08, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6431-2015-1659>.

MACHADO, L. V. Autismo, psicanálise e prevenção: do que se trata?. **Estilos clin.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 114-129, abr. 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-71282018000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282018000100008&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 08 maio 2019. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i1p114-129>.

MARCOLINO-GALLI, J. **A relação memória-linguagem nas demências: abrindo a caixa de Pandora**. 2013. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MARIOTTO, R. M. M.; BERNARDINO, L. M. F. O Programa de Prevenção e Atendimento Inicial – PROPAL. In: KUPFER, C. M.; BERNARDINO L. M. F. e MARIOTTO, R. M. M. (Orgs). **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta/Fapesp, 2012. p. 15- 28.

MILLER, J.-A. **Lacan elucidado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.

NICOLIELO, A. P. et al. Intervenção fonoaudiológica baseada na perspectiva comportamental em transtorno global do desenvolvimento (tgd): relato de caso. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1351-1360, Aug. 2014. Available

from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000401351&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000401351&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201423812>.

OLIVEIRA, L. D. et al. Fatores de risco psíquico ao desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 333-342, Apr. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462012000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000200018&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. Epub June 17, 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000054>.

OLIVEIRA, L. D.; SOUZA, A. P. R. O distúrbio de linguagem em dois sujeitos com risco para o desenvolvimento em uma perspectiva enunciativa do funcionamento de linguagem. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 5, p. 1700-1712, Oct. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462014000501700&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000501700&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201410713>.

PALLADINO, R. R. R. A propósito dos indicadores de risco. **Distúrb. Comum**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 193-201, 2007.

PICHINI, F. S. et al. Percepção da família e do terapeuta sobre a evolução de crianças em uma abordagem interdisciplinar de intervenção precoce. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 55-66, Feb. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462016000100055&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100055&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620161810915>.

PRISZKULNIK, L. Prevenção: saúde mental e psicanálise. In: FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS E A CRIANÇA-SUJEITO, 7., 2008, São Paulo. **Proceedings online...** Available from: <[http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC000000032008000100002&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000032008000100002&lng=en&nrm=abn)>. Access on: 07 May. 2019.

REIS, H. I. S. et al. Características e Especificidades da Comunicação Social na Perturbação do Espectro do Autismo. **Rev. bras. educ. espec.**, Marília, v. 22, n. 3, p. 325-336, Sept. 2016. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-65382016000300325&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-65382016000300325&lng=en&nrm=iso)>. access on 24 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-65382216000300002>.

REIS, C. B. **O erro na aquisição do inglês como segunda língua: uma abordagem alternativa**. 2014. Dissertação de mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ROUQUAYROL, M. Z. et al. Epidemiologia, História Natural e Prevenção de Doenças. In: ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Epidemiologia & Saúde**. (7ª ed). Rio de Janeiro: MedBook, 2013, p. 11-24.

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para Rastreamento de Sinais Precoces do Autismo: Revisão Sistemática. **Psico-USF**, Itatiba, v. 22, n. 1, p. 161-176, Apr. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-82712017000100161&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712017000100161&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712017220114>.

SUPLICY, M. Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa. Parecer sobre o Projeto de Lei do Senado nº 451, de 2011, da Senadora Ângela Portela, que altera a Lei nº 8069, de 13 de junho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde, de protocolo de que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico da criança. Parecer nº277, de 17 de maio de 2012. Brasília, Diário do Senado Federal, nº 52, p. 20162-20163, 19 de abril de 2013.

TRENCH, M. **Ecolalia: quem fala nessa voz?**. 2001. Dissertação de mestrado (Mestrado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem) - Programa de Pós-Graduação e Estudos em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

VENDRUSCOLO, J. F.; SOUZA, A. P. R. Intersubjetividade no olhar interdisciplinar sobre o brincar e a linguagem de sujeitos com risco psíquico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 707-719, June 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462015000300707&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462015000300707&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201514814>.

VISANI, P.; RABELLO, S. Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, June 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142012000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142012000200006&lng=en&nrm=iso)>. access on 11 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142012000200006>.

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. In: PAVONE, S., RAFAELI, Y. M. (Orgs.). **Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito**. São Paulo: Cortez, 2005, p. 80-99.

\_\_\_\_\_. Linguagem maternante e linguagem materna: sobre o funcionamento lingüístico que precede a fala. In: BERNARDINO, L. M. F., ROHENKOHL, C. M. **O bebê e a modernidade: abordagens teórico-clínicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002, p. 10-24.

ZANON, R. B.; et al. Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 1, p. 25-33, Mar. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-)

37722014000100004&lng=en&nrm=iso>. access on 06  
Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000100004>.

ZAQUEU, L. C. C. et al. Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 31, n. 3, p. 293-302, Sept. 2015. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-37722015000300293&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000300293&lng=en&nrm=iso)>. access on 08 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015032243293302>