



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
INSTITUTO DE ESTUDOS DA LINGUAGEM**

PALOMA ROCHA NAVARRO

**Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia: um estudo
Neurolinguístico de crianças com Transtorno do
Espectro Autista**

**CAMPINAS,
2016**

PALOMA ROCHA NAVARRO

**Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia: um estudo
Neurolinguístico de crianças com Transtorno do
Espectro Autista**

**Tese de doutorado apresentada ao
Instituto de Estudos da Linguagem da
Universidade Estadual de Campinas para
obtenção do título de Doutora em
Linguística.**

Orientador (a): Prof(a). Dr(a). Maria Irma Hadler Coudry

Co-Orientador (a): Prof (a). Dr (a). Sonia Maria Sellin Bordin

**Este exemplar corresponde à versão
final da Tese defendida pela
aluna Paloma Rocha Navarro e orientada
pela Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry e co-orientada
pela Profa. Dra. Sonia Maria Sellin Bordin.**

**CAMPINAS,
2016**

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca do Instituto de Estudos da Linguagem
Crisllene Queiroz Custódio - CRB 8/8624

N228f Navarro, Paloma Rocha, 1982-
Fonoaudiologia no contexto da equoterapia : um estudo neurolinguístico de crianças com Transtorno do Espectro Autista / Paloma Rocha Navarro. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Maria Irma Hadler Coudry.
Coorientador: Sonia Maria Sellin Bordin.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Estudos da Linguagem.

1. Fonoaudiologia. 2. Neurolinguística discursiva. 3. Equitação - Uso terapêutico. 4. Crianças com transtorno do espectro autista. 5. Corpo humano e linguagem. I. Coudry, Maria Irma Hadler, 1949-. II. Bordin, Sonia Maria Sellin. III. Universidade Estadual de Campinas. Instituto de Estudos da Linguagem. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Speech therapy in the context of hippotherapy : a neurolinguistic study of children with autistic spectrum disorder

Palavras-chave em inglês:

Speech therapists

Discursive neurolinguistics

Horsemanship - Therapeutic use

Children with autism spectrum disorders

Human body and language

Área de concentração: Linguística

Titulação: Doutora em Linguística

Banca examinadora:

Maria Irma Hadler Coudry [Orientador]

Alessandra Caneppele

Fernanda Maria Pereira Freire

Marcos Henrique Coelho Duran

Monica Filomena Caron

Data de defesa: 30-08-2016

Programa de Pós-Graduação: Linguística

BANCA EXAMINADORA:

Maria Irma Hadler Coudry

Sonia Maria Sellin Bordin

Alessandra Caneppele

Fernanda Maria Pereira Freire

Marcos Henrique Coelho Duran

Mônica Filomena Caron

Elenir Fedosse

Irani Rodrigues Maldonade

Zilda Maria Giosuelli

IEL/UNICAMP
2016

Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, porque sem eles nada disso seria possível,
ao meu marido que me apoia em todos os momentos da minha vida e
aos familiares e às crianças que fizeram parte dessa tese por poder fazer parte de suas
vidas.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry, por fazer parte de minha vida desde o primeiro semestre de graduação até os dias de hoje, por seus ensinamentos.

À Profa. Dra. Sonia Maria Sellin Bordin, por me fazer me apaixonar mais ainda pela Fonoaudiologia, pelas risadas garantidas regadas a café, pelas reflexões em torno da tese, dos nossos pacientes, em torno da vida. Obrigada pela amizade!

Aos professores que fizeram uma leitura atenta e carinhosa desta tese, Alessandra Caneppele e Marcos Henrique Coelho Duran que me acompanharam desde a qualificação e a Fernanda Maria Pereira Freire e Monica Filomena Caron que se uniram a nós na defesa e me deram valiosas contribuições.

À Profa. Dra. Sheila Elias de Oliveira por me orientar na qualificação de área e aos professores Carolina de Paula Machado e Adilson Ventura da Silva pelas importantes reflexões.

Ao Ricardo Garcia Bonide e a sua família carinhosa, obrigada pelo acolhimento, pelo apoio incondicional, por dividirem suas experiências, enfim, não tenho palavras para agradecer, somente minha profunda admiração e respeito.

Ao cavalo Bob, que dividiu comigo e com as crianças momentos valiosos de nossas vidas.

Novamente agradeço aos meus pais por sempre acreditarem em mim e por me impulsionarem a seguir em frente.

Ao Renato, pelos momentos ausentes, pelo apoio a tudo que faço na minha vida, por ser esse companheiro nessa loucura diária que escolhemos compartilhar.

À minha família: tios, tias e irmãs que torcem por mim sempre.

Às minhas amigas, por trazerem alegria para meu dia-a-dia.

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada a partir do acompanhamento fonoaudiológico longitudinal de quatro sujeitos portadores de Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil, no contexto da Equoterapia, sob a perspectiva teórica da Neurolinguística Discursiva (ND). O escopo teórico da ND recobre os estudos desenvolvidos por Vygotsky e Luria, por um lado, e Coudry e outros linguistas que consideram o *sujeito* por outro. Completa tal fundamentação teórica Wallon, Merleau-Ponty e Desjardins, cujos estudos implicam a relação entre corpo, sistema sensorial, fala e linguagem. A prática da Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia exige do profissional uma mudança de paradigma quanto à concepção de corpo que envolve os aspectos perceptivo/sensorial, discursivo, social e histórico, já que o movimento tridimensional do cavalo age sobre o corpo da criança, influenciando-o como um todo a partir dos sistemas sensorial e vestibular. O presente estudo focaliza, portanto, o trabalho com a linguagem na interdisciplinaridade entre a Fonoaudiologia, a Equoterapia e a ND, corroborando esta última como um aporte teórico norteador do acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil no contexto da Equoterapia. Faz parte ainda do presente estudo uma análise dirigida aos pressupostos que regem o trabalho com a linguagem na área da Equoterapia.

Palavras-Chave: Fonoaudiologia; Neurolinguística Discursiva; Equoterapia; Corpo; Transtorno do Espectro Autista; Sistema Sensorial; Linguagem.

ABSTRACT

This research was performed from the longitudinal speech therapy accompaniment of four children with Autism Spectrum Disorder/Infantile Autism in the context of hippotherapy, from the theoretical perspective of NeuroLinguistic Discourse (ND). The theoretical scope of the ND covers the studies developed by Vygotsky and Luria, on the one hand, and Coudry and other linguists who consider the subject on the other. Complete this theoretical foundation Wallon, Merleau-Ponty and Desjardins, whose studies involve the relationship between body, sensory system, speech and language. The practice of speech therapy in the context of hippotherapy requires of the professional a paradigm shift as the body design involving perceptual aspects / sensory, discursive, social and historical, as the horse tridimensional movement acts on the child's body, influencing it a whole from the sensory and vestibular systems. This study focuses, therefore, the work with language in interdisciplinary speech therapy, hippotherapy and the ND, confirming the latter as a guiding theoretical support the monitoring of children with ASD / Infantile Children in the context of hippotherapy. It is also part of this study an analysis directed to the assumptions governing the work with the language in the area of hippotherapy.

Key-words: Speech Therapy, Discursive Neurolinguistic, Hippotherapy, Body, Autism Spectrum Disorder, Sensory System, Language.

Sumário

Apresentação	11
1º Capítulo: Equoterapia	22
1.1 O que é Equoterapia?	23
1.2. Quais os benefícios da Equoterapia para o praticante?	28
1.3. Quais profissionais atuam na Equoterapia?.....	29
1.4. O acompanhamento Equoterápico de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil.....	32
2º Capítulo: Revisitando a história do Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil	33
2.1. Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil e Transtornos Sensoriais	44
2.2. Diferentes perspectivas teóricas e TEA/Autismo Infantil	47
Uma prática clínica em construção.	47
3º Capítulo: Fonoaudiologia e Neurolinguística Discursiva: Linguagem, funcionamento cerebral e sujeito.	52
3.1. O percurso histórico e político da Fonoaudiologia	52
3.2. Neurolinguística Discursiva: uma teorização de base crítica	59
4º Capítulo: Neurolinguística Discursiva e Equoterapia: aporte teórico-prático da Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia.	70
4.1. Noção de corpo sob a perspectiva da Neurolinguística Discursiva.....	70
4.2. O corpo da/na Fonoaudiologia sob a ND no contexto da Equoterapia	72
4.3. Equoterapia e Fonoaudiologia sob o olhar da ND: aproximações e distanciamentos.....	84
4.4. Neurolinguística Discursiva: uma nova proposta para a Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia.	89
5º Capítulo: HM, GN, RP e CR: apresentação de dados de linguagem/fala.	95
5.1. A cena da Equoterapia.....	95
5.2. Apresentação dos sujeitos e análise dos dados.....	97
5.2.1. HM	98
5.2.1.1. HM no Centro de Equoterapia e análise de dados.....	99
5.2.2. GN	110
5.2.2.1. GN no Centro de Equoterapia e análise de dados.	111
5.2.3. RP.....	118
5.2.3.1 RP no Centro de Equoterapia e análise de dados.	119
5.2.4. CR	122
5.2.4.1. CR no Centro de Equoterapia e análise de dados.....	124
Considerações finais.....	130
ANEXO I	134
ANEXO II	135

Aprovação da Pesquisa pelo SISNEP/CONEP	135
Referências Bibliográficas	136

Apresentação

Esta pesquisa de doutorado é resultado da minha experiência prática em clínica fonoaudiológica no contexto da Equoterapia e dos estudos acadêmicos, Iniciação Científica e Mestrado, realizados no campo da Linguística, na área da Neurolinguística Discursiva (ND), no Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP).

A Iniciação Científica (2003/2004) teve como objeto de estudo o processo de aquisição e uso social da leitura e da escrita de crianças e adolescentes com dificuldades escolares. Em continuidade, minha pesquisa de Mestrado (2007/2009) englobou o acompanhamento longitudinal de dois adolescentes, DC, 16 anos e MO, 17 anos, que cursavam, à época, o final do Ensino Fundamental II e apresentavam dificuldades escolares. O primeiro não compreendia o que lia, e o segundo não lia e nem escrevia¹. Esse estudo demonstrou que um contexto clínico diferenciado com interlocutores que consideram o processo de aquisição e os usos sociais da escrita, em sua dinâmica própria de funcionamento, possibilitava a esses sujeitos retomarem seus processos de leitura e escrita desde a sua fase inicial, inaugurando uma nova relação escolar e social com a leitura e a escrita.

Em 2007, iniciei minha atuação como fonoaudióloga clínica na área da linguagem² e os estudos que realizei, sob a perspectiva teórico-metodológica da ND, foram determinantes na análise de dados de fala e linguagem tanto de criança como de adulto, em contextos de normalidade ou de patologia, pois, nessa perspectiva, como veremos, são indissociáveis as inter-relações entre os aspectos neurofuncionais, linguísticos, cognitivos, psicoafetivos, históricos e sociais que se imbricam na constituição do próprio sujeito.

Em 2010, dei início ao trabalho como fonoaudióloga na área de Equoterapia na Associação de Equoterapia em Campinas (SP), com crianças portadoras de diferentes patologias, dentre elas o Autismo Infantil, classificado pelo Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013) como Transtorno do Espectro Autista (TEA)³. Na referida Associação, atuava em uma equipe multidisciplinar composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e um equitador. Naquele momento, duas crianças,

¹Estes adolescentes frequentaram o acompanhamento individual no Centro de Convivência de Linguagens (CCazinho/ IEL/ UNICAMP) entre os anos de 2007 e 2009.

² Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (2008), este campo se divide em sete áreas de especialização, são elas: Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Educacional, Disfagia e Saúde Coletiva. Essas áreas serão apresentadas ao longo dessa pesquisa.

³ Apesar da recente mudança nosológica ocorrida em 2013, substituindo “Autismo Infantil” por “TEA” e, ainda de saber sobre as diferentes questões que motivaram essa alteração, optei por usar neste estudo a nomenclatura TEA/Autismo Infantil, devido ao fato de este último termo se manter como forte referencial em diferentes campos de estudo.

com diagnóstico de TEA e de aproximadamente quatro anos de idade, me chamaram a atenção. Prezando o sigilo e a ética na pesquisa, usaremos nomes fictícios: João e Pedro.

Tive a oportunidade de acompanhar João, juntamente com a psicóloga da equipe de Equoterapia, desde a sua primeira sessão naquela Associação. Em seu primeiro dia, o colocamos diante do cavalo e ele não demonstrou nenhum tipo de interesse, nem parecia ter medo ou vontade de tocar o animal. Colocamos a mão de João no rosto do cavalo para que ele pudesse sentir a textura do pelo e a temperatura do animal e, em seguida, o montamos no cavalo.

A montaria não promoveu qualquer mudança em seu comportamento. Tanto eu quanto a psicóloga caminhávamos ao lado da criança montada no cavalo. João não nos olhava, o que conferia uma das características descritas pela literatura médica quanto ao comportamento de crianças autistas. Permanecia, também, quieto. Começamos, então, a cantar a música “Marcha Soldado” e, enquanto cantávamos, nenhuma mudança ocorreu. No entanto, após terminarmos a canção e estando João ainda em cima do cavalo em movimento, começou a cantarolar a mesma música que acabamos de cantar para ele. Para isso usava as sílabas “da-da-da”.

Reconhecemos que ele cantava a mesma música porque manteve a mesma entonação e ritmo da canção original. Enquanto João cantava, o cavalo parou e ele também parou de cantar. Em seguida, o cavalo voltou a caminhar e a criança voltou a cantarolar.

Pedro, a segunda criança, já se encontrava em atendimento equoterápico quando comecei a trabalhar na Associação. Rotineiramente, Pedro, quando chegava com sua mãe, saía correndo do carro em direção à rampa em que costumava montar. Ficava agitado, parecendo nervoso, enquanto esperava para montar no cavalo. Durante a montaria sorria, fechava os olhos, como se estivesse feliz em estar ali. Porém, não interagia com as terapeutas que o acompanhavam, no caso, eu e a psicóloga. Após alguns meses de atendimento, a criança começou a bater e a morder as pessoas que estivessem ao seu lado.

Na última semana de trabalho de 2010, fizemos uma reunião com os pais de todas as crianças que frequentavam a Associação, inclusive com os pais de João e de Pedro. O objetivo era o de relatar a eles o que foi observado em seus filhos ao longo dos atendimentos. Naquele dia as crianças não iriam montar. Pedro estava com o seu pai e, ao me ver, pegou minha mão e me levou a um pasto com cavalos que ficava em frente à sala de reunião, parecendo que queria montar em um cavalo. Ao chegarmos perto do animal, peguei-o no colo e levei-o próximo ao rosto do animal, mas Pedro reagiu se assustando como se nunca tivesse visto o cavalo antes.

Cada um a seu modo, ambas as crianças me chamaram a atenção. João pareceu se envolver com o cavalo em movimento a ponto de cantarolar enquanto o animal estava ao passo; essa relação fica ainda mais evidente quando ele para de cantar ao mesmo tempo em que o animal para de caminhar. Interpretei esse acontecimento como uma demonstração de que ele cantou a música a partir da interação de seu corpo com a percepção do movimento e ritmo do corpo do cavalo.

Pedro me fez refletir sobre a sua mudança de comportamento. Se nos primeiros meses de atendimento ele parecia não tomar conhecimento das pessoas que estavam ao seu redor, nos últimos meses, começou a demonstrar uma certa agressividade e a se assustar com a presença do cavalo. Passei a considerar essa mudança de comportamento, aparentemente negativa, como indício de sua interação com o outro e com o animal.

Diante disso, pesquisei na literatura da área de Equoterapia referências teóricas de estudos relacionados com Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia, com o objetivo de compreender tais observações. Percebi a escassez de artigos e de pesquisas relacionando Fonoaudiologia e Equoterapia, e mais ainda relacionando Equoterapia, Fonoaudiologia e Autismo. Encontrei, entretanto, poucos estudos relacionando Equoterapia e Fisioterapia.

Dois anos depois, afetada ainda pelos casos de João e Pedro e pela escassez de pesquisas relacionando Equoterapia, Fonoaudiologia e TEA/Autismo Infantil, prestei o processo seletivo para doutorado no Programa de Pós-Graduação em Linguística do Instituto de Estudos de Linguagem na área da ND (IEL/Unicamp). Iniciei o doutorado em 2012, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry e co-Orientação da Profa. Dra. Sonia Sellin Bordin, que havia realizado em seu mestrado⁴ o estudo fonoaudiológico longitudinal de um sujeito com autismo infantil.

Refletindo sobre os casos citados acima e, ainda, sobre outras crianças autistas que eu atendia na Equoterapia, retomei o livro “Uma menina estranha – autobiografia de uma autista”⁵, de Temple Grandin (1999), que li durante a graduação em Fonoaudiologia (Unicamp).

Nesse livro, Grandin relata sua vida com o intuito de mostrar que portadores de TEA/Autismo Infantil devem ser tratados “normalmente”, pois quando convivem em

⁴ Dissertação de mestrado: “Fale com ele: um estudo neurolinguístico do autismo infantil”, 2006, orientada pela Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry (IEL/Unicamp).

⁵ Baseado nesse livro, no ano de 2010, foi lançado o filme intitulado “Temple Grandin” que a mostra como uma jovem perseverante, apesar dos problemas que enfrenta. O filme ilustra a vida de Grandin, as escolas que frequentou, as dificuldades enfrentadas pela mãe, o apoio familiar e seu esforço para se tornar uma cientista de comportamento animal e estudiosa do TEA/Autismo Infantil.

sociedade, têm mais chances de ficarem próximos daquilo que se considera “normal” (GRANDIN; SCARIANO, 1999).

A autora foi diagnosticada com autismo infantil aos três anos de idade, após sua mãe perceber que ela era hostil ao toque humano. Quando sua mãe a levou ao neurologista, Temple não falava, tinha interesses por objetos que giravam, tinha também acessos de raivas repentinos.

Após anos de terapia fonoaudiológica, Temple começou a falar e a frequentar a escola, acabando por se graduar em Psicologia na Universidade de Franklin Pierce nos Estados Unidos. Anos mais tarde, defendeu sua dissertação de mestrado e depois de doutorado, ambos na área de Ciência Animal. Ela se tornou professora da *Colorado State University* e consultora da indústria pecuária em comportamento animal.

A relação entre a pesquisa que ora apresento com a biografia de Temple está no que ela escreve a respeito da dificuldade que sente em lidar com a propriocepção corporal, ou seja, com as sensações e as emoções. Segundo ela, entre as muitas experiências estranhas que experimentou, a mais forte é a sensação de ter um corpo despedaçado. Para Temple era impossível, por exemplo, passar pelas portas de vidro do *shopping*, pois tinha certeza de que ali, atravessando o blindex, era ela quem iria se estilhaçar.

Temple nos conta que atividades que envolvessem seu corpo, tais como galopar a cavalo ou realizar trabalhos físicos intensos, aliviavam suas crises nervosas. Em seu livro, ela ainda nos relata que aos 16 anos, foi a um parque de diversões e experimentou um brinquedo chamado “Rotor”:

[...] era um imenso cilindro dentro do qual se ficava com as costas nas paredes enquanto ele girava em alta velocidade. A força centrípeta empurrava as pessoas que estivessem dentro contra as paredes internas do cilindro, e as mantinham presas mesmo quando o piso descia e era retirado de sob os pés (GRANDIN; SCARIANO, 1999, p. 79).

Apesar do medo que experimentou, ela conta que após sair do brinquedo, sentiu-se tão bem, que voltou nele várias vezes e desenvolveu uma necessidade em relação àquela sensação.

Anos mais tarde, Temple vai passar o verão na casa de sua tia em uma fazenda no Arizona (EUA), mas a angústia pela necessidade de “conter seus nervos” ainda era grande. Foi nesse período que ela ficou fascinada pelo funcionamento do *brete*, uma máquina que imobilizava o gado a fim de que pudesse ser castrado, marcado ou vacinado. Ela percebeu que os animais antes de entrarem no brete ficavam nervosos, porém minutos depois quando as paredes laterais pressionavam seus flancos, se acalmavam. Foi então que Temple

experimentou o brete em seu próprio corpo, reconhecendo nessa experiência o alívio para os seus “ataques de nervos”. Nas palavras dela,

[...] quando entrava no brete, sentia-me mais próxima de pessoas como minha mãe, o Sr. Peters, o sr. Brooks, o sr. Carlock e a tia Ann. Embora fosse apenas um aparelho mecânico, o brete derrubou minha barreira de defensividade tátil, e eu podia sentir o afeto e preocupação dessas pessoas, conseguindo expor meus sentimentos por mim mesma e pelos outros (GRANDIN; SCARIANO, 1999, p. 97).

A biografia de Temple Grandin mostra que mesmo ela tendo desenvolvido a linguagem e usufruído de diferentes relações sociais, sua busca para conter o próprio corpo se mantinha como uma grande e contínua necessidade, motivo que a levou a construir um brete para si própria. Apesar desse brete ser mundialmente conhecido como a máquina do abraço, na verdade, a própria Temple o nomeia como “brete de contenção” ou “máquina de pressão”.

Temple, durante os anos que estava cursando a faculdade, estudou muito sobre sistema sensorial. Uma das pesquisas lidas à época por ela descrevia que o estímulo tátil reconfortante, como aquele fornecido pelo brete, provoca mudanças químicas perceptíveis no sistema nervoso central. Assim, a continuidade de seus estudos a ajudaram a aperfeiçoar o equipamento com os objetivos de compreender a si mesma, melhorar suas relações sociais com outras pessoas, diminuir sua ansiedade e seus “ataques de nervosismo”.



Figura 1: Imagem do brete de contenção criada por Temple Grandin durante o curso de psicologia.
Fonte: Revista digital Clinicaps⁶

⁶ Disponível em: http://www.clinicaps.com.br/clinicaps_revista_14_art_03.html Acesso: 03/09/2015.

O que Temple nos relata sobre suas propriocepções corporais e a necessidade de sentir o corpo como um todo ampliou minhas reflexões sobre João e Pedro na minha atuação como fonoaudióloga na equipe de Equoterapia. No contexto da Equoterapia, as propriocepções corporais da criança ganham outra dimensão porque são influenciadas pelo movimento do corpo do animal, mesmo quando a criança não demonstra dar alguma importância à presença do animal.

Assim, no desenvolvimento deste doutorado, tornou-se relevante para mim estudar a relação entre o corpo da criança portadora de TEA/Autismo Infantil e o corpo do cavalo e, ainda, compreender a relação entre sistema sensorial e linguagem que promove e interfere na organização e representação dos conceitos de esquema e imagem corporais. Para isso, tornou-se fundamental compreender também a noção de corpo com a qual a Fonoaudiologia trabalha. Trata-se de um corpo que remete somente à cabeça e ao pescoço⁷? Como as propriocepções corporais da criança se organizam em seu processo de aquisição de linguagem? O corpo da criança desde antes de seu nascimento é marcado psíquica e socialmente pelo investimento afetivo e social dos pais, que nomeiam e guiam para a criança o reconhecimento de suas propriocepções corporais pela linguagem. Portanto, a linguagem na relação da criança com o outro e com o próprio corpo marca esse corpo social, afetiva e psiquicamente. Assim, me parece importante pensar como isso acontece em relação à criança com TEA/Autismo Infantil.

O presente estudo, na perspectiva teórica da Neurolinguística Discursiva (ND), recobre o acompanhamento longitudinal fonoaudiológico no contexto da Equoterapia de quatro sujeitos com diagnóstico de Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), com os seguintes objetivos:

1. Analisar e compreender o funcionamento linguístico de cada um desses sujeitos, colocando em evidência a relação aquisição/desenvolvimento de linguagem dessas crianças e suas propriocepções corporais. Esta proposta se caracteriza, portanto, como essencialmente interdisciplinar e se compõe na interface com diferentes áreas: a Fonoaudiologia tradicional⁸ e a Fonoaudiologia norteada pela Neurolinguística Discursiva, a Equoterapia, e, ainda, determinados

⁷ Tratarei ao longo desse trabalho sobre a história da Fonoaudiologia e como a formação histórica dessa disciplina contribuiu para a concepção de corpo e de linguagem, adotada pela grande maioria dos fonoaudiólogos.

⁸ Por Fonoaudiologia tradicional entende-se a prática fonoaudiológica assentada em uma noção médica de linguagem dependente do desenvolvimento infantil, à serviço do pensamento e como um código de comunicação. Tema a ser apresentado ao longo dessa tese.

estudos sobre o TEA/Autismo Infantil desenvolvidos pela Medicina e pela Psicologia.

2. Apresentar a abordagem teórica da ND como um aporte teórico-prático da Fonoaudiologia também no contexto da Equoterapia, no trabalho com a linguagem de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil.

