

SONIA MARIA SELLIN BORDIN

**“FALE COM ELE”:
Um estudo neurolingüístico do autismo.**

Dissertação apresentada ao Departamento de Lingüística, do Instituto de Estudos de Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Lingüística.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Irma Hadler Coudry

UNICAMP
Instituto de Estudos da Linguagem
2006

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca do IEL - Unicamp

Bordin, Sonia Maria Sellin.
"Fale com ele": um estudo neurolingüístico do autismo / Sonia Maria Sellin Bordin. -- Campinas, SP : [s.n.], 2006.

B644f

Orientadora : Prof^a Dr^a Maria Irma Hadler Coudry.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas,
 Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Autismo. 2. Linguagem. 3. Neurolingüística. 4. Fonoaudiologia. I. Coudry, Maria Irma Hadley. II. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. III. Título.

Título em inglês: " Speak to him": A neurolinguistic study of autism.

Palavras-chaves em inglês (Keywords): Autism; Language; Neurolinguistic; Phonoaudiology.

Área de concentração: Linguística.

Titulação: Mestre em Lingüística.

Banca examinadora: Prof^a Dr^a Alessandra Caneppele e Prof^a Dr^a Nina Virgínia de Araújo Leite.

Data da defesa: 22/02/2006.

Esta dissertação foi apresentada e defendida perante Comissão Examinadora constituída dos seguintes professores:

Profa Dra Maria Irma Hadler Coudry – Orientadora

Dra Alessandra Caneppele

Profa Dra Nina Virginia de Araujo Leite

Campinas, 22 de fevereiro de 2006.

Dedico esta dissertação aos pais e às crianças autistas pela busca travada por um contato, por um sorriso, pela partilha de um momento.

Em especial à Mônica e ao Lucas.

Ao Gil, à Adriana (Di) e ao André (Dé),
meu agradecimento eterno por minha vida
ser tão plena de amores e alegria.

Agradecimentos

À Profa Dra Maria Irma Hadler Coudry, pela orientação, pelo acolhimento, pela grandeza da alma.

À profa Bernadete, pelas contribuições apresentadas por ocasião do exame de qualificação.

À Profa Nina agradeço também, por sua atenção e contribuições por ocasião do exame de qualificação.

À Profa Suzy, pelas observações valiosas que germinaram em mim a necessidade da realização desta dissertação.

À Dra Alessandra, pela leitura e considerações importantes.

À Janete, pela sua capacidade de compreender na minha escrita o que diz minha alma.

À Fernanda, pela contribuição singular nas leituras intermináveis e porque a vida nos foi generosa na amizade e na alegria.

À Elaine Oliveira pela amizade e pela atenção na urgência da hora.

Às queridíssimas amigas: Ana Paula, Carla, Francine, Tatiana, Elaine de Poços, Cíntia, Mara, Carlinha, Renata, Cristina, Luciana, Elenir, Malu, porque a amizade é tudo de bom.

À Carol Sellin, pelo carinho e envio de textos interessantes sobre os autismos.

À Neusa Candiano, Sonia Barros, Catarina Albuquerque, Bia Dozzi, pela paciência nos cafés regados a autismo.

Aos meus pais, Angelo e Rosalina, que há muito tempo me olham amorosamente de outro lugar, aos meus irmãos e familiares, e especialmente, a minha irmã Tereza, que teve menos oportunidade de conhecer um pouco mais sobre as letras e, ainda assim, mostra-se uma excelente leitora da vida.

E à Di de novo pela ajuda no computador.

Sumário

Resumo	07
Apresentação	09
Primeira parte:	
Conhecendo uma criança	18
Revelando um preconceito	23
A Fonoaudiologia e os autismos	27
Os manuais de diagnósticos em análise	31
Um dizer de mãe	56
Segunda parte:	
Como LJ “habita a linguagem”?	72
“Vamos jogar tênis?”	82
“Popiá, bobiá, bóbala”	84
“Maisena, 12 vitaminas”	86
“Páscoa”	92
“Quando eu era mais criança”	102
“A briga”	103
Considerações Finais:	
“Eu falo comigo”	104
Referências bibliográficas	111
Anexos	122

Resumo

O estudo realizado consiste na análise do trabalho lingüístico de LJ, um menino de 10 anos, portador de autismo infantil, em acompanhamento longitudinal fonoaudiológico sob a perspectiva da Neurolinguística Discursiva (ND) que recobre tanto a prática clínica quanto a teorização sobre a linguagem e, em particular, sobre o autismo.

A partir da incorporação do estudo neuropsicológico de Luria, dos textos neurológicos freudianos, “A Afasia” de 1891 e “Projeto para uma Psicologia Científica”, de 1895, da teoria interacionista de De Lemos que descreve o processo de subjetivação do sujeito na estrutura que se presentificam a língua, o outro, e a criança a vir a se tornar falante; pretende-se focalizar as relações que LJ estabelece entre língua e fala e língua e discurso. Tomando-se, então, essa concepção de linguagem que abrange a entrada e a permanência da criança na linguagem e o vínculo desta com os os processos de percepção, corpo, memória, pensamento, que se constituem na/pela linguagem, o ponto crucial desta dissertação é responder, dentro do possível: Como LJ *habita* a linguagem?

Abstract

This study consists in linguistical work analysis of LJ, a 10 year old autist boy, this has been made based on a longitudinal view guided by a speech therapist under the perspective of the discussive neurolinguistic, that it in such a way recovers the practical clinic as much as the theory of the language and, in particular, on the autism

Taking Luria's neuropsychological study, Freud's texts "Aphasia" 1891 and "Project for a Scientific Psychology" 1895, and De lemos interactionist theory that describes the process of the children becoming subject-speaker, it intends to focus on the relations between LJ language and speech and language and discourse. Taking this language conception that embraces the entrance and the permanence of the children on the language and the ties of the language with the processes such as: perception, body, memory and thought, that constitute on/by the language. The crucial point of this dissertation is to answer: How does LJ *habitates* the language?

APRESENTAÇÃO

O título dessa dissertação remete ao filme “Fale com Ela” de Pedro Almodóvar. Esse filme¹ retrata essencialmente a diferença na atitude de dois homens diante de um mesmo fato. Ambos têm suas amadas em coma num leito de hospital. No entanto, a forma como cada um deles se relaciona com este fato é peculiar. Benigno tem em relação à Alícia uma atenção que passa pelo cuidado com o corpo dela, bem como pela narrativa dos acontecimentos da vida. Independente de ela ouvir ou não, ele a toma como alguém que o escuta, como sua interlocutora. A fala de Benigno com Alícia parece um chamado para que ela retorne à vida. Diferentemente, Marco não consegue se aproximar de Lydia, não consegue falar com ela. A situação em que ela se encontra é totalmente desconfortável para ele.

Num determinado dia, Benigno, vendo o sofrimento de Marco, sugere que este fale com Lydia. Marco lhe responde dizendo que não adianta falar com Lydia porque ela nada ouve, não há nenhuma percepção nela. Marco não acredita mais na “existência” de Lydia.

A história desse filme caminha para outros temas que dizem respeito ao sexo, à liberdade, à possibilidade de escolhas, porém, mostra também que o falar ou não falar com essas mulheres interfere nos destinos delas.

Essa dissertação se ocupa principalmente de buscar o funcionamento lingüístico de um menino, LJ, de 10 anos de idade, com diagnóstico presumido de autismo, a partir do acompanhamento longitudinal fonoaudiológico. A relação que estabeleço entre meu objeto de estudo e o filme acima comentado não é a sugestão de que, para resolver as questões de linguagem de uma criança autista, basta falar com ela. Minha aproximação com o filme diz respeito ao fato de que nem sempre é simples tomar o outro como um interlocutor e, no caso das crianças autistas, isso pode ser especialmente difícil para ambos os participantes

¹ Título original do filme: *Hable con ella*, Pedro Almodóvar, drama/romance, 2002, Espanha.

da interlocução. Na situação específica desta dissertação é difícil tanto para LJ quanto para mim, como sua fonoaudióloga.

Durante as sessões fonoterápicas - que perduram por cerca de seis anos - o que se pôde constatar é que esse interlocutor-terapeuta não é um interlocutor privilegiado como supõe o senso comum dado que detém conhecimentos teórico-científicos sobre a linguagem. Ao contrário, trata-se de um interlocutor como outro qualquer, que se vê às voltas com o silêncio, com o não olhar, com a indiferença e muitas vezes não sabe o que dizer.

LJ não apresenta, assim como a maioria das crianças autistas, nenhum sinal físico visível que aponte nele qualquer diferença. A identificação de que algo nos escapa se dá por seu comportamento verbal e social.

Os caminhos que eu e LJ temos trilhado não são pré-existentes, fazem-se a partir dos encontros e dos desencontros dessa relação entre um paciente e sua fonoaudióloga. Tal relação, às vezes, ocorre de maneira interativa; às vezes, dividida; e, às vezes, torna-se impossível.

Essa interlocução multifacetada não decorre, entretanto, de uma possível assimetria existente entre os participantes que supostamente me beneficie de alguma forma, já que seria plausível que eu não entendesse o que LJ fala por ser ele uma criança autista. O que de fato ocorre é que ele também, às vezes, não entende o que eu falo. Assim, percebo que posso decepcioná-lo quando ele me põe no lugar de seu interlocutor. Encontra-se na literatura específica do autismo infantil a afirmação de que a criança autista apresenta uma espécie de surdez à voz humana, contudo, não podemos deixar de reconhecer que também existe uma surdez em relação à voz da criança autista.

Nesse longo contato com LJ tenho aprendido que quando ouvimos a fala de uma criança autista², muitas vezes, ela não nos parece natural à nossa língua, em que pese reconhecermos prontamente todos os sons e as corretas estruturas sintáticas como sendo do português brasileiro. Às vezes, não conseguimos ouvir, de fato, o que é dito pela criança. Não é de pronto que distinguimos os contornos entonacionais que indicam uma afirmação ou interrogação; sua entonação não corresponde, muitas vezes, às curvas tonacionais que,

² Nessa afirmação consideram-se as crianças autistas que falam. Sabe-se, no entanto, que há crianças autistas que (aparentemente) não falam nada durante toda a sua vida.

socialmente e através do uso da linguagem, aprendemos a usar e a nos posicionar diante delas; parece que nossos ouvidos não têm um padrão para reconhecer de pronto esses fenômenos observados na fala de uma criança autista.

Essa diferença de ritmo na linguagem da criança autista contribui para que seus enunciados se afastem mais ainda de uma situação natural de diálogo entre duas pessoas/crianças. Diferentemente do que se observa entre os participantes de um diálogo, quando ocorre um mal entendido ambos podem tentar resolvê-lo em alguma medida, em relação à criança autista isso não ocorre, não há muita possibilidade de a criança explicar algo que marcamos por não ter entendido.

Parece-me que tudo isso colabora para que os interlocutores das crianças autistas (pais, professores, profissionais, enfim, qualquer pessoa) não saibam (consigam) manter-se em contato com ela.

Estou pressupondo, então, que o autismo não atinge só a criança diagnosticada como autista, mas também seu interlocutor.

Como se vê quando se trata de autismo infantil, as questões de linguagem ocupam um lugar central. A linguagem se presentifica como queixa por parte dos pais das crianças autistas, como sintoma listado nos manuais de diagnósticos médicos, como objeto de trabalho e estudo nos espaços terapêuticos multidisciplinares oferecidos como recursos à criança autista.

O estudo a que me proponho realizar é o de analisar o trabalho linguístico de LJ sob a perspectiva da Neurolinguística Discursiva (ND) que recobre tanto a prática clínica quanto a teorização sobre a linguagem e, em particular, sobre o autismo. A ND, concebida à luz da Lingüística (Coudry, 2002), faz interface com outras áreas de conhecimento, como a Fonoaudiologia, a Neurologia, a Neuropsicologia. No domínio da Lingüística destaca-se a inter-relação desta pesquisa com o campo da Aquisição da Linguagem, em sua representação oral e escrita.

A ND tem seus pilares em formulações teóricas do Professor Carlos Franchi:

Não há nada imanente na linguagem, salvo sua força criadora e constitutiva, embora certos “cortes” metodológico de restrições possam mostrar um quadro estável e constituído. Não há nada universal salvo o

processo - a forma e estrutura dessa atividade. A linguagem, pois, não é um dado ou um resultado; mas um trabalho que dá forma ao conteúdo variável de nossas experiências, trabalho de construção, de retificação do “vivido” que, ao mesmo tempo, constitui o sistema simbólico mediante o qual se opera sobre a realidade e constitui a realidade como um sistema de referência em que aquele se torna significativo.

(Franchi, 1977:22)

Essa concepção fundou o primeiro estudo discursivo da afasia realizado por Maria Irma Hadler Coudry, em sua tese de doutorado, em 1986, orientada pelo citado professor.

São objetivos da Neurolinguística Discursiva³ os estudos dedicados aos processos lingüísticos (fonológicos, sintáticos, semânticos e pragmáticos), sendo o *discursivo* tomado como a forma na qual a linguagem se apresenta, ou seja: indeterminada, heterogênea, histórica, socialmente construída e vivida. Interessa à ND estudar, tanto na criança quanto no adulto, a relação entre língua, linguagem, cérebro/mente, praxia/corpo, percepção, pensamento, memória, em contextos da normalidade e da patologia, compreendendo o que caracteriza uma e outra. A interlocução entre sujeitos, a reversibilidades de papéis discursivos, a relação dialógica, configuram o espaço de acontecimento da prática clínica da ND.

A expressão “Neurolinguística Discursiva”⁴ passou a ser utilizada, no lugar de enunciativo-discursiva, porque para os nossos propósitos o segundo termo está incluído no primeiro, seguindo várias tendências da Análise do Discurso; e dentre estas destaca-se a proposta de Análise de Discurso francesa formulada por Maingueneau em que o conceito de prática discursiva (...) *envolve a reversibilidade essencial entre as duas faces do discurso, a textual (verbal) e a social, e em cujo trânsito se dá a relação de língua com a cultura, do sujeito com o outro e o mundo social.* (Maingueneau, 1989:60).

³ - Vinculada à introdução e construção da área de Neurolinguística do Departamento de Linguística e “Projeto Integrado em Neurolinguística: avaliação e banco de dados” apoiado pelo CNPq nº 521773/95-4 desde 1992.

⁴ Um panorama do campo teórico e da prática clínica da Neurolinguística Discursiva está apresentado no texto “Linguagem e afasia: uma abordagem discursiva da Neurolinguística” in *Cadernos de estudos lingüísticos*. Campinas: 42:99-129, jan/jun, 2002.

A ND pressupõe uma variação funcional do cérebro contextualizado historicamente pelos processos lingüístico-cognitivos (Vygotsky, 1984/1987; Luria, 1991; Coudry 1988, 1990, 1992; Coudry e Morato, 1988; Morato, 1991 e 1992), se opondo a uma noção que privilegia uma divisão estrita entre o que é da ordem do *normal* e do *patológico*, *o que não significa que a patologia não exista: sempre que o aparelho cerebral for privado - por lesões congênitas e/ou adquiridas - de suas estruturas e funções, a patologia se estabelece* (Coudry e Freire, 2005).

Ao assumir a abordagem teórica e metodológica da ND pude refletir a respeito do meu percurso clínico, reflexão esta que será apresentada na primeira parte desta dissertação ocupando-se da relação entre linguagem e autismo na Fonoaudiologia, um dos espaços terapêuticos possíveis à criança autista; dos manuais de diagnósticos do autismo infantil usados pelos profissionais da Medicina, a saber, a Classificação Internacional das Doenças - CID-10 (1993) e o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais - DSM-IV (1994); e da análise do relato da mãe de uma criança autista como um lugar da incidência de diferentes discursos sobre o autismo.

A área da Fonoaudiologia, na medida em que se propõe a avaliar e a tratar terapêuticamente crianças autistas, assume uma posição voltada em grande parte para uma concepção descritiva de linguagem originária da área médica. E quando faz isso acaba por não avançar nos estudos relacionados ao funcionamento lingüístico das crianças afetadas pelo autismo infantil, se prendendo a uma consideração quase sempre sintomatológica da linguagem apresentada por elas.

Em relação aos manuais de diagnóstico do autismo, os analiso sob três considerações: aspecto estatístico, noção de linguagem, idade limite para a realização do diagnóstico, que suponho relevantes não só para apontar a fragilidade desse aparato avaliativo, mas para inserir um conjunto de considerações a seu respeito, fundamentadas na ND.

Para tais propósitos, recorro aos construtos teóricos de Freud, elaborados nos textos “A afasia,” de 1891, e o “Projeto para uma psicologia científica” de 1895, para ancorar à concepção, neles apresentadas, de “aparelho de linguagem” e de “aparelho de memória”, as minhas reflexões sobre a relação linguagem- criança- autismo. Freud escreve o primeiro texto baseado em uma concepção funcional do cérebro, introduzindo uma nova posição frente à idéia dominante da ciência da época, a saber, o localizacionismo estrito. Nesse

intento Freud avança com a idéia de um “aparelho de linguagem” associativo que relaciona o cérebro como um todo. Quanto ao segundo texto o autor reafirma nele a interdependência existente entre linguagem e memória - relação que percorre toda a vida, desde que se nasce. O autor faz referência desse texto em carta que escreve a Fliess, em 1896: (...) *o que há de essencialmente novo a respeito de minha teoria é a tese de que a memória não se faz presente de uma só vez, mas se desdobra em vários tempos* (1990:324).

Ainda que a Psicanálise, ou parte dela, possa reconhecer nos referidos textos um arcabouço da teoria psicanalítica, nesta dissertação, eles serão tomados como uma contribuição neuropsíquica de Freud, considerando que foram escritos na época em que Freud exercia a Neurologia e que, por sua recomendação, foram mantidos separados do conjunto que compõe a obra psicanalítica.

Além dos textos freudianos, a área da Aquisição de Linguagem é também incorporada a este estudo, com o propósito de se buscar nela o embasamento teórico de De Lemos, segundo o qual a criança se torna um falante *como efeito de um processo de subjetivação pela linguagem*. Nesse processo a criança entra em relação com diferentes posições em uma estrutura que inclui *a fala do outro, o funcionamento da língua e a relação do sujeito com a própria fala* (De Lemos, 2001: 29).

Assim, a clínica fonoaudiológica e os manuais de diagnósticos são considerados e analisados nesta dissertação, não com o objetivo de dar uma solução para os problemas encontrados em cada um deles, porque isso sem dúvida alguma depende de uma atitude de campo que envolve, no caso da primeira, um movimento dos profissionais em direção a um maior conhecimento/consciência da sua clínica, do sujeito dessa clínica, e de sua base epistemológica. No caso do segundo, os manuais, há necessidade de que as diferentes áreas que direta ou indiretamente usufruem de suas contribuições diagnósticas considerem cada vez mais a possibilidade de uma reflexão a seu respeito. O que reconheço como fonoaudióloga é que essas análises críticas me conduziram a diferentes constatações relativas a minha atuação clínica, à concepção de linguagem nela assumida e aos autismos.

Relembrando que a ND privilegia a interação dialógica como um lugar em que ambos os interlocutores estão *em trabalho com e na linguagem*, o espaço terapêutico sob (...) *essa perspectiva histórica incorpora o sujeito, sua atividade lingüística, sua interação com os outros e a possibilidade de mudanças* (Coudry, 1986/1988: 57).

Então, essa prática clínica fonoaudiológica que se faz em um espaço privilegiado de encontro e de constituição de sujeitos - atinge LJ (sujeito desta dissertação) e Iss (autora dessa dissertação e Investigadora Sonia Sellin). Por este motivo deu-se como acontecimento natural que os meus enunciados, assim como os de LJ passassem a fazer parte do conjunto de dados – o *corpus* - que serão recortados do acompanhamento longitudinal e analisados. A apresentação e a análise dos dados estão sob o efeito do cruzamento do olhar clínico e do dispositivo teórico da ND, o que possibilita mostrar LJ em diferentes momentos de sua vida e em diferentes trabalhos lingüísticos que envolvem ora a oralidade, ora a escrita, ora ainda ambos.

Portanto, ocuparei nesta dissertação diferentes lugares, o daquele que interage com o paciente, nas condições descritas, e o de quem escreve sobre isso num trabalho de pesquisa.

Nesse lugar experimento, ocasionalmente, um certo desconforto quando revisito momentos de sessões em que eu não compreendia o que LJ dizia ou perguntava e passo a compreendê-los na escrita deste estudo, ou seja, a posteriori. Por outro lado, pude me deparar também com situações em que me reconheci inteira, partilhando de diferentes possibilidades de interação verbal e não verbal. Por esses motivos, talvez seja importante esclarecer, que mais intimamente tomo para mim que o meu papel de terapeuta, de interlocutora e de investigadora, os quais exigem de mim distanciamentos diferentes, devam ser compreendidos sob a extensão da palavra *theraphon* - que vem do grego e quer dizer “empregado”, “ajudante”. O *theraphon* é alguém sobre quem um outro mais importante se apóia, em quem se segura (Hilman, 1993). Uma psicanalista⁵, no breve curso “Mitologia na Psicanálise”, esclareceu-me, em 1993, que *theraphon*, na verdade, podia ser considerado como o ajudante do herói.

A segunda parte dessa dissertação se ocupa de expor a hipótese de autismo com a qual trabalho e da apresentação dos dados de linguagem com foco no trabalho lingüístico de LJ e de Iss. Para esse feito será retomado o arcabouço teórico esboçado no final da primeira parte, isto é, o de De Lemos e o de Freud.

De Lemos, em 1995, põe em discussão o impasse do investigador da área de Aquisição de Linguagem que para fins de estudos acabam compartimentando o que na fala

5- O referido curso foi realizado na cidade de São José dos Campos, no Centro de Estudos de Psicanálise, no ano de 1993. Foi ministrado pela médica psicanalista Dra. Neusa Mazzeo.

da criança se apresenta indissociável, ou seja, suas faces sintática, semântica e fonológica. Em 2001, a mesma autora pontua seu movimento em discutir na fala da criança as relações entre língua e fala e língua e discurso.

Reconhecendo a indissociabilidade da língua, fala e discurso na criança/no falante, penso em considerar que a linguagem apresentada pela criança autista pode ser um lugar privilegiado para observar, por um lado, a possibilidade de dissociação dessas instâncias, e por outro, o seu rearranjo posto em funcionamento, em função de um outro. Apesar de o autismo estar associado justamente com o não levar em conta o outro, os dados linguísticos de LJ mostra que ele não se apresenta autista o tempo todo.

Já em 1891 e em 1895 Freud constata que em condições adversas um aparelho de linguagem e de memória podem não funcionar a contento e alterar no sujeito o que aponto como processos adjacentes, isto é, processos que só se constituem pela linguagem (verbal, gestual), ou seja, a percepção, o corpo, a memória, o pensamento e a estruturação psíquica do sujeito. Como esses processos adjacentes - que são constituídos pela linguagem - retornam no funcionamento linguístico de LJ?

Enfim, tomando uma concepção de linguagem que abrange a entrada da criança na linguagem e os processos (adjacentes) que se constituem na/pela linguagem, a proposta da segunda parte desta dissertação é responder, dentro do possível, uma questão que se impõe como crucial: Como⁶ LJ *habita* a linguagem?

Na análise dos dados ocorrem frequentemente pontos de tensão em que as partes indissociáveis da fala da criança não se mostram assim, ou se solidarizam de maneira diferente. Quando isto ocorre considero também como recurso teórico os trabalhos de Benveniste e de Jakobson, mesmo que se mostrem incompletos para a apreciação da criança em processo de subjetivação pela linguagem. Estas teorias são utilizadas levando-se em conta, na primeira, a relação do falante com a língua (ainda que o autor privilegie o discurso pelo seu aspecto sintático), e o caráter organizador da fala, que permite deslizamento de sentidos possíveis pela ancoragem em *um eu que se enuncia*; na segunda, destaca-se a relação do falante com a língua e os eixos de funcionamento da linguagem.

⁶ O termo *habita* foi sugerido pela Profa Dra Nina Virginia de Araújo Leite, por ocasião do exame de a qualificação desta dissertação; a quem agradeço a contribuição.

Essa ampliação da consideração teórica se deve a grande dificuldade que tive para encontrar na literatura específica análises linguísticas de sujeitos autistas. Além do campo da Fonoaudiologia, realizei pesquisas em publicações científicas como: *J. Child Language*; *Brain and Language*, *Cognitive Neuropsychology*, *Language and cognitive processes*, no período de 1996 -2001. O resultado foi a observação de que a linguagem de crianças autistas aparece ou como uma descrição sintomatológica, ou analisadas no interior da Teoria da Mente. O resultado que obtive coincide com outra pesquisa realizada no interior da Linguística por Alberto em 2004. O mapeamento realizado por ela alcançou importantes periódicos como ABRALIN (Associação Brasileira de Linguística), Cadernos de Estudos Linguísticos, Languages, entre outros, no período desde a década de 60 até início de 2004: o resultado foi nulo, não encontrou nenhum estudo relacionando linguagem e autismo infantil. Uma hipótese que Alberto lança para esse acontecimento seria o fato de que as teorias tradicionais da Linguística (entre estas as de Saussure e Chomsky) excluem tudo o que é da ordem do indivisual e do imprevisível.

PRIMEIRA PARTE:

Conhecendo uma criança

No dia 27 de abril de 1999, conheci LJ, um menino bonito, bem loiro, aparentando ser mais alto do que o esperado para a sua idade de 3 anos e 10 meses.

Sua mãe, M., me procurou dois dias antes para saber se havia possibilidade de atendê-lo, já que estava se desligando de um atendimento fonoaudiológico em outra cidade.

M. descreveu-me, na ocasião, seu filho *como uma criança autista, um menino muito inteligente, muito nervoso e que não consegue se comunicar, embora pareça estar começando a falar (...)*.

Quando lhe perguntei como se deu esse diagnóstico, M. me explicou que o choro dele e a falta de resposta à fala e brincadeiras que ela lhe dirigia foram os motivos que a deixaram preocupada com LJ. Além disso, relatou que, embora sua peregrinação médica tenha se iniciado quando o filho contava com aproximadamente 8 meses de idade, o diagnóstico de autismo nunca foi dado por escrito, apenas oralmente.

M. ressalta também que, em um exame de Ultrassonografia realizada no final da gravidez de LJ, o médico lhe informou que havia uma pequena alteração do lado esquerdo do cérebro do bebê. Esse dado parece ter contribuído para aumentar a preocupação de M diante do comportamento que observava em LJ.

Exames mais complexos foram realizados. Em abril de 1998, LJ foi submetido a um Eletroencefalograma, que acusou sinais focais em área têmporo-parieto-occipital no hemisfério esquerdo, e Ressonância Magnética, cujo resultado foi normal. Em 1999, realizou-se o exame BERA, que investiga a audição central e que se apresentou dentro da normalidade. Também nessa época foi repetido o Eletroencefalograma, que, desta vez, deu um resultado normal.

Paralelo às buscas de possíveis causas orgânicas, LJ também se submeteu a atendimento psicoterápico do tipo Psicodrama, por quase três anos, entre 1998 e 2000, e

sua mãe à terapia individual de base psicanalítica que se estendeu pelo mesmo período, sendo retomada em 2005 na forma de grupo.

LJ pertence a uma classe social média baixa, os pais têm um nível médio de escolaridade e se separaram por volta de 2001. Ele vive com a mãe, com o irmão mais velho de 18 anos e um irmão mais novo de 2 anos de idade.

Em nossa primeira sessão, LJ entra com a mãe na sala em que me encontro. Ele olha para o ventilador, vai até o aparelho que está desligado e agita as mãos. Faz isso muitas vezes. Começo a falar e a brincar com ele, que não me olha. Essa mesma situação se estende por cerca de 20 minutos. Coloco um brinquedo de madeira sobre a mesa e ele olha; imediatamente senta-se à mesa, pega uma peça, põe no ouvido e olha para mim. Não entendo o que ele quer e faço o mesmo gesto. Não sei absolutamente do que se trata. Ele repete o gesto. Lembro, então, de uma atividade usada em sessões fonoaudiológicas no meu tempo de graduação em que se pega uma peça do encaixe, fala-se uma palavra e coloca-se a peça na orelha (como se fosse um telefone) e a criança faz a imitação, realizando os mesmos gestos e os mesmos sons. Falei então /pa/ - só me ocorreu isso, naquele momento. LJ repetiu e permaneceu sentado esperando já com a outra peça na orelha.

A cada vez, ele pegava uma peça e esperava olhando para mim. Depois de termos feito várias vezes isso, comecei a falar (e não mais a repetir sons silábicos) com ele, sem me preocupar com os pinos na orelha. Imediatamente ele saiu da cadeira e, aparentemente, não tomou mais conhecimento da minha pessoa. Ficou mudando de brinquedo, agitando-os ou girando apenas uma roda de um carrinho sem parar. Pegava um brinquedo após outro, sem realizar nenhuma atividade com eles. Seu jeito de pegar os objetos também chamou minha atenção, alguns ele pegava com a mão inteira, outros apenas com as pontas dos dedos como se estivesse ainda decidindo se o pegaria ou não.

Voltava ao ventilador agitando as mãos rapidamente, voltando em seguida aos brinquedos e assim sucessivamente. Todas as vezes que falei com ele, exceto na situação dos pinos, não houve resposta alguma, nem com som, nem com o olhar, nem com gestos.

Se a Fonoaudiologia se ocupa de diagnosticar e tratar, entre outras, as questões de fala e linguagem, o que eu, enquanto fonoaudióloga teria nesse momento para avaliar na sua linguagem? Apenas um olhar. Nesse contexto, existiu de fato uma situação de ordem subjetiva que, por alguns momentos, tornou-se materializada. Na situação em que LJ olhou

para mim e esperou, deu-se a percepção de que ele era capaz de esperar algo de alguém e de tomar conhecimento da existência do outro ainda que por alguns momentos.

Como me relacionar com alguém que parece que não escuta a minha voz e, pelo que se pôde perceber nesse dia, responde apenas ocasionalmente à voz da mãe? Como uma criança nessas condições entraria em um processo de aquisição de linguagem, em que a presença do outro é fundamental e estruturante?

Trata-se mesmo de um caso de autismo, como disse a mãe sobre o diagnóstico tácito? Ou se trata de um caso em que um diagnóstico prévio de alteração cerebral intra-útero localizada no hemisfério esquerdo (que segundo os estudos neurofisiológicos de Luria, tem participação na linguagem, especialmente na do tipo espontânea) marca um lugar de espera do diferente nessa criança, diferença essa que poderia acabar se concretizando em sua linguagem?

Os meus encontros com LJ foram prosseguindo e caracterizavam-se, de minha parte, pela tentativa cada vez maior de ampliar nossos contatos de olhar, o que de fato foi acontecendo. Nesse panorama, foi também se tornando possível partilharmos algumas brincadeiras. Passamos a brincar, por exemplo, de carrinho e estacionamento e de casinha, tentando recriar possíveis situações vividas por ele junto à família; começamos também a desenhar e fazíamos álbum da família.

De fato, agora ficávamos juntos nessas brincadeiras por um tempo um pouco maior e, logo após, parecia que ele ficava sozinho novamente, pois não tomava conhecimento de mim. Às vezes, retomava os movimentos das mãos; às vezes, levantava-se do lugar e ia pegar outros brinquedos sem brincar com eles, às vezes ficava muito agitado; ou queria sair da sala.

Quanto às atividades de desenho, na realidade, LJ, no início, não desenhava nada, apenas pegava minha mão, indicando que eu segurasse o lápis. De fato, ele usava bastante minha mão para tocar em algumas coisas (desde o lápis até a maçaneta da porta). Nessa época, ele demonstrava um tremendo desconforto quando tentava, sem nunca conseguir, tocar no guache, na areia, no giz de cera, por exemplo.