A ND fundamenta-se em uma perspectiva sócio-histórica de linguagem como lugar da interação humana, como trabalho e atividade constitutivos da subjetividade, alteridade e de si própria como objeto de reflexão (FRANCHI, 1977). Associa-se a essa visão de linguagem um modelo dinâmico de funcionamento cerebral elaborado por Luria (1981) na área da Neuropsicologia, baseando-se nos postulados de Vygotsky (1926/1979, 1934/1994) que recobrem o desenvolvimento linguístico, cognitivo e social da criança. Outros autores como Wallon (1934/1995, 1947/2008), Merleau-Ponty (1999) e Desjardins (2008) ampliam, na presente pesquisa, o arcabouço teórico implicado na compreensão da relação entre corpo, sistema sensorial, fala e linguagem.

Vygostky, Luria e Wallon apoiaram seus estudos na teoria marxista em que o Homem, por um lado constrói a sua própria história e, por outro interfere no ambiente e na sociedade (materialismo dialético e histórico). Além disso, priorizam, no estudo do desenvolvimento infantil, aspectos envolvendo o movimento, a emoção, a inteligência, o pensamento e a atenção. Para os referidos autores, o ser humano é compreendido como: um ser organicamente social, constantemente modificado a partir do meio em que vive, sem jamais dissociar o que é orgânico, biológico do que é social; seu ritmo de desenvolvimento que se sucedem em etapas⁹ se caracteriza por ser não linear, descontínuo, marcado por rupturas, retrocessos e reviravoltas, provocando em cada etapa profundas mudanças nas anteriores.

Dos estudos desenvolvidos por Merleau-Ponty me interessam os conceitos de corporeidade em contraposição à visão cartesiana de corpo e, ainda os conceitos de *circularidade* e *reversibilidade* que envolvem o sistema sensorial e as relações entre as percepções nele envolvidas. O estudo de Desjardins se aproxima daqueles desenvolvidos por Merleau-Ponty no tocante à particularidade do ritmo intrínseca às diferentes percepções, para dar conta disso, a autora propõe o conceito de percepção em comodidade. Esta teoria, por

⁹ Esclareço que a noção de etapa considerada por Wallon não remete à ideia de período marcado ou de descontinuidade, mas como estratégia didática que o autor, assim como Vygotsky, lança mão para facilitar a compreensão do desenvolvimento infantil.

sua vez, se coaduna com os estudos desenvolvidos por Vygotsky (2004) sobre o sistema de atenção e o papel do ritmo neste processo neurofuncional.

Os estudos contemplados acima são pertinentes com os postulados da ND, que toma a *interlocução* (BENVENISTE, 1969; MAINGUENEAU, 1989) como um conceito diretriz na reflexão teórico-metodológica que recobre o acompanhamento longitudinal dos sujeitos. Conceito que diz respeito aos aspectos que influenciam na interação dialógica, tais como: as relações entre os interlocutores, suas histórias particulares e as condições que envolvem uma interação particular incluindo aspectos histórico-culturais (COUDRY; FREIRE, 2010). Isso se torna possível na medida que a ND partilha uma determinada “concepção de linguagem, ao contrário de uma visão organicista, concebe língua, discurso, cérebro e mente como construtos humanos que se relacionam” (COUDRY, 2008, p. 16).

A metodologia desta pesquisa é de base heurística, assumida pela ND desde os primeiros estudos discursivos de Afasia¹⁰. Trata-se da *Escrita do Processo de Acompanhamento Longitudinal*. Tal metodologia permite analisar e compreender o funcionamento linguístico de sujeitos com dificuldades de linguagem (afásico ou portadores de outras patologias), como um processo (COUDRY, 1986/1988). Faz parte dessa metodologia o conceito de *dado-achado* que dá relevância à singularidade do dado no contexto de sua ocorrência. Ou seja, por um lado ilumina os caminhos linguísticos tomados pelo sujeito ao longo do processo e, por outro, amplia e refina a própria teoria (COUDRY, 1996).

Assim, por tal metodologia pretende-se analisar e compreender o funcionamento linguístico de cada um dos quatro sujeitos em acompanhamento longitudinal que fazem parte do *corpus* desta pesquisa.

Entretanto, se por um lado o arcabouço da ND teoriza, recorta e analisa as questões de fala e linguagem, por outro a prática clínica fonoaudiológica com os sujeitos portadores de TEA/Autismo Infantil acontece no contexto da Equoterapia que, segundo a Associação Nacional de Equoterapia do Brasil (ANDE-BRASIL), trata-se

[...] de um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiências e/ou com necessidades especiais (ANDE-BRASIL, 2010, p. 9).

¹⁰ Para Coudry, o sujeito é afásico quando *lhe escapa a linguagem e a língua, o sentido, o reconhecimento do eu e do outro, do corpo, a possibilidade de dizer de novo com as mesmas ou outras palavras, de selecionar e/ou combinar traços, sons, palavras, argumentos e textos. Escapa também a relação na língua entre aquilo que é familiar, conhecido e mesmo automatizado e o que é da ordem da vontade, da iniciativa, da atitude voluntária – que se apresenta como novo e onde a afasia mais se manifesta* (COUDRY, 2008, p.1).

O cavalo ao passo realiza um movimento tridimensional, semelhante ao passo humano, o que possibilita ao sujeito que está montado uma série de ajustes tônicos ritmados, gerando um grande número de informações proprioceptivas na criança com TEA/Autismo Infantil, no caso do presente estudo.

A prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia tem, assim, como característica a adaptação das técnicas originárias da especificidade da Fonoaudiologia clínica norteada pela ND no trabalho com a fala e a linguagem daquelas crianças aos princípios que regem a prática da Equoterapia. Princípios que serão analisados e criticados no decorrer desta tese.

Para efeito didático, será inicialmente apresentado neste estudo o campo da Equoterapia, bem como sua composição teórica e prática. Em seguida, farei a justaposição desse campo com o da Fonoaudiologia tradicional, marcando aproximações e distanciamentos, para, então, “costurar” a formalização do acompanhamento fonoaudiológico norteado pela ND, no contexto da Equoterapia.

Espera-se que esta pesquisa colabore com os estudos do campo da Fonoaudiologia quanto à noção de corpo sustentada nessa área e a relação deste com a linguagem, visando contribuir para uma melhor prática terapêutica com crianças afetadas (ou não) pelo autismo infantil. Pretende-se também ampliar os conhecimentos teóricos e práticos que recobrem a atuação do equoterapeuta, seja ele fonoaudiólogo ou de outras áreas como a da saúde e da educação, pois, conforme já mencionado, há pouca produção científica nessa área.

Conta ainda como propósito a reflexão sobre o modo como a linguagem discursivamente orientada acontece no espaço interacional entre a criança, o terapeuta e o cavalo, proposta sustentada na pressuposição de queo cavalo é, para criança, investido como um outro na linguagem por meio da fala da terapeuta. Neste caso, a partir da abordagem teórica da ND, diante da criança, tanto a terapeuta, quanto o cavalo ocupam o lugar de outro, embora com demandas diferentes. E, por fim, esta pesquisa pretende provocar novos movimentos teóricos na área da ND, especialmente, quanto aos estudos voltados para a prática fonoaudiológica com crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil em diferentes contextos.

O presente estudo se caracteriza, portanto, como essencialmente multidisciplinar e se compõe na interface de diferentes áreas: a Fonoaudiologia tradicional e a Fonoaudiologia norteada pela Neurolinguística Discursiva, a Equoterapia, e, ainda, determinados estudos sobre o TEA/Autismo Infantil desenvolvidos pela Medicina e pela Psicologia. Para facilitar a aproximação do leitor de campos de estudos, em alguma medida, tão específicos, faço a opção

didática pela apresentação do campo da Equoterapia e do TEA/Autismo infantil antes do aporte teórico de linguagem, cérebro e mente desenvolvido pela ND que sustenta teórico-metodologicamente esta tese. Assim, os capítulos serão organizados da seguinte maneira:

1º Capítulo: Equoterapia. Neste capítulo será apresentada historicamente a área da Equoterapia, os profissionais que nela atuam, os benefícios alcançados pelos praticantes, bem como os postulados que regem o acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil.

2º Capítulo: Revisitando a história do Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil. Este capítulo tem por objetivo apresentar a história do Transtorno do Espectro Autista desde suas primeiras descrições médicas. Além disso, baseando-me em Foucault, construo uma reflexão crítica a respeito da formulação e aplicação do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Por fim, apresento as diferentes perspectivas teóricas e práticas de acompanhamento destas crianças, posicionando-me quanto ao papel que desempenho como fonoaudióloga com formação em Neurolinguística Discursiva.

3º Capítulo: Fonoaudiologia e Neurolinguística Discursiva: Linguagem, funcionamento cerebral e sujeito. Início o capítulo apresentando o percurso histórico da formação da Fonoaudiologia, bem como os desdobramentos da atuação do profissional na área. Em seguida, exponho os pressupostos teóricos da ND que fundamenta esta pesquisa e se apresenta também como uma área com fortes críticas frente à Fonoaudiologia Tradicional, especialmente, quanto às noções de linguagem e de sujeito.

4º Capítulo: Neurolinguística Discursiva e Equoterapia: aporte teórico-prático da Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia. Ao longo deste capítulo, desenvolvo uma noção de corpo envolvendo seus aspectos perceptivo/sensorial, discursivo, social e histórico, demanda que surge da prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia. Analiso criticamente os postulados tradicionais da área da Equoterapia, especialmente aqueles que envolvem o trabalho fonoaudiológico com a linguagem no acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil. Por fim, proponho o aporte teórico e metodológico da ND como norteador da prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia.

5º Capítulo: HM, GN, RP e CR: Apresentação e análise dos dados de linguagem/fala. No presente capítulo, analisarei os dados do acompanhamento fonoaudiológico longitudinal no contexto de Equoterapia de quatro sujeitos - HM, GN, RP e CR -, que fazem parte do estudo desenvolvido nesta tese, retomando, para tanto, todo o arcabouço teórico apresentado nos capítulos anteriores.

1º Capítulo: Equoterapia

Neste capítulo, será apresentado historicamente a área da Equoterapia, os profissionais que nela atuam, os benefícios alcançados pelos praticantes, bem como os postulados que regem o acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil.

O uso de cavalos e exercícios sobre o animal com finalidade terapêutica não é uma descoberta recente como poderíamos pensar, dado a atual divulgação midiática da Equoterapia. Ao contrário, há registros de Hipócrates de Loo (458-370 a.C.) em que aconselhava, no *Livro das Dietas*, a equitação para “regenerar a saúde e preservar o corpo humano de muitas doenças, mas sobretudo para o tratamento da insônia” e, ainda que a prática da equitação “ao ar livre faz com que os músculos melhorem seu tônus” (ANDE-BRASIL, 2010, p. 3).

Asclepíades da Prússia (124-40 a.C.) recomendava o uso de cavalos a pacientes com Gota, com Epilepsia, com Paralisia, com Letargia, entre outras patologias de acometimentos físicos. Durante a Idade Média, mais especificamente na cultura árabe que, tradicionalmente, esteve muito ligada à prática equestre, encontra-se registros dos benefícios relacionados à atividade da equitação. Merkurialis (1569 *apud* ANDE-BRASIL, 2010), em sua obra “*De arte gymnastica*”, relata que a equitação exercita não só o corpo, mas também todos os sentidos. O autor ainda menciona os diferentes tipos de andadura do cavalo, referindo que a prática da equitação “aumenta o calor” corporal e melhora os problemas gástricos-intestinais dos cavaleiros.

Em 1772, Giuseppe Benvenuti escreveu o livro “*As reflexões acerca do movimento a cavalo*” e descreve que a equitação é terapêutica e promove diferentes funções orgânicas, mantendo o corpo saudável. Joseph C. Tissot, em 1782, estuda mais profundamente os efeitos dos movimentos do cavalo no cavaleiro, descreve três tipos de andaduras e elege o passo como o movimento mais eficaz do ponto de vista terapêutico. No mesmo estudo, Tissot, pela primeira vez, apresenta as contraindicações da prática excessiva desse esporte. Em 1890, Gustavo Zander, fisiatra e mecanoterapeuta, foi o primeiro a afirmar que o cavalo transmite ao cérebro do cavaleiro 180 oscilações por minuto devido ao seu movimento tridimensional. Esse fato foi confirmado cem anos mais tarde pelo médico Detlvev Rieder (ANDE-BRASIL, 2010).

Na Inglaterra, em 1901, em função da Guerra dos Boers na África do Sul, foi fundado o primeiro hospital para tratar de problemas ortopédicos. A patronesse do hospital levou cavalos para lá a fim de quebrar a monotonia no tratamento dos mutilados. Esse foi o

primeiro registro da prática equestre em um hospital. Em 1917, foi formado o primeiro grupo de Equoterapia no Hospital Universitário de Oxford para atender o grande número de feridos da 1ª Guerra Mundial. Essa proposta estava associada à ideia de prazer e quebra de monotonia no tratamento de pessoas com sofrimentos orgânicos e psíquicos.

Na década de 1950, graças ao caso de Liz Hartel, houve a ampliação da divulgação da Equoterapia redirecionada para tratamentos de pessoas com déficits neurológicos que comprometem o corpo. Hartel, aos 16 anos, acometida por uma poliomielite grave e não conseguindo mais andar sozinha, utilizava cadeira de rodas ou muletas. No entanto, ela praticava equitação antes da doença se instalar e continuou praticando. Oito anos depois foi premiada nas Olimpíadas de 1952 com a medalha de prata na modalidade adestramento¹¹. Novamente, 4 anos mais tarde, repetiu o feito nas Olimpíadas de Melbourne. O público que assistia às Olimpíadas só percebeu seu estado físico quando ela teve que apelar do cavalo para subir ao pódio, valendo-se para isso de duas bengalas canadenses. O caso despertou a atenção da classe médica e em decorrência disso, formou-se, na Noruega, em 1954, a primeira equipe interdisciplinar de Equoterapia, contando com um fisioterapeuta, um psicólogo e um equitador.

Contribuiu também para a consolidação da Equoterapia no tratamento de pessoas com problemas motores a realização do 1º Congresso Internacional de Equoterapia, em 1974, na cidade de Paris (FR). Congresso que continua sendo realizado de três em três anos. Assim, a prática da Equoterapia começou a ser mais difundida na Europa e chegou ao Brasil no ano de 1989 com a fundação da Associação Nacional de Equoterapia (ANDE-BRASIL), cujos atendimentos teve o apoio de profissionais da saúde do Hospital do Aparelho Locomotor – Rede SARAH¹². Desde então a Equoterapia passou a ser indicada no Brasil para pessoas acometidas por patologias/distúrbios de ordens tais como: genéticos, neurológicos, ortopédicos, musculares, clínico metabólicos, mentais, sequelas de traumas e cirurgias, distúrbios psicológicos e comportamentais, e, finalmente, dificuldades de aprendizagem e alterações de linguagem, foco deste estudo.

1.1 O que é Equoterapia?

¹¹ Adestramento ou *Dressage*, como é conhecido internacionalmente, é uma modalidade Olímpica do Hipismo. A modalidade impõe uma cuidadosa ginástica progressiva e racional associada a uma preparação mental do cavalo de maneira que, nas competições, o animal deve mostrar-se calmo, elástico, descontraído e flexível.

¹² A Rede Sarah de Hospitais do Aparelho Locomotor surgiu em 1974 como resposta à demanda por uma estrutura especializada no tratamento de enfermidades do aparelho locomotor. Idealizada como um subsistema da área da Saúde presente em diferentes regiões do país tem seu centro de referência localizado em Brasília.

A Equoterapia “é um método terapêutico e educacional que utiliza o cavalo dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde, educação e equitação buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiências e/ou com necessidades especiais” (ANDE-BRASIL, 2010, p. 9).

Na Equoterapia, é utilizado o termo *praticante* para designar o sujeito com deficiência e/ou necessidades especiais. Destaca-se que há a interação entre sujeito e terapeuta, bem como entre sujeito e cavalo, sendo que esta última acontece através de seus corpos e, portanto, envolve os processos de percepção, propriocepção e de sensação. De tal modo, essa prática estabelece o contato entre dois corpos vivos que se relacionam, possibilitando que o praticante participe ativamente de seu processo de reabilitação.

O programa de Equoterapia engloba quatro possibilidades de práticas que, segundo ANDE-BRASIL (2010, 2014), são:

1) Hipoterapia: Programa voltado para pessoas com deficiência física e/ou mental em que o praticante não consegue manter-se sozinho no cavalo, necessitando de um auxiliar guia¹³ para conduzir o animal e, ainda, de pelo menos um auxiliar lateral¹⁴ para manter o praticante montado, dando-lhe segurança. A ênfase nessa modalidade é a da atuação dos terapeutas da saúde¹⁵, sendo necessário pelo menos um terapeuta, para a execução das atividades. Neste caso, o terapeuta poderá andar a pé ao lado do cavalo em que o praticante está montado ou, ainda, seguir montado no animal junto do praticante. O cavalo, nesse momento, é usado principalmente como agente cinesioterapêutico¹⁶.

2) Educação/Reeducação: Programa que pode ser aplicado tanto na área da reabilitação neuropsicomotora quanto na área da Educação. Neste caso, o praticante tem condições de exercer alguma atuação sobre o cavalo, podendo conduzi-lo, dependendo em menor grau dos auxiliares guia e lateral. Assim, o profissional de equitação apresenta uma maior participação na programação das atividades que continuarão a ser desenvolvidas por toda a equipe. Entretanto, dependendo dos objetivos a serem alcançados para cada caso, o profissional de equitação¹⁷ será mais ou menos requisitado. O cavalo continua

¹³ O condutor ou auxiliar-guia é o profissional responsável pela condução do cavalo durante uma sessão de Equoterapia.

¹⁴ O auxiliar lateral é o profissional responsável por auxiliar o terapeuta a manter o praticante sobre o cavalo, dando-lhe segurança nesse momento.

¹⁵ A formação da equipe básica de Equoterapia será retomada mais adiante.

¹⁶ Cinesioterapia, como o próprio nome diz, é o uso do movimento como forma de terapia com objetivos de manter, corrigir e/ou restaurar uma determinada função do corpo ou, ainda, manter o bem-estar do sujeito que a pratica (SHESTACK, 1987).

¹⁷ A função do instrutor de equitação ou equitador será descrita adiante neste mesmo capítulo.

proporcionando benefícios através do seu movimento tridimensional e multidirecional, desencadeando o aprendizado a partir da vivência do praticante com o animal;

3) Pré-esportivo: Programa que também pode ser aplicado nas áreas de Educação e reabilitação. O praticante tem boas condições de conduzir e atuar no cavalo, podendo realizar exercícios simples das diversas modalidades da equitação programados pela equipe, promovendo autonomia na sua relação com o animal. O profissional da equitação tem uma participação muito maior quando comparado com os demais integrantes da equipe;

4) Prática Esportiva Para-equestre: Programa que tem como finalidade preparar a pessoa com deficiência para competições Para-equestres. Neste momento, o praticante deve ter boas condições para estar no cavalo e o profissional de equitação terá uma participação intensa, porém seguindo orientações dos profissionais das áreas de Saúde e de Educação. Busca-se o prazer pelo esporte, melhoria da autoestima, bem-estar, autoconfiança e qualidade de vida. Esta atividade abre caminhos para o Hipismo Adaptado, Para-olimpíadas, Olimpíadas Especiais e Volteio Equestre Adaptado.

Pode-se pensar, agora, por que se utiliza o cavalo ao invés de outros animais? Por diferentes razões.

O cavalo é um animal retratado nas diferentes pinturas ao longo da história da humanidade porque vem acompanhando o homem na formação de comunidades e em suas conquistas terrestres, em quase todos os países do mundo. Pelo porte físico e altura o cavalo dá ao homem a sensação de força e poder, além disso, traz as características de ser herbívoro, não agressivo, viver em manada e, ainda, por demonstrar afetividade no relacionamento com outros animais e com humanos se tornou de fácil domesticação. O tempo de domesticação desse animal pelo homem também demonstrou sua capacidade para aprender e seguir comandos simples, através de sons e de expressões corporais (movimentos do corpo como um todo, do rabo, das orelhas, da cabeça e das patas).

Além dessas razões, estudos realizados na área da Física demonstram que na Equoterapia o maior benefício do cavalo está em seu movimento tridimensional que acontece, em especial, na andadura do passo. São movimentos sequenciados e simultâneos transmitindo ao praticante movimentos no plano vertical - para cima e para baixo, no plano horizontal - para direita e para a esquerda, nos eixos transversal e longitudinal - movimentos para frente e para trás. O movimento tridimensional do passo do cavalo é equivalente ao movimento que o ser humano faz quando troca de passos na marcha, o que possibilita uma identificação entre o movimento do humano e o do animal.

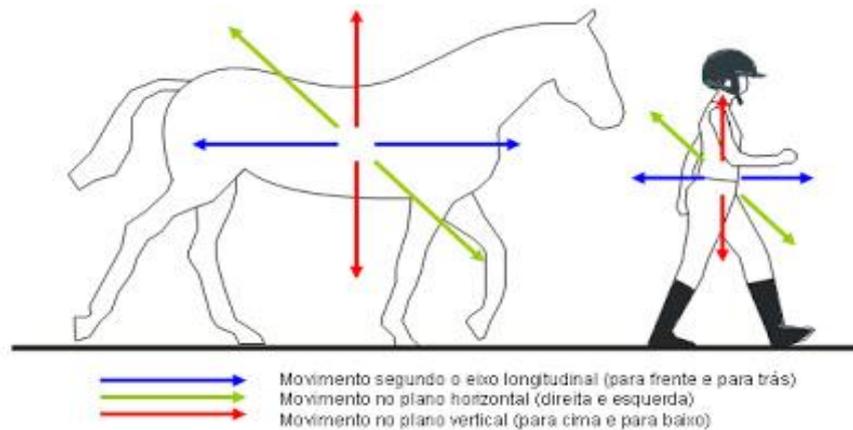


Figura 2: Movimento tridimensional do cavalo: semelhante ao caminhar humano.
 Fonte: GELBCKE, 2010

Cirillo (1999) descreve que a posição correta de montaria é aquela em que o praticante fica posicionado no centro de gravidade do cavalo. O autor identifica que o praticante, ao se situar no centro de gravidade do cavalo, toma uma postura reversa da bacia, o que favorece a flexão, a abdução e uma leve rotação externa do quadril. A parte mais larga do pé do praticante deve descansar no estribo, exercendo peso suficiente para manter o estribo no lugar. Assim, a linha do pé deve estar em paralelo ao cavalo, o tornozelo deve manter-se flexível e o calcanhar ligeiramente mais baixo que a ponta do pé. Dessa maneira, o cavaleiro irá receber corretamente as informações proprioceptivas advindas do cavalo.

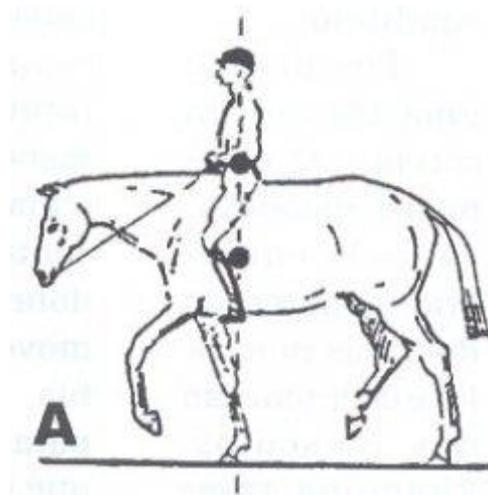


Figura 3: Posição correta do cavaleiro sobre o cavalo.
 Fonte: <http://www.equisport.pt/pt/artigos/dressage/equilibrio-e-posicao-a-cavalo>.
 Acesso: 25/10/2014

O movimento produzido pelo cavalo é altamente complexo. Ele se transmite ao cavaleiro, no caso o praticante de Equoterapia, através da ligação existente entre o assento do

praticante ao dorso do animal, centro de execução dos movimentos do cavalo. É por intermédio dessa ligação que esses movimentos são transmitidos ao cérebro do praticante.

As informações proprioceptivas que provêm das regiões articulares, musculares, periarticulares e tendinosas provocam, na posição sentada sobre o cavalo, novas informações, bastante diferentes das habituais que são fornecidas à pessoa na posição em pé, sobre os pés. Essas novas informações proprioceptivas, determinadas pelo passo do cavalo, permitem a criação de esquemas motores novos (LALLERY apud ANDE-BRASIL, 2010, p. 7).

Além dessas informações proprioceptivas, é importante acrescentar as informações exteroceptivas cutâneas, provenientes de vários pontos de contato entre o corpo do praticante e o do animal: os glúteos; a face interna das coxas e das panturrilhas; as mãos no contato com o pescoço, a crina e os pelos do cavalo.

Quando uma pessoa está montada no cavalo, a primeira reação física de seu corpo é o ajuste tônico, pois o cavalo nunca está totalmente parado. A troca de apoio das patas, o deslocamento da cabeça ao olhar para os lados, a flexão da coluna, o abaixar e o alongar do pescoço, por exemplo, obrigam o cavaleiro a um ajuste no seu comportamento muscular a fim de responder aos desequilíbrios provocados pelos movimentos do cavalo.

Pensando no movimento tridimensional do cavalo, a cada passo o centro de gravidade do praticante é defletido da linha média estimulando circularmente as reações de equilíbrio, que proporcionam a restauração do centro de gravidade. O sistema vestibular é, assim, repetidamente solicitado, o que também acontece com o cerebelo, o tálamo, o córtex cerebral, a medula espinhal e os nervos periféricos.

Dessa forma, durante a montaria, o cérebro do praticante portador de deficiências ou alterações neurológicas está em constante atividade para que os ajustes posturais, motores, respiratórios, entre outros, aconteçam. Essas experiências provocadas pelo movimento do cavalo e pelo contato com o animal associada a uma postura nova incitam o sistema nervoso central por meio de estímulos sensitivos e motores, promovendo no praticante, durante a montaria, as mesmas sensações que o sujeito sem alterações apresenta. Essas experiências, por outro lado, levam a formação de padrões de movimentos novos e corretos (LIMA, 1999).

Segundo Hermant (1988), quando montado a cavalo, o corpo humano é estimulado em sua totalidade, pois a excitação neuromuscular remodela a postura do praticante através do estímulo sensorial, realizando constantemente novas associações de memória do corpo. Desse modo, a cada passo do cavalo e a cada deslocamento que o

praticante sofre sobre o cavalo (rotação da pelve, translação da coluna vertical¹⁸, modulações tônicas¹⁹), o cérebro humano é solicitado para registrar novas informações, influenciando na elaboração de uma nova imagem corporal. A cada passo, o cavalo exige do cavaleiro ajustes tônicos para adaptar seu equilíbrio. O ritmo do passo do cavalo tem uma frequência de 1 a 1,25 movimentos por segundo, o que leva o cavaleiro a realizar de 1.800 a 2.250 ajustes tônicos em trinta minutos de sessão.

A andadura do passo é o mais indicado para a Equoterapia devido a sua regularidade por ser uniforme e ritmado. Além disso, não produz impacto para quem monta e permite ao praticante permanecer em íntima ligação sensorial com o animal.

1.2. Quais os benefícios da Equoterapia para o praticante?

De acordo com a restrita literatura da área, três são os maiores benefícios alcançados pelo praticante de Equoterapia. O benefício mais citado é o da melhora no equilíbrio. Como dito antes, com o deslocamento do cavalo ao passo e devido ao movimento tridimensional emergente deste movimento, o cavalo está sempre desequilibrando o praticante, que automaticamente procura seu novo ponto de equilíbrio. Na busca deste ponto de equilíbrio, há no praticante o relaxamento e a contração de músculos antagônicos, levando ao fortalecimento muscular dado o grande número de tais ocorrências.

Outro benefício da Equoterapia com o cavalo ao passo deve-se ao fato de este movimento rítmico, lento, uniforme e constante, provocar no praticante um embalo relaxante, estimulando uma diminuição no nível tônico muscular. Além do ritmo do passo do cavalo, a tranquilidade do ambiente rural colabora para relaxar praticantes mais agitados.

De outro modo, o aumento do tônus muscular, por sua vez, é obtido através do passo alongado ou da andadura do trote que determina no praticante uma ação reflexa estimulante, favorecendo sua mudança de postura e de atitude, o que interfere em seu estado de alerta. Nesse caso, são beneficiados pacientes com hipotonia ou com estado rebaixado de atenção. E, por fim, a ampliação da consciência corporal por parte do praticante é reconhecida também como um importante benefício, conceito a ser retomado no quarto capítulo.

¹⁸ Translação de coluna vertical é o termo que designa o movimento que a coluna realiza no plano vertical.

¹⁹ Modulação tônica é a adequação do tônus muscular que o cavalo proporciona ao praticante.

1.3. Quais profissionais atuam na Equoterapia?

A equipe básica de profissionais recomendada pela ANDE-BRASIL é constituída por: fisioterapeuta, psicólogo e equitador. Porém, outros profissionais podem fazer parte da equipe, são eles: o fonoaudiólogo, o terapeuta ocupacional, o educador físico, o pedagogo, entre outros. Todos esses profissionais terão como princípio a adaptação das técnicas originárias de suas especificidades aos princípios que regem a prática da Equoterapia. A ANDE-BRASIL regula a prática da Equoterapia exercida por estes profissionais e recomenda que as atividades sejam lúdicas, seguras, prazerosas e realizadas em ambiente aberto e rodeado pela natureza.

Conforme observamos nos itens anteriores, toda a literatura da área da Equoterapia fundamenta-se principalmente nas consequências físicas que o cavalo promove ao praticante. Isso ocorre porque a Equoterapia surgiu a partir da prática da Equitação enquanto esporte. Essa derivação foi se legitimando à medida que o uso de cavalos para a reabilitação motora dos cavaleiros e amazonas, como foi o caso da dinamarquesa Liz Hartel, mostrou-se como um benefício à saúde física de seus praticantes. Logo, a primeira área a se interessar pela compreensão dos ganhos físicos promovidos pelo uso do cavalo com fins terapêuticos foi a Fisioterapia que, desde então, se constituiu como a área com o maior número de pesquisas e publicações no campo da Equoterapia.

O campo da Fisioterapia valoriza o cavalo como um instrumento cinesioterapêutico no atendimento de pessoas portadoras de deficiências e/ou com necessidades especiais, visando melhora motora do alinhamento corporal, melhor controle das sinergias globais²⁰ e aumento do equilíbrio estático e dinâmico.

Desde os primórdios da Equoterapia, as questões psicológicas relacionadas à prática da Equitação também estavam presentes. Como mencionado antes, o uso de cavalos em hospitais que tratavam de soldados mutilados de guerras tinha o intuito de quebrar a monotonia e dar prazer aos doentes. Então, assim como a Fisioterapia foi pioneira no campo da Equoterapia, a Psicologia firmou-se também como uma ciência importante para a área. Na área da Psicologia, o profissional orienta e acompanha os praticantes durante as sessões propondo-lhes jogos, brincadeiras e dinâmicas com o cavalo objetivando a elaboração dos aspectos psicoafetivos.

²⁰ Em fisiologia, sinergia é o ato em que vários órgãos ou músculos se movem para o mesmo fim, com o mesmo objetivo.

Seguindo o propósito da Fisioterapia, a Terapia Ocupacional também utiliza as atividades e adaptações do meio equestre para desenvolver no praticante suas necessidades sensorial, motora, cognitiva e/ou comportamental. O terapeuta Ocupacional dá destaque para as atividades que possibilitem ao praticante transferir os aprendizados adquiridos na Equoterapia para as atividades de vida diária (AVDs) e para as atividades de vida prática (AVPs). O Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional é primeiro e o único Conselho a reconhecer tal campo como um método terapêutico.

A participação do Educador Físico na Equoterapia se insere na identificação do perfil motor de cada praticante e no desenvolvimento de movimentos através da ludicidade e recreação. Nesse acompanhamento, o praticante é estimulado a desenvolver determinados movimentos relacionados à consciência corporal e à cognição. Este profissional valoriza o jogo como possibilidade de descontração, lazer e aprendizagem para o praticante.

O Pedagogo tem a responsabilidade de auxiliar o praticante em seu processo de aprendizagem escolar, interferindo também em seu desenvolvimento como um todo. Este profissional dá ênfase às situações que envolvem ensino-aprendizagem, raciocínio lógico-matemático, perspectivas motoras e sensoriais associadas ao ato de escrever.

O Equitador tem um papel importante junto aos praticantes e aos profissionais que compõem a equipe de Equoterapia, pois é dele a escolha do cavalo ideal, bem como o tipo de sela a ser utilizado com cada praticante, a iniciação, o adestramento, o preparo e a utilização desses animais para fins terapêuticos. Desta forma, o equitador passa a ocupar uma posição de destaque na equipe pela grande atenção que dá as características do cavalo e, a partir disso, influencia diretamente nos benefícios que a terapia provoca nos praticantes com necessidades especiais.

E, por fim, a Fonoaudiologia, área de minha atuação profissional e desta pesquisa. A atuação do Fonoaudiólogo, conforme a literatura da Equoterapia, é descrita como uma prática em que o profissional se utiliza do andar ritmado do cavalo para trabalhar a fala, a respiração e a mastigação. Além disso, este profissional valoriza a interação do praticante com o cavalo, do praticante com os profissionais que o rodeiam e com o ambiente trabalhando e, com isso, os aspectos linguísticos e cognitivos do praticante.

Segundo Ruschel (2010), o profissional

[...] deve adaptar à Equoterapia as metodologias utilizadas para diversas patologias na clínica fonoaudiológica. O fonoaudiólogo pode utilizar certos recursos e técnicas, abdicando dos que não se adaptam ao ambiente (dentro e fora do picadeiro), nem ao movimento do cavalo. No quesito recursos, ele pode empregar materiais existentes no picadeiro, como letras, pneus e bolas. Também pode utilizar materiais específicos da fonoaudiologia, como

gravuras. Do ponto de vista da fonoaudiologia, a Equoterapia é benéfica em diversos casos de comprometimento da linguagem oral e escrita, da fala e da voz e/ou audição (RUSCHEL, 2010, p. 286)²¹.

Como o foco desta pesquisa é a linguagem, exponho aqui os princípios que regem a terapia fonoaudiológica de linguagem no contexto da Equoterapia. Segundo a ANDE-BRASIL (2014), a “linguagem é tomada enquanto um sistema de comunicação” (p. 101), sendo que nessa perspectiva, sua aquisição se dá a partir da maturação de áreas cerebrais específicas da criança, o que lhe propicia a capacidade de perceber o meio desde que esse meio seja estimulador. Assim,

Para que a criança adquira linguagem, ela precisa ter alcançado os pré-requisitos para a aquisição dessa linguagem, amadurecido suas funções mentais, estas são: atenção, percepções visual e auditiva, memória visual e auditiva, raciocínio e linguagem, esta última é o conjunto das anteriores (ANDE-BRASIL, 2014, p. 101).

Faz parte daqueles princípios, a orientação de que se os “processos mentais se encontrarem imaturos” (ANDE-BRASIL, 2014, p. 101), corre-se o risco da terapia não ter êxito. Então, conforme a ANDE-BRASIL deve-se começar a terapia fonoaudiológica pela função básica de Atenção, sendo realizadas para isso

[...] provas de atenção dentro do picadeiro. Posteriormente, inicia-se a habilitação da Percepção Visual, abrangendo áreas de Discriminação Visual, Reconhecimento, Orientação Espacial, Figura-Fundo, Coordenação Viso-Motora. Inicia-se a habilitação da Percepção Auditiva, com provas de Percepção e Discriminação Auditivas. Pode-se realizar provas de Percepção Visual em conjunto com provas de Percepção Auditiva: sons e suas respectivas figuras. Inicia-se a habilitação da Memória Visual e Memória Auditiva. Deve-se ter em mente que aprendizagem depende basicamente da motivação. Depois dessas etapas vencidas, a criança torna-se apta a receber e reter estímulos do meio e, naturalmente, inicia um processo de aprendizagem. É o momento propício para a intervenção interdisciplinar, onde se espera que a criança adquira Coordenação Motora Fina, Coordenação Motora Global, Esquema Corporal, Categorização, Orientação temporal, Raciocínio Lógico, funções mais elaboradas que propiciam a linguagem (ANDE-BRASIL, 2014, p. 102).

Ainda de acordo com a ANDE-BRASIL (2014), avalia-se a linguagem a partir de três níveis: 1. Forma: nível fonológico (articulação das palavras e produção de sons), nível sintático (estrutura da linguagem) e nível morfológico (categorização de elementos de linguagem); 2. Conteúdo: nível semântico (espera-se que a criança expresse seu vocabulário dentro de um contexto); 3. Uso: nível pragmático (quando a criança emprega a linguagem como um instrumento comunicativo). Observa-se também: “A exploração do cavalo como

²¹ Por picadeiro entende-se a pista onde se pratica a Equoterapia, propriamente dita.

instrumento terapêutico garante, na terapia de linguagem, maior motivação, imprescindível para o sucesso da intervenção” (ANDE-BRASIL, 2014, p. 101).

A explanação acima sobre a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia foi feita seguindo as normas regulamentadas pela ANDE- BRASIL e será analisada e criticada no quarto capítulo. Entretanto, chamo a atenção do leitor para o fato de que esta prescrição da Fonoaudiologia não está vinculada a nenhuma descrição ou orientação quanto ao procedimento da mesma.

1.4. O acompanhamento Equoterápico de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil.

De acordo com a ANDE –BRASIL, a proposta da Equoterapia com a criança portadora de TEA/Autismo Infantil se sustenta na aproximação da criança com o cavalo e, ainda, na formação de vínculo com o animal. Ressaltando ainda que este animal tem suas próprias reações e requer comando, compreensão, atenção e afeto de quem o monta (WILSON; TURNER, 1998).

Na literatura científica da área²² (FREIRE, 1999; FREIRE; POTSCH, 2005; ESPINDULA, 2008; JESUS, 2009), ao relacionar autismo e Equoterapia, as pesquisas realizadas indicam que a criança portadora de TEA/Autismo Infantil cria um vínculo com o animal, possibilitando a interação entre ambos e, conseqüentemente, o desenvolvimento da linguagem.

Como vemos, ainda é sucinta e superficial a condução da ANDE-BRASIL e da literatura da área em relação ao acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil na área da Equoterapia, o que será motivo de análise e crítica ao longo desta tese. No próximo capítulo, me ocuparei de apresentar a história do TEA/Autismo Infantil, analisarei criticamente a formulação e a aplicação do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), referência para o diagnóstico de TEA e, por fim, elencarei as diferentes perspectivas teóricas e práticas de acompanhamento destas crianças.

²² Ver no ANEXO I o levantamento bibliográfico realizado.

2º Capítulo: Revisitando a história do Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil

Este capítulo tem por objetivo revisitar a história do TEA/Autismo Infantil desde suas primeiras descrições médicas, passando pela compreensão dessa patologia, o que envolve diferentes estudos realizados na área da Psiquiatria. Além disso, com base nos estudos realizados por Foucault sobre a relação entre a Medicina e as estruturas políticas e sociais, apresento uma reflexão crítica a respeito da formulação e aplicação do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), referência para o diagnóstico do TEA. Apresento as diferentes perspectivas teóricas e práticas de acompanhamento destas crianças e, a partir do lugar que ocupo como fonoaudióloga com formação em Neurolinguística Discursiva, exponho minha compreensão sobre o TEA/Autismo infantil interpretando-o como uma questão maior e também singular de linguagem.

Henry Maudsley, em 1867, foi o primeiro psiquiatra a incluir em seus estudos crianças com desordens mentais graves que apresentavam sintomas reconhecidos, posteriormente, na descrição da sintomatologia do autismo infantil. Entretanto, Maudsley as considerava sob os critérios diagnósticos e terminológico da esquizofrenia, aplicados na psiquiatria de psicoses de adultos (SUPLICY, 1993). Em seu estudo, relacionou os sintomas apresentados por estas crianças e os classificou como “insanidades” precoces delineando, assim, a psicose na infância. Nessa época, o que se entendia por desordens mentais graves não estava bem descrito e recobria tanto as desordens psiquiátricas, quanto a deficiência mental.

No início do século XX, outros médicos psiquiatras deram continuidade ao estudo de Maudsley classificando os sintomas apresentados por aquelas crianças em diferentes quadros psiquiátricos com base na psicose infantil, tais como: *Demência Precocíssima* (DE SANCTIS, 1903); *Demência Infantil e Psicose Desintegrativa* (HELLER, 1908, apud BERCHERIE, 2001); *Esquizofrenia Infantil* (POTTER, 1933). O termo “autismo” aparece na literatura psiquiátrica, em 1906, nos estudos realizados por Bleuer, para descrever distúrbios do pensamento autorreferente de pacientes com demência precoce (SUPLICY, 1993).

Em 1928, Heller publica um trabalho relatando o caso de seis crianças com uma patologia pouco usual que se inicia após um período de desenvolvimento normal, no terceiro ou quarto ano de vida, com diminuição rápida dos interesses habituais da criança, perda de linguagem e do controle esfinteriano até a regressão completa com manutenção de uma fisionomia inteligente e de função motora adequada. Heller chamou esse quadro de “*Dementia Infantilis*” (WING, 1997).

A partir da década de 40, iniciaram-se estudos diferenciando as psicoses infantis da esquizofrenia. Em 1943, Kanner descreveu sob o nome de “*Distúrbios Autísticos do Contacto Afetivo*” uma patologia cujas características eram: ausência de movimento antecipatório; não aconchego ao colo; linguagem alterada (repetição automática, descontextualidade de nomes); ecolalia imediata e tardia; literalidade e inversão pronominal. O autor chamava a atenção para o fato de as crianças terem melhor relação com objetos do que com pessoas, pois não mantinham contato através do olhar, e de a síndrome ser extremamente rara.

Kanner identificou como principais critérios para o diagnóstico dessa patologia o isolamento extremo e a insistência obsessiva na mesmice (todas as outras alterações seriam secundárias). Esses sintomas eram característicos de uma doença específica relacionada com fenômenos da esquizofrenia (JUNIOR; KUCZINSK, 2007). Na continuidade de seus estudos, Kanner descreve, em 1954, o quadro de autismo como uma psicose, diferenciado de quadros de deficiências sensoriais, de afasia congênita, de oligofrênias, sem identificação etiológica clínica e/ou laboratorial (ASSUMPCÃO JR.; PIMENTEL, 2000).

Na década de 1950, nos Estados Unidos, bem como nos países Europeus, o termo autismo foi amplamente utilizado para os mais diversos casos clínicos. O contrário ocorreu na década de 1960, em que tal “modismo” declinou gradativamente a partir da preocupação médica com os diagnósticos emitidos (SUPLICY, 1993).

Em 1952, ano de publicação da primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)²³, o autismo aparece como um sintoma da “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, categoria na qual são classificadas as reações psicóticas em crianças com manifestações autísticas (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1952). A etiologia do transtorno, de ordem psíquica, era notadamente levada em conta nessa edição, sendo possível perceber uma forte influência da psicanálise na construção do Manual, devido ao uso de termos psicanalíticos como “mecanismos de defesa”, “neurose” e “conflito neurótico” (GRANDIN; PANEK, 2014; MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA, 2013).

O DSM-II, de 1968, elimina o termo “reação” da nosologia “Reação Esquizofrênica, tipo infantil”, passando a denominar o autismo como um dos sintomas da “Esquizofrenia tipo infantil” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1987). Os

²³ Organizado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), propõe-se a oferecer uma base empírica para a prática clínica, pesquisa e ensino da psicopatologia, bem como servir de instrumento para coleta e a comunicação de dados estatísticos referentes a saúde pública.

termos oriundos da psicanálise que demarcam a conformação psíquica do autismo continuam a ser utilizados e estão ainda mais presentes nessa edição.

Os estudos médicos da década de 1970 passam a valorizar a questão de se diferenciar os transtornos mentais de início, mais especificamente na infância, das psicoses que aparecem tardiamente. A primeira é considerada como anormalidade grave no processo de desenvolvimento da criança afetando, principalmente, a cognição, a linguagem e as relações sociais, diferentemente do quadro de psicose em que se valorizavam os comportamentos “estranhos” como critérios. Ritvo e Ornitz (1976) passaram a considerar o autismo como uma síndrome, relacionando-o com um déficit cognitivo e considerando-o como um distúrbio do desenvolvimento.

Na década de 1980, o Autismo Infantil foi inserido no Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA DSM-III, 1980) não mais vinculado à esquizofrenia, mas como uma subcategoria dos “Transtornos Globais do Desenvolvimento – TGD” (*Pervasive Developmental Disorders – PDD*). Em outro manual médico, a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID)²⁴, o autismo foi considerado como uma psicose infantil até a sua décima edição em 1993, quando foi inserido na classificação nosológica de “Distúrbio Global de Desenvolvimento” que reúne as seguintes subcategorias: Autismo Infantil; Autismo Atípico e Síndrome de Asperger. No final dessa década, a perspectiva psicanalítica da etiologia do autismo começa a perder força.

Assim, o DSM-III marca uma importante e decisiva mudança nos paradigmas da Psiquiatria da época, rompendo com a ênfase psicanalítica voltada para o sujeito e deslocando-se para a valorização da patologia a partir de critérios sintomáticos universais, tal como a Medicina o faz em relação às patologias de cunho eminentemente orgânico. O que sustenta tal mudança é também a polarização da Psiquiatria na valorização de pesquisas voltadas para o desenvolvimento de medicamentos no tratamento de sintomas das patologias psiquiátricas. Conforme Aguiar (2004), o DSM-III

[...] surge como efeito da presença cada vez maior de grandes corporações privadas no campo da psiquiatria, como a indústria farmacêutica e as grandes seguradoras de saúde. O Congresso americano, que desacreditava o National Institute of Mental Health (NIMH) no começo dos anos 1970, justamente devido à baixa confiabilidade dos diagnósticos psiquiátricos, passou a aumentar os recursos financeiros destinados à pesquisa após o

²⁴ O CID, organizado pela Organização Mundial da Saúde (WHO), fornece códigos relativos à classificação de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças.

DSM-III. Em 1994, os fundos de pesquisa do NIMH chegaram a US\$ 600 milhões, bem mais que os US\$ 90 milhões de 1976. (AGUIAR, 2004, p. 42).

Observo que os manuais médicos DSM e CID diferem muito pouco quanto à descrição de critérios para a realização do diagnóstico de Autismo Infantil sob a nosologia de um dos Transtornos Globais de Desenvolvimento, assim, na continuidade desta exposição será considerado apenas a descrição vinculada ao DSM-III de 1980, que mantém os seguintes critérios:

- a) um desenvolvimento normal ou alterado, manifestado antes da idade de 3 anos;
- b) apresentação de uma perturbação característica do funcionamento em cada uma das seguintes áreas: comunicação, comportamento focalizado e repetitivo.
- c) presença comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (ou auto agressividade).

Ao longo das décadas de 1990 e 2000, o autismo é considerado cada vez mais como uma síndrome comportamental, com prejuízos neurológicos, de diferentes etiologias e não tão raro como se supunha.

No DSM-IV (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1994), foram criadas novas subcategorias com o objetivo de preencher novos achados científicos, mantendo-se, em geral, os mesmos critérios que o DSM anterior. Assim, o autismo se mantém como referência dentre os Transtornos globais de Desenvolvimento (TGDs) que passam a englobar outros quadros, tais como: Transtorno de Rett; Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno de Asperger.

Em 2013, o manual do DSM recebe sua quinta revisão e nela constata-se a extinção dos TGDs e a criação de uma única categoria diagnóstica quanto à inclusão de diferentes tipos de autismos, trata-se do “Transtorno do Espectro Autista”. Diante do fato de que o diagnóstico é efetuado exclusivamente com base em comportamentos observáveis, o Manual radicaliza o alcance da noção de *continuum*, adotando a ideia de “espectro”. De acordo com o Manual, os critérios decisivos para os diagnósticos são:

- 1) Déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais, manifestadas das seguintes maneiras:
 - a. Déficits expressivos na comunicação não verbal e verbal usadas para interação social;
 - b. Falta de reciprocidade social;

c. Incapacidade para desenvolver e manter relacionamentos de amizade apropriados para o estágio de desenvolvimento.

2) Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos duas das maneiras abaixo:

- a. Comportamentos motores ou verbais estereotipados, ou comportamentos sensoriais incomuns;
- b. Excessiva adesão/aderência a rotinas e padrões ritualizados de comportamento;
- c. Interesses restritos, fixos e intensos.

Tais sintomas devem estar presentes no início da infância para que a criança se caracterize como portadora do TEA.

Não há atualmente nenhum medicamento que cure o Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil, porém, os neurolépticos, as anfetaminas e os anti-opioides são ministrados para minimizar sintomas em comorbidade, tais como: agressividade, ansiedade, hiperatividade e, conseqüentemente, a melhora da atenção, do sono, da irritabilidade, entre outros.

Em relação à etiologia, não existe consenso sobre as causas do TEA/Autismo Infantil, o que implica vários fatores:

- dentre as causas ambientais, aquelas que provocam sofrimento fetal, agudo ou crônico;
- a causa genética é considerada a mais provável devido à alta incidência de autismo entre gêmeos;
- as infecções congênitas como rubéola, infecções viróticas pós-natais, intoxicação química e ambiental têm sido consideradas também.