Se meu propósito era manter cada vez mais a atenção de LJ partilhando com ele diferentes situações de fala e linguagem, eu estava, aos poucos, conseguindo atingir esse

objetivo. LJ demonstrava, já nessa fase inicial do atendimento, uma grande diferença em relação a nosso primeiro contato: ele falava mais. E falava o quê?

Sabia o nome dos objetos, identificava as partes do corpo da boneca com a qual brincávamos, utilizava alguns verbos, solicitava algumas coisas empregando o nome, usava minha mão para pegar algo que ele queria quando eu demonstrava não entender a que ele se referia, abraçava-me quando me via e ficava, aparentemente, cada vez mais à vontade no espaço terapêutico.

No entanto, apesar de eu reconhecer que ele estava diferente do dia em que o conheci, muitas coisas me incomodavam. Havia marcadamente algo de intermitente, nesse nosso ficar junto. As atividades lúdicas não tinham muita variação e ficávamos com os mesmos brinquedos sempre; no entanto, quando eu começava a usar um brinquedo diferente, ele se interessava. Paralelo a isso, existia a presença constante da chamada ecolalia⁷. Apesar da ocorrência de supostas alterações fonéticas e fonológicas, LJ repete – mantendo a entonação característica do locutor da TV Cultura que faz as chamadas da programação do dia - algumas frases curtas, tais como: “*Hoje na Cultura*”, “*Hoje à meia noite na Cultura*”. Em outros momentos, ele repete outras palavras ou frases também curtas às quais eu não conseguia atribuir sentido. Esses enunciados se interpõem nesse nosso ficar juntos e me mostram a dificuldade de contato e de atenção de LJ.

Diante do que vinha vivendo com LJ eu concordava que ele era uma criança autista porque era possível conferir nele a presença de cada uma das descrições presentes na tríade considerada nos manuais de diagnóstico de autismo: isolamento social, distúrbio de comunicação verbal e não-verbal e repetição de movimentos e de fala com início na primeira infância.

Tomando isso por base diagnóstica, o processo terapêutico se mantinha direcionado para aumentar nosso tempo partilhado no contato de olhar, de fala e de linguagem. Assim,

⁷ Ecolalia: Para Oliveira (2001) a ecolalia se caracteriza por não ser comunicativa, tem relação com o repetir a fala do outro, sendo considerada um sintoma em diversas áreas clínicas como, por exemplo: nas afasias, no retardo mental, na insanidade, na esquizofrenia, na psicose e no autismo infantil.

diante da ecolalia e repetições, minha atitude era a de dirigir a atenção dele para outra situação em que eu pudesse compreender o que se passava. Seguíamos assim.

Porém, fazendo a transcrição da sessão do dia 06/07/2000, quando LJ contava com 4 anos e 11 meses de idade, deparei com o seguinte fato: LJ já vinha repetindo algumas vezes a frase “*Vai roga kikêni?*”. Eu não entendia a que ele se referia. Pelo número de vezes que ela ocorria (cerca de oito vezes), parecia que era uma das repetições intermináveis que ele costumava apresentar; podia ser também uma ecolalia cuja fonte eu não reconhecia. Como estratégia terapêutica, mudei a atividade que estávamos fazendo para um jogo de que ele gostava, na tentativa de propiciar a eliminação desse “ruído desagradável” e de uma maior aproximação dele, que se mostrava tão alheio a tudo que ocorria na sessão. No entanto, a repetição continuou mesmo assim.

LJ – Vai roga kikêni?

Iss - Isso é bola ou relógio? (tentando chamar a atenção dele para um outro brinquedo)

LJ – Pega umrogo pamim?

Iss - Pegá um jogo pra você?

LJ – Vai roga kikêni?

Iss - Jogar o quê?

LJ – Vai roga kikêni?

Iss - Jogá...

LJ - Ki kênî? (completando a frase de ISS)

Iss – Como é? O que você falou? (olhando para a boca de LJ para ver se entende)

LJ – Pega umrogo pamim?

Iss - Pegar um jogo pra você? Que jogo?

LJ – (Fica em silêncio)

Iss - Mostra pra mim o jogo que você quer?

LJ – Aul.

Iss - Azul? Ah, azul! É isso mesmo! É esse? (entendendo, finalmente do que se trata)

LJ – Vai roga ki kênî? (falando mais alto e mais lento num tom alegre)

Iss – Ah, vai jogar tênis... Vamos.

Quando LJ começou a repetir o enunciado “*Vai roga kikêni*”, eu não entendi e a estratégia de oferecer brinquedos diferentes falhou porque ele não se interessou por eles.

Diante disso, não me restou outra alternativa senão a de enfrentar a situação na e pela linguagem. O que eu descobri, então? Dei-me conta de que não se tratava da repetição patológica, mas de uma re-petição, de um pedir de novo. Entendi que ele queria alguma coisa. No momento em que pude estender a essa fala um olhar diferente e atribuir um sentido também diferente, pude conceber LJ enquanto um sujeito funcionando lingüisticamente e não mais como um sintoma de uma patologia. Com isso, ele pôde mostrar novos recursos de linguagem que me permitiu entender do que se tratava de fato: ele queria um jogo que estava guardado no armário, dentro de um saco azul, com o qual brincamos em sessões anteriores. O jogo, na verdade, não era de tênis; tratava-se de miniaturas de soldados e duas trincheiras. LJ fazia das trincheiras a rede e de cada lado desta colocava um soldadinho simulando a situação de jogo de tênis. No jogo ele ficava com um soldadinho e eu com o outro e “jogávamos” tênis.

Revelando um preconceito.

O que se vê nesse dado é que LJ pede diferente, pede usando os recursos que tem e seu pedido só faz sentido se o seu interlocutor esquecer o seu diagnóstico de autismo. Foi exatamente o que teve de acontecer para que a significação do que ele disse tomasse outro lugar: alguns minutos antes eu havia pensado que “*Vai rogá kikêni?*” fosse apenas repetição, ecolalia, porque os manuais de diagnósticos de autismo infantil me faziam pensar que essa criança só poderia existir de acordo com a descrição de serem “repetitivos”, “ecolálicos”, “ausentes de interações sociais”, com “uso estereotipado e repetitivo da linguagem”.

Havia em mim, devido à referida descrição da criança autista um pré-conceito a respeito do que essa criança poderia falar. Parecia *natural* que houvesse nas produções de fala de LJ apenas ecolalia e repetição, afinal, trata-se de uma criança autista que “não interage socialmente”.

Essa naturalização me impedia de perceber que LJ tinha vontade própria, que ele podia se estruturar de maneira diferente e fazer valer sua vontade pela insistência em que seu pedido fosse ouvido pelo outro.

Esse acontecimento abalou minhas certezas sobre o que acontece na área da Fonoaudiologia (no interior da qual eu me encontro), quanto à avaliação e tratamento da criança autista, sobre o que os manuais de diagnósticos dizem sobre a linguagem da criança autista, e, principalmente, quanto ao funcionamento linguístico apresentado por LJ. Seria necessário agora que eu me desdobrasse em terapeuta e pesquisadora para tentar compreender de uma nova maneira esse emaranhado de questões; e assim nasceu o interesse e a realização desta dissertação vinculada à ND.

A perspectiva da ND admite uma concepção de linguagem que se origina socialmente, compartilhando com Vygotsky (1934/1979) a idéia de que a linguagem e o pensamento têm origem social, externa, que resultam de trocas comunicativas e sociais entre a criança e o adulto.

(...) ao colocar a interlocução (e, portanto, a enunciação), dentre as outras interações humanas, como representativa da relação entre linguagem e pensamento, e entre linguagem e mundo, Vygotsky marcou – como nenhum outro psicólogo – o papel do dialogismo como o elemento por excelência dos processos cognitivos e o da interação como fundadora de todo gesto interpretativo humano (Morato, 2000:62).

Na ND a dimensão social, histórica e contextual engloba além da própria língua (sistema lingüístico de caráter histórico), a interação entre os falantes de uma comunidade lingüística e a atividade psíquica e social do sujeito-falante. O aspecto discursivo que decorre das regras que regulam as interações sociais e surgem na prática com a linguagem configura mais um fator que dimensiona a importância que é dada à situação dialógica, às práticas discursivas, isto é, o modo como o sujeito produz sentido e interpreta o mundo. No entanto, os diferentes recursos expressivos não são suficientes para significar, para que se possa atribuir sentido a um dizer, a um gesto, a um silêncio; decorre disso que a linguagem se caracteriza por ser *indeterminada* (Franchi, 1977:33).

(...) Do ponto de vista sintático, essa indeterminação é caracterizada pelo fato de que “nenhum enunciado tem em si condições necessárias e suficientes para permitir uma interpretação unívoca”. Isto significa, em linhas gerais, que a língua dispõe de múltiplos recursos expressivos que, associados a fatores como o contexto, a situação, a relação entre os interlocutores, as leis conversacionais, etc..., fornecerão condições de determinação de um dado enunciado. Por outro lado, o fato de que os sistemas de referências são culturais e dependentes da experiência, fazem postular a indeterminação semântica; de fato “as expressões das línguas não tomam” nunca “um domínio de interpretação uno e semanticamente coerente”, na medida em que a linguagem não é somente uma linguagem do mundo “real” e atual, mas permite uma constante revisão das categorias para falar-se de outros universos como possíveis. (Coudry, 1986: 57).

A ND nasce vinculada aos estudos da afasia realizados por Coudry em sua tese de doutorado, 1986, que propõe uma análise discursiva de interlocuções com afásicos na relação com a língua, linguagem, em sua representação oral e oral e escrita, cérebro e mente. Vários textos de Coudry e Morato (1988, 1990a, 1990b, 1991, 1992) trataram da compatibilidade da perspectiva luriana aos estudos discursivos da afasia, com foco na noção funcional de cérebro em que os processos mentais: linguagem, escrita, leitura, pensamento, atenção, percepção, memória, gnosias, praxias e cálculo são realizados com a participação de várias áreas cerebrais (Luria, 1981). Desse autor, Coudry considera ainda a relação entre cérebro e linguagem como um caminho de mão dupla, em que se o cérebro é indispensável para a existência da linguagem, esta também interfere no cérebro (Luria, 1983).

A expansão dos estudos da ND para crianças e jovens é inicialmente voltada para a escrita e sua patologização (Coudry, 1987; Coudry & Scarpa, 1991; Coudry & Caron, 2000; Coudry & Padilha, 2000; Coudry & Mayrink-Sabinson, 2003; Coudry & Vargas, 2003; Coudry & Abaurre, 2005), o que culminou na criação do Centro de Convivência de

Linguagens – CCAzinho, em 2004. O objetivo do CCAzinho é o estudo de questões que envolvem o processo de aquisição de leitura e de escrita junto a crianças e jovens que freqüentam a escola e correm o risco de exclusão. Essas crianças sempre chegam acompanhadas de diagnósticos como os de Dislexia, Déficit do Processamento Auditivo Central, Transtorno e Déficit de Atenção e Hiperatividade, Dificuldade de Aprendizagem. A proposta de trabalho não é o de conferir esses diagnósticos, mas compreender os processos de leitura e escrita por que passam essas crianças e como se dão o funcionamento de suas produções em diferentes contextos (narrativas, histórias em quadrinhos, agendas, convites, listas de compras, etc). Através de diferentes atividades⁸, possibilitar a essas crianças e jovens o conhecimento dos seus próprios processos de escrita e leitura, de como se posicionam diante deles na escola, em casa e na vida. O que se almeja no CCAzinnho é que essas crianças se insiram cada vez mais e melhor no universo social e cultural.

Além dos autores já citados existem outros com os quais a ND se relaciona, no entanto, as explicitações desses referenciais teóricos serão continuamente realizadas ao longo desta dissertação tomando-se o cuidado de relacioná-los aos dados de linguagem pertinentes ao estudo aqui proposto.

Compartilhando do corpo teórico da ND revisito a Fonoaudiologia⁹ e os Manuais de Diagnóstico do autismo infantil.

⁸ As atividades de leitura e escrita que estas crianças e jovens realizam no CCAzinho são na verdade extensões da suas diferentes práticas de vida convalidando o letramento que cada um traz, e ampliando suas atuações para o ambiente digital. Além do atendimento coletivo é oferecido também o atendimento individual e um espaço de encontro com a família em que se privilegiam as questões pertinentes aos diferentes acompanhamentos realizados pela criança.

⁹ A Fonoaudiologia foi regulamentada como profissão ligada à área da saúde em 1981, por meio da Lei nº 6965 circunscrevendo que esta “*atua em pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica na área da comunicação oral e escrita, voz e audição, bem como em aperfeiçoamento dos padrões da fala e da voz*” (Conselho Regional de Fonoaudiologia, 2002: 08). Seu nascimento dá-se como uma prática corretiva por volta da década de 20/30 para auxiliar no movimento nacionalista (Getúlio Vargas) que tem como um dos seus objetivos a uniformização da língua como fator de unidade nacional. Nesse sentido a atuação da Fonoaudiologia volta-se para a homogeneização da pronúncia da língua, “corrigindo” o que foge à “igualdade linguística”. Nas décadas de 40/50 a Fonoaudiologia se fortalece em uma concepção reabilitadora. Surge na década de 60, na Pontifícia Universidade de São Paulo, o primeiro curso de Fonoaudiologia no Brasil orientado para os *Distúrbios da Comunicação Humana*.

A Fonoaudiologia e a linguagem no autismo.

Fernanda D. M. Fernandes, coordenadora do curso de Fonoaudiologia da Universidade de São Paulo, foi a primeira fonoaudióloga a publicar, em 1982, estudos a respeito de linguagem no autismo infantil. Para isso a autora toma por base a perspectiva que ela denomina de Psicolingüística Pragmática. Os estudos de Fernandes têm como parâmetro a tríade clássica considerada no diagnóstico médico do Transtorno do desenvolvimento (o qual inclui o autismo), a saber: *desenvolvimento comprometido da comunicação, interação social e repertório restrito de atividades e interesses*.

A autora estuda os aspectos funcionais da linguagem em crianças autistas ou portadoras do transtorno de desenvolvimento. Nesses estudos há a valorização dos contextos comunicativos, da intenção comunicativa, da interação entre os interlocutores; e encontra-se baseado na perspectiva de Wetherby e Prutting (1984) que tem entre seus objetivos, por exemplo, observar os aspectos sócio-cognitivos de imitação gestual e vocal, além do jogo combinatório e simbólico em crianças autistas.

Desse modo, são observados os atos comunicativos produzidos pela criança autista a partir de sua exposição a diferentes contextos como em atividades lúdicas, situações espontâneas, semi-dirigidas e dirigidas. Ainda segundo Fernandes o levantamento quantitativo e qualitativo do uso funcional de linguagem da criança autista auxilia tanto na avaliação quanto nos procedimentos terapêuticos fonoaudiológicos.

Tais estudos compreendem, por exemplo, analisar as características qualitativa e quantitativa de comunicação gestual de 20 sujeitos autistas entre 3 e 12 anos de idade (Fernandes e Lepique, 2001); a observação dos aspectos sócio-cognitivos da imitação gestual e vocal e de jogos combinatórios e simbólicos na terapia fonoaudiológica de 40 crianças, entre 3 e 12 anos de idade, com distúrbios psiquiátricos (Fernandes e Molini, 2002).

Os trabalhos de Fernandes partem de uma valorização do que a Medicina diz sobre a linguagem no autismo e seguem um perfil, como já foi dito, em que uma função de linguagem em situação dirigida, semi-dirigida e espontânea é avaliada em grandes grupos de crianças autistas. No entanto, imagino que esse procedimento pode ficar comprometido devido a pelo menos duas questões. A primeira diz respeito à singularidade de cada um, ou

seja, a grande dificuldade de se encontrar uma característica comum a todos esses sujeitos dada à diversidade dos autismos e das crianças com autismos. A segunda questão se refere à diferença de desempenho apresentada por essas crianças em situações tão diferentes. O desempenho observado em uma criança autista, ou qualquer outra dita normal, na situação dirigida, pode não se reproduzir igualmente quando ela se encontra em uma situação espontânea, por exemplo.

Perissinoto (2003) da Universidade Federal de São Paulo/ Escola Paulista de Medicina entende que o relato dos pais sobre o desenvolvimento da criança deva ser muito valorizado como marca das mudanças de comportamento da criança e a avaliação de linguagem é um acontecimento que o complementa. A autora explica que o conjunto de expressões verbais do sujeito em estudo tem sido analisado em aspectos pragmáticos, semânticos, lexicais e prosódicos.

Baseando-se também nos trabalhos de Wetherby e Prutting, a autora, entre outros objetivos, observa as características da criança autista ou com transtornos de desenvolvimento quanto ao direcionamento de olhar, cooperação, reciprocidade, jogos imaginativos ou simbólicos. Essas características são sistematizadas segundo a teoria de desenvolvimento cognitivo piagetiana.

Também a Teoria da Mente é considerada na avaliação do desempenho da criança na compreensão de atitudes e situações, habilidades de empatia ¹⁰. Inclui-se ainda o uso de teste padronizado como Peabody Picture e o Test of Language Competence-Expanded

¹⁰ As questões que envolvem a empatia, e a situação de falsa crença estão diretamente relacionadas com a *Teoria da Mente*. A qual prevê para a criança autista uma incapacidade em atribuir estados mentais para si e para os outros. As alterações de linguagem, cognitivas e sociais, apresentadas por elas estariam, assim, relacionadas às suas incapacidades de meta-representação (Baron-Cohen 1988, 1990, 1991, 1996; Frith, 1988). Pelo menos outras três teorias seguem essa perspectiva cognitiva: 1- Cegueira da Mente (mind blindness): relacionando a Teoria da Mente com as dificuldades sociais e de comunicação; 2- Disfunção Executiva: tenta explicar as ações repetitivas e as reações exageradas da criança autista frente à modificação da rotina através da disfunção executiva do lobo frontal (Duncan, 1986, Koon & Dickey, 1986, Bosa, C. 2001) 3 - Fraca Coerência Central: trata da questão perceptual que o autista exibe em focalizar um pormenor em detrimento dos dados gerais. Isso se dá no processamento de informações sonoras (Frith, 1989), e interfere também na memória apresentada por essas crianças que dão preferência para uma sequência randômica, ao invés de outra provida de significado (Frith, 1993, Happé, 1994).

TCL-E para sentenças ambíguas, influências linguísticas, linguagem figurada e memória auditiva, por exemplo.

O procedimento avaliativo de Perissinoto procura ser exaustivo em relação aos acontecimentos de linguagem. No entanto, a linguagem e o que se entende por sujeito nesse procedimento, não se mostram segmentado demais? A adoção da Teoria da Mente acrescenta de fato para a Fonoaudiologia uma compreensão maior do que acontece com a linguagem da criança autista em situações interativas, sociais? O que essa perspectiva esclarece a respeito da produção linguística dessas crianças?

Tamanaha em 2003 escreve sobre a *Intervenção na linguagem da criança com autismo* a partir da proposta de Perissinoto, o que mostra, de alguma forma, como essa abordagem teórica repercute na terapia de linguagem. A autora relata que *durante o processo terapêutico enfatizamos os tópicos referentes às dificuldades de comunicação em seus aspectos receptivo e expressivo. (...) Situações de dramatização são utilizadas com a finalidade de busca da representação simbólica, associada à capacidade de se colocar em diferentes papéis e contextos. Os estudos sobre a capacidade de meta-representação têm norteado a necessidade da compreensão da relação entre as dificuldades de interação social e as alterações cognitivas e comunicativas. Deste modo, uma das características do impedimento social desses sujeitos é a incapacidade de compreender e atribuir sentimentos e intenções.* (2003: 56, 57)

A perspectiva dessa intervenção terapêutica fonoaudiológica se estende não só à criança, mas à escola e à família quando é enfatizado *o uso de estratégias para facilitação de meios comunicativos para que se estabeleça um programa de comunicação dentro do contexto familiar* (op cit: 60).

Zorzi, 1993, tem a avaliação fonoaudiológica baseada na teoria de Piaget e considera diferentes graus de alteração do desenvolvimento de linguagem.

O autor separa três grandes grupos de alterações de linguagem tendo por base a presença ou ausência de condutas simbólicas. Essa avaliação se preocupa em localizar em qual esquema piagetiano a criança se encontra. A abordagem terapêutica propriamente dita tem por base a retomada de toda a atividade espontânea da criança para alcançar níveis mais apropriados de desenvolvimento cognitivo e de linguagem. Nesses três grupos o autor não cita especificamente o autismo, mas considera que há crianças com transtornos mais

globais de desenvolvimento (Retardo mental, distúrbio neurológico, entre outros) que podem se beneficiar desse trabalho. A avaliação fonoaudiológica proposta pelo autor conta ainda com os encaminhamentos que se fizerem necessários para escola, para equipe multidisciplinar e orientação a pais.

O que essas considerações de avaliação e de tratamento fonoaudiológicos indicam?

A Fonoaudiologia é uma disciplina de pretensão científica e tem menos de 50 anos de existência enquanto ensino de nível superior e em torno de 25 anos de reconhecimento profissional. Esse pouco tempo revela um campo de saber em processo de nascimento, especialmente, se comparado a outros mais antigos como o da Medicina, da Psicologia e mesmo o da Lingüística. Nos últimos anos se percebe um aumento das publicações de estudos fonoaudiológicos vinculados a vários domínios de conhecimento: Medicina, Psicologia, Psicanálise, Ortodontia, Lingüística, Educação, caracterizando a Fonoaudiologia como uma disciplina interdisciplinar por excelência.

Apesar dessa diversificação de áreas, a Medicina continua sendo um forte alicerce para a Fonoaudiologia especialmente quanto aos estudos de linguagem do autismo infantil. Pode-se reconhecer, por parte da Fonoaudiologia, a ancoragem do diagnóstico ¹¹de linguagem na Medicina, que se estende também à avaliação fonoaudiológica da criança autista: *desenvolvimento comprometido da comunicação, interação social e repertório restrito de atividades e interesses*. Quando não faz isso a Fonoaudiologia subordina a linguagem a uma questão maior do desenvolvimento cognitivo, isto é, a serviço das operações de pensamento. Nesse panorama, por enquanto, a Fonoaudiologia deveria dizer mais do funcionamento da linguagem no sujeito autista, e não diz.

Essas considerações apontam para uma atuação fonoaudiológica carente de um distanciamento de si própria para poder se observar e perceber, através dos movimentos que se dão no seu interior, sua real identidade clínica: de linguagem, vocal, audiométrica, de motricidade oral, escolar, hospitalar, estética, bem como suas filiações teóricas e as respectivas concepções de sujeito.

¹¹ Na atuação com o autismo infantil esse vínculo com a Medicina é bem reconhecido, como aponta o estudo de Batista (2004), que entrevistou 10 fonoaudiólogos que trabalham com crianças autistas e a grande maioria se referiu ao autismo como sendo uma *síndrome caracterizada por prejuízo na linguagem, interação social e restrição de interesses*. Ou seja, os entrevistados assumem uma concepção médica no lugar de uma concepção fonoaudiológica.

Mas, se a área da Fonoaudiologia tem uma aproximação com o que há de linguagem nos manuais médicos de diagnósticos, interessa-me saber de onde vieram esses manuais? E o que dizem?

Os manuais de diagnósticos em análise.

Frequentemente associa-se a palavra *autismo* à descrição nosológica realizada em 1943 pelo pediatra e psiquiatra austríaco Léo Kanner nos Estados Unidos, que deu a ela, o nome de “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Porém a aparição do termo “autismo” já ocorria em meados do século XIX nas publicações psiquiátricas destinada ao adulto. Os médicos, à época, usavam esse termo para descrever também nas crianças suas incapacidades em desenvolver a comunicação ou as que perderam muito cedo a possibilidade de continuar a usar a linguagem.

O primeiro registro desse sintoma esteve associado a *Insanidades Precoces* em escritos realizados, em 1867, pelo psiquiatra Maudsen; posteriormente, em 1908, o italiano Sante de Sanctis manteve essa mesma relação chamando a patologia de *Loucura da Infância* e classificando-a nosologicamente de *Dementia Praecocissima*. Em 1911, Bleuler promoveu juntamente com Carl Jung, seu assistente, a aplicação em seus pacientes das idéias freudianas na investigação da loucura, rompendo com o modelo clássico psiquiátrico e introduzindo ainda o termo “autismo” na literatura psiquiátrica como um sintoma da esquizofrenia (Foucault, 2000).

Em 1928, o também psiquiatra Heller, reconheceu existir nessas crianças, além das alterações na capacidade comunicativa, também as de ordem cognitiva.

Potter (1933) relacionou o autismo como um sintoma de pacientes pré-púberes com esquizofrenia infantil. Enfim, Kanner, em 1943, descreveu o autismo¹² infantil precoce

¹² Para Leboyer (1995), o contexto patológico em que o termo “autismo” foi usado tanto por Bleuler quanto por Kanner se diferenciam. Para a autora, Bleuler toma o “autismo” como um sintoma episódico em seus pacientes esquizofrenicos, enquanto que Kanner admite o autismo, como um estado permanente em suas crianças; embora, em ambos os casos se encontrem barrado o contato com o outro.

denominando-o de *Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo* (Autistic Disturbance of Affective Contact), com base, inicialmente, em um atendimento clínico de onze crianças: oito do sexo masculino e três do sexo feminino, com idades variando entre 3 e 10 anos. Ele observou que os seus pacientes, apesar da inteligência superior, da boa memória e da aparência física normal, apresentavam *precocemente* uma incapacidade inata tanto para responder aos estímulos vindos do meio como para constituir relações afetivas – o isolamento autístico- como sintoma principal. A *imaginação pobre, o uso de inversão pronominal, o isolamento extremo, a dificuldade em lidar com qualquer situação que saía da rotina, as estereotipias*¹³ e a *ecolalia* faziam parte também dessa descrição.

Em 1944, Hans Asperger, psiquiatra austríaco, também descreveu uma síndrome com características semelhantes às do autismo de Kanner, porém, a melhor qualidade de socialização se constituía na maior diferença entre elas, uma vez que essas crianças não apresentam atraso de linguagem. No entanto, o autor descreve a linguagem dessas crianças como formais e com fixações em alguns assuntos específicos. Tal descrição ficou conhecida como a *Síndrome de Asperger*, apesar de inicialmente ter recebido o nome de “Psicopatia Autística”.

O que dá a Kanner a notoriedade de o “descobridor” do autismo é a sua originalidade em descrever e reunir os sinais deste distúrbio sistematizando-os segundo o paradigma descritivo e classificatório das doenças adotado pela Medicina no início do século XIX.

Kanner¹⁴, na sequência dos seus estudos sobre o autismo infantil reformula alguns princípios, dentre eles, aquele que trata da causa do autismo infantil. Inicialmente esse autor

¹³ Estereotipia: repetição de gestos amaneirados que não variam. Não é específico do autismo; acompanha, por exemplo, a síndrome do x-frágil. (Turner, 1997, Moraes, 2004).

¹⁴ A história do autismo infantil tem sempre uma associação com Léo Kanner e as 11 crianças atendidas por ele, mas o que aconteceu com essas crianças? Grandin (1999) retrata uma continuidade do acompanhamento desses casos contando que Kanner, em 1971, voltou a procurar esses pacientes e descobriu que, em seis casos, houve uma regressão (piora) da posição inicial; um deles se recuperou parcialmente com algum sucesso; dois se recuperaram bem sendo que um desses trabalhava como bancário e, por fim, dois casos não foram reencontrados. A autora chama atenção para o fato de que os onze casos eram muito semelhantes quando foram diagnosticados, mas a prognose variou muito de caso para caso. Todas as crianças enviadas para instituições de maior porte regrediram e nunca se recuperaram.

considera para o autismo uma causa biológica, depois (1954) essa causa passa a ser psicológica, e posteriormente (1956) de cunho biológico e genético. O autor em 1956 também reformula a idade do surgimento da patologia admitindo como indicador desta a idade de até 30 meses reclassificando o autismo em dois tipos: *Primário*, presente desde o nascimento (inato, com tendência ao isolamento extremo), e *Secundário*, manifestado depois de um período normal de desenvolvimento (quando começa a apresentar, então, dificuldade no campo social).

A psicologia também demonstra interesse para entender o autismo, em 1956, Bender, para diferenciar o autismo do retardo mental, denominou o primeiro de “pseudo retardo” ou “pseudo deficiência”, porque achava que o retardo do autista era só aparente. Para Mahler, (1968), psicóloga e psicanalista americana, o autismo seria caracterizado, então, por uma regressão ou fixação em uma fase inicial do desenvolvimento infantil, tendo como sintoma principal a dificuldade em integrar sensações vindas do meio interno e externo. Para essa análise psicológica, o autismo seria um subgrupo das psicoses infantis.

O interesse pelos estudos dessas crianças acontece, além de nos Estados Unidos, também por toda a Europa.

Na França, por exemplo, nos anos cinquenta, o termo “psicose infantil” foi diferenciado de “esquizofrenia infantil” tomando como base a época da instalação da doença, já que “psicose” destinava-se ao que surgia na primeira infância (e por esse motivo o autismo foi incluído nessa classe), enquanto que o termo “esquizofrenia” empregava-se para a patologia que ocorria mais tardiamente, depois de um período normal de desenvolvimento.

Na Inglaterra, o autismo se manteve associado à esquizofrenia por muito mais tempo embora se registrasse o fato de que todo caso de autismo não se revertia, necessariamente, para a esquizofrenia.

Ritvo e Freedman, em 1978, elaboraram a definição da síndrome autista, que passou a ser considerada como uma inadequação de desenvolvimento que surge nos primeiros três anos de vida da criança e permanece por toda a vida, sendo mais comum em meninos do

que em meninas¹⁵. Os autores acrescentaram ainda que o autismo possa ser uma consequência de afecções cerebrais decorrentes de infecções virais e problemas metabólicos em tenra idade e frequentemente é acompanhado de epilepsia. Os diagnósticos diferenciais ficaram mais abrangentes e incluíram a deficiência mental, esquizofrenia, alterações sensoriais (dentre estas, a surdez) e as afasias receptivas ou expressivas.

Essa definição da síndrome autista foi adotada pela National Society for Autistic Children e, no ano de 1979, ela passou também a fazer parte da Classificação Internacional das Doenças (CID) de origem francesa, tornando o autismo independente da esquizofrenia com a qual se mantinha associado. Sua definição estava agora vinculada aos “Transtornos Psicóticos da Infância”.

Em 1980, na Revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, realizado pela Associação Americana de Psiquiatria, o autismo recebeu um sistema de classificação multifatorial que obedece à tríade clássica: *isolamento social, distúrbio de comunicação verbal e não-verbal e repetição de movimentos e de fala com início na primeira infância, sendo a idade máxima de manifestação de 36 meses de idade*. A característica dessa revisão é o balizamento mais orgânico do que psiquiátrico que foi também acatado pela Classificação Internacional de Doença. Portanto, os manuais de diagnóstico do autismo infantil nasceram na área da Psiquiatria, mantendo uma relação inicial entre autismo e esquizofrenia, depois com a psicose, caminhando para uma consideração cognitiva e organicista.

Em 1981, Wing, formulou uma expressão mais abrangente para o quadro de autismo infantil – Espectro autístico, ou Espectro de desordens autísticas - sugerindo uma variação gradual da patologia incluindo tanto a descrição de kanner como a de Asperger.

¹⁵ No Brasil, não há dados específicos sobre a incidência da doença, pois o registro é feito juntamente com outras síndromes. Segundo a AMA-SP (2002), surgem mais de 200 casos de autismo por ano no município de São Paulo. Entretanto, os índices epidemiológicos mais citados são de quatro a cinco casos para cada 10.000 nascimentos, sendo 1 menina para cada 4 meninos (DSM-IV, 1994). Há referência de que nos Estados Unidos seria a de 1 caso para 500 nascimentos, o que classifica a ocorrência do autismo infantil como sendo superior a do câncer infantil, de diabetes e da Síndrome de Down (Fleming, 1999). Gillberg (2004, 2005) acredita existir hoje de cinco a dez vezes mais casos de autismo do que na década de 60 e 70. Para esse autor a incidência de casos de autismo (isto é, de espectro autístico que inclui a síndrome de Asperger, o autismo atípico, o autismo associado) atinge 1 % da população mundial, na distribuição de 2 meninas para cada 4 meninos.

Na atualidade e mundialmente¹⁶ continuam sendo usados pelos profissionais da Medicina para o diagnóstico no autismo e encontram-se revisados em CID-10 (1993) e DSM-IV (1994).

Nesses manuais o autismo infantil é um dos transtornos que compõem um quadro maior designado por Transtornos globais ou Transtornos invasivos do desenvolvimento. Assim temos, praticamente, as mesmas patologias vistas pelos mesmos critérios sob rótulos diferentes.

CID-10	DSM –IV
Transtornos globais do desenvolvimento (TGB)	Transtornos invasivos do desenvolvimento (TID)
1 - Autismo infantil.	1 - Transtorno autista.
2 - Autismo atípico.	2 - Transtorno de RETT.
3 - Síndrome de Rett.	3 -Transtorno Desintegrativo Infantil
4-Outros Transtornos Desintegrativos da Infância.	4 - Transtorno De Asperger.
5 – Transtorno Hipercinesia Associado Com Retardo Mental.	
6 - Síndrome de Asperger.	
7 Outros transtornos globais de desenvolvimento.	
8 - Transtornos Globais não especificados do desenvolvimento	

Será exposto aqui um recorte no que se refere exclusivamente ao Autismo Infantil (CID-10) e ao Transtorno Autista (DSM-IV), entretanto as descrições completas das outras patologias citadas encontram-se em anexo.

¹⁶ Os profissionais da Medicina no Brasil passaram a apoiarem-se nos referidos manuais a partir da década de 80.

CRITÉRIOS PARA DIAGNÓSTICO DO AUTISMO (CID-10)

Transtornos Globais do Desenvolvimento

Pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos.

a. Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens:

1. dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.
2. dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.
3. raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade.
4. ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas.
5. falta de reciprocidade social e emocional.

b. Marcante lesão na comunicação:

1. ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.
2. diminuição de ações imaginativas e de imitação social.
3. pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.
4. pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais.
5. ausência de resposta emocional a ações verbais e não-verbais de outras pessoas.
6. pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa.
7. ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral.

c. Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens:

1. obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse.
2. apego específico a objetos incomuns.
3. fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos.
4. hábitos motores estereotipados e repetitivos.
5. obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação.
6. ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente.

d. Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito.

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA TRANSTORNO AUTISTA (DSM-IV)

Transtornos Invasivos do Desenvolvimento

A. Um total de seis, ou mais, itens de 1, 2 e 3, com pelo menos dois de 1, um de 2 e um de 3:

1. prejuízo qualitativo na interação social, manifestado por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

- a. prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais tais como contato visual direto, expressão facial, postura corporais e gestos para regular a interação social.
- b. fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível do desenvolvimento.
- c. falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).
- d. falta de reciprocidade social ou emocional.

2. prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

- a. atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica).

b. em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação.

c. uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.

d. falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos apropriados ao nível de desenvolvimento.

3. padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

a. preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco.

b. adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais.

c. maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex., agitar ou torcer mãos ou dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo).

d. preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social, ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

C. A perturbação não é mais bem explicada por Transtorno de Rett ou Transtorno Desintegrativo da Infância.

Como se pode facilmente identificar, no CID-10, dos 18 itens que o compõem, 11 deles dizem respeito à área da linguagem e se especificam por “lesão marcante na interação social recíproca” e “lesão marcante na comunicação”. Em relação ao DSM-IV, a área de linguagem é envolvida em 8 dos 12 itens listados, sendo descritos como “prejuízo qualitativo na interação social” e “prejuízo qualitativo na comunicação”.

Não obstante, tantos critérios descritivos de linguagem acabam por se mostrarem insuficientes para casos como o do próprio LJ. Observe os seguintes dados de linguagem recortados do seu acompanhamento longitudinal.

Dado 1 – 18/01/2005.

O Convite

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1			LJ entra na sala senta-se em frente a Iss e olhando para ela diz	
2	LJ	Vamo brincar?		
3	Iss	Do que você quer brincar?		
4	LJ	De sobe e escorrega	Referindo-se a um brinquedo que tanto ele quanto Iss chamam dessa forma. Trata-se de um jogo em que cada jogador, uma vez que lança o dado, pode subir nas casas acima ou se cair na figura do escorregador e voltar para as casas anteriores.	
5	Iss	Tá legal. Você pega?		
6	LJ	Pego. Onde ?		
7	Iss	Na parte de baixo do armário alto		
8				LJ imediatamente segue as instruções de Iss dirigindo-se ao lugar indicado e pega o jogo.
9	LJ	Quem começa?	Arrumando as peças para começar o jogo.	

Nesse dado encontramos a antítese de muitos dos critérios elencados para descrever a linguagem da criança autista, tanto no DSM-IV, como no CID-10. Para citar apenas alguns deles:

CID-10 – a.1 - Dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social.

CID-10 – a. 2 - Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo.

DSM-IV – 1.a - Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social.

DSM-IV – 1.b - Fracassos em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível do desenvolvimento.

Análise: No dado apresentado, a interação entre os dois interlocutores é flagrante e se destaca pelo caráter de relação, de par, de companhia, de algo que se faz em dupla. São dois sujeitos que se relacionam como parceiros que cumprem uma regra comum aos dois e se envolvem em um *fazer a dois*. Ou seja, jogar um jogo em que está envolvido, além do entendimento das regras, um conhecimento matemático que se refere ao reconhecimento de numerais e a relação de quantidade que eles impõem e, ainda, o domínio de orientação espacial perfeitamente assimilável tanto para mim quanto para LJ.

CID-10 – b.1 -Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes.

DSM-IV – 2.b Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação.

Análise: O dado *se inicia com a fala de LJ* marcando um contra argumento para esses critérios. E colide também com as afirmações que dizem respeito mais especificamente à presença de estereotipias, maneirismos, ecolalias, tão esperados nos casos de autismos e tão ausentes de ocorrências nesse dado.

Dado 2 - LJ (8a 1m) em 17/08/2004.

Tem chiclete?

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado	Observações sobre as condições de produção do
----	------------------	-------------	---	---

			verbal	enunciado verbal não-verbal
1			LJ entra na sala, acompanhado de sua mãe, olha para Iss e diz:	
2	LJ	Tem chiclete?	Iss está conversando com a mãe de LJ e não responde a LJ	
3			LJ não espera Iss terminar de conversar com sua mãe e quando vê a bolsa de Iss - e sabendo que é de lá que Iss tira os chicletes - vai em direção à bolsa.	
4	Iss	Espera um pouco que eu já falo com você	Interrompendo a conversa com a mãe de LJ quando percebe que LJ está mexendo em sua bolsa.	
5	LJ	Deixa...eu olhar na sua bolsa, deixa eu ver .	Vendo que Iss ficou contrariada por ele estar mexendo na bolsa dela.	
6	Iss	Ei, você não pode fazer isso não.	Iss dando uma bronca em LJ.	
7				LJ olha para Iss, para de mexer na bolsa.
8	LJ	Não vou mexer mais só tem de menta. Quero de morango.	Fechando a bolsa de Iss enquanto fala.	

CID- 10 - a.5. Falta de reciprocidade social e emocional.

CID- 10- b.3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos.

DSM-IV -1.c. Falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse).

DSM-IV– 2.c. Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática.

Análise: Esse dado mostra novamente a iniciativa de LJ em uma situação dialógica em que expressa seu interesse por algo: (turno1) “*Tem chiclete?*”. Não sendo atendido, tem uma atitude possível de ser encontrada em uma criança de 9 anos de idade, isto é, procura na bolsa de alguém pelo chiclete que ele imagina existir nesse lugar. LJ não tira essa intenção de pegar o chiclete da minha bolsa do “nada”. Nesses anos tem sido comum a troca de chicletes entre nós, sendo que ele mesmo, já pegou chicletes na minha bolsa quando lhe solicitei.

LJ lança mão de diferentes movimentos de linguagem para dar conta de ajustes sociais tanto em relação a sua mãe quanto a mim, uma vez que ele percebe que não estávamos gostando daquela situação dele mexer na bolsa sem autorização (turno 5) “Deixa eu olhar na sua bolsa, deixa eu ver”. Ele fala avisando que mexe na bolsa, mas isso é diferente de perguntar se ele pode ou não ter essa atitude. A solução de LJ para a situação está (no turno 8) “Não vou mexer mais só tem de menta. Quero de morango”, em relação ao sabor do chiclete que lhe interessa. Há ainda nesse enunciado a ocorrência da flexão verbal na primeira pessoa do singular perfazendo implicitamente o uso do “eu” que muitos autores admitem como inexistente nas crianças autistas.

Dado 3: 20/07/2004.

LJ está muito desatento e repetindo palavras soltas, num determinado momento vai até um dos armários da sala.

Mexendo no Robô

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	LJ	Robô	Pega um robô pequeno de plástico.	
2	Iss	Ah, que legal e o que você		LJ desatento mexe

		vai fazer?		nos braços do robô e gira um botão.
3	LJ		LJ não responde e nem olha para Iss.	
4	Iss	Ah, você está mexendo nos braços do robô? Para fazer o quê?		LJ continua mexendo os braços do robô mais rapidamente sem olhar para Iss.
5	Iss	LJ conta pra mim o que você tá fazendo		LJ continua mexendo no robô e não responde
6	Iss	Já sei o seu robô tem super poderes	Tentando conversar com LJ	
7	LJ			LJ não responde a Iss, olha para outro brinquedo e pega um carrinho.
8	Iss	Ah, agora posso brincar com você, né?		
9	LJ			LJ não responde e nem olha para Iss.

Análise: A interação não aconteceu. Houve uma única demonstração de linguagem na nomeação (do turno 1). Não houve um único olhar, ao contrário apresentaram-se os movimentos estereotipados, confirmando dessa maneira um número relevante de critérios que descrevem o autismo infantil, ao contrário do que ocorreu nos dois dados anteriores.

Esses três dados de linguagem revelam um pouco sobre como é o interagir com LJ, há momentos em que ele se mostra interativo e em outros momentos isso se rompe. O que provoca essa mudança? Não posso responder isso, mas posso adiantar que existem algumas especificidades nas situações em que ele se mostrou interativo. Essas situações não têm a ver, muitas vezes, somente com o fato dele iniciar o diálogo, diferentemente, existem situações que a princípio ele se mostra totalmente ausente e que diante do desenrolar da sessão ele muda positivamente sua postura. No entanto, nos dados apresentados de números 1 e 2, posso fazer dois reconhecimentos.

O Primeiro é o de que não parece tratar-se do mesmo LJ. Parece-me que não dá para imaginar que essa criança dos dois dados iniciais tenha alguma coisa a ver com autismo infantil.

O segundo é o de que as situações experienciadas por LJ nesses dois momentos, não o remetiam a estabelecer relações mais amplas envolvendo, por exemplo, a sua opinião sobre alguma coisa, ou o contar de uma história, ou marcar um acontecimento no tempo. Ao contrário elas exigiam conhecimentos e interferências pontuais. Essas especificidades são confortáveis para LJ porque ele já aprendeu pelas práticas a que foi e é inserido, como lidar com essas situações - sabe o que quer fazer, sabe como tem que ser feito, conta com a participação de um outro para que isso aconteça, entende que a presença do outro é necessária nesse tipo de evento. Porém, é preciso marcar ainda que essas situações, embora, facilitadoras não asseguram *sempre* um lugar possível de interação lingüística para ele.

O que mostra esse conjunto de dados? Que há *diversidade* no funcionamento de linguagem de uma mesma criança autista que os manuais de diagnóstico descritos não alcançam.

Decerto essa instabilidade de linguagem representa um incômodo para os manuais de diagnósticos por reconhecerem em um determinado perfil de linguagem, anulando o que pode existir de diferenças, o seu poder de decisão.

Na tentativa de entender porque isso ocorre deparei-me com a necessidade de tentar olhar mais de perto algumas características desses manuais. Dentre essas características elegi as que dizem respeito, mais especificamente - ao aspecto estatístico, à noção médica de linguagem e à idade de três anos como limite para o diagnóstico de autismo infantil -, que passarei a questionar tomando como contraponto a perspectiva da Neurolinguística Discursiva.

O princípio estatístico é utilizado na consideração quantitativa de frequência de cada item de um conjunto de sintomas agrupados sob um determinado rótulo. Sob o rótulo de Autismo Infantil, como vimos, encontra-se sintomas, na sua maioria, classificados sob os temas de “*lesão*” ou “*prejuízo*” de *interação social e comunicação*. Se a aplicação de tal critério traz, por um lado, a vantagem de alcançar, de maneira prática e facilitada, um maior número de profissionais médicos na utilização desse tipo de manual, por outro lado, o efeito dessa padronização mascara contundentemente as variações mais sutis da criança autista e

como consequência a do autismo. Parece provável que isso seja decorrência tanto da rigidez adotada no padrão de normalidade quanto em relação à referência de autismo, e principalmente, devido à exclusão do sujeito neste tipo de procedimento clínico.

Todo o diferencial entre esse perfil estatístico e a abordagem assumida nesta dissertação se centraliza, portanto, no que o primeiro põe em relevância, ou seja, um perfil orgânico, um padrão homogêneo de resposta; enquanto a segunda, privilegia a existência de um sujeito¹⁷ e sua singularidade, dado que cada um é único, heterogêneo no que revela a sua história que o coloca como nascido em um determinado lugar no mundo, filho de tais pessoas que circulam em uma determinada cultura. Enfim, acredita-se que essas particularidades não podem se extinguir a favor de uma padronização - nem do sujeito, nem do autismo infantil – dado que o autismo infantil é “medido” justamente pelo que cada sujeito apresenta de “interativo”, manifestando sua natureza orgânica, lingüística, psicológica e social.

Essa constatação enaltece a idéia da pluralidade de autismos como propõe Jerusalinsky, 1991, por exemplo, que acredita na existência de diferentes crianças autistas e em diferentes tipos de autismo. Sacks, 1998, também aponta esse discernimento considerando a palavra “autismo” restritiva diante de tudo o que ela revela.

Nesse sentido essa patologia não poderia mais ter uma referência no singular porque é na pluralidade que a encontramos.

O segundo aspecto que proponho apreciar se dá pela divergência entre as concepções de linguagem que se encontram presentes na base teórica da Medicina, na qual a CID e o DSM se apoiam, e o da Neurolingüística Discursiva. Mais do que marcar essas diferenças trata-se de recuperar os possíveis desdobramentos dessas diferenciações.

Esses manuais de diagnóstico se pautam em Escalas Evolutivas de Desenvolvimento Infantil usadas comumente pela Medicina. Essas escalas são tomadas como referência e estabelecem quando (idade) e como (etapas atingidas) as características biológicas, os fatores culturais e sociais se integram no processo de desenvolvimento da criança.

¹⁷ Na literatura específica sob determinados pontos de vista, percebe-se um desconforto em chamar uma criança autista de *sujeito*, visto que algumas produções científicas o referem como *indivíduo*. No entanto, aqui e nesse momento, usa-se o termo sujeito para marcar a sua natureza singular, inserido em uma história familiar, em que pese, ser possível que crianças autistas possam permanecer alheias a isso por toda a sua vida.

Os dizeres abaixo do neurologista infantil Diamant em 1980 espelham o que se considera como aquisição de linguagem infantil nessa abordagem evolutiva de desenvolvimento:

*Não consideramos o choro inarticulado do RN (recém-nascido) uma expressão de “**linguagem**”, mas apenas de desconforto. A persistência de choro inarticulado, no segundo semestre de vida extra-uterina, é expressão de retardo psicomotor. (...) Cem por cento das crianças entre 3 e 8 meses apresentam lalação, decrescendo em seguida para dar lugar a manifestações mais evoluídas (...) Já no oitavo mês surgirão as primeiras palavras e a palavra-frase (...) As primeiras palavras foram monossilábicas. A partir do décimo mês houve duplicação de sílabas com “ma-ma, ta-ta, pa-pa” (Diamant, 1980: 13-14, grifo do autor).*

Nesta apreciação médica, o choro do recém-nascido recebe uma interpretação cabalmente orgânica. A idéia de desenvolvimento não vislumbra a constituição do sujeito psíquico, lingüístico e social. O bebê evolui apenas no ritmo dos processos cerebrais. Essa maturação permitirá que no oitavo mês ocorram as primeiras palavras monossilábicas que depois evoluem e passam pela duplicação de sílabas.

Outras escalas de desenvolvimento descrevem o aparecimento de linguagem na criança e a especificam como área de sociabilização como fez Arnold Gesell (1945/1989) que também considerarei brevemente aqui.

No quadro de Gesell, que se encontra em anexo, há uma ampliação da comunicação exibida pela criança a partir de um grau de complexidade de produção fonatória e maturidade cerebral que se estabelece cronologicamente. Na idade de um ano, a criança diz “eh” e “ta”, enquanto que, mais tarde, com 1 ano e três meses, apresenta duplicação nas suas produções “ta-ta”, “au, au”. Os processos de aquisição de linguagem descritos nessa abordagem são os de imitação e repetição.

A fala, propriamente dita, surge aos 2 anos, período em que a criança *deixa de palrar*¹⁸ para começar a falar e está se tornando membro aceitável do grupo familiar.

¹⁸ - O termo “palrar” é interpretado aqui como próximo à noção de “balbucio”.

O que parece estar em jogo aqui é o reconhecimento da criança por parte do adulto, quando este, atuando como intérprete daquela, na forma fonoarticulatória e fonológica, reconhece que ela já adquiriu o “código” de uma língua que permite ser reconhecida como familiar¹⁹, esse acontecimento alavanca também o reconhecimento dessa criança como alguém, um ser que se expressa.

Entendo, então, que toda a concepção de linguagem do paradigma médico é compatível com uma concepção de língua com características estáticas, assentada na gramática normativa, como se fosse um código, um conjunto de regras gramaticais que devem ser apreendidas pela criança para que ela comunique o que o desenvolvimento do pensamento lhe permite.

A Medicina assume uma visão organicista e biológica da criança e, obviamente, a Neurolinguística não despreza o que há de orgânico e biológico nessa criança. Entretanto, só por este amadurecimento a criança não vingaria, ele precisa do outro para lhe passar o sinal de humano - a linguagem. Privilegia-se, assim, o caráter social, cultural, histórico da *linguagem como constitutiva do sujeito*. Tal como o legado de Vygotsky (1934/1979) em que a linguagem e o pensamento têm origem social, externa, que resultam de trocas comunicativas e sociais entre a criança e o adulto. Linguagem esta que repercute também nas organizações cerebrais desse sujeito.

Coudry 1994,1996 compartilha ainda com Luria a idéia de que há interrelação entre os rearranjos funcionais cerebrais e as diferentes experiências de vida do sujeito desde o seu nascimento e por toda a sua existência.

Nesse sentido, além dos processos de linguagem e psíquicos, o cérebro também entra em expansão de funcionamento e maturidade, o que desencadeia mudanças gradativas na sua integração funcional e dinâmica, como por exemplo: a assimetria funcional dos hemisférios cerebrais, que reporta, para os indivíduos destros, uma especialização do hemisfério esquerdo para as funções sequenciais lógicas, lingüísticas, entre outras, e do

¹⁹ - É como se houvesse um limiar entre o que é possível se denominar de “linguagem” (aquilo que o adulto passa a compreender da manifestação lingüística da criança) e a “não-linguagem” (o “palrar”). Esta dicotomia pode nos remeter à antiga oposição entre “a língua” e “as línguas bárbaras”, em período remoto da história. A este respeito, aliás, é curioso verificarmos que a palavra “bárbaro”, etimologicamente, está ligada ao termo grego que significava, dentre outras coisas, “incorreto (em referência a erros contra o bom uso do idioma grego)” (Machado,1967).

hemisfério direito para o processamento holístico das informações necessárias para identificação das faces, das vozes, das imagens visuais, da musicalidade, entre outras (Luria, 1983).

O que pretendo marcar aqui como antagônico é que a linguagem, na concepção médica, parece que erupciona a partir da maturidade cerebral e que a criança vai desenvolvendo sob a forma de comunicação. Diferentemente, assumo a posição da Neurolinguística Discursiva de que há um caráter social e histórico na linguagem, além de uma relação de reciprocidade entre cérebro e linguagem. Relação esta que se dá no espaço ocupado pela criança e pelo seu cuidador (mãe, pai, outros) e está inserida na cultura, nos discursos e interdiscursos que acabam também por incidir sobre a criança.

O terceiro aspecto tem a ver com a marcação do limite de três anos para se considerar o autismo como possibilidade de diagnóstico. Como foi visto, os manuais de diagnóstico resultam em um conjunto de sintomas de linguagem para diagnosticar os casos de autismo e estabelecem a idade de 3 anos como limite para o seu surgimento. Consideram também outros dois tipos de autismo que surgiriam depois dessa idade com sinais patológicos parecidos: o autismo tardio e o transtorno global de desenvolvimento não especificado. Então, o que essa idade marca, de fato, se ela mesma diagnostica como autismo o que vem antes e depois dela?

A concepção médica de linguagem, tal como descrevemos anteriormente, estabelece como idade propícia para o surgimento da comunicação na criança algo em torno dos dois/três anos de idade. Imagino que isso favoreça a adoção dessa mesma idade no interior de diferentes áreas da Medicina como parâmetro de normalidade ou anormalidade em relação à época em que a criança deve falar.

No senso comum isso também costuma ocorrer, tanto que é constante na clínica fonoaudiológica a procura de pais com crianças de três ou quatro anos que não falam. Eles justificam essa espera alegando que foram aconselhados pelo pediatra ou que esperaram por conta própria supondo que a criança falaria mais tarde²⁰. Existem, ainda, casos em que os

²⁰ A prática clínica fonoaudiológica considera a existência de falantes tardios. Isso acontece nas condições de Rubino (2001) em que a expressão “falantes tardios” surge na década de 80, e para a autora essa expressão nomeia aquelas crianças que *aos dois anos de idade* mostram um desenvolvimento de linguagem mais lento do que a média, mas dá sinais de que todo o restante do

familiares apreciam de maneira diversa esse acontecimento e não é incomum a mãe procurar a ajuda do fonoaudiólogo à revelia do pai que não vê necessidade nenhuma para isso, mesmo que a criança nessa idade não fale quase nada.

Esses acontecimentos da clínica não ocorrem somente nos casos de autismo, mas também em outros casos, dentre estes, síndrome do x-frágil, surdez congênita ou adquirida precocemente que, salvo as diferenças, se aproximam em relação à idade tomada como limite para o diagnóstico.

Vemos claramente o desenrolar desses acontecimentos no Brasil segundo Santos e colaboradores (2003) quanto aos casos de surdez: *o diagnóstico das alterações auditivas ocorre tardiamente, por volta dos 3 ou 4 anos de idade, o que prejudica muito o prognóstico* (Santos e col, 2003:22).

O esperado, então, é que em torno dessa idade, a criança “fale”, no sentido de que verbalize uma materialidade vocal reconhecida na língua, para que se considere que ela apresenta linguagem. Mesmo que a compreensão da criança quanto ao que se fala a ela se mostre diferente. Muitas vezes isso é desprezado como um sinal de alerta para os que vivem com a criança e os que a diagnosticam.

Parece que o imaginário - idade de 3 anos como o limite para a ocorrência de fala na criança - repercute de fato nos diagnósticos das patologias incidentes na infância, mas não se trata apenas disso.

Na análise do primeiro aspecto vimos a questão da singularidade que confere ao sujeito a qualidade de ser único e por isso impossibilita uma visão homogênea tanto do autismo quanto da criança autista; no segundo, temos a relevância do caráter social e histórico da linguagem em detrimento da valorização estrita do pólo orgânico cuja noção de desenvolvimento traz o estabelecimento de um limite para que a linguagem “apareça”: tal qual os dizeres de Gesell (1945/1989): (...) *aos dois anos a criança começa a falar e está tornando-se membro aceitável do grupo familiar*.

Então, o que é dito antes dessa idade pela criança não é valorizado como linguagem? O que é dito nesse período anterior é dito por uma criança que não existe ainda? E se

desenvolvimento está adequado. Não se tratando de uma categoria clínica, ao mesmo tempo não são crianças cuja normalidade esteja assegurada. Alguns se desenvolvem naturalmente, outros podem precisar de intervenção clínica. Para Rubino (...) *os falantes tardios parecem ser interpretados como um limite entre a normalidade e a patologia* (Rubino, 2001:26).

ninguém conseguir atribuir sentido ao que ela diz, espera-se até quando, espera-se como e o quê?

Todas essas perguntas estão inter-relacionadas com os estudos da área da Aquisição de Linguagem que se ocupa em responder como a criança adquire a linguagem. Como a criança se torna um sujeito falante?

Nos trabalhos de De Lemos, especialmente na década de 90, encontra-se uma reestruturação teórica de base psicanalítica dando conta de que o que acontece na linguagem da criança que a permite passar de *infans* a falante não pode ser resumido a um processo de aquisição de linguagem, como um conhecimento cumulativo marcado por estágios de desenvolvimento. Para a autora o que orienta o percurso lingüístico da criança é *o efeito de um processo de subjetivação pela linguagem, subjetivação essa marcada para sempre pela divisão entre ser falado pelo Outro e poder comparecer enquanto diferença nos interstícios dessa fala* (2001a: 28).

Nessa perspectiva a criança é *capturada pelo funcionamento da língua na qual é significada*. O que situa o processo de aquisição de linguagem é a mudança de posição da criança em uma estrutura em que se encontram presentes a língua, o outro (adulto/mãe, pai) e a criança, a tornar-se sujeito/falante.

De Lemos define três possibilidades de posições para a criança nessa estrutura (em que *não há superação de nenhuma das três posições, mas uma relação entre estes pólos*): na primeira posição a criança ocupa um lugar em que há: *uma dominância da fala do outro, na segunda posição, dominância do funcionamento da língua, na terceira posição, dominância do sujeito com a sua própria fala* (op cit.:29).

Se a criança está na primeira posição: *alienada à fala do outro, o funcionamento da língua enquanto outro pólo dessa estrutura se dá a ver como primeira forma de separação*; na segunda posição: *a primazia do funcionamento da língua sobre a relação da criança com a fala do outro se dá a ver (...) a partir do erro, que aí se dá como diferença em relação aos significantes do adulto. (...) A criança é nesse momento impermeável à reação do adulto diante de seu erro, não reconhecendo/escutando no enunciado do outro a diferença que o opõe a seu próprio enunciado*; na terceira posição: *o reconhecimento do erro não advém como efeito da fala em que o adulto exprime seu estranhamento, mas da*

escuta de sua própria fala. (...) um sujeito dividido entre a instância que fala e que escuta (op cit: 21).

É nesse processo de subjetividade que a criança entra na relação com a língua, com a fala do outro, com o discurso que circula na cultura no qual se encontra inserido (mesmo antes de nascer), e se constitui como um sujeito falante. O lugar que a criança ocupa nessa estrutura abriga a dimensão da sua subjetividade, ou seja, a possibilidade de significação nas suas relações com o outro, consigo próprio e com o mundo sempre em uma língua em funcionamento.

A apreciação, no que diz respeito, ainda, à linguagem e à criança será ampliada a partir dos textos neurológicos de Freud, a saber, “A afasia” de 1891 e o “Projeto para uma Psicologia Científica” de 1895.

Sem fazer um aproveitamento longo desses escritos, tomam-se neles aspectos particulares que dizem respeito mais especificamente à apreciação do que Freud chama de *aparelho de linguagem*, no texto de 1891; e de *aparelho de memória*, no texto de 1895.

O motivo de me relacionar com tais escritos freudianos se deve à oportunidade que estes me dão em relacionar a linguagem na criança com uma concepção funcional de cérebro – que por sua vez se aproxima à de Luria - e com uma noção de sujeito que não se limita ao que há de neurológico em si, mas se constitui pela linguagem e na relação com o outro. Além disso, o autor estabelece uma relação da linguagem com outros processos neurológicos/psíquicos que contribuem para a reflexão da relação linguagem-autismo.

Freud escreveu “A afasia” como tese de doutorado²¹ e nela se posiciona contrário a uma visão de cérebro vigente na época. Nessa visão, o cérebro mantinha um funcionamento baseado em uma correspondência de causa (lesão cerebral, alteração anatômica) e efeito (perturbação de linguagem, observação clínica). Nesse sentido uma lesão em uma determinada área cerebral demandaria uma determinada alteração específica de linguagem - uma lesão na terceira circunvolução frontal esquerda resulta uma Afasia motora (Broca, 1861), e lesão no centro sensorial da linguagem localizado na primeira circunvolução temporal causaria uma afasia sensorial (Wernicke, 1874).

²¹ Por afasia entendem-se as alterações de fala e linguagem que um sujeito que já adquiriu linguagem pode vir a apresentar em decorrência de um dano/lesão cerebral.

Analisando as alterações de linguagem de diversos pacientes, Freud se dá conta de que essas alterações são diferentes entre si ainda que se trate da mesma área localizacional, diante disso ele passa a estudar também como se dão os diferentes processos de linguagem. Contudo, Freud, não nega a influência neurológica do local da lesão, mas não admite a existência de uma área específica de linguagem, ao contrário, trabalha com a noção de um campo associativo de linguagem que alcança o cérebro em sua maior parte e funciona solidariamente.

Para dar um suporte teórico às suas proposições, Freud concebe um *aparelho de linguagem* com diferentes funcionamentos de linguagem e dependente da relação com o outro. Esse aparelho está vinculado a um substrato cerebral cortical contínuo que o permite entrar em relação com outras áreas cerebrais, como as da visão, da audição, da tátil e da cinestésica. Trata-se *de um aparelho equipado para associações* (1891/1973: 102) que tem como unidade funcional a *palavra* constituída por elementos *auditivos, visuais e cinestésicos*. A palavra adquire significado por meio da sua associação com a *idéia de objeto* (pelo menos no caso do substantivo). A idéia ou conceito de objeto é também um outro *complexo de associação integrado pelas impressões visuais, auditivas, cinestésicas*. *O conceito de palavra está vinculado com o conceito de objeto pela imagem sonora* (op cit: 90 e 91). Essas associações obedecem a uma hierarquia - os centros cerebrais começam a funcionar em épocas distintas sendo primeiro o sensorial-auditivo, em seguida o visual, depois o motor, e por fim o gráfico.

Garcia-Roza compreende que o aparelho de linguagem *descrito* por Freud *não está pronto no ato do nascimento do indivíduo ele é construído, diferentemente de um “aparelho perceptivo”, que nos colocaria frente a coisas a serem percebidas, o aparelho de linguagem nos coloca em presença de um outro aparelho de linguagem que nos introduz no registro da troca simbólica* (1991:40).

Freud, a partir da concepção teórica desse *aparelho de linguagem* assume que a aquisição da língua materna se dá por meio de associações primárias que vão se modificando em superassociadas: *Não se pode ter uma percepção sem logo associá-la. A localização dos correlatos fisiológicos de uma e de outra é, portanto, a mesma* (op cit: 72).

Como isso ocorre?