Pesquisas recentes demarcam para o TEA/Autismo Infantil um conjunto de hipóteses explicativas, além das citadas anteriormente: mutações nas proteínas *neuroliginas* e *neurexinas*; alteração genética dos cromossomos (de números 2, 6, 7, 16, 17, 18, 22) e associação a síndromes como: X-Frágil, Rett e Landau-Kleffner.

Em relação à incidência do TEA/Autismo Infantil, diferentes dados são encontrados: 2 a 5 casos entre 10.000 indivíduos (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA DSM-V, 2014); 1% da população mundial (ORGANIZAÇÃO DAS

NAÇÕES UNIDAS, 2013); uma criança para cada 50 em idade escolar²⁵ (*Center of Disease Control and Prevention/ CDC, 2013*). Ainda, para o CDC, o TEA é mais comum em meninos, sendo um caso em cada 70 indivíduos, ao passo que meninas têm menor risco, sendo uma para 315; com a proporção de quatro a cinco meninos para uma menina.

Os estudos acadêmicos envolvendo o TEA/Autismo Infantil realizados nas duas últimas décadas, em sua maioria, o consideram dentro de uma abordagem cognitiva, de etiologia biológica (disfunção orgânica/genética), marcando como absolutamente improvável a interferência de questões psicoafetivas dos pais ou das crianças. (GILLBERG,1990; JUNIOR; KUCZINSK, 2007),

Como pode-se observar, desde a descrição feita por Kanner, o quadro clínico do TEA tem sido alvo de muita controvérsia desde sua definição, classificação e diagnóstico.

Os DSMs se constituíram como uma referência para o diagnóstico do TEA/Autismo Infantil. Retomando a formulação do DSM desde a sua primeira edição em 1952, observa-se que tal Manual surge com o propósito de homogeneizar os critérios classificatórios das patologias do campo psiquiátrico e mental, organizando-os estatisticamente. Entretanto, ao longo dos anos, o propósito de estabelecer a relação orgânico-sintomatológica, classificatória e estatística das doenças/patologias do referido Manual, tal qual observamos na própria história da Medicina²⁶ (como veremos mais adiante), deu visibilidade à sua forte relação com as estruturas políticas e sociais da sociedade, tornando-se também um instrumento de poder médico.

Para exemplificar brevemente como este Manual não pode ser visto apartado das estruturas políticas e sociais de poder de sua época, basta observar os dois fatos que seguem: i) na segunda revisão do DSM de 1968, a homossexualidade está classificada como patologia. Porém, a realização em 1970, nos Estados Unidos, das primeiras marchas a favor dos homossexuais com a participação de heterossexuais, põe em questão a classificação da homossexualidade como patologia e traz à tona as chamadas "terapias de reversão" que incluíam eletrochoques e lobotomias (STEARNS, 2010). Assim, abrem-se as primeiras discussões sobre a validade do DSM; ii) na quinta revisão do DSM de 2013, observamos a inclusão da "birra infantil" como uma patologia, tal reconhecimento mostra a interferência do

²⁵ Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/noticias>. Acesso: 07/02/2014.

²⁶ A Medicina que me refiro ao longo desta pesquisa remete à Medicina Moderna, nascida nos fins do século XVIII, que como veremos mais adiante, se aliou às ideias capitalistas em que o corpo tornou-se força de trabalho, controlando a sociedade ao invés do indivíduo, investindo-se assim, no âmbito biológico, somático e corporal.

DSM em uma questão eminentemente familiar. Isso se dá justamente em um momento histórico em que a Instituição Família, acompanhada da Instituição Escola, passam por crises quanto ao papel que desempenham na primeira infância da criança, dentre eles o de autoridade.

Além disso, como vimos acima com Aguiar (2004), também para Grandin e Panek (2014), a indústria farmacêutica foi a mais importante influência na mudança dos paradigmas da psiquiatria e, conseqüentemente para o DSM. Os psiquiatras perceberam que para tratar de seus pacientes não era fundamental descobrir as causas das doenças psíquicas, mas ajudá-los através de tratamentos medicamentosos, aliviando seus sofrimentos. Para isso, deveriam saber quais os remédios adequados para cada sintoma e, portanto, necessitavam de uma lista de patologias e sintomas coerentes, e assim o fizeram. Esta atitude remonta a revisões cada vez mais ampliadas dos DSMs, reafirmando assim a influência de determinados saberes científicos relacionados aos modelos organicista e mecanicista sustentados em conceitos que revelam uma relação de oposição, tais como: normal e patológico, desvio e equilíbrio, deficiência e eficiência; buscando com isso objetivar o que parece, a princípio, subjetivo.

Seguindo ainda com Grandin e Panek (2014), as mudanças quanto à classificação e compreensão do autismo dizem respeito ao fato de os diagnósticos do TEA/Autismo Infantil serem muito subjetivos. Assim, um mesmo paciente poderia ter dois ou três diagnósticos, pois cada médico o compreendia de uma determinada maneira, acontecimento que comprometia a credibilidade da Psiquiatria enquanto um saber científico.

Entretanto, não pode ser perdido de vista que o diagnóstico médico direciona a prática clínica do especialista²⁷, mesmo que com isso exclua a individualidade e a heterogeneidade dos sujeitos autistas a partir do discurso em que este é falado e interpretado. Refiro-me especificamente ao fato de que a criança é diagnosticada como autista também a partir do que os pais ou a Escola narram (falam e escrevem) sobre ele, nesse sentido, muitas vezes o médico sela com o diagnóstico de TEA/Autismo outros dizeres (PÊCHEUX, 1969).

Como mencionado antes, tais dizeres remetem, por um lado, necessariamente ao lugar da Escola contemporânea como um *dispositivo*²⁸ (AGAMBEN, 2007; FOUCAULT, 1977) de inclusão/exclusão da criança no domínio da aprendizagem, da disciplina, do encaminhamento para especialidades e, por outro, frente à Família contemporânea que se

²⁷ Equoterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, neuropsicólogos, psicopedagogos, etc.

²⁸ O conceito de *dispositivo* foi elaborado por Agamben baseado em uma entrevista dada em 1977, por Foucault, sobre o jogo do poder e do saber na sociedade.

mostra incapaz, muitas vezes, de construir laços familiares, por exemplo. De tal modo, o diagnóstico e o fármaco podem pôr em questão uma certa neutralização do sujeito, ou seja, da criança, para se incumbir de tratar, por vezes, uma questão social, familiar ou escolar.

Segundo Jerusalinsky e Fendrik (2011), a aplicação do DSM tem produzido ao menos três epidemias diagnósticas: Transtorno Bipolar, o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade e o Autismo Infantil. Tais autores referem ainda que o DSM além de informar sobre a patologia, também a cria e a institucionaliza, conduzindo a um inevitável processo de psicopatologização da infância e de medicalização da criança na atualidade.

No Reino Unido, por exemplo, segundo a pesquisa de King e Bearman (2009), houve um aumento significativo no diagnóstico de TEA e uma diminuição proporcional no diagnóstico de crianças com transtornos de fala e linguagem. Isso decorre do fato destas apresentarem sintomas similares aos de crianças com TEA. A mesma pesquisa relata também que nos Estados Unidos houve uma diminuição de crianças com atraso mental, ao mesmo tempo em que houve aumento do diagnóstico de crianças autistas (SOUSA E SANTOS, 2005).

Vimos com Grandin e Panek (2014), que o diagnóstico de TEA/autismo se dá a partir da observação e avaliação do médico e de outros profissionais da saúde sobre as condutas da criança. Porém, essas observações e avaliações são subjetivas e as condutas variam de uma pessoa para outra, o que também colaborou para o aumento de diagnósticos. Prova disso são as pesquisas desenvolvidas pelo *Center of Disease Control and Prevention* dos Estados Unidos. Em uma das pesquisas realizada no ano de 2010 com uma amostra de 337.093 crianças de quatorze estados diferentes daquele país, observa-se que há uma falta de coerência na relação entre incidência e localização geográfica, pois a quantidade de crianças identificadas com TEA variava muito de um estado para outro: no Alabama, a proporção era de 1:175 enquanto que em New Jersey era de 1:45.

Realmente são amplas as características da criança autista, porém acredito que isso aconteça também devido à singularidade do sujeito, com uma história única de vida, nascido em um determinado círculo familiar, de determinada cultura e condição socioeconômica. De acordo com Bordin,

[...] 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, linguística, psicológica e social (BORDIN, 2006, p.45).

Do ponto de vista do direcionamento que o diagnóstico provoca na prática clínica, observo, a partir da interação com outras fonoaudiólogas, que não é incomum perceber o espanto demonstrado por muitas quanto ao aumento de diagnósticos de TEA/Autismo infantil nos dias atuais. Chama a atenção nessa constatação que as fonoaudiólogas que reclamam desse excesso de diagnóstico em crianças que não são de fato autistas são, eminentemente, aquelas que têm uma formação na área da linguística que sustenta a abordagem da linguagem que pratica. De outro modo, aquelas de formação tradicional frequentemente justificam o diagnóstico médico classificando, por exemplo, essas mesmas crianças como autistas de alto funcionamento. Quando tais fonoaudiólogas procedem dessa maneira, repetem a história da própria Fonoaudiologia quanto a sua dependência do dizer médico, em detrimento de se responsabilizar, pelo saber técnico que adquiriram, ou seja, pela avaliação de linguagem que sustenta ou não o diagnóstico das crianças.

Assim, conhecer historicamente a formulação e a revisão conferida ao DSM implica em repensar, mesmo que brevemente, o modelo de desenvolvimento da Medicina. Foucault (2010) propõe uma análise histórico-genealógica do modelo de desenvolvimento da Medicina desde o século XVIII, focalizando a influência desta na sociedade ocidental. Para isso o autor se vale de três campos de estudos: a bio-história, a medicalização e a economia política da Medicina.

1. Sob o viés da bio-história, Foucault compreende que as intervenções de médicos não se restringiram ao indivíduo e seus descendentes, mas influenciou a própria história genética da espécie humana (FOUCAULT, 2010, p. 178). Ele se refere em como o conhecimento genético do DNA pode interferir no desenvolvimento da perícia e da manipulação genética.

Os estudos realizados por Foucault sobre o tema biopolítica (1978, 1997, 2004) abordam a questão se referindo à problemática das raças e às estratégias racistas que marcaram os processos de expansão colonial próprios do século XIX. Foucault mantém suas análises ao longo do eixo raça, sexo, segurança e risco caracterizando a biopolítica como “fazer viver e deixar morrer”, princípio que definirá o exercício de poder nos Estados liberais e neoliberais, por oposição ao poder soberano, próprio das monarquias absolutas, construído em torno do poder real de “fazer morrer e deixar viver” (FOUCAULT, 1978).

Para o autor do princípio de *“fazer viver e deixar morrer”*, resulta a decisão entre populações (normais) a que se destinam os esquemas de higiene, segurança e proteção, em detrimento de outras submetidas ao silenciamento, exclusão e controle (anormais, desviantes). Instaure-se, assim, o olhar médico sobre fatos sociais: “Enquanto o pensamento jurídico

distingue o lícito do ilícito, o pensamento médico distingue o normal do anormal” (FOUCAULT, 1997, p. 34).

Ao longo do período analisado por Foucault, o médico adquiriu, então, o status de autoridade com o poder de criar regulamentos, tecnologias e estratégias para determinar regras de higiene, condutas normativas, costumes sexuais, comportamentos sociais, criando mecanismos de administração da população e elegendo o hospital como a principal instituição para o exercício do poder médico (FOUCAULT, 1982). Diante disso, o exercício médico frente ao indivíduo, doente ou não, passa a se caracterizar pela autoridade médica com funções normalizadoras que alcançam os aspectos referentes à saúde das pessoas, especialmente quanto ao aspecto de intervenção, não mais vinculado exclusivamente às doenças.

2. Em relação à medicalização, o autor analisa que no século XX a Medicina deixou de responder à demanda do doente quanto ao seu mal-estar, seu sofrimento, seus sintomas e suas doenças, para intervir e circunscrever seu campo de atividades para além do que se denomina como doença, ou seja: os comportamentos, as condutas, os corpos e os diferentes aspectos dos doentes e das doenças, almejando com isso o disciplinamento dos corpos e o controle populacional biopolítico (FOUCAULT, 2002, 2006).

3. A economia política da Medicina é o terceiro campo de estudos sobre o desenvolvimento do modelo médico analisado por Foucault. Para compreender este campo, retomo brevemente outro estudo realizado pelo autor sobre a sociedade disciplinar, em que os mecanismos de dispositivos disciplinares têm como objetivo transformar sujeitos improdutivos em corpos úteis e dóceis, através do exercício da medicina que se incumbia de curar e transformar doentes e incapazes em homens aptos para o trabalho (FOUCAULT, 1986).

Para Foucault, deste modo, a Medicina encontra a economia por outra via quando não só torna-se capaz de reproduzir a força de trabalho, mas de produzir riqueza tornando a saúde em objeto de desejo para uns e de lucro para outros (FOUCAULT, 2010). Esse novo modo de organizar o sistema de gestão e de administração das populações tem interesse em antecipar os riscos e temores, ou seja, trata-se de instaurar a prevenção e a antecipação de riscos, suscitados pela circulação de homens e de mercadorias como sendo o eixo central em torno do qual se articula o modo como os estados liberais governam.

Sob a perspectiva dos estudos de Foucault quanto à história da medicina, fica possível destacar o exercício de poder que o campo da Psiquiatria atual exerce através do

DSM, a partir de pelo menos três mecanismos empíricos ao Manual, conforme destaca Caponi (2014),

[...] (1) a centralidade da norma e a oposição normalidade-patologia; (2) os estudos estatísticos referidos aos fenômenos vitais que caracterizam as populações; (3) a problemática do risco-segurança, isto é, a ideia de que é possível antecipar os riscos para evitar a emergência de futuros danos. Estes mecanismos configuram um peculiar modo de exercer o governo sobre as populações que exclui as narrativas dos sujeitos e suas histórias de vida. A gestão das populações enquanto multiplicidade biológica deve deixar nas sombras, como antecipara Aristóteles, nossa capacidade de existência pública e política, os diálogos argumentativos, as narrativas individuais, os vínculos sociais (CAPONI, 2014, p. 750).

Allen Frances (2010), diretor do *National Institute of Mental Health* (NIMH), participou da elaboração do DSM-IV e crítica fortemente a formulação do DSM-V, considerando-o ultrapassado já no momento de seu nascimento. Para ele, o DSM-V expõe diferentes fragilidades que recobrem desde escolhas conceituais erradas: *behavioral addictions* (vícios comportamentais), como a criação de novas categorias: *Psychosis Risk Syndrome* (síndrome de risco de psicose) ou a *Schizophrenia Spectrum* (espectro da esquizofrenia). Para o autor, não faz sentido alguém tomar medicamentos antipsicóticos por apresentar algum sintoma que o insere para dentro deste espectro, ou seja, fazer isso apenas como uma questão de *controle de risco ou para segurança*, nos termos de Foucault.

Ainda para Frances, o aumento de diagnósticos mentais na população acontece devido à criação de novos diagnósticos que transformam em patológicos comportamentos comuns na sociedade (por exemplo: tristeza, comportamentos sexuais, humor) e, ainda, devido ao estabelecimento de um limiar de diagnóstico mais baixo para muitas patologias já existentes. Ambos os casos passam a ser tratados com fármacos que a indústria farmacêutica se encarregará de popularizar.

Acontecimentos como estes interferem para a suspensão do julgamento clínico do médico ou especialista que deriva para a busca de maior objetividade, a partir da consulta de critérios clínicos que constituem o referido manual. Conta a favor desse procedimento o fator de intervenção na busca de desvios como indícios de uma patologia que está por vir. Conforme Frances,

Os psiquiatras esperam identificar pacientes mais cedo e criar tratamentos efetivos para reduzir a cronicidade das patologias. [...] Em contraste, as propostas do DSM-V levam à uma perigosa combinação de diagnósticos não específicos, inadequados a tratamentos não aprovados e danosos (FRANCES, 2010, p. 6).

Como apontei antes, outro fenômeno contemporâneo deriva da prática do exercício de poder da medicina, trata-se, segundo Kamers (2013), do efeito de moralização da sociedade em que a Igreja e o Estado instituem a Família e a Escola como responsáveis pela vigilância da criança. Estas Instituições buscam pela homogeneização do comportamento da criança e de seu desenvolvimento normal, porém diante do que se considera como um pequeno desvio, escolas e pais buscam os especialistas que são encarregados de dizer como se deve educar a criança. Dessa forma, a parentalidade passa para o domínio público e transforma a criança em “[...] objeto de disputa de diversos saberes e poderes, instituindo a infância em uma zona limítrofe entre o público e o privado, tornando a criança e sua família objetos privilegiados de vigilância e controle por parte do Estado” (KAMERS, 2011, p. 159).

Contudo, sabe-se que diante de um diagnóstico correto de TEA/Autismo Infantil os acompanhamentos complementares são de suma importância e quando adequadamente realizados são as únicas possibilidades de alguma mudança para esta criança.

Após apresentar a evolução histórica do conceito de autismo enquanto psicose, déficit cognitivo ou distúrbio de desenvolvimento; a relação entre a formulação e reformulações do DSM; sua relação com o exercício do poder político-social da Medicina que põe em jogo também a realização de falsos e verdadeiros diagnósticos, retomo a questão do **TEA/Autismo Infantil sob o prisma da linguagem**. Como vimos nas primeiras páginas desse capítulo, a linguagem é sempre o ponto crucial para o diagnóstico, representando um aspecto clínico fundamental no acompanhamento dessas crianças.

2.1. Transtorno do Espectro Autista/Autismo Infantil e Transtornos

Sensoriais

O fato de sujeitos adultos portadores de TEA/Autismo Infantil descreverem seus processos perceptuais foi um acontecimento importante para considerar tal patologia, a partir de alterações no sistema. Este sistema intermedia a relação da criança com o mundo externo desde o seu nascimento e por toda sua vida.

Mencionei na Apresentação desta tese a biografia de Temple Grandin, portadora de TEA/Autismo Infantil, que se dedica a desvendar os mistérios ainda pouco conhecidos pela área Médica sobre o funcionamento neurológico e psicológico dessa patologia.

Poucas pesquisas são realizadas para investigar os transtornos sensoriais da criança portadora de TEA/Autismo Infantil, mesmo sabendo que praticamente todas estas crianças apresentam alguma alteração dessa ordem (DAWSON; WATLING, 2000; DA COSTA, 2006; MARQUES; FERREIRA; ARRUDA, 2007; FERNANDES, 2008; CAMINHA, 2009; SCHMIDT, 2012; SOARES; BRAGA, 2014). Suas respostas a estímulos sensoriais (sonoros, táteis, gustativos, olfativos, visuais) são peculiares, incluindo hiper ou hipossensibilidade, desse modo: não raras vezes observamos o comportamento de colocarem as mãos nos ouvidos parecendo sentir dor, diante de um determinado som; podem não reagir à dor caso se machuquem seriamente, parecendo ignorar os estímulos dolorosos. Nesses últimos casos, não é raro observarmos a automutilação dentre estas crianças.

Grandin e Panek (2014) estudaram o cérebro de crianças e adultos portadores de TEA/Autismo Infantil a partir, principalmente, de pesquisas norte-americanas constatando que os estudos realizados sobre o seu próprio cérebro e de outros sujeitos apresentaram algumas alterações anatômicas. Porém, esses mesmos estudos indicaram a impossibilidade de generalização quanto às alterações encontradas (por exemplo: aumento da região da amígdala), devido ao fato de que a normalidade do cérebro da criança/adulto portador de TEA/Autismo Infantil é regra e não exceção.

A autora, em seus estudos publicados, costuma dar ênfase sobre suas experiências sensoriais e as dificuldades que experimenta em diversas situações de sua vida, além daquelas que já descrevemos na Apresentação dessa tese. Ela diz, por exemplo, que o barulho do secador de mãos dos banheiros públicos é algo sensorialmente muito difícil para ela, que piora no momento em que o vento começa a passar pela sua mão. A sensação do som do alarme da escola, para Grandin, era semelhante a dor que sentia quando o dentista usava a broca dental em sua boca. Ou seja, é difícil para ela integrar as sensações cotidianas presentes no mundo à sua volta, à medida que estas são percebidas mais intensamente e fragmentadas em seu corpo.

Assim como Grandin, outros sujeitos adultos portadores de TEA/Autismo Infantil também escreveram biografias em que relatam suas dificuldades e a reinterpretação que fizeram destas ao longo da vida.

Passo agora a descrever o caso de Tito Rajarshi Mukhopadhyay, autor do livro “How Can I Talk If My Lips Don’t Move?”, referido por Grandin e Panek (2014). Tito não fala, mas aprendeu a escrever e a fazer raciocínio matemático com a ajuda de sua mãe que deu a ele, quando ele tinha quatro anos de idade, um tabuleiro com números e letras. Grandin relata que a primeira vez que se encontrou com Tito estavam em uma biblioteca de São Francisco (EUA). No local estavam Grandin e Tito que portava um *laptop*, havia pouca luz e

a sala estava em silêncio, sem nada de notório que o distraísse. A cada pergunta que Grandin fazia a Tito, ele respondia escrevendo no teclado do computador e, em seguida, corria pela biblioteca agitando seus braços, o que exigia dele muito esforço, causando-lhe cansaço.

Tito relata em seu livro que a razão para ele girar em círculos era que dessa maneira ele podia juntar todas as partes do corpo em um todo, pois ele se vê em partes estanques, pernas, mãos, braços. Ele ainda descreve que, ao se olhar no espelho, tentava forçar a sua boca a se movimentar, mas sua imagem refletida devolvia somente o seu olhar. Tito explica também que vive sua realidade em duas partes: o “Eu atuante” e o “Eu pensante”. O primeiro era o que o mundo exterior via: um garoto que dá voltas, que se sacode e que é agitado. E este, é também o “eu” que Tito vê. Já o “eu pensante”, está repleto de aprendizagens e sentimentos. E ao se olhar no espelho, sem se reconhecer, reforça e aumenta a distância e a pouca conexão entre o “Eu pensante” e o “Eu atuante”.

Tito conta também que, quando entra pela primeira vez em algum lugar onde nunca esteve, observa tudo ao seu redor, até que vê algum objeto que o intriga. Então, olha fixamente para esse objeto procurando observar por horas todos os seus detalhes procurando fazer mentalmente associações com outros objetos que conhece.

Carly Fleischmann²⁹ é outro adulto portador de TEA/Autismo Infantil citado por Grandin e Panek (2014). Ela não fala, mas escreveu junto com seu pai o livro: “Carly’s Voice: Breaking Through Autism”, publicado em 2012. Carly desde bem pequena permanecia em constante movimento, sentava-se, balançava-se, gritava e tentava destruir tudo o que tinha ao seu alcance. Até a adolescência Carly não falava e parecia não compreender o que lhe diziam, mas surpreendeu a todos quando começou a escrever palavras em um teclado que sonorizava as palavras tecladas por ela. A surpresa foi descobrir que ela tinha muitas informações razoavelmente organizadas, como a escrita de palavras, por exemplo.

Carly relata ainda sua dificuldade de focar a atenção em um acontecimento, em detrimentos de outros que acontecem simultaneamente ao seu redor. Para Carly é muito difícil, por exemplo, sentar-se com outra pessoa à mesa de uma cafeteria e escutar com atenção o que esta pessoa está lhe dizendo. Ela descreve que a sua atenção vai para o que está acontecendo ao redor, mas sem fixar em algo mais interessante, como: o perfume de uma mulher que passa por sua mesa; a conversa que acontece em uma mesa próxima a sua; a textura da manga de sua camisa; os sons das máquinas da cafeteria, etc.

²⁹ Carly retrata sua história e acontecimentos do seu dia a dia nos seguintes endereços eletrônicos: <https://www.youtube.com/watch?v=M5MuuG-WQRk> e <https://www.youtube.com/watch?v=KmDGvquzn2k> Acesso: 20/01/2016.

As descrições de Grandin, Tito e Carly de como percebem a si mesmo nos ajuda a compreender tanto a importância da imagem e do esquema corporal em sua impossibilidade de se descobrir como unidade, como também nos afeta em relação ao que pensamos quando observamos uma criança/adulto portador de TEA/Autismo Infantil. Quase sempre há neles: um excesso de movimentos repetitivos; dificuldade para lidar com sensações auditivas, táteis, visuais; manuseio intenso de partes de um objeto; frequente ausência de respostas ao investimento do outro.

Como vemos nesse capítulo, a linguagem é sempre o ponto crucial para o diagnóstico de TEA/Autismo Infantil, representando um aspecto clínico fundamental no acompanhamento desses sujeitos. É na busca pela aquisição da linguagem/fala que os médicos recomendam, ou os pais procuram por conta própria, terapias que possam auxiliar no percurso do filho com essa patologia, destacando ainda a importância da precocidade nos acompanhamentos especializados. Passo a apresentar estas diferentes modalidades terapêuticas.