Freud estabelece que *a cada vez que o mesmo estado cortical volta a ser ativado o efeito psíquico anterior emerge novamente como recordação* (tradução minha, op cit: 71), isto é, uma vivência enquanto se realiza deixa marcas no substrato cerebral; essas marcas quando reativadas podem ser lembradas e havendo uma primeira associação outras se sobrepõem a essa a partir da experiência e por toda a vida desse sujeito. Assim, para este autor, existe no *aparelho de linguagem* um funcionamento fisiológico que deixa também um registro psíquico no sujeito. Para o autor *a relação entre a cadeia dos processos fisiológicos que se dão no sistema nervoso e os processos psíquicos provavelmente não seja de causa e efeito. Aqueles não cessam quando estes começam, tendem a continuar, mas a partir de um momento, um fenômeno psíquico corresponde a cada parte da cadeia ou a várias de suas partes. O processo psíquico, portanto, é assim paralelo ao processo fisiológico, um concomitante dependente* (tradução minha, Freud, 1973:70).

Se em “A Afasia” um aparelho de linguagem ganha o estatuto de um aparelho psíquico, no “Projeto para uma Psicologia Científica”²², Freud retoma esse aparelho psíquico como um *aparelho de memória* e amplia o estudo em direção ao seu funcionamento.

Para expor tal funcionamento, o autor começa suas considerações tomando o corpo do bebê como um corpo que tem necessidades específicas e que se relaciona com o mundo por meio de algum tipo de ação mediada pela presença do outro e pela linguagem. Quando esse bebê chora de fome, essa situação só poderá ser modificada se alguém (a mãe) interpretar seu choro como fome e lhe der leite, caso contrário ele continuará chorando. Quando a mãe responde a esse choro, atendendo ao bebê, uma primeira experiência de satisfação acontece no corpo desse bebê, o que fica registrado em seu substrato neuronal como um traço (inscrição cerebral). Quando o bebê se encontrar novamente nessa mesma situação ele reedita esse traço para resolver tal situação, (...) *o que dará a esse traço a característica de*

²² Esse texto foi escrito por Freud para representar os processos psíquicos como estados quantitativos incluindo diferentes neurônios (permeáveis, impermeáveis, perceptuais), diferentes quantidades (Q e Qn), presença barreiras de contatos e via de condução, além do pensamento, do juízo, etc. Portanto, o recorte realizado nesta dissertação diz respeito parcialmente à relação da linguagem inicial da criança e as possibilidades de diferentes processos de memória. O referido texto pode ser lido na íntegra na Edição Standard Brasileira da Obras Psicológicas completas de Freud, volume 1. Rio de Janeiro: Ed Imago, 1990.

memória, e permitirá posteriormente a primeira classe de recordações conscientes (Freud, 1895/1990: 491).

Desse modo a constituição da memória depende diretamente da experiência de satisfação no corpo do bebê a partir da presença do outro que toma o choro do bebê como portador de um sentido na linguagem, introduzindo-o na linguagem. Assim, o bebê promove efeito de linguagem nesse falante que o interpretará ainda que ele não fale e sinta no próprio corpo a interpretação desse falante.

Sob o cuidado da mãe, outras experiências de satisfação (não esquecendo de considerar que o corpo do bebê é a sede do prazer e desprazer) vão acontecendo na vida do bebê e seguem deflagrando diferenciações entre os caminhos trilhados cerebralmente, caminhos que permitirão a constituição de um sistema mais complexo de memória: *O material presente em forma de traços de memória estaria sujeito, de tempos em tempos, a um rearranjo segundo novas circunstâncias – a uma retranscrição* (Freud, 1896/1990: 324). Esse processo contribui para que se organize e diferencie cada vez mais o aparelho de linguagem/de memória/psíquico desse bebê, desse futuro falante, em função da sua presença na relação com a linguagem e com o outro.

Retornando agora ao questionamento desse terceiro aspecto dos manuais - a marcação do limite de três anos para se considerar o autismo como possibilidade de diagnóstico –, a partir das abordagens teóricas mencionadas, passo a considerar que a pergunta que tem que ser feita não é de que se aos três anos a criança fala ou não, mas sim se a criança está ou não na linguagem. Como se vê isso? Pela observação da demanda que esse bebê representa para a mãe, pelo olhar partilhado entre mãe e bebê, pelo interesse do bebê na presença da mãe, enfim, constata-se a formação de um par²³ que se relaciona de alguma forma através do corpo da criança, da voz e do cuidar da mãe.

Não há na criança uma percepção pronta para a fala, é preciso que alguém a insira nesse mundo simbólico, e perceba que, na criança, primeiro a fala se dá pelo corpo (choro de fome, por exemplo). Por isso Freud afirma que não há percepção sem associação, ou

²³ Rubino apresenta-nos um estudo centrado na ação interpretativa materna sobre o comportamento espontâneo do bebê, pontuando que esta ação é mediada pela imagem que a mãe faz do bebê. Ela afirma ainda que *a construção de uma matriz dialógica, na qual mãe e bebê se tornam objetos um para o outro, é de crucial importância na transformação do conjunto de representações do bebê pela mãe* (Rubino, 1989:131).

seja, se alguém não *nomear* essa percepção não se saberá do que se trata. Vimos que quando um bebê entra na linguagem, outros processos, além do psíquico, também vão sendo constituídos em seu cérebro, incluindo o corpo, a visão, a audição, o cinestésico, a percepção. Destacou-se, ainda, que as diferenças deixadas pelas trilhas que constituem a memória resultam em diferentes memórias, como a memória de gestos, cheiros, sensações.

A linguagem²⁴ possibilita que todos esses processos entrem em funcionamento e sob esse efeito a criança já está inserida em uma cultura antes de nascer. Mas, é na constituição de sua história que passa pelo outro na língua em funcionamento, quando essas palavras ganham sentido e especificidade de relações associativas e permitem por toda a vida a formação do seu próprio discurso com o que há de coletivo e particular nele.

No entender de Freire (2005), Freud em 1895 postula também que há um *continuum* cortical e há da mesma forma um *continuum* psíquico, em que pensamento e linguagem estão intimamente relacionados. Segundo a autora, (...) *o pensamento se estrutura de modo análogo à linguagem, isto é, pela inscrição de diferenças que caracterizam as associações. A linguagem permite a memorização de um ato de pensamento e, portanto, sua reprodução e o repensar que pressupõe um amálgama entre fatos do pensar e fatos da linguagem (...)* (Freire, 2005: 91).

Quais são as implicações das considerações teóricas apresentadas nos três aspectos apontados que caracterizam o autismo e como a linguagem é usada para fins de diagnóstico?

O autismo não pode ser diagnosticado só porque a criança não entra em interação com o outro, apresenta-se repetitivo na fala e nos maneirismos, no limite de até três anos de idade. A linguagem não pode ser considerada apenas como fala articulada. Vimos que ela está implicada como fator desencadeante de outros processos que passam pelo corpo, percepção, associação, memória, pensamento, dentre outros. Portanto, o autismo vai para além da linguagem enquanto sintoma. Trata-se de pensar se essa criança entrou na linguagem, como se deu essa entrada e como isso repercute nos processos que se dão a partir da linguagem.

24 Nessa dissertação, o uso do termo *linguagem* não inclui apenas a do tipo oral; assim a linguagem apresentadas pelo surdo ou pelo cego, por exemplo, embora, privilegie rotas neuro/psíquicas diferentes do sujeito ouvinte e visual não perdem por isso seu caráter de ser constitutiva do sujeito.

Esses referenciais teóricos que acabo de explicitar nesse tópico serão retomados na segunda parte dessa dissertação por ocasião da realização da análise dos dados, servindo de base e de sustentação para grande parte das reflexões ali expostas. Através dos dados de linguagem pretende-se evidenciar como LJ, uma criança autista, se constitui como sujeito através da linguagem, como a sua entrada na linguagem repercute nos processos tão dependentes entre si. Todas essas questões serão consideradas, e respondidas na medida do possível, a partir da pergunta: Como LJ “habita” a linguagem?

No entanto, apesar de perceber a distância organizacional que existe entre essa explanação e o seu reaproveitamento no corpo do texto, considereei imprescindível essa exposição teórica nesse momento, dado que na análise do terceiro aspecto dos manuais encontra-se em evidência a criança e o seu processo de subjetivação pela linguagem, bem como, o equívoco da noção médica de linguagem: questões diretamente relacionadas ao diagnóstico do autismo infantil e de outras patologias da infância.

Um dizer de mãe

Tendo posto em relevância as questões que envolvem o autismo infantil, a criança, a linguagem, passo agora ao último tópico dessa primeira parte que diz respeito à busca realizada pelos pais do diagnóstico dos seus filhos autistas, sendo que suas queixas quase sempre se iniciam com questões envolvendo a linguagem.

Para tal propósito adoto como referência o relato de M, mãe de LJ. Esse caminho, a princípio, se deveu a uma escolha didática e acabou-se revelando como um lugar de encontro com os diferentes discursos que incidem sobre o autismo infantil, sobre a criança autista, e mais especialmente, dá visibilidade aos momentos iniciais da relação - LJ e M.

Iss: Eu queria que você falasse como foi a descoberta do diagnóstico de LJ?

M: *Ele tinha de 6 a 8 meses aproximadamente e eu não achava natural o choro contínuo dele, ele só chorava, só chorava, e não reagia a estímulos né? a brincadeiras, a nada. Aí, eu levei num neuropediatra, fiz os exames que me foram pedidos na época, mas ele não fez nada. Eles não justificaram o choro, que era minha primeira preocupação. Os neuropediatras falavam que era normal, que tinha que esperar, ele podia ser mais agitado que outras crianças.. Perto de um ano, comecei, eu tenho tudo documentado e nunca ninguém disse o que ele tinha. Conversando clinicamente com um deles, depois da*

consulta, ele disse “seu filho tem os traços”, mas ninguém nunca assinou: “seu filho é autista”. Fiquei muito angustiada, não me encaminharam pra nada, só fono (fonoaudiologia) quando ele tinha mais de dois anos, mas aí eu também já estava procurando ajuda sozinha.

Iss: E a sua família achava que ele tinha algum problema?

M: *Ninguém nunca quis compartilhar, “Isso é coisa da M” diziam.*

M. conta nessa gravação do dia 07/11/2001 que sua busca primeira era a de que alguém lhe explicasse porque seu filho chorava tanto.

Um filho que não reage a brincadeiras, *que só chorava, só chorava*. Como conseguir atendê-lo ou entendê-lo?

Na fala de M parece que temos a materialidade da situação em que ela queria cuidar desse bebê, mas não conseguia entrar em um entendimento com ele. As reações dele davam conta de que existia alguma coisa que ela não compreendia. Como atingir o corpo, o psíquico, desse bebê que não mostra os sinais de satisfação e de insatisfação? Aparentemente, aquele bebê imaginado agora só chora e passa a ser uma preocupação que reflete na demanda de M para com LJ.

Quando LJ contava com 6 a 8 meses de idade, M começa a procurar pelos médicos.

Pelo seu relato, vemos que as explicações médicas que recebia sempre giravam em torno de uma normalidade da criança que seria assegurada por um tempo de espera da mãe. Como então, essa mãe se relaciona com o filho enquanto cumpre esse tempo de espera? E por quanto tempo ela deverá esperar?

Em princípio, o que o médico diz funciona como um alívio porque o peso da palavra do médico tem muita importância em nossa cultura.

Não são todos os pais que percebem tão cedo que seus filhos se apresentam como LJ, muitos não se dão conta disso. Alguns se relacionam com os filhos de uma maneira diferente, outros não têm vivência com criança pequena e julgam esses comportamentos como naturais. Então, a mãe (e/ou o pai) que vai até o médico tão precocemente se coloca diante desses fatos de uma forma diferente. Muitas dessas mães sabem alguma coisa sobre

o autismo ou sobre surdez infantil e por isso temem algo mais grave. Não raramente são os próprios pais que levantam a hipótese de autismo.

Estudos como o de Geissmann e Geissmann (1993), citados por Paravadini (2002), se preocupam em conhecer algumas das condutas dos profissionais da Medicina relacionadas ao diagnóstico do autismo. São elas: tendência a minimizar os sintomas, dando segurança aos pais e aconselhando-os a esperar; solicitação, cada vez mais, de realização de exames mais completos e, por fim, suposição, feita aos pais, de que a criança apresenta deficiência mental e que permanecerá para sempre assim sem esperanças de melhoras.

Há, também, um receio de se fazer um diagnóstico que posteriormente não se confirme, criando uma situação absolutamente desfavorável tanto para a criança como para a família. Esse risco pode existir quando ocorre uma supervalorização dos indicadores da patologia, somado à desvalorização do contexto familiar.

O Instituto de Salud Carlos III, da Espanha (2004), demonstrando essa preocupação, juntamente com entidades que cuidam de autistas, faz uma investigação epidemiológica do autismo, tentando alcançar uma visão integradora na realização do diagnóstico, para reduzir os falsos positivos e aumentar os verdadeiros.

Alguns trabalhos estão sendo realizados com os médicos da primeira infância (pediatra, neurologista infantil, etc), objetivando aproximar e familiarizar mais o olhar médico dos sinais precoces e indicadores de autismo infantil. Um exemplo desse tipo de investigação é o da psicanalista Marie Christine Laznik, na França.

Seguindo na mesma direção, o psicanalista brasileiro Paravidini (2002) realizou, na região de Uberlândia (MG), a viabilização de dispositivos técnicos que possibilitassem o diagnóstico precoce de sinais de risco de autismo infantil em crianças com menos de três anos de idade conjugado com o serviço de puericultura.

Outras classificações também ampliam essa investigação clínica como, por exemplo, o CHAT (Checklist de autismo com uma escala investigativa em bebês a partir de 18 meses de idade) idealizada por Baron-Cohen, Allen e Gillberg em 1992.

No caso de LJ, a mãe percebe logo que só esperar não adianta muito, então, continua buscando a resposta para sua pergunta em diferentes especialidades médicas. LJ agora é um bebê que suscita uma relação de investigação. Deste modo, consultou vários profissionais, sendo LJ submetido a diferentes exames, como: BERA, Ressonância Magnética,

Eletroencefalograma, entre outros. O que se procura quando se realiza esses procedimentos? Procura-se uma causa orgânica que explique, de uma vez por todas, o funcionamento diferente dessa criança, excluindo-se simultaneamente outras possibilidades. Ele seria surdo? Ele tem um problema neurológico? Será que ele enxerga direito? Será que ele tem alguma dor contínua?

Comumente, a criança autista é confundida, em princípio, com as crianças deficientes auditivas pelo fato de que não respondem quando se fala com ela. A realização do BERA tem o objetivo de esclarecer definitivamente esse diagnóstico diferencial de forma definitiva, uma vez que pesquisa as respostas auditivas em nível de tronco cerebral e não depende da resposta da criança, que fica inconsciente durante a realização do exame. No caso de LJ, esse exame teve o resultado de normalidade.

A deficiência visual também é citada porque o olhar da criança autista pode não se dirigir para as pessoas e quando o faz pode dar a impressão da existência de certa opacidade nesse olhar. A repetição de alguns movimentos corporais também se parece com os desenvolvidos por crianças pequenas deficientes visuais (Sacks, 1998).

Os exames de LJ continuam e foi encontrado no eletroencefalograma de abril de 1998 sinais focais em área têmporo-parieto-occipital no hemisfério esquerdo que não se confirmou posteriormente. A partir de uma análise superficial, e sabendo que apreciações mais específicas seriam possíveis poderia se dizer, segundo Luria 1981/1983, que as áreas atingidas por essas alterações se responsabilizam pelos registros das informações vindas do externo, pela conservação dessas informações na memória, além de alteração na recepção auditiva primária. Todo esse funcionamento envolve esse cérebro, plástico e neurodinâmico, como um todo e são processadas no hemisfério esquerdo que em destros como LJ é majoritariamente associado ao uso da linguagem espontânea.

LJ realizou também a Ressonância Magnética que como citado anteriormente nada constatou, porém, os exames de neuroimagem estão sendo muito utilizados em pesquisas que buscam uma causa orgânica para o autismo.

Como resultado, essas pesquisas indicam a presença de alterações anátomo-funcionais incluindo, por exemplo, as de situação *pós-mortem*, como as divulgadas por Bauman e Kemper, em 1985, em que descrevem que as maiores alterações cerebrais das crianças

autistas se encontram no lobo temporal médio, nas estruturas límbicas, no hipocampo, no septo médio e na amígdala.

Outros estudos dão indícios de alterações cerebelares em autistas (Courchesne, 1995); hipoperfusão sanguínea predominante nos lobos temporais e parietais (Mountz e col, 1995); anomalias de lobo temporal médio e redução do volume do hipocampo, (Russel, 2000); aumento de volume cerebral e ventricular nos lobos occipitais, parietais e temporais, bem como anomalias em um sistema centrado na amígdala. (Eliez e Reiss 2000; Baron-Cohen, 2000).

Fazem-se presentes ainda as alterações no córtex frontal mesial direito em crianças com Transtornos Globais de Desenvolvimento (Santosh, 2000); alterações anatômicas no corpo caloso, no septo pelúcido, nos ventrículos cerebrais, no cerebelo, no lobo temporal, no lobo occipital e no hipocampo. Além de alterações funcionais predominante nos lobos frontal, temporal e nos núcleos da base (Machado e col, 2003), alterações funcionais das distintas áreas que configuram a zona perisílvica ou perisilviana também estão relacionadas com as diversas linhas de conduta que definem e caracterizam o autismo (Baduell e col, 2005). As alterações quanto à presença de epilepsia também são consideradas, encontrando-se fortes indicadores de que sua incidência é mais alta na população de autistas, sendo mais freqüentes na adolescência destes do que em qualquer outro momento da vida (Tuchman, 1997; Rapin, 1998; Giovanardi, 2000). Thomas Zeffiro (2004), da Universidade de Georgetown (EUA), considera a possibilidade de encontrar um padrão ou uma série de padrões de circuitos ativados no cérebro associado com o desenvolvimento do autismo.

Se a proposta inicial de cada uma dessas pesquisas foi a de circunscrever uma determinada relação entre alteração/área cerebral e a causa do autismo infantil, o que se descobriu foi que praticamente o cérebro todo pode estar incluído dentre as áreas alteradas. Essas pesquisas tornam-se, então, inconclusivas quanto ao objetivo inicial na medida em que estas alterações também se apresentam em patologias diferentes de autismo.

Apesar disso, podemos perceber que algumas estruturas cerebrais envolvendo formação reticular, hipocampo, sistema límbico, lobos frontal, temporal, occipital e parietal e região da amígdala foram citadas mais freqüentemente nos resultados apresentados. O que estas alterações anátomos-cerebrais têm a ver com linguagem?

Tomando a noção de cérebro desenvolvido por Luria (1995) que concebe o cérebro como um sistema funcional solidário, essas regiões cerebrais participam não só do trabalho lingüístico de ordem verbal e não-verbal, como também de outros sistemas responsáveis pela atenção, pela memória, entre outros.

O sistema límbico (no qual o hipocampo se inclui) é uma das condições mais importantes de manutenção do tônus cortical, garantia de estado emocional normal; a amígdala atua na capacidade de observação do ambiente; enquanto que as áreas parietal e occipital participam dos registros das informações e conservam na memória os vestígios da experiência adquirida.

O corpo caloso, por sua vez, tem a função de unir os dois hemisférios cerebrais (direito e esquerdo) e, quando algo acontece nessa região, os hemisférios passam a funcionar isoladamente, tornando-se desconexos. A assimetria funcional dos hemisférios cerebrais reporta para os indivíduos destros uma especialização do hemisfério esquerdo para as funções seqüencial-lógicas, lingüísticas, entre outras; e a do hemisfério direito para o processamento holístico das informações necessárias para identificação, por exemplo, das faces, das vozes, das imagens visuais, da musicalidade (Luria, 1983, 1981).

Quanto aos lobos frontais, estes se ligam com a formação reticular ascendente e descendente, isto é, (...) *estão comprometidos com o controle permanente da atividade em processo; desempenham papel decisivo na criação de intenções e formulação de programas de ação que concretizem essas intenções* (Luria, 1995:112-113).

M, na anamnese realizada logo no início do tratamento, informa que, além dos exames neurológicos, exames sanguíneos foram realizados com diferentes finalidades que resultaram normais. No entanto, pesquisas das alterações neuroquímicas em indivíduos autistas dão conta de que o metabolismo da glicose encontra-se reduzido tanto na região anterior quanto posterior do giro cingular (Santos, 2000), capacidade da síntese do neurotransmissor serotonina elevada em 30% no seu nível sanguíneo (Buitelaar, Eliez e Reiz, 2000; Diaz Athienza, 2001).

O que mais o relato de M nos traz?

Num determinado momento, segundo M, o médico lhe disse *seu filho tem os traços, mas ninguém nunca assinou “seu filho é autista”*. *Fiquei muito angustiada..*

A questão de se atestar sobre a presença de traços de autismo, extraindo-se, assim, um sub-conjunto de sinais dessa patologia de um conjunto maior constituído pelos critérios totais da descrição dessa síndrome tal qual se encontra no DSM-IV ou no CID-10, mostra mais uma vez a existência de diversidade entre os sujeitos autistas que esses manuais de diagnósticos não consideram.

Como já referi, atualmente usam-se termos como o de Síndrome do Espectro Autístico para evidenciar uma particularização diagnóstica. Compartilham também dessa idéia os estudiosos e pesquisadores que buscam as causas genéticas para o autismo. Um grande número de pesquisas acontece nessa área a partir do Projeto Genoma Humano²⁵.

Grandin (1999), co-autora de sua biografia, como autista, acredita que o autismo atinge uma graduação que vai do normal até o anormal, e é causado por características genéticas envolvendo vários genes, sendo que os traços autistas parecem atenuados nos pais, irmãos e nos parentes mais próximos de uma criança autista. Como ela, Gillberg (2004, 2005) assinala diferentes formas de autismos que variam de sinais, sintomas que vão do mais simples até os mais graves e acredita na existência do envolvimento de mais de cem genes nessa patologia.

O relatório do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano dos Estados Unidos (NICHD, 2002) considera que nada está definido como a causa do Transtorno do espectro autista, sendo, provavelmente, uma combinação de causas, especialmente de ordem genética. Essa afirmação está ancorada em pesquisas que indicam que, quando o autismo ocorre em gêmeos idênticos (compartilham os mesmos genes), ambos apresentam autismo em 60% dos casos. Em gêmeos fraternos (não compartilham os mesmos genes), ambos apresentam a condição somente entre 3% e 6% dos casos.

Baron-Cohen e col (2002) consideram o espectro autístico, sugerindo que os matemáticos, os físicos e os que lidam com informática ou que trazem um comportamento extremamente voltado para esse único interesse e que, além disso, apresentam dificuldade em socialização, possivelmente, encontrem-se nesse espectro amplo do autismo e podem ter filhos com transtornos autísticos.

²⁵ O Projeto Genoma Humano (PGH) é internacional e se iniciou em 1990 com o objetivo de identificar os 36 mil genes humanos e de determinar a seqüência das 3 bilhões de bases químicas que compõem o DNA humano.

No caminho inverso, existem pesquisas genéticas tentando especificar um gene como causador exclusivo do autismo infantil. Os resultados indicam que o autismo está associado especialmente ao cromossomo de número 1, ligado, por exemplo, as neuropatias, a deficiência auditiva congênita, a doença de Alzheimer (Risch e cols, 1999); ao cromossomo de número 7, relacionado aos transtornos de linguagem (Ingram, 2000); aos genes de números 7 e 13, sendo este último associado, entre outros, aos erros inatos de metabolismo e má formação neurológica (Barrett, 1999); ao cromossomo 15, que diz respeito ao desenvolvimento (Smith, 2000, e Pesquisadores da Universidade de Duke, EUA, 2001); ao cromossomo 7 e 15 (Maestrini e cols, 2000); à implicação de uma região do cromossomo 2 que se associa, entre outras, à dislexia, à distrofia muscular, às neuropatias (Buxbaum, 2004).

Temos ainda que, enquanto Rutter (2000) indica uma dependência aparente, do autismo em relação ao *imprinting*²⁶ materno com alteração no cromossomo de números 7 e 15, Donnelly (2000) aceita a hipótese de que a origem paterna do cromossomo X influencie alterando de alguma forma a cognição social no autismo infantil.

A pesquisa genética também auxiliou na revisão da relação entre o autismo infantil e a Síndrome do X-frágil, a qual já foi tomada como um modelo biológico para o autismo, e atualmente essa ligação indica uma baixa incidência que se aproxima em apenas 3% dos casos. (Meyer, 1998; Diaz Atienza, 2001; Steiner, 2002).

Diante da variedade de achados genéticos, não se pode dizer ainda que haja alguma conclusão definitiva nessa área.

Se não há nada de definitivo, quais outros comportamentos são tomados como indicadores de que se trata de uma criança autista? Rememorando a história de LJ trazida por M na anamnese, um dos comportamentos que chamava muito a sua atenção, era a

²⁶ Segundo Paiva, Freitas e Vilela (2005), com exceção dos cromossomos sexuais, X e Y, para a totalidade dos genes restantes dos cromossomos autossômicos, existem dois alelos ativos, cujas manifestações fenotípicas dependem da sua dominância ou recessividade. No entanto, recentes estudos mostraram que, para alguns genes, o postulado da contribuição equitativa dos progenitores não se aplica. Nesses casos excepcionais, observa-se que apenas um dos alelos, paterno ou materno, é normalmente expresso. O alelo herdado de um dos progenitores comporta-se de forma distinta do alelo herdado do outro progenitor. Este fenômeno denomina-se “*imprinting* genômico”, já que se admite que um dos alelos parentais adquiriu, presumivelmente, uma marca (*imprint*) de natureza supostamente bioquímica.

intolerância em relação a alguns sons de objetos e à música clássica. Nessas situações, ele ficava “*nervoso*”, “*agitado*” e “*chorava*”.

Gomes e col (2004) verificaram a hipersensibilidade de crianças autistas aos sons através da pesquisa do reflexo estapédico²⁷ e concluíram que as manifestações comportamentais não estão associadas à hipersensibilidade das vias auditivas, mas sim a dificuldade no processamento superior envolvendo sistemas que comumente estão comprometidos nos pacientes de espectro autista, como o sistema límbico.

Na literatura sobre o autismo infantil, encontra-se a descrição de hipersensibilidade em alguns tipos de percepção. Grandin (op cit) descreve que ela própria tem uma sensibilidade exagerada a sons e ao toque. Para esta autora, essas sensações geram desconforto físico e emocional, além disso, acredita que os autistas, em casos mais graves, podem ouvir a fala como um amontoado de som (diferente de como ouvimos a voz humana), como se houvesse, na verdade, uma espécie de surdez à voz humana.

A autora refere ainda que Donna, uma autista conhecida sua, tinha problemas maiores quanto ao processamento perceptivo cerebral. Donna só conseguia dar conta de um canal sensorial de cada vez, assim se estivesse precisando se concentrar em ouvir o que alguém dizia, era incapaz de reconhecer que um gato havia pulado em seu colo, por exemplo; por outro lado, dando atenção ao gato, sua percepção da fala ficaria bloqueada. Ela também apresentava dificuldade de determinar os limites do corpo.

Também em relação a isso, Bonnet–Brilhault e col. (2004), do Instituto da saúde mental da França, de base cognitivista, seguem os seguintes critérios em se tratando de crianças autistas:

- 1 - O desenvolvimento da criança autista não é harmonioso e sim lacunar: as áreas cerebrais se desenvolvem diferente e assimetricamente;
- 2 - Está rompida, nessas crianças, a percepção de outras pessoas; o mesmo não acontece com objetos;

²⁷ Em Carvallo e Soares (2004), encontramos que a pesquisa dos reflexos acústicos em Audiologia possibilita a investigação do sistema aferente (sensorial) e do sistema eferente (motor) do arco reflexo estapediano, além do sistema tímpano ossicular. Carvallo & Mangabeira Albernaz (1997) explicam que o reflexo acústico envolve núcleos auditivos do tronco cerebral relacionados a atividades de processamento auditivo. Portanto, as alterações de reflexo acústico indicam problemas como localização, atenção seletiva, reconhecimento de fala no ruído e seletividade de frequência.

3 - Há anomalias da percepção visual motora nas crianças autistas e isso acontece também quando elas vêem outra pessoa fazendo qualquer movimento ou em movimento;

4 - Há confusão entre o ruído e a comunicação humana.

No caso de LJ, já durante o processo terapêutico, ele demonstrou o domínio de outra percepção diferenciada, conhecida como hiperlexia, que é a habilidade que algumas crianças apresentam de ler mesmo antes de desenvolver a linguagem falada (DSM-IV, 1994), demonstrando, porém, dificuldade para compreender tudo o que leem. A experiência da descoberta dessa capacidade de LJ foi bastante intrigante tanto para M. como para mim, pois parecia ilógico imaginar que ele pudesse de fato ler as placas da rua, os nomes dos brinquedos que estavam escritos nas caixas, os meses do ano no calendário, se não conseguia conversar com alguém. De início, imaginava-se que todo esse comportamento estivesse ligado a sua memória visual, que é muito boa. Assim, podia se considerar que ele não lia apenas decodificava as letras. A escrita e a leitura foram incluídas como mais uma possibilidade de interação com LJ e se revelou como um lugar fértil. LJ agora lia os bilhetes simples e demonstrava entender os dizeres que neles continham.

Geralmente a presença da hiperlexia é associada aos sujeitos portadores da síndrome de Asperger ou aos chamados autistas de alto funcionamento. Por que de alto funcionamento? Se, em 1943, Kanner associou o autismo à inteligência superior, com a ampliação dos estudos sobre o autismo, passou-se a identificarem-no também com a deficiência mental (Ritvo, 1976; entre outros). Deste modo, a descrição da síndrome de Asperger ficou mais apropriada para as crianças muito inteligentes, mas que mantêm ainda assim uma dificuldade de se sociabilizar, de se relacionar com o outro.

Penso que vale a pena acrescentar que essa inteligência, no caso de LJ, mostrou-se bastante específica, pois o aprendizado resultante não entra em relação com um todo presumível, isto é, não se percebe na maioria das vezes o estabelecimento de relações entre as diferentes aprendizagens. Aparentemente, alguns desses aprendizados têm uma validade de tempo, isto é, em uma determinada época, ele é capaz de falar sobre determinado assunto que aprende na escola, por exemplo.

O que pode ser feito para tratar o autismo?

Foi a própria M que um dia me falou sobre a relação entre as alergias alimentares e autismo. O que se sabe sobre elas? Algumas substâncias alimentares (caféina, glúten,

açúcares e aditivos de alimentos) são referidas como nocivas ao organismo de algumas crianças e desencadearia o autismo infantil. Essa intolerância é devida a um mau funcionamento enzimático do intestino quando o aparelho digestivo se torna incapaz de metabolizar algumas proteínas, dando vazão a um aumento dos péptidos²⁸ que passam para a corrente sanguínea e daí para o cérebro, desencadeando uma desorganização de numerosas funções do sistema nervoso central como, por exemplo, percepções e emoções.

Esse processo também pode ser conhecido como a Síndrome do Intestino Poroso (Quigley e Hurley, 2004). Apesar de ter se institucionalizado a venda, até via internet, de *kits* de produtos alimentícios livres dessas substâncias especialmente para crianças autistas, não há nenhuma comprovação de sua eficácia. As *vitaminas* também são temas de estudos que insistem que essas crianças podem ser beneficiadas por altas doses de vitamina B6, ácido fólico e vitamina C, por exemplo, mas também não há nenhuma comprovação disso.

A ocorrência de um caso de autismo infantil desperta, em alguns membros da família, a idéia da hereditariedade ou de alguma causa desencadeante do autismo, como o uso da vacina tríplice, por exemplo. É o caso de uma parenta de M. que decidiu não aplicar tal vacina em seu filho recém-nascido depois de confirmar com M que LJ a havia tomado.

A *vacina tríplice viral* (sarampo, caxumba e rubéola) tem sido apontada como uma das causas do autismo, devido ao fato de que sua aplicação, talvez, possa sobrecarregar o sistema imunológico ainda imaturo das crianças pequenas e promover um dano na parede intestinal, no processo já descrito como a síndrome do intestino poroso. A pesquisa divulgada pela “The Lancet”, em 1998, relatando essa descoberta por um grupo de cientistas britânicos, deixou em pânico os pais ingleses e americanos, diminuindo, pelo menos na Inglaterra, o número de crianças imunizadas contra tais enfermidades. Em 1999, essa mesma revista científica publicou um artigo dos doutores Brent Taylor, Elizabeth Miler e colaboradores, da University College, de Londres, afirmando que, depois de analisarem 500 casos de autismo, concluíram que não há relação possível entre esses casos e a vacina tríplice.

28 Esta união se dá entre o grupo carboxila de um aminoácido com o grupo amina do outro, ocorrendo liberação de uma molécula de água (Reação de Condensação). A ligação que une dois aminoácidos denomina-se ligação peptídica ou amídica. Os peptídeos são biomoléculas que contêm de dois a dezenas de resíduos de aminoácidos unidos entre si através de ligações peptídicas. Muitos atuam como hormônios, outros são neuropeptídeos. Alguns outros agem como toxinas ou antibióticos e outros são adoçantes (Mirarida, 2005).

No entanto, as vacinas, apesar dos resultados dessas pesquisas, continuam consideradas na relação com o autismo, agora a partir da presença de neurotoxinas como o mercúrio (thimerosal) e outros metais pesados utilizados na sua fabricação. Essa relação nasceu da semelhança entre alguns comportamentos apresentados pelos autistas e por pessoas contaminadas por mercúrio. Ainda que alguns cientistas afirmem que não é possível estabelecer essa relação, a Sociedade de Autismo da América, juntamente com alguns dos congressistas norte-americanos, apoiam o decreto “Mercury Free vaccine act of 2005” em favor da retirada do mercúrio das vacinas usadas em bebês e mulheres grávidas.

Em relação ao meio ambiente, listam-se o risco da exposição ao mercúrio, metais pesados, drogas teratogênicas (como a talidomida, por exemplo), excesso de álcool na gravidez, consumo de drogas e uso de remédios abortivos, como possibilidades causais do autismo infantil. Os *agentes infecciosos* considerados como causadores do autismo são aqueles presentes nas infecções pré-natais e pós-natais. Dentre as que passam de mãe para o filho estão associadas ao autismo: rubéola, toxoplasmose, varicela, herpes, entre outras. A relação melhor conhecida é da rubéola.

Quanto aos tratamentos farmacológicos ministrados para o autismo, não existe nenhuma droga específica para tal, o que existe são remédios usados para dar conta de algum sintoma exacerbado em um determinado sujeito autista como, por exemplo, conduta perseverativa, déficit de atenção, entre outros (Ingram, 2000; Assumpção, 2003; Alessandri, 2005).

Esses sintomas podem estar presentes também em outras patologias com alterações biológicas. Há nesse aspecto um cuidado em estabelecer um diagnóstico diferencial que se estende a outra possível associação do autismo com alterações de ordem psiquiátrica como, por exemplo, o transtorno por déficit de atenção e hiperatividade (TDHA), transtorno bipolar, transtornos alimentares (anorexia e compulsão alimentar), transtornos do sono, transtornos de personalidade, esquizofrenia, catatonia, entre outros (Assumpção, 2004; Moraes, 2005; Gillberg, 2005).

No caso de LJ foi ministrado por volta dos 3, 4 anos de idade o Tegretol para controlar o humor, a agressividade. No entanto, ele reagiu mal ao remédio mostrando-se apático. Sua mãe decidiu-se então pela Homeopatia, onde se mantém até hoje.

Um dos psicofármacos que tem sido recomendado para crianças autistas é a *Ritalina*, trata-se de metilfenidato, um estimulante do grupo das anfetaminas. Sua indicação se deve especialmente para o tratamento do déficit de atenção com hiperatividade. A ministração dessa droga iniciou-se nos Estados Unidos, e nos últimos anos passou a ser bastante adotada no Brasil, mas isso não é regra geral, a França, por exemplo, se posiciona contra o aumento do uso desse remédio e recorre mais frequentemente às indicações terapêuticas.

Também chamada de “droga da obediência” ou de “babá química”, a *Ritalina*, atua na região frontal do cérebro deixando a criança menos agitada e mais concentrada, a venda desse medicamento no Brasil no ano de 2004 atingiu o número de 739 mil caixas do medicamento, apontando em quatro anos um aumento nas vendas de 940% (Folha de São Paulo, 2006).

As indicações de fonoterapia, psicoterapia, equoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, musicoterapia, teatro, são alguns dos procedimentos indicados no tratamento de autismo.

Tomando mais uma vez como fio condutor dessa exposição o relato de M temos que em um determinado momento ela diz ... *tenho tudo documentado ..ninguém nunca assinou “seu filho é autista”*.

Por tudo o que vimos nenhuma causa orgânica, genética, neuroquímica, ou bioquímica provou definitivamente que seu filho é autista. Parece que o uso do termo *documentado* quando ela poderia dizer, por exemplo, *guardado* marca mesmo esse lugar de investigação que vai além do território médico, clínico e ganha um estatuto de documento oficial. E o que se oficializa? Oficializa-se que ela tinha uma queixa importante e que não foi “escutada” de princípio. No entanto, LJ tem a particularidade de apresentar características lingüísticas, psíquicas, sociais, do autismo enquanto um estado que dificulta a sua relação com o mundo, com o outro e consigo mesmo.

Contudo, sabe-se que não há, por enquanto, tratamento farmacológico para o autismo, não há operação, não há possibilidade de transplante em nenhum órgão, então o que os médicos deixaram de fazer lá naquela época em que LJ tinha entre 6 e 8 meses de idade?

Deixaram de dar a M. a única receita disponível até agora em relação ao autismo que é a possibilidade da precocidade no tratamento terapêutico. Tratamento, que posteriormente acaba procurando como ela própria diz: *sozinha*.

Laznik-Pennot, do interior de seu trabalho psicanalítico em que dá atendimento a mãe e sua criança autista, escreve sobre isso:

Sabemos a que ponto as condutas estereotipadas e as reações paradoxais das crianças autistas podem desorganizar os pais, ocultando para eles, inclusive o valor de ato ou de fala de tal produção de seu filho. É preciso reconhecer que um bebê que não chama ou para de chamar, que não olha ou para de olhar, desorganiza completamente sua mãe. A partir de então, instala-se um círculo vicioso que deve antes de tudo ser rompido.
(1997: 11)

Nesse último tópico dessa primeira parte deu-se notícias de que muitas pesquisas são feitas sobre o autismo, e se o autismo desperta interesse nas ciências, ele também o faz nas artes. Apesar de sua incidência ser menor do que em muitas patologias, filmes são feitos e livros são escritos sobre essas crianças. Há relatos de casos reais, embora, em sua maioria seja ficção que trazem mais frequentemente o perfil apresentado pelos portadores da síndrome de Asperger.

Alguns dos filmes que envolvem a criança/ adulto autista são: *Rain Man*, drama, filme americano de 1988, dirigido por Barry Levinson retrata o momento em que um jovem descobre a existência de um irmão autista com o qual passa a viver; *Meu filho, meu mundo*, um drama americano muito veiculado na televisão aberta e que mostra o esforço de uma mãe para ajudar seu filho autista a se relacionar com ela e com o mundo. Outro filme é o americano *Código para o inferno*, pertencente ao gênero policial, realizado em 1998 e dirigido por Harold Becker, conta a história de um menino autista que é testemunha do assassinato de seus próprios pais e, por isso, permanece sob proteção policial. Já a comédia americana *Loucos de Amor*, de 2005, dirigida por Petter Naess, mostra o romance entre dois jovens portadores da síndrome de Asperger. *A sombra do piano*, drama canadense de 1995, dirigido por Stefan Scaini, é a história de Frany, que dedica toda a sua vida para tentar fazer com que sua irmã autista tenha um espaço na vida familiar e no mundo. Já *Shine*, drama australiano de 1996, dirigido por Scott Hicks, retrata a história de um pianista portador de síndrome de Asperger que se atormenta para conviver com a sua auto-exigência e a do seu pai sobre sua própria vida. *Experimentando a vida*, drama americano de 1999,

dirigido por John Duigan, aborda a convivência entre dois irmãos, sendo que um deles é uma jovem autista de 28 anos que passa a viver com esse irmão depois que a instituição em que estava fechou. *O enigma das cartas*, drama americano de 1994, com direção de Michael Lessac, tem como tema central a história de uma menina que rompe com o mundo exterior a partir da perda do pai; sua mãe tenta reconstruir essa ligação a partir de um castelo de cartas que a menina havia construído anteriormente. *Prisioneiro do silêncio (David Mother's)*, drama americano de 1994, dirigido por Robert Allan Ackerman, traz a dúvida e a angústia de um casal que precisa tomar a decisão de internar ou não o filho autista. *O oitavo dia*, drama francês, de 1995, dirigido por Jacó Van Dormael é muito interessante por ser realizado a partir da visão de um sujeito portador da síndrome de Down, e, embora não seja específico sobre o autismo, trata bem de perto de temas que dizem respeito às crianças autistas. E para finalizar: *Refrigerator Mothers*, um documentário premiado em 2002 e exibido na televisão aberta dos EUA que mostra a história de sete mães que foram responsabilizadas pelo autismo de seus filhos, baseado na premissa de Bruno Bettelheim, isto é, a causa do autismo seria a frieza das mães para com seus filhos logo no início da vida da criança. Na década de 60 era muito comum, como medida terapêutica, a retirada dessas crianças da convivência com os seus pais, o filme trata dos desdobramentos dessa consideração sobre o autismo nas vidas dessas pessoas.

Dentre os livros, citarei: *Dibs, a procura de si mesmo*, de Virgínia Axline, São Paulo: Agir, 1985, retrata a história de um menino autista num processo de terapia psicanalítica; *Deslizando nas ondas*, de Nilton Salvador, São Paulo: Age, 2001, é o segundo livro desse pai de um jovem autista de 30 anos e mostra um percurso da relação pai-família-filho autista, tendo, na religião espírita, um forte ancoradouro; *Autismo: Mundo paralelo*, escrito por Vera L.G Meireles da Silva, Campinas: Akademica, 2003, a autora é mãe de dois filhos especiais: o primeiro, um menino portador de autismo infantil e síndrome tuberosa, o segundo nasceu hidrocefálico e se desenvolveu com um retardo mental. Trata-se de um “desabafo”, de um relato que procura contar as situações adversas em que se viu mergulhada e o que fez diante disso. Outro livro a ser considerado é *Um antropólogo em Marte*, de Oliver Sacks, São Paulo: Cia das Letras, 1995. No conto cujo título é o da obra, narra-se a história de Temple Grandin, uma senhora de 50 anos que nasceu autista e, ainda assim, conseguiu tornar-se Phd, professora assistente da Universidade de Fort Collins-

Colorado, EUA. Em relação direta a este livro, temos *Uma menina estranha*, de Temple Grandin, São Paulo: Cia das Letras, 1999, uma biografia que Temple Grandin escreveu com a ajuda de uma psicóloga. Há ainda: *O estranho caso do cachorro morto*, de Mark Haddon, Ed Record, 2004, relacionado com a maneira de pensar de um jovem de 15 anos portador da Síndrome de Asperger; *O minotauro*, de Bárbara Vine, também relacionado com um portador da Síndrome de Asperger; e por fim, Michael Fitzgerald, psiquiatra da Irlanda que se dedica ao estudo da síndrome de Asperger e dentre os seus livros publicados está *The genesis of artistic Creativity*, New York, Brunner-Routledge, 2005. Neste livro, o autor realiza um estudo biográfico de 21 homens famosos, como, George Orwell, Mozart, Andy Warhol, entre outros, relacionando-os com a síndrome de Asperger.

SEGUNDA PARTE:

Como LJ ‘habita’ a linguagem?

Por ocasião da análise dos manuais de diagnóstico fiz referências constantes à singularidade do sujeito e da pluralidade dos autismos. No entanto, ainda não apresentei a hipótese sobre o autismo da qual mais me aproximo, e passarei a fazê-lo a partir de diferentes experiências clínicas que tive com crianças autistas. São quatro casos clínicos; e em cada um há um pouco sobre a linguagem dessas crianças, sobre essas crianças e sobre uma relação de hipótese sobre o autismo.

Difícilmente o diagnóstico de autismo infantil chegou para mim, por escrito, quase sempre, trata-se de um diagnóstico presumido e dito oralmente, tal como o caso de LJ.

O primeiro caso foi o de um menino com microcefalia, de aproximadamente 6 anos de idade, que tinha o tamanho de uma criança de três anos. Esse garoto fazia parte das crianças que recebiam terapia fonoaudiológica individual na Associação (por volta de 1981) onde eu trabalhava.

Ele se balançava o tempo todo, batia os braços e se mordida ou passava os dentes sempre no mesmo lugar, na lateral de uma das suas mãos, onde se viam os calos formados pelo atrito constante entre os dentes e a pele. Fazia um som gutural enquanto ficava olhando para cima, embora parecesse que não via nada. Tomava medicação neurológica constantemente.

Como foi a terapia? Um trabalho árduo para tentar chamar a atenção dessa criança que parecia não ouvir, embora não fosse surdo para instrumentos musicais em muito baixa intensidade sonora. Chegou a emitir sons diferenciados como /ma/ /pa/ para se dirigir à mãe e ao pai. Dois anos depois, talvez essa fosse toda a diferença.

O segundo caso foi o de um garoto de 5 para 6 anos de idade que conheci por volta de 1987. Esse garoto estava em acompanhamento em Psicanálise Infantil e a escola encaminhou-o também para Fonoaudiologia porque “ele não falava, gritava muito e não fazia nada na escola”.

Perto de um mês de terapia, comecei a perceber que parecia que esse menino tinha dois comportamentos distintos: um na sala de espera e outro na terapia. O que se diferenciava era o tipo de relação que ele tinha comigo nas sessões: ele era próximo, receptivo, dava risada. Na sala de espera era hostil.

Em sessão, ele demonstrava inteligência, ótima compreensão e os gritos vocálicos que tinha iam dando lugar às palavras. Essas não eram quaisquer palavras, pelo contrário, estavam absolutamente coerentes com a situação de uso.

Rapidamente, ele começou a se tornar mais e mais fluente. Mas alguma coisa acontecia do lado de fora das sessões. Não havia uma maneira de agradar a mãe desta criança. Quando o menino gritava, ela estava insatisfeita; quando ele falava e contava alguma coisa, ela não “reconhecia” as palavras dele como uma fala. O pai viajava muito e ficava ausente quase o tempo todo.

Era estranho que essa mãe não percebesse a fala do seu filho tão clara para mim. Então, combinamos a mãe e eu, que ela passaria a participar da terapia. Agora, ela iria ver o filho falando.

Esse menino, no entanto, que já não gritava mais nas terapias, tinha agora nas suas palavras só o aspecto do grito. Ele não falava com ela, mas gritava para ela.

E foi assim por mais dois meses. Num determinado momento, a mãe rompeu o atendimento porque ele “estava briguento”; deste modo, não apareceu mais. O que aconteceu foi que, na verdade, não havia como essa mãe atribuir sentido a qualquer fala do filho. Parecia que ela escutava outra língua quando ele falava.

O terceiro caso foi o de outro menino, de 10 anos de idade. Estivemos juntos no ano de 1991. Esse garoto não falava, não tinha nenhum tipo de controle esfinteriano e começou a andar por volta de 5 anos. Tinha episódios de movimentos estereotipados, não fixava atenção, mas entrava em interação de olhar ocasionalmente. Ele nunca havia ido para nenhuma escola, pois a mãe tinha medo de que algo lhe acontecesse. Eram

impressionantes a limpeza desse menino e a dedicação de sua mãe. Esta sempre comentava que seu filho só falava /mama/.

Meu trabalho, neste caso, foi o de ajudar a mãe a ouvir mais palavras nas produções da criança, como /dá/, /pega/, /não/, enfim mostrar que haviam outros enunciados. Ele não ria nunca, mas, mesmo demonstrando mais atenção para algumas coisas, o resto do tempo permanecia alheio ao que ocorria de fato ao seu redor. Ele foi encaminhado para uma escola especial, onde teria um acompanhamento multidisciplinar. Era necessário que essa mãe não fosse sua única interlocutora, mais do que isso, era preciso que a mãe também tivesse outros interlocutores.

O quarto caso foi atendido por mim em 1995. Tratava-se de um menino de dois anos e dez meses de idade que, tempos atrás, havia começado a falar, mas, cada vez mais, apresentava-se desatento, com episódios de isolamento ou com momentos de vocalizações ritmadas.

O pediatra tendo percebido as descrições apresentadas anteriormente, encaminhou-me a criança suspeitando de que se tratasse de um caso de autismo tardio. De maneira geral, essa criança assumia bem poucas situações de linguagem, mas ela parecia tímida e não ausente, ela demorava em começar a brincar comigo, mas depois de um tempo tudo ficava bem. O trabalho realizado com a criança, conjuntamente com a família, foi no sentido de descobrir as possibilidades que essa criança tinha de se exercitar como um sujeito da linguagem: como se dirigia a ele, ele falava por si ou um outro falava por ele? Ele tinha um espaço para falar nessa família? O tempo de trabalho foi pequeno porque, mudando essas variantes, a criança retomou seu espaço de linguagem. Não se tratava de autismo tardio, nem de outro tipo.

Analisando os quatro casos me chama a atenção que cada um seja diferente entre si, embora todos apresentem como queixa a falta da fala e de interação.

O que foi visto nesses casos? No primeiro caso, havia um dano cerebral de grandes proporções (microcefalia), falta de interação, desinteresse, alienação, grande dificuldade para aprender qualquer coisa; no segundo caso tratava-se, aparentemente, de uma impossibilidade da mãe em reconhecer qualquer dizer dessa criança; no terceiro caso me

pareceu se tratar de um dano neurológico importante, somado ao excesso de cuidado da mãe, o que colaborou para protegê-lo também da linguagem; e, finalmente, no quarto caso, não se percebia nele nenhuma complicação na área de linguagem, penso que alguma coisa aconteceu para que a criança saísse de um lugar confortável de linguagem, para o qual estava voltando. Esse caso mostra também que “falta de fala” e a “falta de interação” podem não ser “traços” patológicos.

Essas diferenças me levam a partilhar a apreciação de Jerusalinsky que em 1991, no escopo dos estudos psicanalíticos, diferenciou quatro tipos de autismo, como mostra o quadro, a seguir:

1 - autismo essencial primário: de origem constitucional, de causa desconhecida, com falhas funcionais do sistema nervoso central, no que tange às funções de linguagem e da percepção ou aos sistemas de sustentação da vigília e estados de alerta;

2 - autismo essencial secundário: são os adquiridos em consequência de uma encefalite, por exemplo;

3 - autismo dos quadros deficitários: presente nos primeiros meses de vida de crianças afetadas por problemas genéticos ou lesionais, com deficiência mental ou com deficiência sensorial e que se altera em função de uma intervenção terapêutica adequada e precoce;

4 - autismo por abandono ou de origem fantasmática: secundário a situações extremas de privação, isolamento ou ruptura traumática dos referenciais simbólico-imaginários habituais, derivados de hospitalizações, abandono, internação, ou de ligação da criança com o real de seu corpo.

Com certeza, outros tipos existirão se considerarmos o autismo sob um espectro, porém, dentre esses quatro tipos de autismo em qual incluo LJ?

Incluo-o no primeiro tipo (sem desconsiderar que há limitação nisso), pois se trata de um caso em que houve a constatação de uma alteração neurológica intra-útero que se confirmou em um exame específico quando LJ tinha cerca de três anos e meio, embora não se confirmasse no exame posterior. E que alterações foram constatadas? Sinais focais em área têmporo-parieto-occipital no hemisfério esquerdo que dizem respeito ao processamento cerebral dos registros das informações vindas do externo, pela conservação dessas informações na memória, além de alteração na recepção auditiva primária. Todas

essas alterações se deram no hemisfério esquerdo que em destros como LJ é majoritariamente associado ao uso da linguagem espontânea, como dito anteriormente.

Alguns exames indicaram em LJ alterações cerebrais e outros não, no entanto, Freud, no estudo sobre as afasias, nos esclarece sobre o quanto é desnecessário estabelecer uma relação de causalidade entre lesão cerebral e alteração de linguagem, afirmando a possibilidade de ocorrência de alterações de linguagem com ou sem dano cerebral.

Guardadas as diferenças que pesam entre o autismo e a afasia, considera-se que no caso de LJ, o fato de uma lesão cerebral ter sido detectada e posteriormente desaparecido não significa que o seu efeito não tenha repercutido na constituição cerebral que se dá na reciprocidade cérebro/ linguagem/outro, como vimos em Freud e Luria. Lembrando ainda que o primeiro diagnóstico de alteração no hemisfério esquerdo de LJ deu-se ainda intra-útero, isto é, essa criança nasce e vem para o mundo nessa condição.

Retomando, brevemente, para fins de análise, o arcabouço teórico já anunciado na primeira parte dessa dissertação temos que para De Lemos a criança é *capturada pelo funcionamento da língua na qual é significada* pelo outro. O outro (adulto) tem nessa estrutura a característica de ser *o lugar de funcionamento da língua constituída* (1992).

De Lemos define três possibilidades de posições para a criança na estrutura em que comparece *a língua, o outro (adulto/ mãe, pai), e a criança a tornar-se falante*. Se a criança está na primeira posição: *alienada na fala do outro, o funcionamento da língua enquanto outro pólo dessa estrutura se dá a ver como primeira forma de separação*; na segunda posição: *a primazia do funcionamento da língua sobre a relação da criança com a fala do outro se dá a ver (...) a partir do erro, que aí se dá como diferença em relação aos significantes do adulto. A criança é nesse momento impermeável à reação do adulto diante de seu erro, não reconhecendo/escutando no enunciado do outro a diferença que o opõe a seu próprio enunciado*; na terceira posição: *o reconhecimento do erro não advém como efeito da fala em que o adulto exprime seu estranhamento, mas da escuta de sua própria fala: um sujeito dividido entre a instância que fala e que escuta*. (2001:21).

Como vimos o lugar que a criança ocupa nessa estrutura abriga a dimensão da sua subjetividade, ou seja, a possibilidade de significação nas suas relações com o outro, consigo próprio e com o mundo a partir de uma língua em funcionamento, ainda que no início essa criança nada fale.

Segundo Pereira de Castro, o silêncio da criança (...) *põe em ação a linguagem de um outro-adulto, que submetido à ordem do simbólico, não pode não significar. É por isso que a simples presença da criança, seus movimentos, gestos, olhares, choros, sorrisos e, depois, gorjeios e balbucios - em que pese o fato de não serem propriamente fala da criança - são, ainda assim, interpretados como demanda de significação* (1998:240).

De Freud retomo a noção de um *aparelho de linguagem* construído a partir de um outro aparelho de linguagem que se apresenta com diferentes funcionamentos lingüísticos, em um substrato cerebral cortical contínuo, que o permite entrar em relação com outras áreas cerebrais, como: visão, audição, tátil e cinestésica. Trata-se *de um aparelho equipado para associações* (1891/1973: 102) que tem como unidade funcional a *palavra* constituída por elementos *auditivos, visuais e cinestésicos*. A palavra adquire significado por meio da sua associação com a *idéia de objeto* (pelo menos no caso do substantivo). A idéia ou conceito de objeto é também um outro *complexo de associação integrado pelas impressões visuais, auditivas, cinestésicas*. *O conceito de palavra está vinculado com o conceito de objeto pela imagem sonora* (op cit: 90 e 91).

Freud, a partir da concepção teórica desse *aparelho de linguagem* assume que a aquisição da língua materna se dá por meio dessas associações primárias de linguagem que vão se modificando em superassociadas: *Não se pode ter uma percepção sem logo associá-la. A localização dos correlatos fisiológicos de uma e de outra é, portanto, a mesma* (op cit: 72).

Para o autor *a relação entre a cadeia de acontecimentos fisiológicos que se dão no sistema nervoso e os processos mentais provavelmente não seja de causa e efeito. Aqueles não cessam quando estes começam, tendem a continuar, mas a partir de um momento, um fenômeno mental corresponde a cada parte da cadeia ou a várias partes. O processo psíquico, portanto, paralelo ao fisiológico, “um concomitante dependente”* (tradução minha, Freud, 1973:70).

O *aparelho de memória* construído teoricamente por Freud se inicia na relação linguagem - bebê e o outro (mãe) - que responde a esse bebê como uma demanda de linguagem. O que, por sua vez, pode provocar no corpo do bebê (sede de prazer e desprazer) uma satisfação que se inscreve neuronalmente. Essas inscrições podem ser reeditadas em uma nova situação (quando ele estiver com fome, por exemplo) da busca da

satisfação pelo bebê (...) *o que dará a esse traço a característica de memória, e permitirá posteriormente a primeira classe de recordações conscientes* (Freud, 1895/1990: 491).

Sofisticando mais ainda essa noção de memória, Freud escreve para Fliess (...) *O material presente em forma de traços de memória estaria sujeito, de tempos em tempos, a um rearranjo segundo novas circunstâncias – a uma retranscrição* (Freud, 1896/1990: 324).

Portanto, o que organiza e diferencia cada vez mais o aparelho de linguagem/de memória/psíquico do bebê é o fato de ele estar na relação de linguagem com o outro. A linguagem se dá nesse espaço e afeta tanto a mãe como o bebê.

Nessa perspectiva, ao estar na linguagem a criança ganha a única condição para que se dêem reciprocamente a maturidade cerebral funcional, solidária, de caráter associativo e os processos cerebrais e psíquicos que envolvem percepção, corpo, representação, memória, pensamento, afetividade. Processos esses que interpreto como *adjacentes*.

Pode-se dizer, então, que a criança é *capturada* pela língua e por tudo o que nela circula de cultural, social e histórico. Mas, é principalmente na constituição de sua própria subjetividade, do tornar-se sujeito, pelo outro na língua em funcionamento que a sua fala ganha sentido (porque é neste lugar que a criança é significada), e que se dá à formação do seu próprio discurso com o que há de coletivo e particular nele.

Vimos pelo relato da mãe que a entrada de LJ na linguagem pode ter se dado de maneira diferente. Se a linguagem é fundamental para todos os processos que lhe são adjacentes, qual seria a repercussão dessa diferença em LJ?

De Lemos, em 1995, põe em discussão o impasse do investigador da área de Aquisição de Linguagem que para fins de estudos acabam compartimentando o que na fala da criança se apresenta indissociável, ou seja, suas face sintática, semântica e fonológica.

Em 2001, a mesma autora pontua seu movimento ao discutir na fala da criança as relações entre língua e fala e língua e discurso. Reconhecendo a indissociabilidade entre língua, fala e discurso na criança/no falante, penso em considerar que a linguagem apresentada pela criança autista pode ser um lugar privilegiado para observar, por um lado, a possibilidade de *dissociação* dessas instâncias, e por outro, o seu *rearranjo* posto em funcionamento na pressuposição do outro (quando isso ocorre). Ou pelo menos, tentar reconhecer pela materialidade lingüística de LJ, como se presentificam nela os processos

adjacentes referidos anteriormente, e qual é a visibilidade da constituição de um sujeito que se dá por um processo de subjetivação na linguagem. Essas questões serão consideradas (até onde for possível) a partir da pergunta: Como LJ “habita” a linguagem?

Metodologia

Do acompanhamento longitudinal de LJ serão recortados dados que dizem respeito ao objetivo proposto, e esses recortes se darão à luz do “paradigma indiciário” de Ginzburg (1996). Sob essa perspectiva, investiga-se o dado diferente, singular, na contramão do que faziam (fazem) outras investigações, que reúnem somente o que é igual ou o que é revelado como normal.

É necessário fazer a tentativa, arriscada às vezes, de perseguir um sentido, isto é, pelo menos dentro do possível, tentar dar conta do que aparece nessa linguagem ou o que deveria aparecer. Salientamos ainda que os dados apresentados a seguir, na abordagem da Neurolingüística Discursiva, derivam de uma *construção*, por isso são também do tipo *dado-achado*. Como explica Coudry, esses dados ocorrem:

(...) independentemente da teoria sintática acionada para explicá-los, ou seja, numa perspectiva de funcionamento de linguagem, a partir de uma concepção de linguagem que assume a indeterminação dos processos de significação e, portanto, que o sujeito atua (no nível cognitivo, intersubjetivo e social) na construção da significação (...).
(Coudry, 1996:184)

Há, como se pode verificar, uma compatibilidade entre essas duas formulações metodológicas, as quais configuram o “dado-achado” e o “dado-singular” e são *reveladores daquilo que se busca conhecer a respeito da relação do sujeito com a linguagem (...)* (Abaurre e Coudry, 2004).

Assim como a oralidade e a gestualidade, as produções escritas ocuparam um importante destaque no espaço terapêutico. Estendendo a esse tipo de linguagem as concepções análogas (sujeito, língua, linguagem, sentido, etc.) e marcadas na perspectiva da ND. No entanto, é bastante claro que a escrita, por sua própria natureza, requer uma

análise diferenciada em que se consideram também os estudos realizados por Abaurre no projeto²⁹ “Subjetividade, Alteridade e Construção de Estilos: relação entre estilos dos gêneros e estilos individuais”, e por autores que partilham as noções de letramento.

Todos os dados apresentados foram gravados em micro-cassete, com exceção dos dados de número 4 e 6, cujos registros se deram apenas na forma escrita.

Sobre o sujeito

Tenho revelado o sujeito LJ ao longo dessa dissertação e retomarei aqui apenas mais alguns dados que se referem ao fato de que as sessões fonoaudiológicas que constituem esse acompanhamento longitudinal são individuais e feitas semanalmente.

No início em 1999 eram realizadas duas vezes por semana com duração aproximada de trinta a quarenta minutos, posteriormente devido à mudança de cidade de LJ, em meados de 2003, passaram a ocorrer uma vez por semana com duração de uma hora. Algumas sessões são gravadas em fitas de microcassete, outras foram filmadas, e houve sessões registradas por escrito.

Outra informação que considero importante e sobre a qual nada falei se refere à vida escolar de LJ, que passarei a contar.

A experiência de tentar incluir LJ em alguma escola iniciou-se no ano de 2000, com a possibilidade de LJ, então com cinco anos de idade, acompanhado da mãe, frequentar uma creche por duas horas em três dias da semana. Foi uma tentativa, mas não houve inclusão real dessa criança, porque também o programa da creche não favorecia isso.

Posteriormente, no ano de 2001, LJ, então com seis anos de idade, teve acesso a uma vaga em uma escola municipal e sua frequência passou a ser diária por duas horas. Nesse ano todo, LJ ficou no parque e só entrava em sala de aula quando queria. LJ teve problemas com os monitores da escola, que o repreendiam severamente porque ele não “obedecia” às ordens dadas e porque alternava o uso do banheiro masculino e feminino quando deveria usar sempre o masculino. No final desse ano letivo, a família de LJ foi avisada de que ele não poderia mais frequentar essa escola.

Em 2002, LJ, com 7 anos de idade, foi para a classe especial em outra escola, cumprindo o período normal de aula. Nesse momento, LJ já sabia ler e escrever, embora

²⁹ Projeto Integrado /CNPq no processo de número 521837/95.2

nunca houvesse participado de um programa de alfabetização propriamente dito. O fato de LJ saber ler não quer dizer que escrevia uma história. Porém fazia uso da leitura para ler placas na rua, sinais de trânsito, livros e gibis que tinha sempre em mãos, lendo-os freqüentemente em voz alta. Ocasionalmente dava risada de algumas situações de humor lidas em revistas em quadrinhos.