2.2.Diferentes perspectivas teóricas e TEA/Autismo Infantil

Diferentes linhas teóricas norteando diferentes pesquisas científicas e diferentes modalidades terapêuticas surgiram ao longo do tempo buscando explicar e orientar o tratamento de crianças/adultos portadores de TEA/Autismo Infantil, dentre elas: Psicanálise, Teoria da Mente (ToM), Teoria Comportamental, Teoria da Integração Sensorial, Função Executiva e, por fim a ND, que norteia a minha prática clínica e equoterápica no acompanhamento de crianças com diagnóstico de TEA/Autismo Infantil e que será descrita a seguir.

Uma prática clínica em construção.

No presente item apresentarei as concepções teóricas de TEA/Autismo Infantil que perpassam minha atuação como fonoaudióloga com formação na área da Linguística, especificamente em ND, no contexto da Equoterapia³⁰. Trata-se de uma prática clínica em construção à medida que escrevo esta tese.

³⁰ As áreas da Equoterapia e ND também trabalham com crianças e adultos portadores de TEA/Autismo Infantil. A área da Equoterapia foi apresentada no capítulo 1 e a área da ND será apresentada nos capítulos 3 e 4.

Primeiramente, devo admitir a dificuldade em não assumir uma posição médico-organicista no trabalho com as questões que envolvem o TEA/Autismo Infantil. Isso porque o discurso médico dos Manuais de diagnósticos é muito presente na Fonoaudiologia, conforme vimos, influenciando determinantemente a formação do fonoaudiólogo. Além disso, a Fonoaudiologia não tem um discurso próprio a respeito do TEA/Autismo Infantil, apesar da importância desta área no trabalho com sujeitos assim diagnosticados. Do mesmo modo, percebo a influência do discurso médico-organicista em meus pares: os fisioterapeutas, os terapeutas ocupacionais, os psicólogos, entre outros. Com isso, sinalizo que não é fácil a posição de quem não partilha o discurso hegemônico, organicista que desqualifica/banaliza tal proposta, por não estar assentada em testes padronizados.

Observo que muitos profissionais que conheço lidam com o diagnóstico TEA/Autismo Infantil, considerando essa criança como um sujeito passivo. Nesse sentido, olham para o diagnóstico desprezando a individualidade e a heterogeneidade desses sujeitos e de seus interlocutores. Concordo com Sacks (1995) quando analisa que a imagem que temos de uma criança autista perpassa a descrição realizada por Kanner em 1943, se detendo também na infância desses sujeitos, apagando o adulto que se tornam. De fato, apenas nas duas últimas décadas é que a vida desses adultos tem sido divulgada. Para Sacks,

A maioria das pessoas se questionada sobre o autismo faz uma imagem de uma criança profundamente incapacitada, com movimentos estereotipados, talvez batendo a cabeça, com uma linguagem rudimentar, quase inacessível: uma criatura a quem o futuro não reserva muita coisa (SACKS, 1995, p. 168).

Assumo com Bordin que não é possível desprezar o que há de orgânico e biológico na criança atravessada pelo autismo, mas levando em conta a singularidade do sujeito, com uma história única de vida, nascido em um determinado círculo familiar, de determinada cultura e condição socioeconômica:

[...] 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, linguística, psicológica e social (BORDIN, 2006, p.45).

A primeira impressão que experimento quando assumo a pressuposta posição de interlocutora de uma criança autista é a de estranhamento, devido à falta de um olhar que não busca ou encontra o meu. Estranho sua falta de intenção de falar comigo. A criança, a princípio, se mostra indiferente a minha presença, parece não me ouvir, não demonstra interesse por mim. Essa é uma situação desconfortável porque sempre pressupomos que o

outro pode falar conosco, ou seja, tomamos o outro como um ser de linguagem (já constituído).

Entretanto, me parece que o pilar que sustenta o trabalho fonoaudiológico com a linguagem é não perder de vista essa pressuposição. Trata-se de uma aposta no sujeito (CANEPPELE, 2006). Esta pressuposição, por um lado, sustenta o investimento de linguagem da fonoaudióloga e, por outro, dá visibilidade aos indícios de linguagem e interação por parte da criança.

Observo que após um tempo de convívio e contato, que não pode ser medido cronologicamente e que varia de criança para criança, tais indícios se tornam visíveis para mim. Com isso não estou ingenuamente afirmando que todas as crianças atravessadas pelo TEA/Autismo Infantil desenvolverão fala e linguagem simplesmente por estarem em acompanhamento fonoaudiológico. Mas estou afirmando que o fato de elas não falarem não significa que não têm possibilidade de, em alguma medida, entrar e permanecer na linguagem. Mas que linguagem? O quanto de linguagem se fosse possível medir?

Diante de um acompanhamento que inicio, tenho de concreto que ninguém sabe o quanto e como essa criança se desenvolverá, mas o investimento que a ND faz no sujeito, desde os primeiros estudos discursivos (COUDRY, 1986/1988), acontece na avaliação e no acompanhamento que propõe.

Todo acompanhamento fonoaudiológico, ou outro, delibera uma resposta ou um questionamento evolutivo sobre o percurso da criança e da prática do profissional que a acompanha. Nesse sentido, minha reflexão sobre o status de evolução é pautada no que chamo de noção de *deslocamento* que se estende tanto à criança quanto à minha prática equoterápica e envolve: 1- O que considero indícios de linguagem/fala da criança; 2- Como isso aconteceu, em que situação, qual a fonte da demanda linguística: a criança, o cavalo, a equoterapeuta ou o ambiente que nos circunda. Essas premissas serão detalhadas no interior da análise do acompanhamento de cada uma das crianças que fazem parte do presente estudo.

Assim, a partir dessa posição, tenho observado que, de certa maneira, essas crianças podem indiciar mais presença na linguagem do que podemos perceber à primeira vista. No caso de João, em seu primeiro dia na Equoterapia, exposto na Apresentação desta tese, ele não demonstrou aparentemente nenhum interesse em relação a mim, ao cavalo, e à música “Marcha Soldado” que cantamos para ele. Entretanto, ao término da música, e estando ainda em cima do cavalo em movimento, começou a cantarolar a mesma música que acabamos de cantar, usando as sílabas “da-da-da”. Trago este recorte para exemplificar o que chamei de indícios de que a criança está na linguagem ou na interação, mesmo quando a

princípio isso não parecia provável. Houve neste caso um deslocamento de João na linguagem/fala, recobrando desde a situação de sua aparente não reação até o momento em que reproduz a canção ouvida. O deslocamento pode ser considerado aqui em sua duplicidade envolvendo, por um lado, a insistência da terapeuta em interagir com João pressupondo a presença de um sujeito de linguagem e, por outro, o deslocamento de João quando responde a demanda da equoterapeuta ou ao ritmo do cavalo.

A partir das reflexões que recobrem o presente estudo, reconheço que existe um determinado funcionamento de linguagem por parte dessas crianças, que passei a compreender na relação com o desenvolvimento de seu sistema sensorial, perceptivo e vestibular que também parecem se sustentar com um funcionamento próprio. Assim, essas crianças, desde o nascimento parecem explorar o mundo de uma maneira adversa, guiadas por uma organização interna distinta e que nem sempre pode ser compreendida pelo outro. Não é impossível imaginar que também experimentam o mundo de maneira distinta, mais distinta do que o esperado, revelando o que chamamos de espectro. Nesse sentido, concordo com Sacks quando diz que: “Não há duas pessoas com autismo que sejam iguais. Sua forma precisa ou expressão é diferente em cada caso” (SACKS, 1995, p. 170).

Todas essas possibilidades marcam a interação social da criança, contudo, não podem ser significadas como falta de intenção de interação e nem como possibilidade de apagamento de seu interlocutor. O lugar da Fonoaudiologia é por excelência trabalhar com a linguagem (fala, leitura, escrita) e, portanto, não pode perder de vista, em sua relação com a família, o peso do diagnóstico médico. Diante disso, minha conduta é a de não valorizar o diagnóstico médico como um norteador da avaliação e prática fonoaudiológica, e procurar formalizar a compreensão de como a criança transita na/pela linguagem, o que ela fala e como fala, quais são seus interlocutores e como se relaciona com eles.

A definição da palavra “espectro”³¹ alcança diferentes sentidos, dentre eles, o de “decomposição de uma luz complexa formada a partir de raios coloridos” e, ainda, o de “uma imagem fantástica de um morto, sombra”. Entender a palavra “espectro” considerando esses significados, me remete a pensar o lugar que estas crianças ocupam na família. O contato com os pais me mostram, na maioria das vezes, que há uma profunda dor diante da falta ou da impossibilidade de se relacionarem com o filho, e, por vezes, perguntam sobre a possibilidade de de repente seus filhos começarem a falar, como se os raios do espectro se juntassem inesperadamente afastando de vez o fantasma do que se chama Autismo.

³¹Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/portugues/index.php?lingua=portugues-portugues&palavra=espectro>. Acesso: 16/04/2016

Finalizando este capítulo, esclareço que as diferentes linhas teóricas norteadas por diferentes pesquisas científicas aqui elencadas não esgotam a quantidade de abordagens terapêuticas existentes para o TEA/Autismo Infantil. Não comentei aqui as abordagens médicas direcionadas ao controle de consumo de determinadas proteínas por estas crianças, tal como o glúten³², por exemplo. Entretanto, é possível perceber que todas essas concepções teóricas, apesar de distintas, lidam com a dificuldade (ou impossibilidade) de interação social manifestada pela criança, o que tem consequências na linguagem como objeto de estudo. O reconhecimento desses antagonismos, por um lado, explicita as diferenças entre as práticas terapêuticas e, por outro, promove o diálogo e o acompanhamento dos avanços científicos quanto à complexidade que envolve o universo da criança que não fala com o outro, suas famílias e os diferentes profissionais que atuam na área.

No próximo capítulo será apresentado historicamente o campo da Fonoaudiologia tradicional e da atuação desses profissionais, valendo-me, para isso, do regimento do Conselho Federal de Fonoaudiologia. Apresentarei ainda o aporte teórico da ND tanto para expor a visão discursiva de linguagem e de sujeito que norteiam esta tese, como para dar visibilidade a crítica que a ND fundamenta frente à Fonoaudiologia tradicional.

³²Ashwood et. al.(2006); González et. al. (2006); Pinho e Silva (2011); Silva (2011); Carvalho et. al. (2012); Whiteley et. al. (2013).

3º Capítulo: Fonoaudiologia e Neurolinguística Discursiva: Linguagem, funcionamento cerebral e sujeito.

Iniciarei o presente capítulo apresentando a conformação histórica do campo da Fonoaudiologia, bem como os desdobramentos da atuação do profissional na área. Em seguida, passarei a expor os pressupostos teóricos da ND que fundamentam teórica e metodologicamente o presente estudo. A opção por essa ordem de apresentação, contemplando primeiro o campo da Fonoaudiologia Tradicional e, em seguida, a área da ND, deve-se à preocupação de dar visibilidade ao leitor quanto à importância da crítica que a ND realiza frente à avaliação e condução terapêutica da Fonoaudiologia Tradicional, bem como a repercussão positiva dos postulados da ND na prática clínica fonoaudiológica. Contudo, o que orienta o estudo aqui apresentado são as questões que se originam do acompanhamento fonoaudiológico de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil no contexto da Equoterapia. Tais questões remetem ao campo da Fonoaudiologia, às noções teóricas de linguagem e de sujeito às quais o fonoaudiólogo se filia e, ainda, como isso se desdobra no contexto da Equoterapia.

3.1. O percurso histórico e político da Fonoaudiologia

A Fonoaudiologia, como veremos neste capítulo, tem suas origens na prática corretiva de cunho político e educacional com a finalidade de corrigir a “comunicação” do ser humano.

No Brasil, a vinda de D. João VI, em 1808, possibilitou a implantação do Colégio Nacional, inaugurado em 1856, inspirado no modelo do Instituto Nacional de Paris onde se realizava a educação intelectual, moral e religiosa de surdos. Assim, também no Colégio Nacional do Rio de Janeiro alguns professores realizavam atendimento de deficientes auditivos. Este é o primeiro vestígio do que seria depois o campo de atuação do fonoaudiólogo, tal como o conhecemos hoje.

No ano de 1933, sob a influência do Positivismo, foi aprovado pelo General Waldomiro Castilho de Lima o “Código de Educação da Cidade de São Paulo” que previa a criação de Escolas Ortofônicas - “escolas de falar bem”, como refere Lima (1999, p.16). Assim, nas escolas de grande parte do país inicia-se junto às crianças um levantamento dos “vícios e defeitos” de fala, cuja correção as tornariam aptas para o “falar bem”.

A constituição de 1934 do governo de Getúlio Vargas colaborou para a consolidação deste viés corretivo, ainda presente na prática fonoaudiológica atual, à medida que determinou o ensino da língua portuguesa na escola para restringir o uso de outras línguas no país, dado o grande fluxo de imigrantes italianos, espanhóis, japoneses e alemães³³. A correção da produção dos fonemas na língua do Português ganha assim uma dimensão de controle político.

Deste modo, além dos professores, médicos higienistas imbuem-se da tarefa de “Salvar o país” mantendo a escola³⁴ como lugar para a resolução dos problemas sociais do Brasil. Um dos objetivos era a formação do brasileiro padrão, através da uniformização da língua como apagamento das diversidades oriundas da heterogeneidade da sociedade brasileira (OLIVEIRA, 2002).

Conforme Figueiredo,

A fase de ideação do profissional (década de 30) relaciona-se com a preocupação da Medicina e da Educação com os desvios entre os escolares, expressa através dos movimentos Saúde Escolar e Escola Nova e com o Nacionalismo, mais diretamente com o desejo de defesa da língua pátria. O profissional é concebido como um professor especializado que deveria atuar na profilaxia e correção de erros na linguagem decorrentes de perturbações orgânicas e de variações dialetais” (FIGUEIREDO NETO, 1988, p. 37).

Em 1937, aconteceu o “I Congresso de Língua Nacional Cantada” na cidade de São Paulo com o objetivo de estabelecer uma língua nacional padrão para a pronúncia artística. Nesse congresso, houve também a apresentação e discussão do primeiro registro de alterações de fala de crianças e, como consequência, surge a reivindicação de um profissional com a capacidade de “eliminar” os desvios de fala das crianças. Esse profissional seria, então, um “professor especializado”.

Oliveira (2002), em sua pesquisa intitulada “Vícios e defeitos na fala das crianças nos parques infantis”³⁵, analisa que o discurso fundador da Fonoaudiologia acontece e, se mantém, no entrelaçamento do referencial médico com o pedagógico. Como exemplo, observamos que supostas alterações de fala ou de voz apresentadas por crianças são classificadas sob a nosologia médica de Dislalia ou de Disfonia, com a recomendação de

³³ Em Santa Catarina, entre 27 de janeiro de 1942 e 27 janeiro de 1943, foram realizadas 1.227 detenções e abertos 27 inquéritos por reincidência do uso do idioma alemão ou italiano, conforme relatório da comissão de Ordem Política e Social (ROCHA, 2004).

³⁴ O Decreto Federal de número 406 promulgado em maio de 1938 determina que os professores e os diretores de escolas fossem brasileiros natos (ROCHA, 2004).

³⁵ De acordo com OLIVEIRA (2002), os parques foram criados a partir de 1935 na cidade de São Paulo com o propósito de assistir crianças carentes e, assim, proporcionar atendimentos médicos, dentários e pedagógicos, difundido novos hábitos de higiene, o desenvolvimento de atividades físicas e os valores morais.

terapia para a reeducação da fala ou da voz, ou seja, observa-se o referencial médico no diagnóstico e o referencial pedagógico na conduta terapêutica.

Ainda na década de 1930, o psicólogo começou a atuar dentro das escolas, trabalho que ganharia a denominação de “Psicologia Escolar”. O objetivo era o de ajudar a Escola a lidar com a diversidade cultural e “intelectual” dos alunos, inaugurando, assim, o uso de testes psicológicos no ambiente escolar com o objetivo de justificar o fracasso escolar e apontar o que era da ordem do “normal” e do “anormal” (OLIVEIRA, 2002).

Em 1947, foi criado em São Paulo, o Laboratório de Fonética Acústica (LFA) vinculado à Secretaria de Educação e Cultura que passou ao longo dos anos a dar ênfase no setor ortofônico e acústico. O LFA destinava-se ao atendimento de crianças das escolas da prefeitura. As atividades de correção eram feitas por professores que recebiam um treinamento especial e eram chamados por diversos nomes, dentre eles, ortofonistas, foneticistas ou educadoras ortofonistas. Estes eram responsáveis pela atividade de correção de erros da fala decorrentes de perturbações orgânicas e de variações dialetais (LACERDA; CABRAL, 1997).

A partir da criação do Laboratório de Fonética Acústica, o atendimento de caráter educacional evoluiu para o atendimento individual, voltado para a doença e com característica clínica, fato fundamental para o delineamento do perfil do fonoaudiólogo.

Na formação histórica da Fonoaudiologia, a partir da relação entre Educação e Medicina, pode-se observar uma concepção de corpo voltada para o organicismo, que divide o homem em partes e órgãos. O “corpo” da Fonoaudiologia, neste momento, limita-se especialmente à região da boca pelas estruturas envolvidas na fala. O que está em evidência é a correção, a reeducação da fala com função de promover a homogeneização de uma língua padrão, sob o custo de contribuir para o apagamento do sujeito.

Entretanto, foi o triste acontecimento da Segunda Guerra Mundial (1939-1945) que interferiu para que a Fonoaudiologia se distanciasse da área da Educação para se aproximar de uma prática clínica, tal como a conhecemos hoje. Devido à guerra, houve um aumento da incidência de pessoas com alterações neurológicas, com problemas de locomoção e de fala. Essa demanda fez surgir na Europa um espaço de trabalho para diferentes profissionais que se ocupavam de diferentes partes do corpo, determinando a distinção entre tais cuidados e os futuros profissionais das áreas da Fonoaudiologia, da Fisioterapia e da Terapia Ocupacional. No caso da Fonoaudiologia, o contexto mundial acabou por reclassificar também no Brasil a prática desses profissionais que incluíam professores especializados para

uma prática de reabilitação, criando a necessidade de uma especialização, a partir de um viés médico, na área de reabilitação de fala e linguagem.

Em decorrência, na década de 1950, surgem no Brasil o campo de atuação da Fonoaudiologia vinculado aos serviços de Otorrinolaringologia na Santa Casa de São Paulo³⁶ e, também a inserção de práticas de tratamento de fala na Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD - SP)³⁷. Posteriormente, na década de 1960, foram criados na Universidade de São Paulo (USP)³⁸ e na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), cursos de graduação de tecnólogos em “Logopedia” (com um ano de duração) para formar terapeutas que tratassem de indivíduos portadores de problemas de voz, fala, linguagem e audição. Em seguida, outras universidades também ofereceram o curso de tecnólogo, mas agora em Fonoaudiologia (Universidade Federal de Santa Maria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola Paulista de Medicina e PUC- Campinas).

Na década de 1970, surgiram os primeiros cursos de pós-graduação na área, tais como: Audiologia (PUC-SP) e Distúrbios de Comunicação Humana (Escola Paulista de Medicina). Em 1975, o curso de Fonoaudiologia adquire o “status” de curso superior de longa duração, como decorrência o Conselho Federal de Educação aprovou primeiramente o curso da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul (1975) e, no ano seguinte, foram aprovados os cursos de Fonoaudiologia da PUC de Campinas/SP, o da PUC de São Paulo e o da Escola Paulista de Medicina, também em São Paulo.

No início da década de 1980, o curso de Fonoaudiologia mantinha como objeto de estudo a reabilitação das estruturas envolvendo a boca e o ouvido no atendimento de crianças e de adultos com perda auditiva (treinamento de fala com ou sem uso de aparelho auditivo). Nesse sentido, a linguagem era percebida pela ótica do funcionamento orgânico e das condições psicológicas envolvidas na realização de uma língua código, em um corpo manipulado pelo especialista com o objetivo de recuperar de forma reeducadora, sistemática e ordenada, suas funções a favor da produtividade. O corpo era, então, percebido na perspectiva da doença em um paciente passivo, sem história. As dimensões social e histórica desse sujeito

³⁶ A fonoaudióloga era Argentina e o serviço realizado por ela na Santa Casa era relacionado a exames de audição (audiometrias).

³⁷ Na AACD, esse profissional tinha supervisão médica nos estudos de alterações neurológicas para, então, trabalhar as alterações de fala em portadores de lesões neurológicas.

³⁸ Segundo Figueiredo Neto (1998), na formação do fonoaudiólogo da Universidade de São Paulo (USP) havia uma presença médica marcante, tanto na condução administrativa quanto pedagógica do curso. Já na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), na formação do fonoaudiólogo foram priorizadas as áreas de Psicologia e de Educação devido ao fato de o curso de Fonoaudiologia ser vinculado ao Instituto de Psicologia e à Clínica de Psicologia da universidade.

eram desconsideradas, reafirmando a influência médica predominante nas concepções teóricas do campo da Fonoaudiologia (MARTINS, 2008).

Entretanto, na década de 1980, esse campo de estudo e de atuação clínica passa a se influenciar mais fortemente pelos estudos desenvolvidos pela Linguística. Dentre estes estudos, destacam-se os desenvolvidos nas áreas de Aquisição de Linguagem (DE LEMOS, 1981) e o de Neurolinguística Discursiva (COUDRY, 1986/1988). Ambos originados no Instituto dos Estudos da Linguagem na Universidade Estadual de Campinas.

A aproximação da Fonoaudiologia com a Linguística possibilitou ao fonoaudiólogo mudanças na relação terapeuta-usuário-paciente, para a relação terapeuta-cliente-sujeito agente³⁹. Esta última relação baseia-se no conceito de *interlocução*⁴⁰ (BENVENISTE, 1969; MANGUENEAU, 1989), em que o sujeito agente é considerado em meio à sua história, influenciado também pelas relações sociais e culturais. Nesta condição o sujeito assume uma posição ativa e, portanto, participa do próprio processo terapêutico.

Ainda na década de 1980, a Fonoaudiologia foi inserida na Saúde Pública, o que gerou um movimento de transformação na área, pois novos questionamentos sobre a abordagem positivista/organicista emergiram no meio de fonoaudiólogos, que agora partilhavam dos princípios humanistas e sócio-político do Movimento Sanitarista⁴¹ (MARTINS, 2008).

Desse modo, constata-se na Fonoaudiologia a existência de diferentes concepções. De um lado, o predomínio da perspectiva organicista, caminho que muitos fonoaudiólogos ainda percorrem com uma atuação marcadamente assentada no modelo clínico médico, cujas ações são centralizadas em partes do corpo (cérebro, orelhas, laringe, faringe, boca) do indivíduo. Por outro lado, porém, vigora um movimento recente de fonoaudiólogos que concebem o corpo inserido em uma determinada sociedade, ultrapassando os limites do biológico, aproximando-se, assim, de outras áreas como: a Linguística; a Educação, a

³⁹ O termo *paciente* começou a ser utilizado no século XIV e está relacionado com a pessoa que tem paciência, sereno, conformado. Sua utilização pode conotar a ideia de que o sujeito apresenta uma posição passiva e hierarquicamente inferior ao do terapeuta. Esse termo tem origem na palavra derivada do latim *patiens*, de *pator*, que significa sofrer. Já o termo *cliente*, procede do vocabulário da economia liberal de mercado, marcando a pessoa que busca os serviços de saúde como um consumidor, dando à saúde uma conotação de bem de consumo e não de direito social. O termo *usuário* refere-se a um sujeito que usa um serviço coletivo ligado a um serviço público ou particular. Esse termo transmite a ideia de que a saúde é um bem de consumo regulado pelas leis de mercado, avançando para uma concepção de saúde como direito humano e social, regulado pelas relações de cidadania (SAITO, ZOBOLI, SCHVEITZER, MAEDA, 2013).

⁴⁰ Interlocução é definida como processo de interação entre os indivíduos, os quais podem usar tanto a linguagem verbal quanto a não verbal (MANGUENEAU, 1989).

⁴¹ O Movimento Sanitarista iniciou-se na década de 1970 com o princípio de reconhecimento da saúde como direito universal a ser garantido pelo Estado, através de um sistema de saúde igual e universal (MEIRA et al., 2013).

Psicologia; sem com isso desprezar o que pode haver de biológico/orgânico nas questões de linguagem gestual, falada e escrita.

De uma maneira geral, a gênese teórica e prática da Fonoaudiologia se assenta mais fortemente no positivismo (SOUZA, 1991), sendo classificada como uma atividade paramédica, portanto, em uma posição subalterna à Medicina (MARTINS, 2008).