A classe especial que LJ passou a freqüentar era composta de crianças que tinham idades diferentes e problemas distintos, especialmente aquelas que não conseguiam render o que era esperado delas nas classes comuns. Havia alunos reprovados e outros que nunca conseguiram aprender a ler e a escrever com idade variando de 7 a 16 anos.

Nesse período, LJ teve um processo de regressão em toda a interatividade já desenvolvida e seu comportamento ficou irritadiço.

A mãe passou a visitar diferentes escolas especiais³⁰, mas a dificuldade de escolha permaneceu ainda por um tempo porque havia um outro agravante: essas escolas eram particulares e caras.

Em 2003, a mãe de LJ optou por uma escola que educacionalmente tinha uma proposta interessante. No entanto, por se tratar de uma escola particular, a família não tinha a menor condição de custear. Insistindo muito nessa única saída, a mãe se mudou de cidade para uma cidade vizinha, próxima à cidade da escola e conseguiu uma bolsa de estudo. Trata-se de uma escola especial cujo programa parece levar em conta as diferenças individuais. Está resolvido o problema escolar de LJ? Por enquanto, parece que sim.

Apresentação dos dados de linguagem:

Dado: 4 – LJ (4a11m) em 06/07/2000.

A reapresentação deste dado se deve ao fato de que nele são possíveis diferentes análises e se no primeiro momento, na parte 1, foi privilegiado o seu aspecto repetitivo como uma distinção com o que há de sintomático no autismo; agora essa análise se dará sob o aspecto da subjetivação de LJ na linguagem.

³⁰ Não considero viável nesta dissertação me estender quanto à apreciação do programa de “inclusão escolar” oferecido pelo governo, mas do que vi e vivi nessa experiência de tentar incluir LJ em uma escola posso concluir que o referido programa ainda não funciona a contento.

Vamos jogar tênis?

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	LJ	Vai roga kikêni?		A criança estava sentada no chão.
2	Iss	Jogar o quê?	Iss não entende	Ele não responde nada.
3	LJ			Ele repete Isso depois de um tempo.
4	LJ	Vairogakikêni?	Iss não entende	
5	Iss	Jogá...		
6	LJ	ki kêni ?		Completando a fala de Iss.
7	Iss	Como é? O que você falou?		Iss fica olhando para a boca dele para ver se entende.
8	LJ			Ele não repete. Depois de um tempo ele diz:
9	LJ	Pega umrogo pamim?		
10	Iss	Pegar um jogo pra você? Que jogo?		LJ segura uma peça na forma de um quadrado e continua sentado no chão.
11	LJ			Não fala nada.
12	Iss	Mostra pra mim o jogo que você qué?		LJ não se move do lugar. Depois de um tempo diz:
13	LJ	A' ul		
14	Iss	Azul? Ah, azul! É Isso mesmo!		Iss pega um saco

				azul que tem um brinquedo que ele usou para jogar tênis na sessão anterior.
15	LJ	Vai roga kikêni?		
16	Iss	Ah, vai jogar tênis...Vamos.		Iss compreende o que LJ queria.

Fonte BDN- CNPq nº 521773/95-4

Relembrando o que disse anteriormente por ocasião da primeira análise, tive dificuldade para apreender o sentido desse enunciado; colaborou também para esta incompreensão a forma tomada pelo enunciado no momento de sua ocorrência, isto é, um “amálgama” de todos os segmentos sonoros em um único bloco.

O dado de LJ “Vai roga kikêni?” não carrega nenhuma marcação de quem fala e nem para quem se fala. Percebo que esse enunciado, essa mensagem, é dirigido a mim porque ela se dá no espaço interativo de interlocução, ainda que inicialmente se trate de uma incompreensão.

Então, parece que LJ se utiliza de uma expressão verbal que ocorreu em outro momento dessa mesma experiência vivida (lembrando que ele já havia brincado algumas vezes com esse jogo), que agora é retomada num efeito de colagem para promover de novo essa experiência de brincar com o jogo.

A análise acima descrita me aproxima de De Lemos, quando a autora se refere ao início da trajetória da criança pela linguagem (tomando aqui a palavra *mãe* como possibilidade de ser substituída por um *outro adulto*): *Com efeito, o que retorna da fala da mãe na fala da criança em determinada situação são fragmentos, entendidos como vestígios da fala da mãe naquela ou em outras situações. Fragmentos cujo modo de referir é o da senha, na medida em que se trata de um significante que cifra uma relação com uma determinada cena* (2001:32).

No entanto, quando LJ seleciona “aul” no turno 13, identifica-se uma entrada no funcionamento de linguagem pelo eixo metafórico — palavra crucial para a compreensão, por parte do interlocutor, do que se tratava: o saco em que o jogo pretendido é guardado é azul. O que remete a um contexto partilhado pelos dois interlocutores.

Outro reconhecimento possível se dá à luz de Jakobson (1960/1981) para quem *a linguagem deva ser estudada em toda a variedade de suas funções*³¹. Para mostrar um certo funcionamento lingüístico, analiso a primeira função que as crianças adquirem, segundo o autor, presente no enunciado em questão. Parece possível considerar no dado a presença da *função fática* no lugar do que inicialmente foi tomado por mim como repetição, estereotipia, o que pode ser reconhecido como um *trabalho* lingüístico para manter o vínculo com o interlocutor³².

Dado: 5 - LJ (6a 1m) em 27/07/2001.

LJ e Iss estão brincando com um jogo composto de uma prancha com formas contornadas e figuras soltas. A cada forma apontada por Iss, LJ, deve falar o nome da figura, se acertar o nome da figura esta é colocada no espaço. As pranchas são constantemente mudadas e caso ele não saiba do que se trata são dadas pistas a respeito do objeto pretendido.

Popiá, bobiá, bóbala

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não verbal
----	------------------	-------------	--	--

³¹ As funções são: emotiva, referencial, poética, fática, metalingüística e conativa. E o que elas indicam? “*Os fatores inalienavelmente envolvidos na comunicação*”, respectivamente: remetente, contexto, mensagem, contato, código e destinatário.

³² Outro aspecto que pode ser analisado nesse dado diz respeito ao padrão acentual preferencial da língua portuguesa que é composto por pés (um constituinte prosódico caracterizado pela combinação de uma ou mais sílabas, em que se estabelece uma relação de dominância- cabeça ou recesivo- entre essas sílabas) de natureza binária e de cabeça à esquerda, fato que caracteriza *um pé troqueu*. Quando dizemos: “Vai roga ki kêni” temos nessa estrutura rítmica um *pé troqueu*, seguido de um *pé iambo* e outro *pé troqueu*. Observe que organizada a estrutura rítmica dessa forma temos um *stress clash* (choque de acento). Chama-se choque de acento a ocorrência de duas sílabas acentuadas linearmente adjacentes na frase como no caso acima. No português, assim como em outras línguas, ocorre a resolução do choque se dá através do deslocamento do acento. É o que pode justificar a presença da sílaba [Ki]. A inserção dessa sílaba resolveria o choque de acento e possibilitaria a presença de três pés troqueus. Essa hipótese significa que LJ procurou manter o padrão acentual preferencial da língua e possibilita dizer que ele opera com a forma canônica da palavra na língua, fato que indicia a percepção que ele já tem da organização rítmica dos enunciados.

			enunciado verbal	do enunciado não-verbal
1	Iss	E agora, tem que por esse aí	Apontando o espaço	
2	LJ	Tênis	Respondendo corretamente antes que Iss termine de falar	
3	Iss	E esse?	Pergunta Iss apontando para outro espaço	
4	LJ	Pópiá	Respondendo a Iss	
5	Iss	Pópiá? é pêra?	Não compreendendo o que LJ disse	
6	LJ	Bóbilá		
7	Iss	bóbilá?	Tentando compreender o LJ disse	
8	LJ	Bóbiá		
9	Iss	bóbiá?	Ainda sem compreender o que LJ tentava dizer	
10	LJ	Bóbala		
11	Iss	Abóbora? Tá certo, é mesmo.	Tom:afirmativo Compreendendo e concordando com o que LJ dizia	
12	LJ			Só então LJ põe a figura dada pela Iss no lugar certo
13	LJ	Bóbola		
14	Iss	Isso	Tom: afirmativo	

Fonte BDN- CNPq nº 521773/95-4

LJ ajusta a palavra dita levando em consideração o dizer do outro e por sua insistência garante ao outro o entendimento de que se trata da palavra “abóbora”. Para isso

LJ trabalha simultaneamente nos dois eixos, paradigmático e sintagmático, na hierarquia mais baixa, a dos fonemas, o que é perfeitamente possível segundo Jakobson.

Pode-se perceber a ancoragem de LJ na estrutura da língua do português brasileiro. Temos (no turno 4) “bóbilá” uma estrutura CVCVV, que guarda proximidade com uma forma reduzida da palavra que tenta dizer “abóbora” na estrutura VCVCVCV. Percebendo que não houve um efeito de sentido para o interlocutor, LJ produz (no turno 6), novamente a composição CVCVV ajustando agora a sonorização da plosiva e se aproximando mais ainda da palavra que ele quer dizer. Ele chega à palavra pretendida (turno 10), produzindo no interlocutor o efeito de sentido por ele desejado. Repare-se que o movimento realizado por LJ faz surgir uma palavra com três sílabas de CV, comum no português brasileiro, e promove um deslocamento do acento, o que a aproxima da palavra alvo “abóbora”, tanto por sua estrutura silábica quanto pelo ajuste rítmico.

É justamente no intervalo entre a produção de sua fala, a escuta de sua fala (ainda que essa escuta retorne pela produção de Iss), e a escuta da fala do outro que acontecem mudanças nos enunciados de LJ, dando visibilidade ao jogo da linguagem e à emergência de um sujeito ainda que diagnosticado como autista. No entanto, isso não quer dizer que se trata de um processo contínuo - nem quanto a manter o interesse pela fala do outro, nem a estender essa capacidade demonstrada nesse dado para outras falas e outras escutas mais amplas de significado - semelhante ao que ocorre com as crianças quando atingem, por exemplo, a terceira posição da teoria de De Lemos. Ao contrário, a desenvoltura que ele vem demonstrando nesses últimos tempos em se ajustar às marcações rítmicas, às estruturas internas das palavras, assim como as externas tidas como sintáticas, me leva a observar uma facilidade maior de LJ em se aproximar da língua como estrutura e forma do que para o que nela circula de sentido. Por outro lado, não deixa de marcar também um processo de subjetivação de LJ na língua e no outro, ainda que isso se dê de uma maneira diferente.

Dado 6: LJ (8 a e 1m) em 25/08/2003.

LJ não se mostra interativo. Nos momentos iniciais da sessão, é muito difícil o estabelecimento de qualquer interação. Ele fica mexendo nos brinquedos ou folheando histórias em quadrinhos, as quais lê um pouco em voz alta, mudando, em seguida, para outra página. Tudo Isso, LJ faz sem olhar para mim, mesmo quando falo com ele. Em

determinado momento, mais perto do fim da sessão, começo de novo a tentar falar com ele sobre suas férias, já que este é o nosso primeiro encontro depois dela.

Maisena, 12 vitaminas

Nº	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	Iss	Você foi em algum lugar nas férias?		
2	LJ	Eu fui na casa da mamãe.		
3	Iss	Aliás, é onde você mora e foi na casa ...	LJ não responde	
4	Iss	Você foi na casa da vó?		
5	LJ	Eu fui	Tom: afirmativo	
6	Iss	Na casa ...	Tom: interrogativo	
7	LJ	Na casa do pai		
8	Iss	Do pai, que legal. Você foi em outro lugar, na casa de alguma tia?	Os pais são separados e moram em diferentes cidades.	
9	LJ	Eu fui		
10	Iss	Que tia , da tia....		
11	LJ	L	Dizendo o nome da tia	
12	Iss	Ah, que chique e você brincou?		
13	LJ	Eu brinquei		
14	Iss	Com quem?		
15	LJ	Eu chutei bola		
16	Iss	Ah, é, e que mais...		
17	LJ	Eu chutei bola branca.		

18	Iss	É branca sua bola?		
19	LJ	É	Tom: afirmativo	
20	Iss	Na frente da sua casa tem um campo de futebol na praça, e...		
21	LJ	Tem na praça, eu fui chutar a bola e marcar gol.	Interrompendo Iss	
22	Iss	Ah, que legal.		
23	LJ	Maisena são doze vitaminas minerais e ferro		
24	Iss	O que que tem? São 12 vitaminas, minerais e ferro? Não entendi, não...	Não compreendendo o porquê da fala de LJ	
25	LJ	Tem minerais.	Interrompendo Iss	
26	Iss	Eu não sei. quem te falou isso? O que que é isso?		
27	LJ	Do futebol, chutou, gol.	LJ parece querer explicar do que se trata	
28	Iss	Ih...	angustiada	
29	LJ	Maisena tem 12 vitaminas, só onze vitaminas.	LJ continua repetindo	
30	Iss	O que tem a ver maisena com futebol? Hein, LJ? O que que tem a ver maisena com futebol? eu não entendo o que tem maisena com futebol.		
31	LJ	Da propaganda	Explicando a Iss que se referia a uma propaganda	
32	Iss	Ah	Iss compreendendo	

			e lembrando-se de que estava sendo veiculada, na televisão aberta, uma propaganda da Maizena, em cuja cena há um menino jogando futebol. A mãe do garoto o ajuda com um toque de cabeça na bola branca e ele faz um gol.	
--	--	--	--	--

Fonte BDN- CNPq nº 521773/95-4

Em todo esse tempo em que eu e LJ estamos juntos nas sessões fonoaudiológicas, venho aprendendo que o fato de ele não querer conversar num momento não quer dizer que em nenhum outro ele queira. No entanto, percebo cada vez mais claramente que o nosso “diálogo” se mostra sob o efeito da patologia e isso não se dá apenas pelas respostas de LJ. Essa patologia também incide em mim e me leva a fazer mais perguntas do que faria a qualquer outra criança e em qualquer outra situação. Embora saiba que perguntar é diferente de contar, essas perguntas são possibilidades de estar com LJ e ficam sobredeterminadas tanto pela busca de uma interação, espaço dessa prática clínica, como pelo fato de que não posso me destituir da condição natural de falante que interpreta o outro, que convoca o outro.

Neste dado, meu investimento pela busca da interação acabou transformando-se na particularidade de uma fala com caráter didático, uma espécie de “complete corretamente a lacuna com a palavra adequada”. Por exemplo, (no turno 6) “na casa...”, (no turno 10) “que tia, da tia...”, turnos em que eu tentava direcionar a continuidade do “diálogo”.

É interessante observar que LJ acaba realizando a contento a tarefa, como se já conhecesse as “regras” desse jogo de “complete as lacunas”. LJ, de fato, oferece uma resposta plausível que se encaixa no espaço deixado por mim em meu turno. Porém, não se

trata só disso, ele completa com as palavras adequadas tanto sob o ponto de vista da língua quanto da realidade vivida por ele. Mesmo sem ter esse propósito, esses dados se confirmaram pela conversa informal que tive com a sua mãe, de fato, ele havia estado na casa dessas pessoas (pai e tia) nas férias e o nome da tia visitada foi corretamente informado pela criança.

No entanto, nos turnos 12 e 22, LJ traz elementos novos nos seus enunciados, mais especificamente (no turno 17), ele dá uma referência “a bola branca”. Entendo o que ele me conta: ele jogou futebol com sua bola branca naquelas férias.

De repente, aparece um elemento destoante na produção de LJ (no turno 23): “Maisena são doze vitaminas minerais e ferro”. Esse enunciado tem o efeito de me desestabilizar, deixar-me perplexa. A repetição dessa frase, com uma entonação que não era de LJ, marcando a presença do que a princípio me pareceu uma ecolalia, uma fala em bloco, produz um efeito equivalente ao de ele me dizer “chega de conversa, agora acabou”. Instala-se o caos.

Porém, quando me proponho a analisar novamente esse dado, recurso que esse trabalho de pesquisa me dá, vejo que enquanto fico perplexa, com um funcionamento caótico, ele não está alheio a isso. LJ tenta completar minha fala no turno 25, responder minha pergunta no turno 27.

E diante da percepção que LJ teve do que se passava comigo nesse espaço interativo é que pode acontecer um movimento diferenciado de linguagem (turno 31): “da propaganda”, me permitindo uma atribuição de sentido.

Pergunto-me, como se deu tudo isso?

Parece-me que nesse dado, por um lado, tem-se a presença de um interlocutor (Iss) sob o efeito do autismo e que desse lugar não percebe o movimento de LJ como um interlocutor comum que tenta desfazer um equívoco, um mal entendido. Por outro lado, observa-se LJ assumindo pelo menos quatro diferentes dimensões de subjetividade, isto é, inicialmente ele está desinteressado a tudo o que possa incluir o outro; no momento seguinte (turno 21) está tão implicado no diálogo que chega a interromper Iss para contar algo; desse movimento desliza para um tipo de fala que parece ecolalia e, por fim, demonstra um movimento de escuta em relação à fala do outro e à sua própria fala conseguindo se posicionar adequadamente resolvendo a situação.

Parece que as palavras “bola branca” o puseram em associação ao comercial veiculado na televisão em que a cena que ele viveu de jogar futebol com uma bola branca, também ocorria com outra criança. Então, ele passou a narrá-la quase da mesma forma que no dado de número 1 “vai jogar tênis” quando usa uma *senha*, isto é, um significante cifra uma relação com uma determinada cena.

E então, o que ele não fez?

Não avisou sobre o que ia falar, não topicalizou, ou antes, topicalizou no tempo inadequado: fez no fim o que deveria ter sido feito no início.

Ele deveria me avisar de alguma forma que se lembrou da propaganda da televisão, ou que a bola dele é branca igual ao do menino da propaganda (ou até ele pode ter valorizado outra coisa que não ocorre para mim). De verdade, as pessoas fazem isso o tempo todo, isto é, mudam de assunto sem avisar, mas de alguma forma, conferem o mais rapidamente possível se o outro está acompanhando ou não sua mudança de tópico. LJ conseguiu perceber que eu não estava acompanhando o que ele dizia, o que parece que faltou a ele foi um recurso lingüístico do qual ele pudesse lançar mão o mais rapidamente possível para controlar o mal entendido.

Chama a atenção ainda que o funcionamento lingüístico que entrou em ação nesse momento parece ser uma ecolalia; na medida em que isso acontece, poderia se pensar que essa criança autista apresenta inicialmente uma predileção pela forma, por sua repetição. É por este trajeto que às vezes LJ chega ao sentido partilhado por seu interlocutor, como foi o caso; outras vezes esse trajeto não dá em nada. É de se notar, também que no curso do seguimento longitudinal de LJ, diminuiu muito a sua predileção pela repetição.

A ecolalia é um conceito controverso na literatura. Nos estudos de Trenché de Oliveira a ecolalia se define por ser uma fala em bloco, uma fala *sem demanda para o outro e (...) (que) se perde na voz* (2001:92). Não havendo desse modo qualquer relação entre sua presença e a aquisição de linguagem, tampouco a autora reconhece qualquer possibilidade³³ de que a ecolalia tenha um efeito de intenções comunicativas (Shuler, 1979); de valor de invocação, afirmação, solicitação, protesto ou ordem (Prizant & Rydell, 1984, entre outros); ou de “controlar o ambiente” (Fernandes, 1996).

³³ Citações retiradas da dissertação de mestrado de Mariana Trenché de Oliveira, defendida em 2001 na PUC - São Paulo.

A ecolalia também foi referida por Freud no texto das “Afalias” de 1891, quando o autor a percebe como uma repetição presente nos pacientes portadores de afasia assimbólica, isto é, naqueles com dificuldades em relacionar as palavras ao objeto. Para o autor, nessa situação, a ecolalia funciona como um reforço dos sons das palavras e se mostra como um meio facilitador para o paciente superar sua dificuldade. Freud relaciona a ecolalia com a deterioração cerebral da função da linguagem e da perda da capacidade do paciente para responder aos estímulos volicionais (espontâneos) (1981/1973).

De Lemos, nos textos citados ao longo dessa dissertação, afirma a não superação, mas a relação existente entre as três posições que a criança ocupa no processo de subjetivação pela linguagem na estrutura em que se encontram presentes a língua em funcionamento, o outro e o sujeito a vir a ser (o *infans* que se torna falante). No entanto, diante dos dados que apresento de LJ não me parece que ele está “imune” ao processo de subjetivação nessa mesma estrutura que serve para a criança “normal”, mesmo sendo ele um autista. Podem-se ver nesses dados, sinais de que ele vem se aproximando de alguma maneira do outro e quando isso ocorre percebe-se um sujeito que tem algo a dizer; contudo, no entanto, aparentemente, LJ fica polarizado muito fortemente na primeira posição: quando a criança está *alienada na fala do outro, o funcionamento da língua enquanto outro pólo dessa estrutura se dá a ver como primeira forma de separação* (De lemos, op cit). O uso da senha e também do que pareceu ser uma ecolalia, por exemplo, dão a ver mais claramente a presença da língua, muito embora, não se pode perder de vista que esse recurso põe em evidência um sujeito discursivo num espaço interativo.

Dado: 7 - LJ (9a e 10 m) em 08/04/2004.

Essa produção escrita surgiu a partir do pedido feito a LJ para que escrevesse sobre a páscoa, e depois eu lia. Sem nenhuma outra recomendação nem interferências, LJ escreveu esse texto de uma única vez. As marcas que aparecem no texto foram feitas no próprio momento em que ele escrevia.

08-04-04 - PASCOA
 EU E A MÃE E O NICOLAS E OS OVOS
 DE PASCOA A INESSE DIA O LUCAS VIU
 O COELHO DO COELHO DA PASCOA COMPROU OS OVOS
 DE PASCOA AI O COELHO SÓMPRA ATÓDOS OS OVOS
 DE PASCOA MAS NESSE DIA O COELHO DA PASCOA AI NESSE
 DIA OS COELHOS DA PASCOA NÓS ESTAVAM NA
 ÉPOCA DA PASCOA E NESSE DIA O CO-
 ELHO TEM OS OVOS DE PASCOA O COELHO TROUXE
 OS OVOS DE PASCOA O COELHO DE PASCOA TRAZ
 OS OVOS DE PASCOA OS OVOS DE PASCOA NUM DIA AGORA
 O LUCAS E O COELHO TROUXERAM OS OVOS DE PASCOA
 VIRAMOS OS OVOS DE PASCOA QUE TEM OS FILHOTES DE COELHOS
 DE PASCOA NOUOS NO DIA DA ÉPOCA DE PASCOA E U E A MÃE NÓS
 VAMOS NA ÉPOCA DA PASCOA VAMOS COM A MÃE E O NICOLAS
 PASCOA NÓS ESTAVAMOS NO MÊS DE ABRIL AI NESSE
 DIA OS COELHOS DA PASCOA NESSE DIA OS COELHOS FABRICAM
 OVOS DE CHOCOLATES ESTÃO BRILHANTES E SIM MAS AGO-
 RA ESTÃO MAIUDAS AGORA OS OVOS DE PASCOA E O COELHO
 FABRICAMOS OS OVOS DE CHOCOLATES O COELHO TROUXERAMOS
 OS OVOS DE PASCOA NESSE DIA O COELHO DE PASCOA OS
 OVOS DE PASCOA FABRICAMOS OS OVOS DE CHOCOLATES DE PASCOA
 O COELHO DE PASCOA VIU O LUCAS VIU O COELHO VIU OS OVOS DE PASCOA
 FABRICADOS NA CASA DE PASCOA QUEM OS OVOS DE PASCOA ESTÃO
 DE PASCOA TROUXERAMOS OS OVOS DE PASCOA OS OVOS DE PASCOA
 O COELHO DE PASCOA TROUXERAMOS OS OVOS DE PASCOA MUITOS BRILHANTES
 PARA O LUCAS PARA A MÃE PARA A MÃE PARA A MÃE PARA A MÃE
 LÁ COBRIRAM OS AGO DE OVOS DE CHOCOLATE AI
 NESSE DIA OS OVOS DE PASCOA ESTÃO LINDOS E AGORA TEMOS
 OS OVOS DE PASCOA O COELHO TROUXE OS OVOS DE PASCOA

Páscoa

1 eu e a mãe e o N e os ovos
 2 de páscoa aí nesse dia o L viu
 3 o coelho e,o coelhinho da páscoa comprou os ovos
 4 de páscoa aí o coelho compra todos os ovos
 5 de/páscoa mas nesse dia o coelho da páscoa aí nesse
 6 dia os coelhos da/páscoa e nós estávamos na
 7 época da páscoa e nesse dia o co
 8 elho tem os ovos de páscoa o coelho trouxe
 9 os ovos de páscoa o coelho de páscoa traz
 10 ovos de páscoa os ovos de páscoa num dia agora
 11 o L e o coelho trouxeram os ovos de páscoa
 12 viram os ovos de páscoa que tem os filhotes de coelhos
 13 de páscoa novos no dia da páscoa eu e a mãe nós está
 14 vamos na época da páscoa vamos conhecendo o coelho
 15 de páscoa e nós estávamos no mês de abril aí nesse
 16 dia os coelhos de páscoa nesse dia os coelhos fabricam
 17 ovos de chocolates estão brilhantes sim mas ago
 18 ra estão maduras agora os ovos de páscoa e os coelhos
 19 fabricaram os ovos de chocolates o coelhos de páscoa os
 20 ovos de páscoa aí nesse dia os coelhos de páscoa os
 21 ovos de páscoa fabricamos os ovos chocolate de páscoa
 22 ocoelho de páscoa viu o L viu o coelho viu os ovos de páscoa estão
 23 fabricados na cesta de páscoa que tem os ovos de páscoa o coelho
 24 de páscoa trouxeram os ovos de páscoa são muito brilhantes
 25 o coelho da páscoa trouxeram os ovos de páscoa para o L e
 26 para o N e para a mamãe e para fabricá-los os ovos de choco
 27 late cobriram o saco de ovos de chocolate aí
 28 nesse dia os ovos de páscoa estão lindos e agora temos (ou tem os)
 29 ovos de páscoa o coelho trouxe os ovos de páscoa

À primeira vista, quando olhei para esse material, pensei tratar-se de um texto. Fiz uma leitura rápida, vi que me enganara: não havia nada ali, apenas um monte de palavras justapostas como se fosse um texto. Quando voltei a esta produção escrita de maneira

detalhada e investigativa deparei, enquanto leitora, com uma particularidade de escrita que me impressionou.

Admitindo que a cada leitura dessa produção escrita de LJ, uma nova consideração se impõe, decidi fazer neste momento a análise que me foi possível, sabendo, no entanto, que outras poderão existir.

Meu olhar, procurando a leitura que legitima a escrita e abre para a possibilidade de interação com o texto/escritor, não consegue se concretizar diante de uma escrita que se sobressai tanto que permanece desenho de escrita inviabilizando quase completamente sua leitura.

No obstante, identifica-se que a ortografia das palavras está correta: LJ mantém a convenção ortográfica da língua. Assim como a concordância verbal e a nominal (com raras exceções). Faz o uso de palavras encontradas mais frequentemente na linguagem escrita, que nesse caso se cristalizaram a partir dos textos lidos por ele, como na linha 26 “fabricá-lo”, bem como no emprego do tempo e modo verbal das linhas 6, 14 e 15 “nós estávamos”.

As frases estão presentes, mas e o texto?

A imagem do Zootrópio me parece ideal para visualizar melhor a idéia da necessidade de movimento, de continuidade, de fluidez, como imprescindível, por um lado, para a ação de contar, de narrar, e, por outro, para se atribuir sentido ao que se vê/ouve.

Sabe-se que o Zootrópio esteve muito presente na vida cultural européia do século XIX, sendo um brinquedo para as crianças e também um entretenimento para os adultos. Esse objeto permitiu a verificação de que uma seqüência de desenhos pintados separadamente, quando colocados em movimento a partir de um instrumento que os fazia girar em determinada velocidade, dava a percepção de uma imagem em movimento. Nascia assim a narrativa visual que posteriormente se tornou cada vez mais sofisticada pela tecnologia cinematográfica.

De uma forma análoga, a produção escrita de LJ remete a diferentes cenas de um mesmo tema, a Páscoa, em uma organização caótica das cenas. Há desorganização no seu texto que compromete a continuidade esperada. Há uma indeterminação exagerada nessa linguagem escrita.

A escrita de LJ preenche todo o espaço do papel e não apresenta pontuação, o que dificulta mais ainda o entendimento dessa produção.

Os textos são contínuos e precisam ser divididos em partes e, para que isso aconteça, é necessário que haja pontuação, a qual aparece sempre em posições que indicam fronteiras sintático-semânticas. Aprender a pontuar, então, é aprender a partir e a reagrupar o fluxo de um texto de forma a indicar ao leitor os sentidos que o autor quer propor.

A ausência de pontuação no texto de LJ dificulta para o leitor a possibilidade de estabelecer, no texto, as fronteiras de sentido, parecendo tratar-se de uma única e enorme linha.

Para Chacon (1998), os sinais de pontuação, de um ponto de vista lingüístico, indiciam as relações entre oralidade e escrita, recuperando, entre outros aspectos daquela os prosódicos que veiculam o sentido na construção do texto.

Anteriormente, chamei a atenção para a singularidade da entonação apresentada por LJ que volto a reiterar, imaginado que haja uma reciprocidade entre as questões envolvendo a pontuação e os aspectos prosódicos.

Cagliari (2000) explicita que pelo fato da prosódia estar ligada à estrutura do sentido, é ela que dá a chave de interpretação. A pontuação, nesse sentido, se estende a expressividade do texto e, portanto, a uma subjetividade pretendida.

Como é o momento de escrita de LJ?

O comportamento de LJ no momento de produção escrita, especialmente nessa ocasião, foi o de pegar o papel, ouvir o tema e escrever tudo de uma vez só, lembrando o processo de uma psicografia.

LJ geralmente escreve tudo corretamente (do ponto de vista ortográfico). Se for necessária alguma alteração, esta é feita no momento em que o erro/equívoco/desvio foi cometido, isto é, on line. Ele não volta para reler o texto de forma espontânea.

Que marcas pode-se perceber na produção de LJ?

Dentre as marcas que LJ fez, é possível observar episódios que poderiam ser tomados como de refacção. A refacção na literatura se relaciona com as correções que aquele que escreve faz em sinal de uma “preocupação” com o leitor. LJ traz marcas em relação à segmentação, neste caso, não-convencional das seguintes palavras: “ovos depáscoa” na linha 5 e “coelhos dapáscoa” na linha 6. Nota-se que LJ marca essas segmentações com um risco forte entre as preposições (de e da) e o substantivo que acompanha cada uma delas –

no caso, “páscoa”. Abaurre e Silva (1993) relatam que elementos clíticos, como artigos, pronomes pessoais e preposições, ou mesmo elementos lingüísticos como advérbios, pronomes (possessivos, demonstrativos, indefinidos) e conjunções seriam elementos que *as crianças muitas vezes não dissociam dos itens lexicais nos quais estão semântica e fonologicamente “apoiados”* (Abaurre e Silva, 1993:100). Esses elementos ocupam, geralmente, posição de monossílabos átonos, formando um grupo clítico com uma palavra de acento mais proeminente, o que levaria as crianças a terem dificuldades para identificar esses elementos (clíticos) como palavras independentes.

Observa-se que LJ deixa marcas de correções ortográficas. Estas correções são realizadas por ele na linha 1 (ovos) e 18 (maduras) e parecem ter sido motivadas pela tentativa de melhorar a forma da letra V (na palavra “ovos”) ou pela percepção do uso inadequado de uma ou mais letras (no caso da palavra “maduras”). Abaurre, Fiad e Mayrink-Sabinson (1997) observam que as modificações mais comumente encontradas nos textos de aprendizes de escrita dizem respeito à correção ortográfica. As autoras ressaltam que o trabalho com a ortografia decorre, principalmente, das exigências da escola sobre o que considera um avanço qualitativo da escrita infantil, mais do que uma real preocupação das crianças com a correção ortográfica.

No entanto, mais do que as marcas calcadas no papel o que fica em relevo é a maneira como as palavras vão se encadeando uma após outra, sempre em retorno, em recomeço, em retomada a um marcador: “nesse dia”, “na época”, “num dia”. Desse jeito, à primeira vista a narrativa não deslança e permanece atrelada a alguma forma de repetição.

No entanto, essas repetições guardam uma semelhança com as que são recorrentes nas narrativas de contos de fadas. Elas funcionam no eixo entre o oral e escrito e colaboram para que a criança mantenha um feixe associativo de idéias. Cabe destacar ainda que a palavra “aí” é o que mais se repete nas linhas 2, 4, 5, 15, 20, 27. Para Gomes-Santos (1999), o articulador textual “aí” garante a continuidade das narrativas e garante ainda a manutenção do envolvimento do interlocutor com o fio da narrativa.

Já, Corrêa escreve em relação à isso:

(...) esse uso de “aí” como articulador é reconhecidamente uma marca dos gêneros narrativos mais informais, cujo traço de

coloquialidade busca reproduzir, mesmo quando utilizado em situação de uso mais formal, o andamento do desenvolvimento temático na situação imediata de comunicação em que o escrevente supõe a participação direta de seu interlocutor. (Corrêa, 1997: 243)

Imagino que esses movimentos observáveis na escrita de LJ não tenham sido em vão. De Lemos afirma que a sequencialidade do texto (...) *exige a retroação ou a retroarticulação que, ao meu ver, é a operação que não só faz da sentença/enunciado uma unidade gramatical e semântica, que se mantém em suspensão até que a última palavra seja dita, como é o cerne das propriedades textuais chamadas de coesão e de coerência. (...) A retroação ou retroarticulação opera, portanto, na contenção da deriva enquanto contingência que afeta a linearidade* (2001:26, 27).

Como se podem observar tais desdobramentos na produção de LJ?

Apesar do espanto que a leitura dessa produção de LJ quase sempre me provoca, reconheço com facilidade que ele não fugiu da proposta: “escrever sobre a páscoa”. Se contarmos as palavras que mais aparecem nesta produção, temos: “páscoa” na linha 30; “ovos” na 22; “coelho” na 22; “chocolate” na 7 – todos itens lexicais de um campo semântico envolvido em minha solicitação de escrever sobre a Páscoa. Também os verbos “trouxeram”/“trouxe”/“traz” na linha 9, “comprar”/“comprou” na 2, “fabrica”/“fabricam” na linha 2 corroboram a afirmação de que LJ não se desviou do tema.

Entretanto, não dá para negar que LJ se incumbiu de contar alguma coisa, e deu conta do que lhe foi solicitado mesmo com tantos recomeços, com tantos “tentar de novo”. Dessa forma, as estruturas que se repetem também não se repetem à toa. Nota-se que expressões como “aí nesse dia” na linha 1, “aí o coelho” na linha 4, “nesse dia o coelho” na linha 5, “aí nesse dia os coelhos” nas linhas 5 e 6, “e nesse dia o coelho” na linha 7, parecem funcionar como uma possibilidade de retroação ao discurso que de certa forma progride.

LJ inicia a sua escrita falando da compra dos ovos de páscoa para ele, para o irmão e para a mãe, posteriormente ele desenvolve uma certa trama em torno do fabricar, comprar e trazer ovos de páscoa, e por fim, todos ganham os ovos de páscoa. Apesar do uso frequente dos articuladores, do excessivo retorno aos operadores discursivos, se percebe uma progressão nos acontecimentos encadeados em uma relação de contigüidade que caracteriza

o processo metonímico, mesmo que nesse fenômeno se observe a presença marcante de dizeres que estão cristalizados na cultura. Poderia-se supor ainda que o material discursivo dessa produção fique estabelecido no limite dessa aparente repetição que funciona como uma ancoragem de *retroarticulação* e de *contenção de deriva*.

Portanto, apesar das frequentes buscas pela coesão e da coerência: esta é a materialidade da coesão e coerência possível para LJ. Mas, quais outras marcações podem ser observadas em relação a essa produção?

Por exemplo, o registro do tempo (presente-passado-futuro) que recebe uma marcação peculiar. O verbo “comprar” nas linhas 3 e 4, o verbo “trazer” nas linhas 8 e 9 e o verbo “fabricar” nas linhas 16 e 19 aparecem, seguidamente, em dois tempos: passado e presente quando, aparentemente, se refere a um mesmo acontecimento.

Nesse sentido ocorre o que Fiorin (1996) chama de neutralização - que se dá quando há, por exemplo, um presente e um passado no mesmo fato.

A produção de LJ chega até o momento em que ele tem os ovos de chocolate (presente), antes do dia da Páscoa. Ele não relata uma expectativa, por exemplo, de como poderá ser esse domingo em que desembulhará os ovos. Na realidade vivida, LJ também está nesse mesmo momento em que, na narrativa, tem os ovos, ele está na época da páscoa, está em abril.

Quanto aos aspectos espaciais, parece que não se mostram marcados e, por vezes, tive a impressão de que LJ fez um ajuste econômico dando a alguns aspectos temporais uma extensão espacial, por exemplo, nas linhas 6 e 7 “estávamos na época da páscoa” e na linha 15 “estávamos no mês de abril”. Se o tempo se apresentou assim, quais são as marcas da sua memória?

Para Benveniste (1974), há reciprocidade entre o que há de memória e o que há de linguístico na medida em que para o autor há nos sujeitos *um renascer pelo seu discurso o acontecimento e a sua experiência do acontecimento* (Benveniste, 1974:26).

Nessa escrita em análise, LJ tenta contar algo sobre a páscoa. Incluindo nesse contar ele próprio e sua família, fazendo referência a algo já vivido. Penso que se trate de algo relacionado ao vivido porque ele fala alguma coisa em relação à sua mãe fabricar ovos de páscoa e na realidade em época de páscoa ele faz isso mesmo. Todavia, ela não é fabricante

de ovos na relação com a palavra “Fábrica” presente no texto, ela faz ovos porque é doceira.

O que me leva a pensar que LJ conta os fatos ziguezagueando na sua memória por entre o que existe: de cristalizado na cultura sobre a páscoa, de já vivido, de lido nos livros. Entretanto, como vimos, fica faltando uma relação entre esses acontecimentos, um fio organizador que se realiza pela e na linguagem. Benveniste (1966/1988) considera que o tempo e o espaço organizam-se em torno do sujeito tomado como ponto de referência. O espaço seria o *aqui* e o tempo, o *agora* do *ato de enunciação*. Para esse autor, a discursivização é o mecanismo criador da pessoa (pronome eu), do espaço, do tempo e da enunciação. Lembrando que a tomada do pronome “eu” se deu mais tardiamente em LJ e em algumas situações até hoje faz uso do nome próprio para se identificar, mesmo quando é ele quem fala. É preciso destacar, entretanto, que nos dados de linguagem transcritos quando LJ tinha entre 4 e 5 anos de idade já aparecem o uso do pronome “eu”, e isso se deu de uma maneira que esse uso parecia mais vinculado à forma da língua, do que pela marca psíquica de uma pessoa; como então passou a ocorrer mais tarde.

Mas, quais são as relações de memória presentes nos enunciados de LJ?

Nos dados de número 4 e 6, já analisados anteriormente, foi possível perceber que ele pode manter uma relação de uma cena e um significante, no uso de uma *senha*.

Viu-se também que quando LJ não depende do discurso para organizar, selecionar, combinar os *feixes* de sentido, ele costuma se sair bem basta pensar em situações de jogos (dados de número 1 e 2) cujas regras (fixas e invariáveis) ele conhece bem.

Um tipo de memória apresentada por LJ, por exemplo, é a do que está escrito na capa do seu CD de danças de quadrilhas. Em uma determinada época ele falava todos os dias o nome das músicas na ordem correta em que parecia no CD e tempos depois cessou de fazer isso.

Freud realizou em 1895 um estudo de memória contrário ao do perfil de estocagem, como as explicitadas acima. Diferentemente, a proposta desse autor se refere a uma memória independente da consciência, tomada a partir da relação de linguagem, como um resultado de diferentes inscrições cerebrais que sofre reordenação de tempos em tempos, caracteristicamente inconsciente e que a partir da ação do sujeito vem para a consciência. Como LJ retoma essa associação que se dá pela linguagem?

Se, por um lado, LJ tem muita facilidade para me dizer o nome das músicas de um CD, ou a ordem dos planetas no espaço, por outro, ele tem muita dificuldade de me contar o que fez ontem, ou no domingo, ou o que vai fazer amanhã. Aparentemente, não há a presença de uma memória contínua, estável e compatível com o que circula na cultura levando-se em consideração a sua experiência de 10 anos de vida; assim como nesses moldes, também não há uma memória autobiográfica. O que se observa é a ocorrência de “ilhas de memória” que se tornam visíveis nos momentos interativos e que aparecem alçadas pela subjetividade desse sujeito. Então, essa memória não pode se mostrar em continuidade (o que só seria possível de acontecer na e pela linguagem, isto é, enquanto LJ fala), compatibilizando-se com a presença desse sujeito (subjetividade) que ora se “mostra”, ora não.

A análise mostra o esforço de LJ em se ater a um pedido do outro: “escrever sobre a Páscoa”. Esse esforço mostra um sujeito que se relaciona com a gramática, com a ortografia de uma língua e que usa recursos da língua em “seus constantes retornos” a certos pontos do texto como que para pegar impulso, tentar novamente, e assim progride. Por todas as análises realizadas, pode-se dizer nesse momento, que há uma materialidade discursiva singular na produção de LJ que revela a singularidade da subjetividade desse sujeito que se constitui como efeito de linguagem; assim como revela, também, a singularidade dos processos adjacentes à linguagem, em que se inclui a memória, o pensamento, entre outros, e que se constituem também como efeito de linguagem revelando a equivalência dessa relação.

Dado:8 - LJ (10 a e 1 m) em 02-08 2005.

Eu e LJ estamos lendo uma estória em quadrinho, em que o personagem Cascão aparece sempre pensando que, quando ele crescer, vai ser campeão em diversos esportes. As cenas se repetem nessa ordem: Cascão, pequeno; Cascão, grande e praticando um determinado esporte (natação, voleibol, futebol etc); Cascão levantando um troféu. Logo após a leitura, LJ pega um brinquedo em que se bate um martelo numa alavanca, a qual faz uma bola subir.

Quando eu era “mais” criança

°	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações	
			sobre as condições de produção do enunciado verbal	sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
1	LJ			Pega um brinquedo, vai para perto de Iss.
2	Iss	Sabia que Isso aí é um brinquedo de nenê?		
3	LJ		Ele não responde nada.	
4	Iss	Você sabia?		
5	LJ	É de quatro anos?		
6	Iss	É. Quantos anos você tem?		
7	LJ	10		
8	Iss	Você não está muito bebê para brincar com Isso?		Com ironia.
	LJ	Não... foi ontem.		
10	Iss	Foi o quê?		
11	LJ			Não fala nada.
12	Iss	Foi ontem, o quê, L.?		
13	LJ			LJ não responde e continua batendo o pino.
14	Iss	Foi ontem, o quê? Que você era criança?		

15	LJ	É...1980...1992.. 1997		Parecendo procurar um número.
16	Iss	1997		
17	LJ	Foi ontem 1997.		

O objetivo desse dado é corroborar parte do dado anterior nas questões que envolvem as marcações temporais.

Na continuidade da interação transcrita nesse dado de número 8, peguei um papel para fazer as contas com LJ, porque me pareceu que ele queria me falar em que ano ele foi criança, em que ano ele tinha 4 anos.

LJ sabe lidar muito bem com o calendário e nele projeta adequadamente onde buscar uma data passada e uma data futura. Ele sabe também fazer, perfeitamente, contas com soma e subtração. Poderia, então, ter resolvido a situação operando com esses dois conhecimentos. Mas isso não foi possível.

Ele não consegue se organizar para resolver uma situação temporal cuja inscrição no cérebro e no corpo envolve a linguagem. No caso de LJ, trata-se de saber qual era o ano em que ele tinha 4 anos. Provavelmente ele tentou fazer contas mentalmente, dando-me datas no turno 15. Entretanto, ele sabia que estava errando, porque passou rapidamente pelo primeiro ano que menciona (1980), quando ele não havia nem nascido. O segundo que ele considerou (1992) também não servia pelo mesmo motivo. LJ nasceu em 1995, então, em 1997, terceiro ano que aparece no turno 15, ele teria dois anos. Tentei mostrar no papel a conta que deveria ser feita, mas me pareceu que nossa interação só ficou na superfície dos números, apesar de chegarmos juntos na data certa.

Aparentemente, LJ marca a temporalidade de maneira diferente quando se trata de fatos recentes, o que podemos ver no dado 9, que segue.

Dado: 9 - LJ (10 a 4m) 20/09/05.

LJ entra na sala com o rosto arranhado, eu pergunto o que houve e ela conta sobre uma briga que teve com uma colega de classe.

A Briga

“Ontem na segunda feira eu quase ataquei a M”

Neste dado, escrito um dia depois do acontecimento que relata, LJ marca corretamente a referência dêitica em relação ao tempo do acontecimento - *ontem* – e o dia da semana em que se deu o fato – *segunda-feira*. Duas formas diferentes de marcar o tempo que se relacionam adequadamente em um acontecimento que o envolveu psiquicamente de forma intensa. Porém, o que se pode perguntar é qual a “durabilidade” desse acontecimento no discurso de LJ?

Considerações finais

Dado: 10 - LJ (8a, 1 m), em 25/08/2003

Tento estabelecer um diálogo com LJ, mas ele está arredio e disperso. É a primeira sessão depois das férias de julho e de sua volta às aulas. Depois de muitas tentativas de iniciar uma conversação, tento novamente chamar a atenção de LJ.

Eu falo comigo

°N	Sigla do Locutor	Transcrição	Observações sobre as condições de produção do enunciado verbal	Observações sobre as condições de produção do enunciado não-verbal
				LJ está com um robô na mão, fazendo sempre o mesmo movimento que é de abaixar um dos braços do robô.
2	Iss	Ah, tá difícil para conversar com você hoje, né, LJ?		
3	LJ			LJ continua fazendo o mesmo movimento, sem olhar para Iss.
4	Iss	Ah, eu tô triste!		Fazendo cara de desagrado.
5	LJ	Eu vou ficar bravo.		Sem olhar para Iss. Esse enunciado tem sido constante em sessões anteriores.
6	Iss	Por quê?		
7	LJ	Eu vou aprender coisas difíceis.		LJ já vinha repetindo essa frase por um longo tempo em dias anteriores.
8	Iss	Ah, você só fala Isso, você não tá conversando comigo.		
9	LJ	Ah, tô conversando.		Olhando às vezes para o robô, e em outros momentos disperso.
10	Iss	Então, fala comigo LJ.		
11	LJ	Eu falo comigo.		
12	Iss	Comigo, comigo, não com você, comigo.		Apontando para si própria quando fala a palavra “comigo”.

		com você, comigo.		palavra “comigo”.
13	LJ	Eu falo comigo.		
14	Iss	Com o LJ não, com a Iss.		
15	LJ	Com a Iss.		
16	Iss	Então fala com a Iss.		
17	LJ	Eu falo comigo		Sem olhar para Iss.

No presente dado, as minhas falas (turnos 2 e 4) – “Tá difícil” e “vou ficar triste” - retratam um interlocutor que se queixa de não ter atenção, mas parece que enquanto eu me queixo dele, ele também demonstra uma insatisfação comigo e avisa (no turno 5) – “Vou ficar bravo”.

Afinal, como funciona o jogo da linguagem para esse sujeito? Ele quer dizer a Iss que fala consigo mesmo ou ele repete o que diz Iss? O que incomoda nesse dado é a presença do que há de paradoxal do autismo: uma criança autista se chamar de “eu” e dizer que fala consigo, quando muitas vezes se supõe que não existe um “sujeito” no autismo, ou se supõe que ele não fala com ninguém, menos ainda consigo mesmo.

Talvez esse dado seja representativo de uma diferença: um sujeito que diz “eu” e com os recursos que tem diz querer falar com ele, o que faz Iss supor que ele não quer falar com ela. Tomando, nessa análise, esse distanciamento de LJ como um lugar possível do reconhecimento da decepção que sente em relação ao seu interlocutor, ou à situação de ter que conversar quando ele não quer. Faz-se presente uma nomeação do não falar ao invés do ignorar do outro.

Para um interlocutor desavisado pode novamente parecer que se trata de uma repetição, sobretudo pela repetição da palavra “comigo”; no entanto, para se diferenciar da palavra comigo utilizada por Iss, apenas LJ enuncia a palavra - *eu* - coordenada dêitica de pessoa (nos turnos 11,13 e 17). Dessa maneira, me parece que os enunciados de LJ se aproximam da marca da subjetividade de um sujeito na terceira posição de De Lemos: um

sujeito que escuta sua própria fala, através desses enunciados LJ subjetiva a relação com o outro (Iss) para avisar que não quer falar com ela.

Como LJ habita a linguagem?

Essa é a pergunta a que me propus responder, inicialmente a partir da teoria de De Lemos que assume o percurso linguístico da criança (*de infans* à falante) como um efeito de subjetivação pela linguagem na estrutura em que se encontram presentes: a *língua*, o *outro* e a *própria criança*.

Mais do que situar pontualmente a posição de LJ nessa estrutura, interessa conhecer o que as análises dos dados sob esta perspectiva dizem sobre o trabalho linguístico de LJ.

As análises realizadas me indicam que LJ, uma criança autista, se encontra nessa estrutura e habita, preferencialmente, na língua. Aparentemente, ele transita pelas três posições que um falante pode ocupar, no entanto, isso não acontece da forma como esperamos ou conseguimos pensá-la. Mas, se dá de forma diferente.

Frequentemente, ele responde às perguntas que lhe são feitas, porém, raramente as faz. Talvez, porque na primeira situação a seleção é feita pelo outro o que promove seu funcionamento lingüístico. Suas respostas estão mais marcadas pela língua, no sentido literal (como se a língua fosse um código), o que, por vezes, traz o *non-sense* ou o desvio do sentido, revelando mais fortemente o seu percurso pela língua e pela falta de escuta do outro. É nesse intervalo que LJ se constitui como sujeito. Nos dados em que a sua fala aparece espontaneamente observa-se a presença da *senha*³⁴ (a relação de um significante com uma determinada cena) dando visibilidade à sua singularidade de linguagem como um acontecimento em que quase sempre não se encontram afinidades com o discurso social, cultural, privado e público. Evidentemente, depreende disso a relação língua-discurso no funcionamento lingüístico de LJ.

Ainda assim, as produções de LJ não são desprovidas de aproximações e de distanciamentos da fala do outro (o que denota determinada subjetividade), como mostram,

³⁴ Nesse sentido, reforça-se uma aproximação, mais de sessenta anos depois de uma das observações feitas por Kanner quanto ao que ele chamou de inflexibilidade semântica, quando reconhecia nas crianças atendidas por ele que as palavras não eram utilizadas diferentemente de seu primeiro significado.

por exemplo, os dados da “Maisena” e da “Páscoa”. No primeiro temos uma ancoragem de sua fala em uma espécie de repetição da fala do outro, um fala em bloco, da qual se distancia e deixa emergir um sujeito contando um acontecimento de sua vida. No segundo, temos aproximações e distanciamentos na sua produção escrita derivadas das leituras de histórias infantis (sua mãe, por exemplo, a despeito da condição de atenção de LJ, sempre leu esse tipo de livros para ele), das cristalizações da cultura, dos operadores discursivos que sob a forma de repetição funcionam também como alavanca da sua produção discursiva e da contenção de deriva. É nesse espaço que a sua produção progride e mantém uma certa coerência (ainda que instável) no desenrolar dos fatos.

Assim, as formas de repetição apresentadas por LJ na sua fala me parecem carregadas não só do que se entende como desestabilizador ou sintomático, sendo ele uma criança autista, mas também como um possível lugar de apoio e de ressignificação em uma situação interativa.

Vimos com Freud e com Luria a importância da reciprocidade existente entre cérebro e linguagem; especialmente nos textos de Freud, deparamo-nos com a especificidade da linguagem (e entendemos essa linguagem atingindo tanto a mãe como o bebê) na constituição cerebral e psíquica do que nomeei como processos adjacentes (corpo, percepção, associação, memória, pensamento, dentre outros).

A análise dos dados nos conta sobre alguns desses processos adjacentes, e retomo aqui mais especificamente o de memória. Aparentemente, LJ apresenta-se, por um tempo limitado, com uma boa memória de estocagem, mas quando se trata de uma memória discursiva isso se mostra diferente. Uma consideração de análise em relação a isso se dá pelo fato de que a memória discursiva se faz a partir da presença de LJ, enquanto a subjetividade de um sujeito, que consegue alçar pela linguagem algo em uma memória (esta por sua vez construída na e pela linguagem) inconsciente tornando-a consciente³⁵. Isto é, uma memória resultante das inscrições de linguagem que de tempos em tempos são retranscritas e que se constituem através da experiência de vida (e por toda a existência) do sujeito com o outro e com o mundo, portanto com a cultura do seu tempo. Nessa

³⁵ Freud, 1895, caracteriza a memória como inconsciente apartando-a do consciente na polaridade lembrança e esquecimento. A memória de linguagem, referenciada neste momento, não perde de vista outros tipos de memória como, por exemplo, a visual, a auditiva, a de cheiro, etc, que co-participam associativamente.

abordagem pode-se pensar que aquilo que LJ, aparentemente, apresenta como problema de memória discursiva, provavelmente, seja o resultado da reciprocidade neurológica/psíquica que se constitui a partir do modo como LJ entra e permanece na linguagem. O possível desdobramento dessa particularidade repercute na sua constituição como sujeito e no que chama de “eu”, nas noções de corpo, tempo, espaço, etc. Portanto, é singular a constituição de um sujeito nessas condições e por isso pode-se defender que há diferenças entre esses sujeitos tidos como portadores dos Transtornos Globais de desenvolvimento. Essa diferença que abrange tanto as crianças como os autismos parecem estar associadas às diferentes subjetividades, que resultam em diferentes sujeitos e em diferentes autismos.

O que essa prática clínica, uma fonoaudiologia sob a perspectiva da ND, me proporcionou? Uma ampliação nos recursos de se pensar a prática fonoaudiológica e os sujeitos que ocupam o lugar interativo como acontecimento clínico. Assim, me distancio, como fonoaudióloga, de uma concepção médica de linguagem e me aproximo de uma consideração social, neuropsicológica, psíquica e interacionista de linguagem que abrem para a inclusão do sujeito e de sua patologia.

Além disso, quando posso olhar para o meu funcionamento lingüístico e não apenas para o de LJ, permito-me reconhecer que nesse trabalho de propiciar a ele diferentes funcionamentos de linguagem, também eu sou afetada pelo que LJ tem para me oferecer. Essa interação abrange o que há de “normal” e de “autismos” em nós dois e se isso modifica sua fala, por vezes, também modifica a minha.

Enfim, são as vivências que se dão no espaço interativo de acontecimento clínico – resultadas algumas vezes do nosso ficar juntos - LJ e Iss, outras vezes, apenas da ocupação do mesmo espaço físico - que explicitam a noção de que LJ está em movimento, se distanciando simplesmente da definição de uma patologia e se aproximando da existência de um sujeito.

Esta dissertação é na verdade um mergulho no “autismo”, buscando cada vez mais entender os seus possíveis significados que inclui reflexões relacionadas às suas causas, às diferentes interpretações que recebe na ciência, ao que há nele sobre e de linguagem. Entretanto, este trabalho não se finda aqui e as questões de linguagem no autismo infantil

serão retomadas pormenorizadamente sob as perspectivas de Freud, Luria, De Lemos e Jakobson no programa de doutorado que se inicia.

Referências Bibliográficas

- Abaurre, M.B.M.; Fiad, R.S.; Mayrink-Sabinson, M.L.T. *Cenas de aquisição de escrita: O sujeito e o trabalho com o texto*. Campinas: Mercado de Letras, 1997.
- Abaurre, M. B. M.; Silva, A. “O desenvolvimento de critérios de segmentação na escrita” In *Temas em psicologia*. São Paulo, v. 1, p. 89-102, 1993.
- Alberto, V. “Autismo e linguagem” In *1º SepeG- Seminário de Pesquisa de Graduação* abril/2004.
- Alessandri, M.; Mundy, P.; Tuchman R.F. “The genetis In Autism” In *Revista Neurologia*. 2005. v. 40, p.131, 2005. www.psique.com
- APA, (1994) American Psichiatric Association, Committe on Nomenclature and Statistics Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, Dc, 4th Edition. Ed: APA, 1999.
- Assumpção, F.; Kruczynski, E. *Tratado de Psiquiatria da Infância e Adolescência*. São Paulo: Atheneu, 2003.
- Baduel et alli. “Genetics in Autism” *Neurology*, n.40, S.107-113, 2005 www.medline.com.br
- Bakhtin, M. (1929) *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1984.
- ___(1920) “Os gêneros do discurso” In *Estética da criação verbal*. São Paulo: Martins Fontes, 2003.
- Bara et alli “Communicative abilities in Autism: evidence for attentional deficits” In *Brain and Language*, n 77, p. 216-240, 2001.
- Baron-Cohen, S. “Systemizers, empathizers and assortative mating “ In *Genetic Journal*, 22/05/2005
- ___ “Boys, Girls and Autism”. *NewsWeek*, september, 8, 2003.
- ___ “The amigdala theory of autism” in *Neuroscience and Biohehavioral Reviews*, n.24, p.355-364, 2000.
- ___ “The prevalence of gilles de La Tourette” syndrome in children and adolescents with Autism” In *Journal Child Psychol Psychiatry*, n 40 (2) p.213- 218, 1999.
- ___ Leslie, A M; & Frith, U. “Does the autistic have a theory of mind?” In *Cognition News*, n.21, p.37-46, 1996.

- ____ “The development of a theory of mind in autism: deviance an delay?” In *Psychitry*, n.14 (1), p.33-52,1991.
- ____ “Autism, a specific cognitive disorder mind-blindness” In *Psychiatry* 2, p.81-90, 1990.
- ____ “Social and pragmatic deficits in autism: cognitive or affective?” In *Journal Autism Develop Disorder*, n.18 (3), p.379-401, 1988.
- Barrett et alli “An autosomal genetic screen for autism” In *American journal Medical Genetics*, n. 88, p. 609-615, 2000. www.medline.com.br.
- Batista, M. O. “Trabalho clínico Fonoaudiológico com pacientes autistas: concepções teóricas e práticas clínicas” - Dissertação de mestrado. Puc-SP, 2004.
- Bauman & Kemper. “Histoanatomic observation of the brain in early infantile autism” In: *Neurology*, nº 35, p.866-874, 1985.
- Baxbaun B. “Genética e autismo”. www.fapesp.br .06/05/2004.
- Belaga, G. “Encontro Latino de Psicanálise” In *Temas Cruciais* I, 2005. www.psique.com.br
- Bettlhein, B. (1967) *A Fortaleza Vazia*. São Paulo: Martins Fontes, 1987.
- Bosa, C. “As relações entre autismo, comportamento social e função executiva” In: *Revista Psicologia, Reflexões e Crítica*. Porto Alegre, V 4, n 2. p.281-287, 2001.
- Buitelaar, E. et al. “Medication treatment in subjects with autistic spectrun disorders european” In *Child and Adolescent Psychiatry*, n.1, p. 185-197, 2000.
- ____ Eliez, S; Reiz A. “MRI Neuroimaging of childhood psychiatric disorders: a selective review” In *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, n.41, p. 679-694, 2000.
- Cagliari, L.C. "A metrificação poética na visão de um foneticista". IEL. mimeo, 2000.
- Carvallo, R.M.M. & Mangabeira Albernaz, PL.”Reflexos acústicos em lactentes”. In *Acta AWHO*, 16 (3), p.103-108, 1997.
- Chacon, L. *Rítmo da escrita: uma organização do heterogêneo da linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- Colleman & Gillberg. *Bases biológicas do autismo*. Barcelona: Massom, 1989.
- Colli, F.A.; Amâncio, V. “A educação de crianças com distúrbios globais de desenvolvimento” In *Curso de capacitação para professores da rede estadual de ensino*. Apoio e Edição da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo, 2002.

- Corrêa, M. L. G. *Linguagem e comunicação social: visões da lingüística moderna*. São Paulo: Parábola, 2002.
- ___ *O modo heterogêneo de constituição da escrita*. Campinas: Instituto de Estudos da linguagem, UNICAMP 1997.
- Coudry, M. I. H. (1986/1988) *Diário de Narciso*. São Paulo: Martins Fontes, 2001
- ___ Scarpa, E. M. “De como a avaliação de linguagem contribui para inaugurar ou sistematizar o déficit” In *Cadernos De Disturbios Da Comunicacao*, São Paulo, p. 83-95, 1991.
- ___ Morato, E. M. “ Processos Enunciativo-Discursivos e Patologia da Linguagem: Algumas Questoes Linguistico-Cognitivas” In *CEDES*, v. 24, p. 66-78, 1991.
- ___ Possenti, S. “Avaliar discursos patológicos”. In: *Cadernos de Estudos Lingüísticos*, 5: 99-109, 1993.
- ___ “Processos de subjetivação e trabalhos lingüísticos”. In *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. Campinas, n 28, p.152-167, 1999.
- ___ Participação em banca de Mônica Filomena Caron. “As relações da escola com a sociedade nos processos de diagnosticar/avaliar”. 2000. Dissertação (Mestrado em Lingüística) – Universidade Estadual de Campinas.
- ___ Co-Orientadora de Anna Maria Lunardi Padilha. Bianca. “O ser simbólico para além dos limites da deficiência mental”. 2000. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Estadual de Campinas.
- ___ “A Linguagem em funcionamento na afasia” In: *Letras de Hoje*, Porto Alegre, nº 36, p 449-455, 2001.
- ___ Memorial apresentado à Banca Examinadora do Concurso de Livre-Docência do Departamento de Linguística do Instituto de estudos de Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, 2002.
- ___ ”Avaliação como prática discursiva.” In: *Cadernos de Estudos Linguísticos* . Campinas. n. 42: 99-129, jan/jul, 2002.
- ___ Co-Orientadora de Suzana Lima Varga. “A constituição da representação escrita por um sujeito diagnosticado com inteligência limítrofe”. 2003. Tese (Doutorado em

- Linguística Aplicada) - Universidade Estadual de Campinas.
- ___ Abaurre, M. B. "Em torno de sujeitos e de olhares" (no prelo), 2005.
- ___ Freire, F.M.P. "O trabalho do cérebro e da linguagem." In *Cefiel /IEL/UNICAMP*-Campinas, 2005.
- ___ Mayrink-Sabinson, M.L. "Pobrema e dificuldade" In Albano, E; Possenti, S. Alkmim, T. (orgs). *Saudades da língua*. Campinas: Mercado de Letras, p. 561-575, 2003.
- ___ De Lemos, C. "Los procesos metafóricos y metonímicos como mecanismos de cambio". In *Substratum*, n.1, p 121-136, 1992.
- ___ "Sobre o Interacionismo" In *Letras de Hoje* Porto Alegre. V 34, p.11-16, setembro de 1999.
- ___ "Sobre o estatuto linguístico e discursivo da narrativa na fala da criança" In *Linguística*, vol 13, 2001.
- ___ "O que a fala da criança nos diz sobre a língua". In: *IX Simpósio de Letras e Linguística*, 2001, Uberlândia. Resumos do IX Simpósio de Letras e Linguística. Uberlândia: Universidade de Uberlândia, p.20-21, 2001b.
- Diament, A. J. "Avaliação neurológica evolutiva" In *Neurologia Infantil: semiologia, clínica e tratamento*. Lefèvre e col. São Paulo: Sarvier, 1980.
- Diaz, A.F. "Autismo" In *Revista de Psiquiatria e Psicologia Nino e Adolescentes*. n.1, p.18-30. México, 2001.
- Donnelly C. "Female with autistic disorder and monosomy x (Turner syndrome) parent –of- origin effect of the x chromosome" In: *American Journal of Medical Genetics*, n. 96, p. 312-316, 2000. www.medline.com.br.
- Faraco, C. A. *Linguagem e diálogo: as idéias linguísticas do círculo de Bakhtin* Curitiba-Paraná: Criar, 2003.
- Fernandes, F D; Mollini DR (2002) "Imitação e jogo em crianças do espectro autístico: Três modelos de comparação" In *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, ano 7-n 1-junho. p 23 -43, 2002.