Para Labigalini (2009), devido à história da formação do fonoaudiólogo na intersecção entre a Medicina e a Educação, este profissional ainda é visto por alguns como um paramédico submetido à área da saúde, ou ainda, um professor particular quando trata de crianças com alterações de linguagem escrita. Contribuiu para isso o percurso histórico da profissão, fortemente marcada pela responsabilidade que lhe foi atribuída pelo Estado de ditar regras, normalizar e padronizar a língua, excluindo variedades linguísticas desprestigiadas faladas pela parte da população menos favorecida. Esse fato mostra, segundo a autora, a dificuldade do fonoaudiólogo na formação da sua identidade profissional.

Diante da visão de que o fonoaudiólogo é um profissional paramédico, em 2002, o senador Geraldo Alhoff, médico do Estado de Santa Catarina, propôs a apreciação do Projeto de Lei - PLS nº 25/02, conhecido como “Ato Médico”. Para Alhoff,

[...] o surgimento de inúmeras profissões de saúde gerou a necessidade de se delimitar e caracterizar legalmente o campo de atuação médico, uma vez que essas profissões passaram a atuar em atividades que no passado, eram exclusivamente médicas. (BRASIL, COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS DO SENADO FEDERAL, 2006).

Porém, este Projeto em sua tramitação no Senado recebeu uma emenda do senador e médico Tião Viana, destinando exclusivamente aos médicos o direito de emitir o diagnóstico de doenças, sua prescrição terapêutica e a coordenação de equipes de saúde. Tal emenda confere àqueles profissionais um caráter de superioridade diante das demais profissões, determinando como o tratamento de saúde apenas o tratamento médico. Desse modo, posiciona-se contrária ao consenso internacional de que os cuidados com a saúde devem sempre ter como pressuposto as diversas áreas da saúde e, portanto, a multidisciplinaridade.

Assim, o Projeto de Lei “Ato Médico”, de forma retrógrada, subordina os profissionais da área da Saúde à classe médica quando se sabe, atualmente, que o processo de

promoção da saúde envolve grande número de profissionais por meio do Princípio da Integralidade⁴² vigente no próprio Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS).

Atualmente, de acordo com o Conselho Regional de Fonoaudiologia⁴³ (2ª. Região, São Paulo), a profissão de fonoaudiólogo é assim definida:

O fonoaudiólogo é um profissional de Saúde e Educação, que atua de forma autônoma e independente nos setores público e privado. É responsável pela promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) e aperfeiçoamento dos aspectos fonoaudiológicos da função auditiva periférica e central, da função vestibular, da linguagem oral e escrita, da voz, da fluência, da articulação da fala e dos sistemas miofuncional, orofacial, cervical e de deglutição.

O Conselho Brasileiro de Fonoaudiologia reconhece sete áreas específicas de atuação do fonoaudiólogo. São elas:

1- Audiologia: especialidade que se ocupa do funcionamento do sistema auditivo e vestibular;

2- Linguagem: especialidade que trabalha com os aspectos que envolvem a comunicação oral e escrita;

3- Motricidade Orofacial: especialidade que se ocupa da habilitação/reabilitação das funções relacionadas à respiração, sucção, mastigação, deglutição, expressão facial e articulação da fala;

4- Saúde Coletiva: especialidade voltada à construção de estratégias de planejamento e gestão em saúde no campo fonoaudiológico com vistas a intervir nas políticas públicas, bem como atuar na atenção à saúde, nas esferas de promoção, prevenção, educação e intervenção, a partir do diagnóstico de grupos populacionais;

5- Voz: especialidade voltada para a prevenção, avaliação e tratamento dos problemas da voz falada e cantada;

6- Disfagia: especialidade destinada à reabilitação das alterações que envolvem a deglutição;

7- Fonoaudiologia Educacional: especialidade responsável pela participação do profissional no planejamento, desenvolvimento e execução de programas integrados ao plano pedagógico do professor e da equipe educacional.

⁴² O Princípio da Integralidade diz respeito às ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e assistência à doentes, envolvendo um conjunto de práticas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Após a mobilização de diferentes profissionais da área da saúde - fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e, ainda, com base no princípio de integralidade a, então, Presidente Dilma Rousseff sancionou o referido projeto no ano de 2013.

⁴³ Disponível em <http://www.fonosp.org.br/crfa-2a-regiao/fonoaudiologia/o-que-e-a-fonoaudiologia> Acesso: 10/07/2015.

Sem a pretensão de esgotar ou traçar minuciosamente o percurso histórico da área, estive até o presente momento delineando os principais aspectos sociais, históricos e políticos que contribuíram para o campo da Fonoaudiologia se (con)formar da maneira tal qual o conhecemos. Ressalto, ainda, o fato de a modalidade da Equoterapia não estar contemplada como uma área de atuação do fonoaudiólogo, conforme veremos no próximo capítulo.

3.2. Neurolinguística Discursiva: uma teorização de base crítica

Conforme apresentei no item acima, a Fonoaudiologia se aproxima da Linguística, especialmente para se sustentar teoricamente frente aos fenômenos linguísticos - língua, linguagem e fala. No entanto, a grade disciplinar da maioria dos cursos de graduação de Fonoaudiologia ainda privilegia a atuação clínica tradicional. Observa-se ainda que, frequentemente o fonoaudiólogo, ao longo de sua formação acadêmica, aproxima-se do conhecimento da área da Linguística, mas não o aplica em sua prática clínica, o que colabora para manter a hegemonia da visão tradicional da área (LABIGALINI, 2009).

A Fonoaudiologia tradicional, ao lidar com sujeitos afásicos, por exemplo, utiliza testes de natureza quantitativa para avaliação e atividades metalinguísticas para terapia em detrimento das linguísticas e epilinguísticas (COUDRY, 1986/1988). Com o objetivo de se contrapor a essa concepção teórica patologizante de linguagem, nasce a área da Neurolinguística Discursiva (ND), abrigada no Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem (IEL/UNICAMP), proposta pela Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry em sua tese de doutorado “Diário de Narciso: discurso e afasia”, defendida em 1986 e publicada em livro em 1988.

Para explicar as atividades linguísticas e metalinguísticas, recorro ao estudo de Franchi (1988), que mesmo sendo dirigido a professores e alunos, mostra-se profícuo também no acontecimento da clínica fonoaudiológica com crianças e adultos com diferentes problemas linguísticos. Em relação às atividades linguísticas, assumo a reflexão desenvolvida por Coudry (1986/1988) nos estudos das afasias.

Assim, para Franchi,

Atividade linguística é nada mais que o exercício pleno, circunstanciado, intencionado e com intenções significativas da própria linguagem. Ela já se

dá, obviamente, nas circunstâncias cotidianas da comunicação no âmbito da família e da comunidade de nossos alunos. E somente pode reproduzir-se, na escola, se esta se tornar espaço de rica interação social que, mais do que mera simulação de ambientes de comunicação, pressuponha o diálogo, a conversa, a permuta, a contradição, o apoio recíproco, a constituição como interlocutores reais do professor e seus alunos e dos alunos entre si. Em outras palavras, há que se criarem condições para o exercício do "saber linguístico" das crianças, dessa "gramática" que interiorizaram no intercâmbio verbal com os adultos e seus colegas (FRANCHI, 1988, p. 35).

Ainda para o autor, as atividades metalinguísticas referem-se à denominação, classificação e sistematização dos fatos linguísticos à luz de uma teoria gramatical. Trata-se do conhecimento sistemático e classificatório dos fatos de uma língua, muito presente no ensino da gramática, por exemplo. Entretanto, para o autor (1988, p.37), um aluno, em nosso caso um sujeito, a partir de:

[...] fatos relevantes de sua língua (relevantes = carregados de significação) que o aluno de gramática pode fazer hipótese sobre a natureza da linguagem e o caráter sistemático das construções linguísticas, e pode um dia falar da linguagem, descrevê-la em um quadro nocional intuitivo ou teórico (FRANCHI, 1988, p. 37).

Em relação às atividades epilinguísticas, Coudry (1986/1988) define:

Chama-se epilinguística a atividade do sujeito que opera sobre a linguagem: quando o sujeito explora recursos de sua linguagem e reutiliza elementos na construção de novos objetos linguísticos até para produzir certos efeitos (rimas, trocadilhos, humor, novas formas de construção); quando o sujeito, a partir dos fatos linguísticos a que foi exposto ou que produz, elabora hipóteses sobre a estruturação da linguagem ou sobre formas específicas de uso (COUDRY, 1986/1988, p. 15).

Seguindo ainda com Franchi, a ND assume uma perspectiva social de linguagem como lugar de interação humana; como trabalho e atividade constitutivos da subjetividade, como alteridade e de si própria como objeto de reflexão (FRANCHI, 1977). Nessa concepção, a linguagem é mediada, desde sempre, por sua relação com o outro, sendo este um interlocutor presente fisicamente ou representado:

Na interação social, condição de desenvolvimento da linguagem, é que o sujeito se apropria do sistema linguístico, no sentido de que constrói, com os outros, os objetos linguísticos de que se vai utilizar, na medida em que se

constitui a si próprio como locutor e aos outros como locutores (FRANCHI, 1987, p. 27).

A linguagem é também um instrumento de comunicação:

Certamente a linguagem se utiliza como instrumento de comunicação, certamente comunicamos por ela aos outros nossas experiências, estabelecemos, por ela, com os outros, laços contratuais por que interagimos e nos compreendemos, influenciemos os outros com nossas opções relativas ao modo de ver e sentir o mundo, com decisões consequentes sobre o modo de atuar nele. Mas se queremos imaginar esse comportamento como uma ‘ação’ livre e ativa e criadora, suscetível de pelo menos renovar-se ultrapassando as convenções e as heranças, processo em crise de quem é agente e não mero receptáculo da cultura temos então que apreendê-la nessa relação instável de interioridade e exterioridade, de diálogo e solilóquio: antes de ser comunicação, a linguagem é para a elaboração; e antes de ser mensagem, a linguagem é construção do pensamento; e antes de ser veículo de sentimentos, ideias emoções, aspirações, a linguagem é um processo criador em que organizamos e informamos as nossas experiências (FRANCHI, 1977, p. 9).

Tal concepção de linguagem, que a considera como *um processo criador em que organizamos e informamos as nossas experiências* (FRANCHI, 1977, p. 9) orientou os primeiros estudos discursivos realizados por Coudry (1986/1988), assim como inúmeros trabalhos da área ao longo dos anos, envolvendo a linguagem falada e escrita de crianças e adultos, portadores ou não de diferentes patologias, tais como: Afasia; Demência; Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade; Dislexia; Distúrbio de Aprendizagem; TEA/Autismo Infantil; Síndrome de Down; Síndrome do X Frágil; entre outras.

Os estudos desenvolvidos pela ND seguem uma metodologia própria: *Escrita do processo de acompanhamento longitudinal* iniciado com os estudos desenvolvidos com sujeitos afásicos (COUDRY; POSSENTI, 1983; COUDRY, 1986/1988), e não afásicos em situações discursivas. Essa metodologia busca explicitar o processo em que se dá a produção e a posterior análise dos dados, que privilegia a linguagem em funcionamento e o acontecimento discursivo, dando destaque, ainda, aos processos de significação, alternativos ou não, construídos discursivamente pelos sujeitos.

A análise dos dados se dá pela articulação teórica e o conceito de *dado-achado* ilumina a própria análise e caracteriza o “movimento: teoria - dado e vice-versa”. O acompanhamento longitudinal, no caso desta tese, é registrado em diário de pesquisa, fotos e vídeos. Os dados são considerados em seus indícios minuciais, cuja descrição se subordina à busca de explicação do fenômeno, de suas relações dinâmico-causais, de sua gênese e evolução (COUDRY, 1996).

Sob o aporte teórico da ND, a concepção de linguagem determinada social e historicamente é contemplada como resultado de um trabalho coletivo, compatível com o modelo de funcionamento cerebral, em que o cérebro é visto sob um duplo caráter: orgânico e historicamente construído. Neste caso, o cérebro é um órgão biológico e comum a todos, mas que também se revela em sua singularidade determinada pelas experiências do sujeito no contexto histórico-cultural que o interpela (COUDRY, 1988). Tal visão de cérebro, proposta por Vygotsky (1926/2004; 1934/1979), assumida e ampliada por Luria (1979), se afina também com a teoria de desenvolvimento motor e emocional da criança construída por Wallon (1934/1995, 1947/2008), que será retomado no capítulo 5, na análise dos dados linguísticos dos sujeitos participantes desta pesquisa.

Os acontecimentos linguísticos e corporais (por exemplo: fala, gestos, olhar dirigido) da sessão de Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia são compreendidos, então, a partir do aporte teórico da ND como interligados ao funcionamento cerebral. Retomando a afirmação de Vygotsky quanto ao fato de que as experiências sociais e psicológicas individuais do sujeito interferem em sua conformação funcional neurológica, passo a apresentar o estudo do funcionamento cerebral desenvolvido por Luria (1979, 1981) com o objetivo de refletirmos sobre como a dualidade - experiências sociais e psicológicas, por um lado e, conformação neurofuncional, por outro - acontecem na criança nascida sob o TEA/Autismo Infantil.

Para Luria, a atividade consciente do homem, diferentemente dos animais, não está associada somente a motivos biológicos porque o homem é regido por necessidades complexas ou superiores, como as cognitivas, que fazem com que adquira novos conhecimentos e os transmitam. Conhecimentos e habilidades que se formam a partir da *assimilação da experiência de toda a humanidade* acumulada ao longo da história social e transmitida pelo processo de aprendizagem (LURIA, 1991, p. 73), amparados pelo sistema neurofuncional de plasticidade cerebral.

O conceito de plasticidade cerebral desenvolvido por Luria⁴⁴ remete à ideia de que as funções mentais superiores, tipicamente humanas, são construídas ao longo da evolução da espécie, da história social do homem e do desenvolvimento de cada sujeito. A neuroplasticidade das funções nervosas interfere na aquisição, adaptação, perda e recuperação de funções neurológicas. Este processo envolve, por sua vez, a plasticidade sináptica como um mecanismo importante da plasticidade cerebral que possibilita que uma lesão em áreas de

⁴⁴ O conceito utilizado de plasticidade cerebral foi publicado no Livro “Fundamentos da Neuropsicologia” (A.R. Luria, 1981).

transmissão de informação neuronal, por exemplo, seja retomada através da criação de outras redes neuronais que possam substituir os danos causados pela lesão.

Seguindo com Luria, a linguagem é a condição que leva à formação da atividade consciente de estrutura complexa do homem, pois reorganiza os *processos de percepção* do mundo exterior e cria novas leis a partir dessa percepção (classificação e generalização de objetos, formas, cores em grupos ou categorias); muda os *processos de atenção* (com a linguagem, o homem consegue dirigir arbitrariamente a sua atenção); reorganiza também os *processos de memória*. Para o autor, é através da linguagem que surge a experiência imediata da imaginação, e, obviamente, é com base na linguagem que se constituem as complexas formas do pensamento (percepção, linguagem, atenção dirigida, memória, gestualidade e raciocínio intelectual).

Tais funções envolvem o funcionamento de todo o cérebro, em uma rede de estruturas e áreas, algumas específicas funcionando como base, outras menos especializadas e aptas a tecer relações dos mais diversos tipos que resultam em aprendizado, memória e práticas que podem ser adquiridas durante toda a vida (LURIA, 1991; COUDRY; FREIRE, 2005).

Luria estuda o funcionamento cerebral humano dividindo o cérebro em três blocos: o primeiro, responsável por manter o estado de vigília para apreender as informações do mundo exterior. Para manter a atenção focada, é necessário que a atividade em questão seja interessante, rebaixando para o segundo plano tudo o que for menos interessante. Assim como Luria, Vygotsky (2004), também nos fala que a criança é movida pela motivação e pela expectativa do que poderá vir a acontecer, denominando como “Atitude de Atenção” toda a transformação que o nosso organismo sofre para se colocar em uma devida posição e estado para a atividade que será desenvolvida. Todas essas reações e a intensidade com que elas acontecem variam de acordo com a singularidade do sujeito, sexo, idade, habilidades e experiência emocional. Além dessas reações orgânicas, a singularidade das experiências do sujeito acaba por dar o contexto social desse processo, que se inicia como reflexo e finaliza-se com a singularização da cultura e do social. Então, a atenção também depende do amadurecimento de sistemas neurofuncionais que vão se estruturando ao longo da vida da criança através das experiências sociais e culturais do sujeito (BORDIN, 2010).

O segundo bloco é dividido em três tipos de conjuntos de neurônios denominados como zonas primárias, secundárias e terciárias. Formado pelos lobos occipital, temporal e parietal, é composto por estruturas das regiões laterais do neocórtex, sobre a superfície convexa dos hemisférios, ocupando a região posterior dessas superfícies. Sua função consiste

na recepção, síntese e registro das informações advindas do ambiente externo através dos órgãos dos sentidos e conservam, na memória, as vivências do sujeito com a percepção, o corpo, a linguagem, entre outros sistemas.

O bloco três é responsável pela programação, regulação e controle do desempenho do homem, ou seja, ele regula todas as atividades exercidas pelos blocos um e dois. Divide-se também em três áreas: primárias, secundárias e terciárias, porém em ordem hierárquica inversa ao Bloco II. Luria sintetiza as funções do Bloco III, como sendo as de: planejar as ações; inspecionar sua realização; regular o comportamento conforme os planos e programas; verificar a atividade consciente, comparando os efeitos de suas ações com as intenções originais, corrigindo quaisquer erros (LURIA, 1981, p. 60).

Retomo o bloco II, descrito por Luria, para ressaltar, em função do objetivo desta tese, que é este o bloco que possibilita a recepção perceptiva, síntese e registro das informações vindas do mundo externo. Não podemos perder de vista também que é a linguagem (inicialmente a linguagem que vem do outro) que auxilia separando, classificando, integrando e organizando essas percepções e estabilizando com isso o funcionamento cerebral.

Conforme Luria, “as sensações constituem a fonte básica dos nossos conhecimentos atinentes ao mundo exterior e ao nosso próprio corpo” (1991, p. 1). São elas os principais canais de informação acerca dos fenômenos do meio externo e interno. Para o autor, sem as informações necessárias fornecidas pelos órgãos dos sentidos, “nenhuma atividade consciente seria possível”. Assim, as sensações dão ao homem a possibilidade de

[...] perceber os sinais e refletir as propriedades e os indícios dos objetos do mundo exterior e dos estados do organismo. Elas ligam o homem ao mundo exterior e representam tanto a fonte principal do conhecimento quanto a condição fundamental do desenvolvimento psíquico do indivíduo. (LURIA, 1991, p.2)

De maneira geral, os estudos Lurianos dividem as sensações em três tipos: interoceptivas, propioceptivas⁴⁵ e exteroceptivas.

As interoceptivas fornecem ao cérebro sinais sobre o estado dos processos internos do organismo (procedentes das paredes do intestino, do estômago, do coração, do sistema sanguíneo, de outros órgãos viscerais), garantindo a satisfação das necessidades básicas do corpo humano. São as primeiras sensações que o bebê humano apresenta e

⁴⁵ Sherrington (1906/1940), patologista, descreveu em 1906 a propiocepção como “nosso sentido secreto, nosso sexto sentido”, diferenciando-a da interocepção e da exterocepção.

representam as “formas menos conscientes e mais difusas e sempre conservam sua semelhança com os estados emocionais”, por exemplo: fome e doença/desconforto; tensão/frustração; satisfação/calma/conforto (LURIA, 1991, p.9-10).

As proprioceptivas asseguram a informação ao cérebro sobre a posição do corpo (em movimento ou não) no espaço. Representam a base aferente - sinais nervosos procedentes da periferia do corpo em direção ao sistema nervoso central (SNC) – “dos movimentos do homem e desempenham papel decisivo na regulação destes” (LURIA, 1991, p.11)

As sensações exteroceptivas, por fim, constituem o principal grupo, pois garantem “a recepção de sinais procedentes do mundo exterior, criando a base do nosso comportamento consciente” (LURIA, 1991, p.9), dividem-se em dois grupos: 1. De contato: quando as sensações são provocadas por algo que atinge diretamente o órgão perceptivo correspondente; 2. De distância: quando as sensações são geradas a uma certa distância (olfato, visão e audição).

Para Luria (1991), quando há perturbação na propriocepção corporal, o sujeito terá dificuldades na percepção das partes do corpo e no controle dos movimentos do próprio corpo. Em consequência, o sujeito não terá consciência plena de sua imagem corporal, o que dificulta a principal função proprioceptiva: o controle dos próprios movimentos, que também envolve o sistema vestibular.

De acordo com Bear et al. (2002), o sistema vestibular é composto por um grupo de órgãos localizados no ouvido interno e que tem como função informar o SNC sobre a posição e os movimentos da cabeça, bem como pela manutenção do equilíbrio do corpo. Nos humanos, este sistema é composto pelos três canais semicirculares que se fundem numa região central denominada vestíbulo, apresentando duas outras estruturas vesiculares: o sáculo e utrículo, também conhecidos como órgãos otolíticos⁴⁶ (Figura 4).

⁴⁶ O interior dos canais semicirculares é preenchido pela endolinfa e sensíveis à aceleração angular da cabeça. A mácula reveste uma pequena área do sáculo e do utrículo, sendo dessa região a função de orientação linear da cabeça quando o indivíduo está em pé ou deitado.

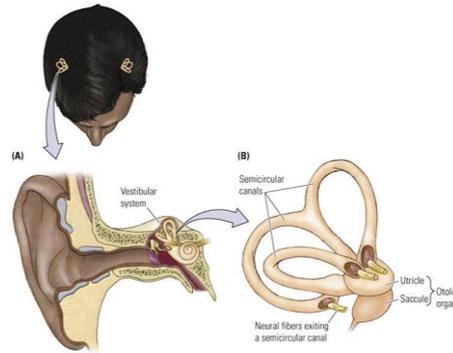


Figura 4: Sistema vestibular

Fonte: <http://terapiasensorial.com.br/os-sentidos/sistema-vestibular>

Acesso: 04/01/2016

A sensação vestibular pode ser experimentada conscientemente quando estamos parados dentro de um elevador em movimento. Como o corpo está sendo movimentado, mesmo sem mover a cabeça, experimentamos o que é chamado de aceleração linear. É o que também experimentamos dentro de um carro em aceleração. Assim, durante o movimento da cabeça, enquanto os canais semicirculares detectam a aceleração angular, os órgãos otolíticos detectam a aceleração linear. Com a ajuda do sistema vestibular e dos outros sistemas sensoriais, o SNC percebe a posição do nosso corpo no espaço.

Recorri a Henry Wallon, conforme anunciei na Apresentação desta tese, devido à importância de seus estudos, que se aproximam dos estudos Lurianos por se ocupar também do desenvolvimento infantil a partir de um escopo teórico que recobre o desenvolvimento motor, os processos de sensação/propriocepção/percepção e a aquisição de linguagem, temas centrais para esta pesquisa.

Os estudos de Wallon (1934/1995, 1947/2008) corroboram com o escopo da ND pois, assim como Vygotsky (1926/2004, 1934/1979), delinea o desenvolvimento infantil a partir de uma perspectiva materialista e dialética. Para os autores, o processo de construção do conhecimento passa por conflitos, momentos de crises e rupturas, sendo que o sujeito se constitui na relação com o outro, com o meio em que vive cultural e historicamente. De tal modo, a criança não é apenas fruto do seu contexto sociocultural, mas de múltiplos determinantes, que não podem ser separados ou desconsiderados ao longo do seu desenvolvimento. No entanto, para Vygotsky, a interação social da criança com o meio e com os outros se dá pela mediação da linguagem, mas, para Wallon, essa mesma interação acontece pela mediação motora e emocional sendo a linguagem uma habilidade desenvolvida posteriormente.

É necessário ressaltar que Wallon (1934/1995) não desenvolve, em seus estudos, a questão da linguagem, propriamente dita, mas se refere à fala quando se ocupa em estudar a comunicação da criança. Tomo como uma referência dessa compreensão o fato de o autor explicar o choro da criança como uma pré-condição da fala.

A ND concorda com Wallon quanto ao fato de que a interação criança/outro social e histórico passa necessariamente pela interação motora e emocional, contudo discorda do fato de que a linguagem esteja apartada disso. Na posição teórica assumida pela ND, a mediação motora e emocional, referindo os termos de Wallon, é, desde sempre, atravessada pela linguagem/língua.

Wallon (1995, 2008) partilha com Vygotsky (1979, 1994) a ideia de que a atividade motora da criança começa por ser elementar caracterizada por um conjunto de gestos sincréticos com significado filogenético⁴⁷. Inicialmente, esses gestos são a expressão de uma modulação tônica e emocional do ajuste da criança ao meio ambiente. Nesse momento, não há separação possível entre o indivíduo e o meio ambiente, sendo a motricidade a característica existencial e essencial da criança, respondendo às suas necessidades básicas e aos estados emocionais e relacionais. Condição que segue, para o autor, até o período da aquisição da fala.

Ainda para o autor, a sociedade é uma necessidade orgânica que determina na criança seu desenvolvimento e sua inteligência. Assim, o desenvolvimento da maturação neurológica e a incorporação pela criança da experiência social e cultural, ou seja, a sociogênese, são condições recíprocas⁴⁸.

Estive delineando até o presente momento o aporte teórico da ND que acontece na confluência da língua, discurso, cérebro e mente como construtos humanos que se relacionam.

Portanto, ao contrário das visões tradicionais de linguagem que a reduzem ao funcionamento cerebral dependente do pensamento, tal como faz a Medicina, a Fonoaudiologia tradicional e algumas áreas da Psicologia, a ND considera que *falar com um outro que fala* (BENVENISTE, 1966) alcança diferentes sistemas linguísticos que remetem a

⁴⁷ Wallon nomeia de gestos sincréticos, os gestos que a criança apresenta desde o início de seu desenvolvimento em que há uma combinação entre os gestos ditos orgânicos (reflexos, fisiológicos) e aqueles aprendidos a partir da interação com o outro. Tais gestos têm significado filogenético porque são gestos provenientes de um processo evolutivo da espécie.

⁴⁸ Wallon, diferentemente de Vygotsky, elaborou um sistema de estágios, no qual cada um resulta do equilíbrio entre as possibilidades funcionais que permitem a maturação em cada idade e as circunstâncias do meio em que vivem. Os estágios, inscritos na concepção do materialismo histórico, não são sobrepostos, nem se sucedem linearmente. As passagens de um estágio para outro são marcadas por conflitos e oposições em que o sistema de relações do estágio anterior é dissociado, reorganizado e integrado na estrutura do estágio novo, conferindo-lhe um novo significado. Cada estágio significa, ao mesmo tempo, um momento de evolução mental e um tipo de comportamento determinado pelas interações sociais.

níveis de funcionamentos fonético-fonológico, sintático-semântico e pragmático, ultrapassando a noção de língua como um código atrelado a determinado estado de funcionamento psíquico e cerebral. E, ainda, do mesmo modo, nos constituímos em meio a discursos anteriores a nós (PÊCHEUX, 1969/2010), a redes de sentidos datados histórica e socialmente.

Os referenciais teóricos da ND que recobrem teorias linguísticas de base discursiva, bem como os estudos desenvolvidos por Vygotsky, Wallon e Luria serão retomados ao longo de todo o capítulo 5, por ocasião das análises dos dados de linguagem dos sujeitos que participam do presente estudo.

Assim é no trabalho linguístico, especialmente quando se adota uma visão de linguagem e de saúde que inclua o sujeito, tal como propõe a ND, que novas reflexões sobre o trabalho da Fonoaudiologia com a Equoterapia são postas. Diante disso, é possível constatar que a Fonoaudiologia Tradicional hegemônica corre o risco de valorizar exclusivamente o caráter estático da língua(gem) e apagar as ações do sujeito. Como vimos, ainda ressoa no campo da Fonoaudiologia uma certa missão de higienizar a língua e de padronizar a fala. Assim, é indispensável refletir sobre o conceito de corpo, sobre a noção de sujeito e de linguagem, a partir da qual deriva a prática equoterápica, em contraposição a sua escassez de embasamento teórico e prático.

Vimos ainda que a (con)formação do campo da Fonoaudiologia distinguiu para várias partes do corpo humano que legitimam sua atuação (cérebro, orelhas, laringe, faringe, boca). Por outro lado, conforme o primeiro capítulo desta tese, o trabalho no contexto da Equoterapia demanda uma concepção de corpo global que, de uma determinada forma, é pouco valorizada e exercida na área da Fonoaudiologia.

Entretanto, pensar em um corpo fragmentado ou global resolve as questões de linguagem das crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil? O que envolve a transformação de um corpo orgânico em discursivo? Como o corpo do cavalo é marcado na Fonoaudiologia/Equoterapia?

Tais reflexões me levaram a observar que a relação entre a Fonoaudiologia, a Neurolinguística Discursiva e a Equoterapia reivindica uma visão diferenciada de corpo para contemplar questões importantes no acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil. Questões envolvendo as relações entre os processos de propriocepção, de aquisição e desenvolvimento da linguagem, visando à inscrição de um corpo discursivo. Importa, portanto, dar relevância também aos papéis linguísticos que a terapeuta e o cavalo

desempenham na interação de linguagem com a criança em acompanhamento equoterapêutico. Temas a serem desenvolvidos no próximo capítulo.

4º Capítulo: Neurolinguística Discursiva e Equoterapia: aporte teórico-prático da Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia.

O presente capítulo é um ensaio sobre a construção de um corpo global e individual, em seu aspecto perceptivo/sensorial e singular em sua discursividade, requisitado principalmente pela prática da Equoterapia que implica ao fonoaudiólogo, atuante na área, uma mudança de paradigma quanto à legitimidade do corpo que, tradicionalmente, pertence à Fonoaudiologia de prática clínica. Para isso, o percurso trilhado neste capítulo recobre a noção de corpo da ND que remete ao corpo discursivo de Foucault, e à noção de corporeidade desenvolvida por Merleau-Ponty, em contraposição à visão cartesiana de corpo adotada pela Fonoaudiologia tradicional.

O capítulo segue analisando e criticando os postulados da Equoterapia em relação ao vínculo da criança portadora de TEA/Autismo Infantil com o cavalo e seu corpo; os efeitos sensoriais dessa prática e a reconsideração da presença do cavalo não mais como um instrumento lúdico conforme propõe a Equoterapia vinculada à Fonoaudiologia Tradicional. Resulta desse estudo, a proposta da ND como um aporte teórico e metodológico para a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia, buscando reintegrar nesta prática uma noção de corpo/corporeidade marcado pelo discurso/discursividade contemplando, por um lado, o cavalo como um ser pressuposto de linguagem e, por outro, a construção do sistema sensorial da criança, compreendido na relação entre movimento, ritmo e linguagem a partir dos estudos de Merleau-Ponty, Wallon e Desjardins. O objetivo do estudo da construção sensorial da criança é o de levar o leitor a desenvolver uma noção de como a criança portadora de TEA/Autismo Infantil parece barrada quanto aos aspectos discursivos inscritos no corpo/língua/linguagem desde os seus primeiros contatos com o mundo.

4.1. Noção de corpo sob a perspectiva da Neurolinguística Discursiva

Como referido anteriormente, a ND é constituída por um conjunto de teorias e práticas que, diferentemente da visão organicista de linguagem, compreende língua/linguagem, discurso, cérebro e mente como construtos humanos que se relacionam.

Dentre os autores que formam o arcabouço teórico da ND, Foucault traz reflexões importantes para a área sobre o corpo do sujeito. Para Foucault, o sujeito se constitui na/pelas práticas discursivas como efeito do discurso, ou seja, o sujeito não preexiste ao discurso. Assim como o sujeito, também o corpo é visto como um efeito do discurso (não é pré-existente, homogêneo ou imutável), mas efeito de um processo que implica a língua, a história, o saber e o poder (FOUCAULT, 2004).

Para o autor, o corpo seria a parte material do sujeito e se constitui por meio de superposições entre as relações discursivas e de poder que se dão no meio social. De tal modo, o corpo se inscreve na ordem do discurso de um determinado espaço social, capturando uma ou várias formações discursivas⁴⁹ (FOUCAULT, 2006).

Nessa perspectiva, não se trata de um corpo biológico, físico ou orgânico, não se trata também de um corpo definido e delimitado, mas de um elemento discursivo, atravessado pelas relações de poder e por meio das quais é investido e revestido de saberes. Surge, então, o corpo discursivo, imbricado na língua, na história, na memória e no funcionamento do poder. O corpo se individualiza através dos efeitos constantes das práticas discursivas e das práticas socioculturais, tornando-se um suporte para o sujeito exercer sua função-sujeito.

Portanto, para a Linguística que inclui o discurso como um domínio de estudo, como é o caso da ND, o corpo é representado pela visão de corpo discursivo de Foucault, sem desprezar, conforme já referido, o cérebro em seu duplo caráter: construído histórica e organicamente (plástico).. Nesse caso, o cérebro/mente também traz a particularidade de representar o corpo do sujeito em sua relação com a linguagem. O restante desse corpo linguístico, seguindo Foucault, revela-se como um suporte para o sujeito exercer seu papel de falante. É no trabalho com as afasias, especialmente com o sujeito MZ, que Coudry (2008), parece deixar claro este ponto de vista. Segundo Coudry (2008), o sujeito afásico usa, para expressar seu dizer,

[...] sistemas não verbais (gestos/corpo; objetos; relações entre objetos; práticas sociais) que se articulam com processos de significação verbais no funcionamento discursivo da linguagem e, assim, são chamados de *alternativos* em relação ao sistema da língua e a seu uso social partilhado (COUDRY, 2008, p. 11)

Para exemplificar essa reflexão, recorro o seguinte dado: em Julho de 2003, na primeira sessão da investigadora Imc com o sujeito MZ (58 anos, professor universitário, com

⁴⁹ Para Orlandi (2003), a formação discursiva se define como aquilo que numa formação ideológica dada (a partir de uma posição dada em uma conjuntura sócio-histórica dada) determina o que pode e o que deve ser dito.

afasia assimbólica⁵⁰, após um Acidente Vascular Encefálico), enquanto tomavam café e conversavam sobre nomes que lhe escapam, a pesquisadora (Imc) pediu à MZ que falasse os nomes das frutas que estavam dispostas na fruteira à frente deles. MZ nomeou as frutas, porém não conseguiu nomear a fruta “mamão”. Neste momento, Imc apenas levantou a mão esquerda e então, MZ rapidamente diz: “Mamão”.

Para Coudry (2008), o gesto (uma mão) fez com que MZ associasse a nomeação do gesto com a imagem sonora do significante da palavra (mamão), o que disparou a ação motora para falar a palavra desejada. Nesse dado fica claro que o gesto desencadeou um rearranjo funcional, que, de acordo com Coudry, restaura as condições postas pela afasia, colocando em funcionamento a relação entre linguagem, corpo e a própria percepção que o sujeito teve do gesto.

O que esse dado também mostra? Mostra que no adulto os processos primários de percepção encontram-se encobertos pelas sucessivas significações dadas pela linguagem nas diferentes práticas discursivas experimentadas pelo sujeito. Nesse sentido, o corpo vivenciado na/pela discursividade torna-se um suporte para que o sujeito exerça seu papel de falante. Entretanto, quando o processo discursivo se encontra alterado, as percepções mais antigas emergem como processos alternativos de significação, como vimos no dado apresentado.

Contudo, isso muda radicalmente quando lidamos com crianças em processos de aquisição de linguagem, quando o corpo (orgânico, afetivo, psíquico, consciente, discursivo) também se encontra em processo de construção. Assim, ao acompanhar crianças com TEA/Autismo Infantil no contexto da Equoterapia, priorizando suas questões de língua e linguagem, deparei-me com questões corporais tais como sensação/propriocepção, que incidem também no corpo discursivo, o que se desconsidera frequentemente na prática clínica fonoaudiológica tradicional.

4.2. O corpo da/na Fonoaudiologia sob a ND no contexto da Equoterapia

Conforme vimos, a história da Fonoaudiologia se compõe na dependência teórica e prática da Medicina. Entretanto, a ampliação da atuação do fonoaudiólogo em equipes multidisciplinares em diferentes esferas, como: da Saúde Pública, da Escola, do hospital e da clínica, fez com que outras noções de corpo oriundas de outros campos de estudo fossem

⁵⁰ Por Afasia Assimbólica, de acordo com Freud (1891/1973), entende-se aquela na qual o que é perturbado é a associação entre a representação da palavra e a representação do objeto.

incorporadas a área. Assim, o objetivo desse item é retratar a necessidade que a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia cria para o fonoaudiólogo quanto a adotar uma noção de corpo global e discursivo, no caso desta tese, noção efetivamente compatível com a perspectiva da ND.

Descartes (1953) foi um dos primeiros estudiosos a refletir sobre o corpo, defendendo uma teoria dualista a respeito do ser humano, isto é, o homem é constituído por duas substâncias de naturezas distintas: a alma (*res cogitans*) ou coisa pensante, do âmbito da atividade mental consciente; o corpo ou coisa extensa (*res extensa*), do âmbito do material, compatível com a ideia de uma máquina, cujo funcionamento é explicado como qualquer outro evento físico do universo.

O dualismo de Descartes se pauta nas seguintes considerações: 1. A parte física do homem, seu comportamento e fisiologia são entendidos em uma perspectiva mecanicista; 2. Pertence à mente apenas os pensamentos, pois são livres de qualquer constituição material. A teoria de Descartes atesta, assim, a separação entre o corpo e a mente na dualidade corpo-espírito.

A visão cartesiana se mantém na área médica e convoca o corpo como um objeto, formado por partes, com existência própria, passível de ser esquartejado, manipulado e analisado. Com isso, por vezes, negligencia as relações psíquicas, sociais e culturais que o homem vive.

Como vimos, coube à Fonoaudiologia partes do corpo, como: cabeça, pescoço e cérebro. Vimos também que os princípios da Equoterapia privilegiam uma noção de corpo global e o conceito de desenvolvimento biopsicossocial dos sujeitos, contrariando as perspectivas teóricas de um corpo fragmentado. Porém, não há sustentação teórica na área que explique a relação entre o corpo global do praticante, o corpo do cavalo e questões de linguagem.

Já evidenciei antes, mas me parece importante retomar o fato de que a prática da Equoterapia vinculada à Fonoaudiologia Tradicional não discrimina os procedimentos terapêuticos envolvendo os corpos do praticante e do animal para além da busca de equilíbrio, ou o uso do animal para fins lúdicos, desprezando com isso os processos perceptivos, sensoriais, linguísticos/discursivos, por exemplo. Diante disso, analiso que a referida área não sustenta teoricamente o conceito de corpo global em um sujeito biopsicossocial, o qual defende. Ao contrário, observo nesse caso que o corpo é visto como global apenas porque o corpo todo sofre influência sinérgica decorrente do movimento do corpo do cavalo na andadura do passo.

Esses pontos são relevantes para ratificar que a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia, cria, para o equoterapeuta, a necessidade de adotar uma determinada noção de corpo, especialmente quando a proposta terapêutica é a aquisição de linguagem no trabalho com crianças com TEA/Autismo Infantil.

Na busca da construção dessa diferenciada noção de corpo, tomo como referência as teorias desenvolvidas por Merleau Ponty, Wallon e Desjardins. O que se busca com tais teorias? Busca-se expor que a construção do corpo como imagem e esquema corporal ou ainda, como discurso e, portanto, filiado a uma determinada língua, história, memória e poder, não acontece naturalmente como podemos pressupor diante de uma criança aparentemente “normal”. Compreender os desdobramentos desses processos esclarece, em alguma medida, como se constitui o corpo – físico, sensorial discursivo - das crianças que fazem parte dessa tese.

Em seus estudos, Wallon analisa que a criança no início do processo de seu desenvolvimento (0 a 6 meses de idade), através de movimentos do seu corpo (descargas motoras), garante uma relação de comunicação com o meio e de aproximação com o outro. Isso acontece porque a mãe interpreta, nomeia e guia para o bebê seus movimentos e sensações (agitação das mãos e pernas, choro, vocalizações). Essa interação acontece a partir da atitude da mãe em satisfazer as necessidades básicas do bebê. Assim, na fase inicial do desenvolvimento infantil, são os movimentos do corpo que se apresentam como instrumentos expressivos do seu bem-estar e mal-estar.

Para Wallon, são as relações e as interações entre adultos e bebê que permitirão que ele se diferencie do adulto, e isso se dá a partir das suas próprias ações. De tal modo, para o autor, a gênese do “eu” surge a partir do “outro”, sendo o movimento o canal pelo qual o bebê desenvolve a percepção.

Aos poucos os movimentos reflexos, aliados à maturação neurológica (mielinização de determinadas vias nervosas) e somados a determinadas condições socioculturais, possibilitam o surgimento de movimentos com características diferentes que caminham do reflexo para o involuntário e depois para o voluntário.

Tais movimentos são controlados por vias nervosas subcorticais (cerebelo, vias extrapiramidais, formação reticular e outras) e dependentes da qualidade e da quantidade de estímulo sensorial que a criança recebe na interação e na socialização com o mundo. Desse modo, a criança produz respostas motoras diversificadas quando em contato com diferentes estímulos sensoriais, tais como: táteis (toque de outras pessoas, contato com superfícies e objetos variados, assim como com a água), visuais (luzes, figuras, formas, rostos,

movimentos, cenários), auditivos (som da voz humana, música, sons da natureza), além dos estímulos olfativos e gustativos.

Com o passar dos meses, a criança evolui motoramente: da postura deitada para a postura sentada; depois para o arrastar de seu corpo pelo chão (experimentando inúmeras sensações); aprende a engatinhar e, finalmente, adquire a postura bípede. Assim, no desenvolvimento motor, a criança passa a conquistar e explorar o espaço ao seu redor e a percepção de si mesmo, surgindo, como consequência, mudanças em seu comportamento motor, afetivo e cognitivo.

Esse é um momento de importante reorganização neurodinâmica e funcional do cérebro, pois as terminações nervosas, anteriormente ligadas às vísceras, agora se ligam a sensores pélvicos e vestibulares, às articulações, aos tendões e, finalmente, aos músculos, desenvolvendo, tal como descrevemos anteriormente, o que Luria define como propriocepção.

Com a possibilidade da marcha e da preensão palmar (preensão de objetos), a criança adquire uma maior autonomia e seu interesse se volta para a exploração sensorial do meio que a circunda. Isso possibilita à criança diferenciar seu corpo do mundo exterior. Não explora o mundo somente em termos motores, mas também psiquicamente, isso porque a motricidade vai desencadear representações e noções das coisas, constituindo-se como prelúdio da atividade simbólica.

A manipulação de objetos encanta a criança enquanto autodescoberta repetindo os gestos, automatizando-os, pois estes geram sensações viscerais e musculares agradáveis e arrebatadoras. A criança, portanto, explora os objetos ao mesmo tempo em que explora seu corpo.

As relações entre ações e sensações, ao se ampliarem e se distanciarem interiormente, estabelecem inúmeras informações dentro e fora do corpo (proprioceptivas e exteroceptivas) tal como vimos em Luria. Nesse momento, o sistema vestibular assume um papel crucial de transição e de diferenciação entre os dois mundos: o intra-somático e o extra-somático.

Outro momento importante dessa reorganização motora e cerebral caracteriza-se pelas reações expressivas da criança, quando é capaz de imitar e realizar gestos com significado comunicativo e sequenciado. Gestos que são próprios de atitudes e de posturas sociais interiorizadas e incorporadas pela criança na interação com os adultos.

A percepção torna-se mais precisa, permitindo a eficiência do gesto e a eliminação de gestos inúteis ou sincinesias. Assim, para Wallon, o gesto precede a palavra, abre-lhe o caminho e representando-a, podendo perfeitamente substituí-la, pressupondo o início

definitivo da representação que rompe com o sincretismo anterior e abre novas portas ao pensamento simbólico prospectivo. A sequência do sinal simbólico e deste ao signo é utilizada por Wallon para chegar à ideia de simulacro, ou seja, uma representação do objeto sem objeto, pura mímica, em que o significante é o próprio gesto da fala.

A criança é capaz de dar significação ao símbolo e ao signo, ou seja, passa a encontrar, para um objeto, a sua representação e para sua representação, um signo. A palavra, então, assume o gesto, representa-o e duplica-o em uma linguagem falada, que passa a ser o instrumento do pensamento, mas, para atingir a esse patamar, o vocabulário gestual tem que diversificar-se. A atividade mental da criança emerge, conseqüentemente, da interação dinâmica entre periferia e centro de seu organismo, entre o corpo e o cérebro, em relação constante com o meio ambiente e com o contexto social onde está inserida.

Tal como Wallon, Merleau-Ponty também considera o movimento e a ação como bases para o desenvolvimento do ser humano e das funções cerebrais superiores, dando relevância nesse processo ao sistema sensorial.

A consideração da teoria fenomenológica partilhada por Merleau-Ponty se tornou importante para a pesquisa aqui apresentada, pois, para o autor, as percepções e as sensações prescindem de ser compreendidas na relação como uma atitude corpórea em movimento, ideal para pensar a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia em que os corpos (do praticante, do animal e do terapeuta) se mantêm em contínuo movimento guiado pela linguagem, acontecimento central e intrínseco aos procedimentos terapêuticos ali empregados.

Merleau-Ponty⁵¹, em seu livro “Fenomenologia da Percepção” (1945/1999) explica a Fenomenologia como uma ciência cujo objetivo é o de reencontrar o “contato ingênuo com o mundo”, dando a este reencontro um caráter filosófico.

Sua proposta recobre, dentre outros, os estudos da essência da Percepção e da Consciência não só como uma ciência, mas também como um relato do espaço, do tempo, do mundo vivido. Para ele, a Fenomenologia tem um método próprio que prima pela descrição dos fenômenos, visto que “todo o universo da ciência é construído sobre o mundo vivido”:

[...] eu sou a fonte absoluta; minha experiência não provém de meus antecedentes, de meu ambiente físico e social, ela caminha em direção a eles e os sustenta, pois sou eu quem faz ser para mim (e, portanto, ser no único sentido que a palavra possa ter para mim) essa tradição que escolho retomar, ou este horizonte cuja distância em relação a mim desmoronaria, visto que

⁵¹ Merleau Ponty se vale da perspectiva da sensibilidade estética para a compreensão da percepção, da sensação e da linguagem. Ele se aproxima especialmente das obras de Matisse e Cezanne por considerar que a arte gera experiências de percepções mais intensas e vibrantes contemplando aspectos do corpo, do movimento e do *sensível* na configuração da corporeidade e da percepção como criação, expressão e ampliação da linguagem.

ela não lhe pertence como uma propriedade, se eu não estivesse lá para percorrê-la com o olhar (MERLEAU-PONTY, 1999, p.3).

O autor analisa o campo da percepção a partir dos postulados clássicos da Neurologia de sua época⁵², posicionando-se contra a compreensão positivista⁵³ de percepção defendida pelas correntes Empirista e Intelectualista, pelas quais é considerada na correspondência pontual, própria da tradição atomista⁵⁴, em que os sentidos são “janelas de conhecimentos”. Nesse caso, a percepção é entendida como um acontecimento passivo resultado da causalidade estímulo-resposta, ou seja, entre o excitante e a reação, o que levaria à consciência do mundo através da sensação. Diante disso, sua proposta é a de desenvolver uma nova compreensão sobre a percepção e, conseqüentemente, sobre o corpo.

Merleau-Ponty, baseando-se também nos estudos da Gestalt⁵⁵, compreende que a percepção, sob uma perspectiva neurofisiológica em que não pode ser considerada como um acontecimento pontual, prescinde de uma noção de campo à medida que não existem sensações elementares e nem objetos isolados. Desse modo, a percepção passa a ser interpretada como algo não definitivo e não totalizado, mas provisória, sempre incompleta na relação com a sensação, com o corpo e com o movimento.

Assim, a concepção fenomenológica da percepção é entendida na experiência do corpo como campo criador de sentidos. Não se trata, portanto, de uma noção de percepção como uma representação mentalista, mas acontecimento da corporeidade e, como tal, uma expressão criadora a partir dos diferentes olhares sobre o mundo:

O olhar obtém mais ou menos das coisas segundo a maneira pela qual ele as interroga, pela qual ele desliza ou se apoia nelas. Aprender a ver as cores é adquirir um certo estilo de visão, um novo uso do corpo próprio, é

⁵² O autor, em 1945, critica a visão localizacionista vigente de cérebro que prevê a relação direta estabelecida entre zonas cerebrais e suas respectivas funções, conferindo ao cérebro um mapa cortical rígido. Para Merleau-Ponty, o funcionamento do sistema nervoso confirma a sua especialização em determinadas funções mentais, mas sua característica plástica torna a teoria localizacionista insuficiente para explicar o funcionamento global do sistema neurofuncional. Antes de Merleau-Ponty, Freud, um dos autores que fundamentam os estudos desenvolvidos pela ND, escreve “As afasias”, em 1891. Trata-se de um estudo crítico em que desconstrói a corrente hegemônica do Localizacionismo, caracterizando-a como uma visão reducionista do funcionamento cerebral.

⁵³ Merleau-Ponty (1999) critica a visão de corpo como objeto defendido pela corrente mecanicista, ampliando a noção de corpo no sentido de motricidade, de corpo-sujeito, de corpo próprio/corporeidade.

⁵⁴ O Atomismo é uma corrente filosófica da Antiguidade Clássica formulada na Grécia, inicialmente no século V a.C., por Leucipo e seu discípulo Demócrito de Abdera. O Atomismo é uma resposta para um dos problemas fundamentais apresentados pela Filosofia grega, quanto ao entendimento do caráter mutável do nosso mundo, com a resolução do conflito entre o conceito de ser e a percepção da mudança (PORTO, 2013).