- ____ Lepique M. (2001) “Comunicação gestual em crianças com distúrbio global do desenvolvimento: intenção comunicativa, imitação e funções comunicativas” In *Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia*, ano 2-V.2-n 6, p. 45-59, 2001.
- Foucault, M.. *Historia da loucura*. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- ____ *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- Franchi, C. “Linguagem-atividade Constitutiva” In *Almanaque 5*, São Paulo: Brasiliense, p. 9-27, 1977.
- Freire, F.M.P. “Enunciação e Discurso: a linguagem de programação Logo no discurso do afásico”. Mestrado-IEL-Unicamp, Campinas, 1999.
- Freire, F.M.P. “Agenda mágica: Linguagem e memória”. Doutorado-IEL -Unicamp. Campinas, 2005.
- Freud, S. (1891) *La Afasia.*, Buenos Aires: Edicionnes Nueva Visión, 1973.
- ____ (1895) “Projeto para uma psicologia científica” In *Edição Standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de janeiro: Imago, 1990.
- ____ (1896) carta 52: *Edição Standard das obras psicológicas completas de Freud*. Rio de janeiro: Imago, 1990
- Frith, U. *Autism, explaining the enigma*. Oxford: Blackwell Pub; 1989.
- Frith U. “Autism: possible clues to the underlying pathology Psychological facts” In: Wing L. *Aspects of autism: biological research*. London: Gaskel Eds. & Royal College of Psychiatrists & The National Autistic Society; 1988. p. 1-10, 1988.
- Garcia-Roza, L.A. *Introdução à metapsicologia Freudiana .1.* Rio de janeiro: Jorge Zahar Editor Ltda.
- Gillberg, C. Palestra realizada sobre o autismo na Associação dos Amigos dos Autistas de São Paulo. 10/10/2005. www.ama.com.br
- ____ “Janela para o mundo” In *Revista Época*, 27/09/2004
- ____ *Diagnosis and Treatment of autism*. New York.: Plenum Press, p. 167-183, 1989.
- Ginzburg, C. *Mitos, Emblemas, Sinais - morfologia e história*. São Paulo: Cia das Letras, 1986.
- Gesell, A. (1945) *A criança de zero a cinco anos*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
- Gomes E, Rota N, Pedroso S, Fleming S. “Hipersensibilidade auditiva em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista” In *Arquivo Neuro-*

- Psiquiatria*. Set, 2004, vol.62, no.3b, p.797-801,2004 www.scielo.com.br.
- Gomes-Santos, S. “O gesto de recontar histórias: gêneros discursivos e produção escolar escrita”. Dissertação de Mestrado, IEL-Unicamp, Campinas,1999
- Grandin, T. *Uma menina estranha: autobiografia de uma autista*. São Paulo: Companhia das letras, 1999.
- Guerreiro, M.M.“Abordagem neurocomportamental em autismo”. In Damasceno B.P. - (orgs.) *Temas de Neuropsicologia e Neurolingüística*. São Paulo: Tec Art,V. 4, p.131-141,1995.
- Happé, FGE; Wechsler, IQ “Profile and theory of mind in autism: a research note”. *J Child Psychiatry* 35(8), p.1461-71, 1994.
- Hinan. J. *O mito da análise*. Trad Norma Telles. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1984.
- Ingram et al “Discovery of allelic variants of *hoxa1* end *hoxa1*: genetic susceptibility to autism spectrum disorders” In *Teratology*, n 62, p 393- 405, 2000.
- Instituto Fernandes Figueira, “Perfil cerebral do autismo” www.fapesp.br. 02/05/2005.
- Institute for Biological Studies - University of Califórnia, em São Diego. Outubro 2003, p. 40-47. www.sciam.com.br.
- Itard, J. “Da educação de um homem selvagem ou dos primeiros desenvolvimentos físicos e morais do jovem selvagem do Aveyron” In *Relatório 1* p. 124-136. (material em mimeo do curso de Francisco Assumpção-FCM, Unicamp-2003)
- Jakobson, R (1954) ”Dois aspectos da linguagem e dois tipos de afasia” In *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix,1981.
- ____(1960) “Linguística e Poética”. In: *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1981.
- Jerusalinsky, A. “Terapêutica do Autismo-Psicoterapia” In *Anais do IV Congresso Mundial da Criança Autista*. São Paulo, SP, 1991.
- Kanner, L. “Autistic disturbances of affective contact” In *Nerology Child*.2,p.217-50, 1942.
- ____ “Early infantile autism” – 1943-1955. In *J Orthopsychiat*, p.26:55-65,1956.
- ____ 1943 “Os Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. In *Autismos*. Trad. Mônica Seincman. I. Rocha, P.R. (Org) São Paulo, SP: Escuta. 1997.

- ____ “Early Infantile Autism Revisited.” In: *Psychiatric Digest*, n. 29, p. 17-28, 1968.
- Kjelgaard et al. “An Investigation of Language Impairment in Autism: Implications for Genetic Subgroups” In *Language And Cognitive Processes*, n.16, p. 287-308, 2001.
- Laznik-Penot, M.C. *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta, 1997.
- ____ *A Voz da Sereia: O Autismo e os impasses na constituição do sujeito*. Diretora de texto : Daniele De Brito Wanderley. Salvador: Ágalma, 2004.
- Leboyer, M. *Autismo infantil fatos e modelos* 2ª ed. Papirus. Campinas, 1995.
- Luria, A. R. *Curso de Psicologia Geral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, Vol. I e II, 1991.
- ____ “Diferenças culturais de pensamento” In *Linguagem, Desenvolvimento e Aprendizagem*. (Orgs) Vygotsky L.S.; Luria, A.; Leontiev, A. São Paulo: Ícone, 1988.
- ____ *Fundamentos de neuropsicologia*. São Paulo: Cultrix, 1983.
- Machado et al (2003) “Anormalidades anatômicas e funcionais do sistema nervoso central no autismo: estudos de MRI e Spect”.In: *Arquivo deNeuropediatria*, dezembro v. 61, n. 4, p. 957-961, 2003. www.psique.com.br
- Machado, J. P. *Dicionário da Língua Portuguesa*. 2ª Edição. Lisboa: Confluência, 1967.
- Maestrini, M. et al. “Identifying autism susceptibility genes” In *Neurology*, n.28, p.19-24, 2004.
- Mahler, M. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation: infantile Psychosis*. New York: International Universities, 1968.
- Maingueneau, D. (1987) *Novas tendências da análise de discurso*. Campinas, SP: Fontes, 1989.
- Miller A, Miller E. *Fron Ritual to repertoire: a cognitive developmental systems approach whith behavior desordered children*. New york: Plenun press, 1989.
- Morato, E.M. “Vygotsky e a perspectiva enunciativa da relação entre linguagem, cognição e mundo social” In *Educação e Sociedade*, ano XXI, n. 71, julho/2000.
- ____ *Linguagem e cognição-As reflexões de L. S. Vygotsky sobre a ação reguladora da Linguagem*. São Paulo: Plexus, 1996.

- Mottron e col. "Proper name hypermnesia in autistic subject". In: *Brain and Language*, n.53, p.326-350, 1996.
- Navarro, J.M. "Eletroencefalografia" In *Manual de psiquiatria*. Assumpção, F. (orgs) São Paulo: Atheneu, 2003.
- Nespor, M.; Vogel, I. *Prosodic Phonology*. Dordrecht: Foris Publications, 1986.
- Oliveira, M. T; "Ecolalia: Quem fala nessa voz", tese de mestrado, PUC-São Paulo, 2001.
- OMS –(1993) *Organização Mundial da Saúde. CID-10-Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Trad. Dorgival Caetano. PortoAlegre, RS:Artes Médicas.1994.
- Ornitz, E."Revisão crítica da literatura" In: *Autismo e outros atrasos de desenvolvimento*. Gauderer, C. RJ: Revinter,1997.
- Paravidini, JL. "A identificação e o diagnóstico precoces de sinais de risco de autismo Infantil". Doutorado – FCM-UNICAMP. Campinas, 2002.
- Pereira de Castro, M.F. "Língua materna: palavras e silêncio" In *Silêncios e luzes: sobre a experiência psíquica do vazio e da forma*. Luiz Carlos Uchôa Junqueira Filho (organizador). São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
- Perissinoto, J "Avaliação Fonoaudiológica da criança com autismo" In *Conhecimentos essenciais para atender bem as crianças com autismo*.Org: Perissinoto, J.; Marchesan I Q; Zorzi, J.L. São paulo: Pulso, 2003.
- Possenti, S "Concepções de sujeito na linguagem" In *Boletim da abralin*, São Paulo, n.13, 1993
- ____ "Um cérebro para a linguagem" In *Boletim Abralin*, São Paulo. n.13.p.75-84, dez ,1992.
- Quigley, H. "The study of autism" In *American Journal of gastroentorology*. Set, 2000.
- Risch, N. et al (1999) "A genomic screen of autism: evidence for a multilocus etiology" In *American Journal of Human Genetics*, n. 65, p.493-507,1999. www.sciam.com.br
- Ritvo E.R, Ornitz E.M. *Autism: diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum. 1976.
- Ross, A. *Distúrbios psicológicos na infância*. São Paulo: MC Graw-Hill, 1979.
- Rubino, R. "Representando o interlocutor no período pré-linguístico". Tese de

- Doutorado. PUC-São Paulo. São Paulo. 1989.
- Russel J. *El autismo como transtorno de la function ejecutiva*. Madrid Panamerica, 2000.
- Rutter, M. (2000) “Genetic studies of autism: from the 1970 in to the millennium”. In: *Journal of Abnormal child psycholog*. n. 28, p. 3-14, 2000. www.medline.com.br
- Sabbagh, M.. “Communicative intentions and language: evidence from right-hemisphere damage and autism”. In: *Brain and language*, n. 70, p.29-69, 1999.
- Sacks, O *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.
- ____ (1989) *Vendo vozes: uma viagem ao mundo dos surdos*. Tradução: Laura Teixeira Motta. São Paulo, Companhia das letras, 1998.
- Santosh, P. J. “Neuroimaging in Child and adolescent psychiatric disorders” In *Archive of Diseases in Childhood*, n 82, p. 412-419, 2000.
- Sauri, J. *Historia de las ideas Psiquiátricas*. Buenos Aires: Carlos Lohlé, 1969.
- Saussure, F. (1916) *Curso de Linguística Geral*. Tradução de Antonio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. São Paulo: Cultrix, 1998.
- Schopler E. “Principles for directing both educational Treatment and Research”. In *Cidadania, Surdez e linguagem :Desafios e realidades*. Silva, I; Kauchakje S; Gesueli Z. São Paulo, Ed Plexus, 2003.
- Smalley, S “Genetic influences in childhood-onset psychiatric disorders: autism and attention-deficit/hyperactivity disorder”. In *American journal of human genetic*.n. 60, p. 1276-1282, 1997.
- Smith. J. And Bryson C. “Gesture imitation in autism: nonsymbolic postures and sequences”. In: *Cognitive Neuropsychology*, n. 15, p. 747-770,1998.
- ____ “Analysis of a 1-megabase deletion in 15q22-q23 in autistic patient: Identificacion of candidate genes for autism and of homologous DNA segment in 15q22-q23 and 15q11-q13” In. *American journal of medical genetics*, n.96, p.765-770, 2000.
- Steiner, C. “Aspectos genéticos e Neurológicos do autismo: proposta de abordagem interdisciplinar em portadores de autismo”. Tese de Doutorado Instituto de Biologia. FCM-Unicamp. Campinas. 2002.
- Tamanaha, A.C. “Intervenção na linguagem da criança com autismo” In *Conhecimentos*

essenciais para atender bem as crianças com autismo. Org: Perissinoto, J.;

Marchesan I Q; Zorzi, JL. São Paulo: Pulso, 2003.

Turner, M. *Towards in executive dysfunction account of repetitive behavior in*

autism in Autism as na executive disorder. London, Oxford

University, 19997.

Vygotsky, L S. 1934, *Pensamento e linguagem*. Lisboa: Antídoto, 1979.

.Zorzi, J. *A aquisição de linguagem infantil- desenvolvimento- alteração-terapia*.

São Paulo: Pancast, 1993.

Reportagens:

“Autismo descoberto cedo tem melhor tratamento” In *Folha de São Paulo*, Caderno Cotidiano. C-9, 21/07/ 2002

“Entidade usa castigo na educação de autista” In *Folha de São Paulo*, Caderno folha sudeste, C6, 20/08/2002.

“A torrente da consciência” In *Folha de São Paulo*, Caderno Mais, p.5-10, 15/02/2004.

“Uma mente à margem” In *Carta Capital*, 28 de abril 2004.

“Brasileiro faz descoberta fundamental sobre cérebro” In *Jornal Correio Popular*, Campinas, 26/06/2005.

“País vive febre da droga da obediência” In *Folha de São Paulo*, caderno Cotidiano, C1, 15/01/2006.

Cursos citados:

“I Encontro do Núcleo de Formação em Clínica de Linguagem: a fala da criança- o sujeito- a língua”. São Paulo-SP, agosto de 2005.

“Do método educacional TED: La therapie L”échange el de development” Instituto da saúde mental da França. com Blanc R; Bonnet –Brilhault F; Dansart P; Barthélémy, C. (2004). Realização Pró-autista. São Paulo, outubro de 2004.

“Jornada de Psicanálise com crianças”. Americana - SP, novembro de 2004.

Anexo 1-**Composição dos outros transtornos que acompanham o autismo nos “Transtornos Globais de Desenvolvimento”- CID-10 (1993).**

Autismo Atípico: Transtorno global do desenvolvimento, ocorrendo após a idade de três anos ou que não responde a todos os três grupos de critérios diagnósticos do autismo infantil. O autismo atípico ocorre habitualmente em crianças que apresentam um retardo mental profundo ou um transtorno específico grave do desenvolvimento de linguagem do tipo receptivo.

Síndrome de Rett: Transtorno descrito até o momento unicamente em meninas, caracterizado por um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda parcial ou completa de linguagem, da marcha e do uso das mãos, associado a um retardo do desenvolvimento craniano e ocorrendo habitualmente entre 7 e 24 meses. A perda dos movimentos propositais das mãos, a torsão estereotipada das mãos e a hiperventilação são características deste transtorno. O desenvolvimento social e o desenvolvimento lúdico estão detidos enquanto o interesse social continua em geral conservado. A partir da idade de quatro anos manifesta-se uma ataxia do tronco e uma apraxia, seguidas freqüentemente por movimentos coreoatetósicos. O transtorno leva quase sempre a um retardo mental grave.

Outro Transtorno Desintegrativo da Infância: Transtorno global do desenvolvimento caracterizado pela presença de um período de desenvolvimento completamente normal antes da ocorrência do transtorno, sendo que este período é seguido de uma perda manifestado por habilidades anteriormente adquiridas em vários domínios do desenvolvimento no período de alguns meses. Estas manifestações se acompanham tipicamente de uma perda global do interesse com relação ao ambiente, condutas motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos e de uma alteração do tipo autístico da interação social e da comunicação. Em alguns casos, a ocorrência do transtorno pode ser relacionada com uma encefalopatia; o diagnóstico, contudo, deve tomar por base as evidências de anomalias do comportamento.

Transtorno com Hipercinesia associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados: Definido cuja validade nosológica permanece incerta. Esta categoria se relaciona à crianças com retardo mental grave (QI abaixo de 35) associado à hiperatividade importante, grande perturbação da atenção e comportamentos estereotipados. Os medicamentos estimulantes são habitualmente ineficazes (diferentemente daquelas com QI dentro dos limites normais) e podem provocar uma reação disfórica grave (acompanhada por vezes de um retardo psicomotor). Na adolescência, a hiperatividade dá lugar em geral a uma hipoatividade (o que não é habitualmente o caso de crianças hipercinéticas de inteligência normal). Esta síndrome se acompanha, além disto, com frequência, de diversos retardos do desenvolvimento, específicos ou globais. Não se sabe em que medida a síndrome comportamental é a consequência do retardo mental ou de uma lesão cerebral orgânica.

Síndrome de Asperger: Transtorno de validade nosológica incerta, caracterizado por uma alteração qualitativa das interações sociais recíprocas, semelhante à observada no autismo, com um repertório de interesses e atividades restrito, estereotipado e repetitivo. Ele se diferencia do autismo essencialmente pelo fato de que não se acompanha de um retardo ou de uma deficiência de linguagem ou do desenvolvimento cognitivo. Os sujeitos que apresentam este transtorno são em geral muito desajeitados. As anomalias persistem frequentemente na adolescência e idade adulta. O transtorno se acompanha por vezes de episódios psicóticos no início da vida adulta. Dois outros nomes sem definição somam-se a esses: outros transtornos globais de desenvolvimento e transtornos globais não especificados de desenvolvimento

Composição dos diversos transtornos que compõem os “Transtornos Invasivos de Desenvolvimento”- DSM-IV (1994).

Diagnóstico Diferencial: *Transtorno Autista:* Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não são tão severos nem tão prolongados quanto no Transtorno Autista, que deve ser diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. O Transtorno de Rett difere do Transtorno Autista em sua proporção característica entre os sexos e padrões deficitários. O Transtorno de Rett tem sido

diagnosticado apenas no sexo feminino, ao passo que o Transtorno Autista acomete muito mais frequentemente o sexo masculino. No Transtorno de Rett há um padrão característico de desaceleração do crescimento craniano, perda de habilidades manuais voluntárias adquiridas anteriormente e o aparecimento de marcha pouco coordenada ou movimentos do tronco. Particularmente durante os anos pré-escolares, indivíduos com Transtorno de Rett podem exibir dificuldades na interação social similares às aquelas observadas no Transtorno Autista, mas essas tendem a ser temporárias. O Transtorno Autista difere do Transtorno Desintegrativo da Infância, que tem um padrão distinto de regressão seguindo-se a pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal. No Transtorno Autista, as anormalidades do desenvolvimento geralmente são percebidas já no primeiro ano de vida. Quando não se dispõe de informações sobre o desenvolvimento inicial ou quando não é possível documentar o período exigido de desenvolvimento normal, deve-se fazer o diagnóstico de Transtorno Autista. O Transtorno de Asperger pode ser diferenciado do Transtorno Autista pela ausência de atraso no desenvolvimento da linguagem. O Transtorno de Asperger não é diagnosticado se são satisfeitos critérios para o Transtorno Autista. A Esquizofrenia com início na infância geralmente se desenvolve após alguns anos de desenvolvimento normal ou quase normal. Um diagnóstico adicional de Esquizofrenia pode ser feito se um indivíduo com Transtorno Autista desenvolve os aspectos característicos da Esquizofrenia (ver p. 264 desse manual) com sintomas da fase ativa consistindo de delírios ou alucinações proeminentes, com duração de, pelo menos, um mês. No Mutismo Seletivo, a criança habitualmente exibe habilidades apropriadas de comunicação em certos contextos e não tem o prejuízo severo na interação social e os padrões restritos de comportamento associados com o Transtorno Autista. No Transtorno da Linguagem Expressiva e no Transtorno Misto da Linguagem Receptivo-Expressiva existe prejuízo da linguagem, mas este não está associado com a presença de um prejuízo qualitativo na interação social e padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento. Às vezes pode ser difícil determinar se um diagnóstico adicional de Transtorno Autista está indicado em um indivíduo com retardo mental, especialmente se este é severo ou profundo. Um diagnóstico adicional de Transtorno Autista é reservado às aquelas situações nas quais existem déficits qualitativos nas habilidades sociais e comunicativas e os comportamentos específicos característicos do Transtorno Autista estão presentes. Estereotípias motoras são

características do Transtorno Autista; um diagnóstico adicional de Transtorno de Movimento Estereotipado não é dado quando esses são melhores explicados como parte da apresentação do Transtorno Autista.

Transtorno de Rett: Características Diagnósticas: A característica essencial do Transtorno de Rett é o desenvolvimento de múltiplos déficits específicos após um período de funcionamento normal durante os primeiros meses de vida. Os indivíduos têm um período pré-natal e perinatal aparentemente normal (Critério A1), com desenvolvimento psicomotor normal durante os primeiros 5 meses de vida (Critério A2). O perímetro cefálico ao nascer também está dentro dos limites normais (Critério A3). Entre os 5 e os 48 meses, o crescimento craniano se desacelera (Critério B1). Ocorre também, entre os 5 e os 30 meses de idade, uma perda das habilidades voluntárias anteriormente adquiridas das mãos, com desenvolvimento subsequente de movimentos estereotipados característicos, que se assemelham a torcer ou lavar as mãos (Critério B2). O interesse pelo ambiente social diminui nos primeiros anos após o início do transtorno (Critério B3), embora a interação social possa freqüentemente se desenvolver mais tarde. Aparecem problemas na coordenação da marcha ou movimentos do tronco (Critério B4). Existe, também, severo prejuízo no desenvolvimento da linguagem expressiva ou receptiva, com severo retardo psicomotor (Critério B5).

Transtorno Desintegrativo da Infância: A característica essencial do Transtorno Desintegrativo da Infância é uma regressão pronunciada em múltiplas áreas do funcionamento, após um período de pelo menos 2 anos de desenvolvimento aparentemente normal (Critério A). O desenvolvimento aparentemente normal é refletido por comunicação verbal e não-verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade. Após os primeiros 2 anos de vida (mas antes dos 10 anos), a criança sofre uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas em pelo menos duas das seguintes áreas: linguagem expressiva ou receptiva, habilidades sociais ou comportamento adaptativo, controle intestinal ou vesical, jogos ou habilidades motoras (Critério B). Os indivíduos com este transtorno exibem os déficits sociais e comunicativos e aspectos comportamentais geralmente observados no Transtorno Autista. Existe um prejuízo qualitativo na interação social (Critério C1) na comunicação (Critério C2) e

padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades (Critério C3). A perturbação não é mais bem explicada por um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento ou por Esquizofrenia (Critério D). Esta condição também é conhecida como síndrome de Heller, demência infantil ou psicose desintegrativa. Características e Transtornos Associados: O Transtorno Desintegrativo da Infância em geral está associado com Retardo Mental Severo que, se presente, deve ser codificado no Eixo II. Vários sintomas ou sinais neurológicos inespecíficos podem ser notados. Parece haver uma frequência aumentada de anormalidades EEG e transtorno convulsivo. Embora a condição pareça ser consequência de algum agravo ao sistema nervoso central em desenvolvimento, nenhum mecanismo preciso foi identificado. A condição é observada, ocasionalmente, em associação com uma condição médica geral (por ex., leucodistrofia metacromática, doença de Schilder), que poderia explicar a regressão do desenvolvimento. Na maioria dos casos, entretanto, extensas investigações não revelaram esta condição. Caso uma condição neurológica ou outra condição médica geral esteja associado com o transtorno, seu registro deve ser feito no Eixo III. Os achados laboratoriais refletem quaisquer condições médicas gerais associadas. Prevalência: Os dados epidemiológicos são limitados, mas o Transtorno Desintegrativo da Infância parece ser muito raro e muito menos comum que o Transtorno Autista. Embora estudos iniciais sugerissem uma distribuição igual entre os sexos, os dados mais recentes sugerem que a condição é mais comum no sexo masculino. Curso: Por definição, o Transtorno Desintegrativo da Infância apenas pode ser diagnosticado se os sintomas forem precedidos por pelo menos 2 anos de desenvolvimento normal e o início ocorrer antes dos 10 anos. Quando o período de desenvolvimento normal foi bastante prolongado (5 anos ou mais), é particularmente importante realizar um exame físico e neurológico minucioso, para avaliar a presença de uma condição médica geral. Na maioria dos casos, o início dá-se entre os 3 e os 4 anos, podendo ser insidioso ou abrupto. Os sinais premonitórios podem incluir aumento nos níveis de atividade, irritabilidade e ansiedade, seguidos por uma perda da fala e outras habilidades. Geralmente, a perda de habilidades alcança um platô, após o qual pode ocorrer alguma melhora limitada, embora apenas raramente esta seja pronunciada. Em outros casos, especialmente quando o transtorno está associado com uma condição neurológica progressiva, a perda de habilidades é progressiva. O transtorno segue um curso contínuo e, na maioria dos casos, vitalício. As dificuldades

sociais, comunicativas e comportamentais permanecem relativamente constantes durante toda a vida.

Diagnóstico Diferencial: Períodos de regressão podem ser observados no desenvolvimento normal, porém não tão severos ou prolongados quanto no Transtorno Desintegrativo da Infância. Este transtorno deve ser diferenciado de outros Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. Para o diagnóstico diferencial com o Transtorno Autista, ver p. 69. Para o diagnóstico diferencial com o Transtorno de Rett, ver pp. 71-72. Em comparação (74) com o Transtorno de Asperger, o Transtorno Desintegrativo da Infância caracteriza-se por uma perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas e uma maior probabilidade de Retardo Mental. No Transtorno de Asperger, não existe atraso no desenvolvimento da linguagem nem perda acentuada das habilidades próprias do desenvolvimento. O Transtorno Desintegrativo da Infância deve ser diferenciado de uma demência com início durante a infância. A demência ocorre como consequência de efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral (por ex., traumatismo craniano), enquanto o Transtorno Desintegrativo da Infância tipicamente ocorre na ausência de uma condição médica geral associada.

Critérios Diagnósticos para F84.3 - 299.10 Transtorno Desintegrativo da Infância			
A. Desenvolvimento aparentemente normal, pelo menos durante os 2 primeiros anos após o nascimento, manifestado pela presença de comunicação verbal e não-verbal, relacionamentos sociais, jogos e comportamento adaptativo apropriados à idade.			
B. Perda clinicamente significativa de habilidades já adquiridas (antes dos 10 anos) em pelo menos duas das seguintes áreas:			
(1)linguagem	expressiva	ou	receptiva
(2)habilidades	sociais	ou	comportamento adaptativo
(3)controle	intestinal	ou	vesical

(4) jogos
(5) habilidades motoras
C. Anormalidades do funcionamento em pelo menos duas das seguintes áreas: (1) prejuízo qualitativo na interação social (por ex., prejuízo nos comportamentos não-verbais, fracasso para desenvolver relacionamentos com seus pares, falta de reciprocidade social ou emocional) (2) prejuízos qualitativos na comunicação (por ex., atraso ou ausência de linguagem falada, incapacidade para iniciar ou manter uma conversação, uso estereotipado e repetitivo da linguagem, falta de jogos variados de faz-de-conta) (3) padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, incluindo estereotipias motoras e maneirismos
D. A perturbação não é melhor explicada por um outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou por Esquizofrenia.

Transtorno de Asperger: Características Diagnósticas: As características essenciais do Transtorno de Asperger são um prejuízo severo e persistente na interação social (Critério A) e o desenvolvimento de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (Critério B) (Consultar p. 66, em Transtorno Autista, para uma discussão acerca dos Critérios A e B). A perturbação deve causar prejuízo clinicamente significativo nas áreas social, ocupacional ou outras áreas importantes de funcionamento (Critério C). Contrastando com o Transtorno Autista, não existem atrasos clinicamente significativos na linguagem (isto é, palavras isoladas são usadas aos 2 anos, frases comunicativas são usadas aos 3 anos) (Critério D). Além disso, não existem atrasos clinicamente significativos no desenvolvimento cognitivo ou no desenvolvimento de habilidades de auto-ajuda apropriadas à idade, comportamento adaptativo (outro que não na interação social) e curiosidade acerca do ambiente na infância (Critério E). O diagnóstico não é dado se são

satisfeitos critérios para qualquer outro Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico ou para Esquizofrenia (Critério F).

Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (incluindo Autismo Atípico). Esta categoria deve ser usada quando existe um prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não-verbal, ou quando comportamento, interesses e atividades estereotipados estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por ex., "Autismo Atípico" — apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, apresentações com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima. Esta categoria deve ser usada quando existe um prejuízo severo e invasivo no desenvolvimento da interação social recíproca ou de habilidades de comunicação verbal ou não-verbal, ou quando comportamento, interesses e atividades estereotipados estão presentes, mas não são satisfeitos os critérios para um Transtorno Invasivo do Desenvolvimento específico, Esquizofrenia, Transtorno da Personalidade Esquizotípica ou Transtorno da Personalidade Esquiva. Esta categoria inclui, por ex., "Autismo Atípico" — apresentações que não satisfazem os critérios para Transtorno Autista em vista da idade tardia de seu início, apresentações com sintomatologia atípica, sintomatologia subliminar ou todas acima.

Anexo 2 –

Escala Evolutiva de Arnold Gesell.

04 semanas: A criança não está apta ainda para uma estimulação social

16 semanas: Há exigência cada vez maior do convívio social. Repara nos sons, especialmente na voz humana. Gosta que falem e que cantem para ele.

28 semanas: Aprecia ritmo, gosta de passear e reage a mais de uma pessoa na mesma ocasião.

40 semanas: É mais perceptivo nas pequenas variações à vista e ao ouvido. Gosta de brincar de esconde-esconde (cobrindo o rosto), brinca com os lábios e emite sons.

1 ano: Começa a falar de uma forma que promete para breve a fala. Gosta de se esconder. Diz “eh” ou “tá” quando dá um objeto a um adulto. Gosta de ritmo. Inibe-se com o “não-não” do adulto. Dá adeus. Dá risada de muita coisa. Envergonha-se diante de pessoas estranhas.

15 meses: Usa gestos e diz “ta-tá”. Observa muito e escuta muito tudo o que está a sua volta. Diz “au-au” para cães. Gosta de imitar outras pessoas. Gosta de ver figuras coloridas em livros.

18 meses: Está no “aqui e agora”. Tem cerca de doze palavras a seu dispor. Gosta de imitar tarefas domésticas como varrer, por exemplo. Gosta de guardar as coisas da casa. Faz sons para pedir algo ou designa o objeto pelo nome.

21 meses: Conhece as pessoas e o que pertence a elas (por exemplo, o chinelo do pai). Começa a despontar na sua mente o “direito de propriedade”. Tem mais consciência dos seus atos com relação à aprovação ou censura dos adultos. Agora já tem palavras para exprimir seus desejos “mamãe, xixi”. É nessa idade que essa sua nova aquisição (a linguagem) pode ser utilizada de maneira repetitiva.

2 anos: Deixa de falar para começar a falar. É mais social e está se tornando um membro perfeitamente aceitável do grupo familiar. Alarga seu vocabulário. Ajusta palavras à ação.

2 anos e meio: Apresenta imitações sociabilizadas. É ainda mais social e faz mais exigências. Está mais independente. Quer a companhia de outras crianças e de adultos. Usa palavras mais difíceis.

3 anos: Alarga em extensão e profundidade o seu domínio de palavras. Brinca melhor com outras crianças. Gosta de atividades sociais variadas. Aprende a ouvir os adultos e ouvir os para aprender com eles. Começa a apresentar o uso de “nós”, uso de “eu” e “você”. Escolhe alternativas. Apresenta pensamento mais concreto. Cria situações teatrais para experimentar as palavras do seu vocabulário.