⁵⁵ De acordo com a teoria da Gestalt, não se pode ter conhecimento do todo por meio das partes, e sim das partes por meio do todo; os conjuntos possuem leis próprias e são regidas por seus elementos. É apenas por intermédio da percepção da totalidade que o cérebro pode de fato perceber, decodificar e assimilar uma imagem ou um conceito (BOCK, 2004).

enriquecer e reorganizar o esquema corporal (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 212).

Para o autor, a percepção do corpo é confusa na imobilidade, pois lhe falta a intencionalidade do movimento que acompanha nosso acordo perceptivo com o mundo. Desse modo, as sensações aparecem associadas a movimentos e cada objeto convida à realização de um gesto, não havendo representação, mas criação e novas possibilidades de interpretação das diferentes situações existenciais. Merleau-Ponty explica que

[...] justamente o fenômeno do hábito convida-nos a remanejar nossa noção do "compreender" e nossa noção do corpo. Compreender é experimentar o acordo entre aquilo que visamos e aquilo que é dado, entre a intenção e a efetuação — e o corpo é nosso ancoradouro em um mundo. Quando a datilógrafa executa os movimentos necessários no teclado, esses movimentos são dirigidos por uma intenção, mas essa intenção não põe as teclas do teclado como localizações objetivas. É verdade, literalmente, que o sujeito que aprende a datilografar integra o espaço do teclado ao seu espaço corporal (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 201).

Tal conceito de percepção só é possível porque Merleau-Ponty rompe com a noção de corpo-objeto (parte e extra-partes) e com as noções clássicas de sensação e órgãos dos sentidos como receptores passivos, remetendo as experiências do sujeito/corpo no espaço expressivo e simbólico. Nesse sentido, ele analisa a questão da espacialidade corporal constatando, a propósito do corpo próprio (aquilo que é verdadeiro de todas as coisas percebidas), que a percepção do espaço, a percepção da coisa e a espacialidade da coisa não são problemas distintos porque *o nosso corpo não está primeiramente no espaço: ele é no espaço* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 205).

Na concepção teórica desenvolvida por ele, o real é um “tecido sólido” que deve ser descrito a partir da percepção vista como o fundo sobre o qual todos os atos se destacam, sendo ela própria pressuposta por eles: “o homem está no mundo, é no mundo que ele se conhece”. Os aspectos subjetivos, afetivos, temporais, históricos, culturais e sociais do mundo fenomenológico são experimentados como o sentido que transparece na intersecção entre as minhas próprias experiências perpassadas pelas experiências do outro, inseparável da intersubjetividade que encontra unidade na retomada de minhas próprias experiências passadas e presentes.

Para compreender a experiência perceptiva, é preciso, então, tomá-la como uma experiência corporal, em que o movimento e o sentir são os elementos chaves da percepção. Para o autor, desaprendemos a conviver com a realidade corpórea de experimentar os sentidos

quando privilegiamos a razão, neste caso, colocamos a percepção fora do lugar que ela emerge, ou seja, no próprio corpo.

Não é o sujeito epistemológico que efetua a síntese, é o corpo, quando sai de sua dispersão, se ordena, se dirige por todos os meios para um termo único de seu movimento, e quando, pelo fenômeno da sinergia, uma intenção única se concebe nele. [...] Dizendo que essa intencionalidade não é um pensamento, queremos dizer que ela não se efetua na transparência de uma consciência, e que ela toma por adquirido todo o saber latente que meu corpo tem de si mesmo. Apoiada na unidade pré-lógica do esquema corporal, a síntese perceptiva não possui o segredo do objeto, assim como o do corpo próprio, e é por isso que o objeto percebido se oferece sempre como transcendente, é por isso que a síntese parece fazer-se no próprio objeto, no mundo, e não neste ponto metafísico que é o sujeito pensante, é nisso que a síntese perceptiva se distingue da síntese intelectual (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 313).

Como vimos, o ponto de vista neurofisiológico assumido por Merleau-Ponty e partilhado também pela ND prevê o funcionamento cerebral como um todo e não em partes, conferindo-lhe a circularidade existente entre os sistemas aferente e eferente⁵⁶ na polaridade entre o interno e o externo, realçando o papel de interconexões que se realizam na ação humana com o meio ambiente, com a cultura, com os processos sócio-históricos e com a própria plasticidade cerebral. Desse ponto de vista, a percepção não é um processo linear de decodificação de estímulos e sim um círculo que envolve o sensório e o motor como unidade dinâmica.

Para Merleau-Ponty, seu estudo perceptivo implica o conceito de Corporeidade, também desenvolvido por ele. Para formular o conceito de Corporeidade, o autor recusa a dicotomia corpo e alma formulada por Descartes, lançando mão de dois outros conceitos: Circularidade e Recursividade.

Por Circularidade, subentende-se o efeito que se fecha em torno do sensório e do motor, em que um incide sobre o outro, pressupondo a cognição que depende da experiência que acontece na ação corporal. Já o conceito de Recursividade remete à comunicação entre os diferentes sentidos a partir da motricidade, da qualidade que temos de nos colocar em movimento. Por exemplo, olhar pelo tato: “Deixe-me pegar na minha mão para ver direito isso aqui”.

⁵⁶ O sistema nervoso autônomo é dividido em duas partes: 1. Fibras Aferentes (sensitiva/somática), responsáveis por conduzir impulsos exteroceptores (temperatura, dor, pressão, tato) e proprioceptores (conscientes ou não), através de fibras sensitivas, que penetram no SNC, além dos impulsos viscerais; 2. Fibras Eferentes (motora), responsáveis pela motricidade visceral (musculatura cardíaca, lisa e glândulas) e somáticas (músculos estriados e esquelético) (LURIA, 1981).

Para o autor, o corpo em movimento aciona a comunicação entre os sentidos e não se restringe à consciência que tenho ou busco do mundo, mas alcança a relação entre os processos corporais e os estados neuronais (organismo e meio), entre corpo e mente, viabilizada pela comunicação entre os sentidos, ou seja, uma relação recursiva que garante a dinâmica das interações entre o todo e as partes.

Em Merleau-Ponty, a lógica recursiva é próxima à noção de Reversibilidade dos sentidos, ou seja, a comunicação entre os sentidos é o que permite diferentes possibilidades para a percepção. De tal modo, a Reversibilidade destaca o corpo, não como suporte de uma consciência cognoscente, sempre referendada por um sujeito, mas inscreve este corpo na experiência do movimento. A experiência do corpo é um campo criador de sentidos em que a percepção é definida como acontecimento da corporeidade, de existência, de expressão e de linguagem.

Essa noção de corporeidade se afina ao contexto da Equoterapia, como uma proposta para repensar a relação do cavalo com o sistema sensorial do praticante, no caso a criança portadora de TEA/Autismo Infantil, pois o movimento do cavalo incide no sensório e motor do praticante como um todo. Ou seja, ao mesmo tempo em que o animal propaga a função cinesioterápica⁵⁷, o corpo do praticante é afetado involuntariamente como efeito do movimento do cavalo, como veremos abaixo no esquema de Brodie. Além disso, essa experiência convoca no praticante a saliência de um dos sentidos, ainda que observando de fora, não se saiba exatamente de qual sentido se trata. Pode-se dizer que isso é inevitável, do ponto de vista do praticante, à medida que o funcionamento do sistema sensorial tem como característica própria fazer com que a ativação de um sentido engatilhe a relação com os outros, em diferentes graus de participação, tal qual o conceito de Circularidade e Recursividade formulado por Merleau-Ponty (1999).

Vimos então com Merleau-Ponty, e também com Luria e Wallon, que as percepções e as sensações prescindem de ser compreendidas na relação como uma atitude corpórea em movimento, já que o movimento do corpo é a expressão da reorganização do sistema como um todo. Essa leitura teórica evidenciou, para mim, a questão do ritmo presente no movimento, nas diferentes percepções e tão presente na prática da Equoterapia devido à característica do passo do cavalo.

⁵⁷ Técnicas terapêuticas que se utilizam de movimentos passivos ou ativos do corpo para reabilitação motora.

Para refletir sobre a importância do ritmo no desenvolvimento do sistema sensorial da criança, recorro a Valerie Desjardins (2008)⁵⁸, que, assim como os autores citados, prioriza a entrada da criança no mundo pelo movimento. Para Desjardins, a conformação do bebê enquanto humano se dá a partir dos movimentos que vêm do interior e do exterior, os do próprio bebê e aqueles que vêm do corpo da mãe. Para a autora, o movimento também é fundamental para a percepção, o que se confirma no fato de que o bebê olha primeiramente os movimentos e não as formas fixas.

Desjardins (2008), tal qual Merleau-Ponty, trabalha, nos conceitos de Circularidade, Recursividade/Reversibilidade, com a noção de *percepção em comodalidade*, ou seja, a vivência de duas experiências diferentes: quando o objeto é percebido pelos cinco sentidos simultaneamente (como é o habitual, no adulto); ou quando o objeto é percebido por um só sentido de cada vez, situação em que uma modalidade sensorial recruta as outras no aparelho psíquico do sujeito.

Deste modo, o movimento para Desjardins (2008) é essência da percepção, pois é percebido por comodalidade ritmada, isto é, cada modalidade sensorial tem um ritmo próprio com pulsações variáveis que só se organiza se, e somente se, reconhecer uma organização rítmica compatível com as das demais modalidades sensoriais. Compatibilidade que, sem dúvida, não é dada de início, mas que é fruto de uma harmonização progressiva das interações entre a mãe e o bebê.

A autora traz como exemplo o momento da amamentação em que o bebê se vale de três polos perceptivos: o tato, o olfato e a gustação. Os ritmos de cada uma das modalidades perceptivas são coordenados pelo ritmo da sucção. Em paralelo, o bebê tenta perceber de maneira comodal a visão do rosto da mãe e a sua voz, mas isso ainda é, para ele, algo caótico e difícil de fazer, pois: (i) tanto a voz da mãe quanto a visão apresentam grande riqueza de movimentos (variação e velocidade); (ii) o sistema visual do bebê ainda não está neurologicamente maduro, o que torna difícil para ele o reconhecimento do rosto materno; (iii) o bebê não age sobre os ritmos e os movimentos da visão do rosto e da audição da voz, contrariamente ao que experimenta nos movimentos de sucção.

Assim, a percepção comodal de um acontecimento experimentado como exterior dá significado ao que é sentido pelo bebê. Trata-se, portanto, de um verdadeiro trabalho

⁵⁸ Valerie Desjardins é uma psicóloga e psicanalista francesa que, em parceria com Bernard Golse, mantém o programa de pesquisa intitulado “PILE” (*Programme International pour le Langage de l’Enfant*). Nele são pesquisados os precursores corporais e comportamentais da criança por ocasião da aquisição de linguagem. O programa visa também a precocidade no tratamento de crianças de TEA/Autismo Infantil ou as que se apresentam com atraso na aquisição e desenvolvimento da linguagem.

intersensorial que interioriza o externo e se dá a partir da percepção que o bebê tem do movimento e ritmo, experimentados nele mesmo (viscerais) e, também do outro (mãe/meio externo).

Para Desjardins, antes da emergência da fala, a percepção de um evento na realidade cria um conjunto de movimentos perceptivos conforme os cinco sentidos. Esses movimentos são rítmicos e se organizam conjuntamente. A maturação desta percepção através das repetidas experiências vividas pelo bebê tem o efeito de criar um evento psíquico, que perdurará no futuro da criança. Então, graças a essa ritmicidade dos movimentos, os modos perceptivos se coordenam e se estruturam de maneira durável.

Voltando à cena da amamentação, entre a mãe e o bebê se estabelece um ciclo que, a partir da sensação de fome do bebê e da satisfação dessa necessidade vinda do exterior trazida pela mãe, resulta uma experiência para o bebê que é indicativa da relação *aparição-desaparição*. Experiência esta, ligada à percepção do bebê quanto à visão e à voz da mãe.

Entretanto a amamentação tem um tempo limitado enquanto que a voz e a visão perduram no tempo e no espaço. Essas informações marcadas pela continuidade ritmada são percebidas e interpretadas pelo bebê colocando-o na inscrição de uma certa experiência de tempo. Assim, pode-se dizer que o movimento é marcado também pela noção de tempo.

Conforme o bebê vai sendo cuidado, os pais continuam falando com ele, o que lhe proporciona experiências crescentes de comodidades (voz, visão, audição, movimento da fala e das mãos) como precursores da linguagem, ou seja, antecedem a chegada da palavra com sentido. Mais tarde, tais sensações e percepções estarão presentes nas interações envolvendo também fala e linguagem. De tal modo, o ritmo coordena o conjunto das percepções e a linguagem verbal dos pais organiza a percepção das formas e dos movimentos. Não obstante, a linguagem verbal dos pais, por sua vez, contém a especificidade da língua e da relação com a criança em meio à significação simbólica no contexto social.

Diante desse conjunto de exposição teórica, uma questão se impõe: como esses processos acontecem com a criança nascida sob o TEA/Autismo Infantil?

Desjardins (2008) defende a hipótese de que a criança portadora de TEA/Autismo Infantil não tem um bom sistema de segmentação de percepção, compreendendo assim que seu sistema sensorial não pode evoluir se a criança percebe o objeto sobre um único modo perceptivo ou sobre muitos modos com segmentações pobres ou flutuantes. Essa falha da segmentação faz com que as interações entre os modos perceptivos (comodalidade) sejam aleatórias ou, ao contrário, aglutinadas.

Observaremos agora o relato de mães de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil sobre os primeiros meses ou anos de vida de seus filhos.

“Ele tinha de 6 a 8 meses aproximadamente e eu não achava natural o choro contínuo dele, ele só chorava, chorava, não reagia a nada” (MJ, mãe de LJ. In BORDIN, 2006).

“Desde os primeiros meses de vida, eu falava com meu filho e percebia que, diferente de outros bebês, ele não sorria e nem olhava para meu rosto, sem que eu segurasse seu rosto em minha direção” (DS mãe de TS, 2008).

“Aos quatro meses, eu mostrava para meu filho brinquedos que faziam barulho e que ascendiam uma luz, apenas quando a luz se ascendia é que ele olhava” (JS mãe de RS, 2009).

“Aos dois anos, eu não percebia nele nenhuma curiosidade sobre os brinquedos que ele ganhava, os brinquedos ficavam lá” (SS mãe de GS, 2014).

“Ele pega o copo de plástico, por exemplo, mas não usa para beber água, nem tampouco dá indícios de estar com sede. Ele apenas ficava rodando o copo na mão” (GS mãe de GB, 5 anos, 2011).

“Ele tem quatro anos e não brinca com nada, ele corre o tempo todo, fecha e abre gavetas e portas o dia inteiro, se deixar. Ele parece feliz com isso. Parece que ele gosta do movimento de correr e de abrir e fechar. Já tentei fazer o que ele faz e não aguentei dez minutos” (MT mãe de AT, 2016).

“Ele pega os personagens da Galinha Pintadinha e não brinca com eles, mas gosta que fiquem expostos em seu quarto, organizados sempre da mesma forma” (JM, mãe de HM, 2015).

Estes relatos dão conta do reconhecimento de que algo escapa a esses bebês/crianças. Toda a literatura aqui arrolada sobre o desenvolvimento esperado de uma criança “normal”, nos traz a compreensão da grande complexidade que é a experiência de uma criança portadora de TEA/Autismo Infantil, em suas primeiras relações com o mundo e com o outro. Isso acontece a despeito de ela ouvir, enxergar, sentir fome, movimentar braços e pernas, pois não costumam apresentar problemas motores.

Os estudos citados⁵⁹, no segundo capítulo, sobre os transtornos sensoriais de portadores de TEA/Autismo Infantil descrevem alterações em todo o sistema sensorial (que inclui o vestibular). Os critérios diagnósticos de TEA utilizados pelo DSM descrevem como comportamentos estereotipados, o que identifiquei, a partir do presente estudo, como alterações sensoriais. Assim, o fato daquelas crianças demonstrarem prazer em ficar rodando em círculos com muita rapidez, aparentemente, pode ser caracterizado como uma hipossensibilidade do sistema vestibular. Outra situação é a estereotipia em agitar os braços ao andar mais rapidamente, parecendo ser esta uma possibilidade de hipossensibilidade do sistema proprioceptivo.

Observo também que a conquista do andar por aquelas crianças se direciona quase sempre para uma autonomia para pegar os objetos que desejam, para levar as mãos do adulto até algo que os interesse, como abrir a porta, por exemplo, ou ainda, para se aproximar do cavalo, conforme escrevi sobre Pedro na Apresentação desta tese. Entretanto, a exploração dos objetos parece ser limitada e nem sempre contempla a função desse objeto.

Retomando a importante contribuição dos relatos de Grandin, Tito e Carly, fatos também reconhecidos na literatura científica por Ferreira e Thompson (2002) e Fernandes (2008), vimos que tinham dificuldades em compreender seus corpos em sua globalidade. Ao contrário, sentiam seus corpos segmentados, estando parados ou em movimento. A consequência disso é que quando partes do corpo não são percebidas, as funções de cada uma delas são ignoradas, refletindo em movimentos, ações e gestos sem sentidos, destituídos de valores sociais.

4.3. Equoterapia e Fonoaudiologia sob o olhar da ND: aproximações e distanciamentos

Os Conselhos Regionais e o Federal de Fonoaudiologia não reconhecem a Equoterapia como uma área de atuação do fonoaudiólogo, apesar de concordarem que é uma

⁵⁹ Me refiro aos autores: Dawson & Watling, 2000; Da Costa, 2006; Marques, 2007; Fernandes, 2008; Caminha, 2009; Schmidt, 2012; Soares e Braga, 2014.

possibilidade de trabalho do fonoaudiólogo⁶⁰. Certamente colabora para isso a falta de pesquisas científicas comprovando os efeitos da Equoterapia, como um recurso efetivo para o atendimento fonoaudiológico de crianças/adolescentes e adultos.

O levantamento bibliográfico que realizei (ANEXO 1) recobre a literatura da Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia e não identifica teorias e/ou procedimentos que norteiam essa prática. O que encontrei foram descrições objetivas e simples envolvendo a prática fonoaudiológica dirigida.

Quando o tema abordado está relacionado à linguagem⁶¹, observa-se a descrição dos casos clínicos, seguidos do tratamento estatístico de dados referentes ao início e término do período do acompanhamento fonoaudiológico na Equoterapia. Nesses trabalhos a linguagem é avaliada por meio de fichas de Avaliação de Comportamento⁶² e aplicação de Protocolos de Avaliação de Linguagem⁶³. Podemos observar pela descrição das dificuldades das crianças e pela conclusão dos estudos o quão tradicionalista e precária é a perspectiva de linguagem dos trabalhos analisados. Isso se verifica, dentre outros fatores, pelo aspecto quantitativo empregado tanto na avaliação quanto na própria terapia, como índice indicativo de melhora da oralidade das crianças, desprezando o aspecto discursivo.

Em relação aos estudos dos processos de mastigação e de deglutição, o tema principal é a qualidade do tônus muscular envolvido em todo o sistema estomatognático do praticante. Nesses casos, antes e depois do acompanhamento fonoaudiológico em Equoterapia, avalia-se o potencial elétrico do músculo orbicular, através de eletromiografia⁶⁴. O intuito é verificar a mudança positiva do tônus muscular do músculo orbicular envolvido no vedamento labial de crianças respiradoras orais. A proposta é a de que durante a montaria o praticante deve realizar uma série de alongamentos corporais para a adequação da postura global, o que altera positivamente a tonicidade miofacial e o vedamento labial.

A partir da análise dos trabalhos citados acima, observam-se: a prática clínica da Fonoaudiologia tradicional; a doença compreendida como um desajuste ou falha nos/dos

⁶⁰ Em consulta aprovada em sessão plenária ordinária, no dia 31/08/2008, foi reconhecido que o fonoaudiólogo pode atuar como membro da equipe multidisciplinar de Equoterapia.

⁶¹ Diante da pesquisa realizada, encontrei apenas um trabalho de revisão bibliográfica sobre a influência do cavalo no trabalho fonoaudiológico com crianças comprometidas neurologicamente (ANEXO 1).

⁶² Trata-se de fichas de registro de comportamentos observados e fichas de avaliação de linguagem que seguem o padrão da Associação dos Amigos dos Autistas.

⁶³ Em tais trabalhos foram utilizados os seguintes protocolos de avaliação: Protocolo de Observação Comportamental (ZORZI e HAGE, 2004); Protocolo de Avaliação em Linguagem - Clínica Escola Universidade Católica Dom Bosco. Outras pesquisas da área de Linguagem não evidenciam o tipo de avaliação realizada pelo pesquisador.

⁶⁴ É o estudo de fenômenos bioelétricos que acontecem nas membranas celulares de fibras musculares do esqueleto, identificando o comportamento dos músculos em diferentes situações.

mecanismos do corpo humano didaticamente fragmentado; a valorização do cavalo e do ambiente rural como elementos lúdicos da terapia, ou seja, o animal é interpretado tal qual o brinquedo no ambiente da clínica.

Para dar mais visibilidade ao trabalho dos fonoaudiólogos que atuam em Equoterapia, apresento brevemente a pesquisa realizada por Valle et al. (2014) quanto à fundamentação teórica, objetivos e resultados esperados. Com o objetivo de compreender o trabalho realizado pelo fonoaudiólogo na equipe de Equoterapia, as autoras contataram 47 centros, obtendo os seguintes dados: (i) 14 deles não tinham fonoaudiólogos na equipe; 22 centros não responderam; 11 centros tinham fonoaudiólogos; (ii) dos 11 fonoaudiólogos identificados, somente seis responderam o questionário sobre fundamentação teórica, objetivos e resultados, enviado pelas autoras; (iii) destes seis, três não identificaram a filiação teórica, um se baseava em Piaget, um na abordagem Interacionista, um nos conceitos neuroevolutivo Bobath e Castilho Morales (reabilitação orofacial e corporal); (iv) como objetivos gerais, tais trabalhos visavam à resolução de: distúrbios de aprendizagem; melhora da qualidade de vida e comunicação; desenvolvimento da linguagem; controle global e orofacial; adequação de tônus e comunicação alternativa; (v) como resultados, os fonoaudiólogos elencaram: melhora do vínculo (sem especificar com quem); melhora do controle cervical e do equilíbrio; adequação do sistema estomatognático; melhora da percepção visual, auditiva e sensorial; adequação de linguagem; elevação de auto estima e da organização espaço-temporal.

Observo na referida pesquisa uma disparidade entre os objetivos propostos e os resultados alcançados, o que acaba por expor também um contexto teórico inconsistente tanto da Fonoaudiologia, quanto da área da Equoterapia. Além disso, chama a atenção o fato de que, dentre as seis fonoaudiólogas entrevistadas, três delas não identificaram a linha teórica às quais se filiam.

Diante das análises consideradas, constata-se o distanciamento de tais práticas em relação aos princípios da Equoterapia, que privilegiam: a noção de que o sujeito que monta o cavalo participa ativamente de seu processo de reabilitação, à medida que interage com o animal; a ação do cavalo sob o corpo global do praticante e não apenas em partes dele; o conceito de desenvolvimento biopsicossocial dos sujeitos, contrária às perspectivas teóricas de um corpo fragmentado.

Ou seja, tais profissionais deixam de considerar também os efeitos primeiros que o cavalo imprime sobre o praticante quanto aos sistemas sensorial, vestibular e proprioceptivo

e, por fim, desprezam o cavalo como um pressuposto⁶⁵ ser de linguagem, tal como apresentarei mais adiante. De uma maneira específica, os fonoaudiólogos tradicionalistas acabam por não partilhar princípios fundamentais que norteiam a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia e, por outro lado, a área da Equoterapia não desenvolve estes mesmos princípios, transformando-os em procedimentos, conforme vimos.

Retomando os princípios que regem a prática da Equoterapia, o movimento do cavalo (passo ou trote) e do ambiente equestre são valorizados para intervir globalmente junto ao praticante de diferentes maneiras, dentre elas, o fato de o movimento tridimensional do cavalo, como já vimos, intervir junto ao praticante retirando-o constantemente de seu ponto de equilíbrio. Na busca por um novo ponto de equilíbrio de seu corpo frente ao movimento do cavalo, o praticante acaba por ajustar devidamente seu controle de cabeça e de tronco, alcançando melhor estabilidade. Por outro lado, tais movimentos fazem com que os músculos se contraíam e relaxem o tempo todo, o que acaba fortalecendo-os.

Como mencionado anteriormente, o passo do cavalo é similar ao movimento do caminhar do ser humano, assim o cavalo transmite impulsos ritmados inicialmente para os músculos da perna e do tronco do praticante e, posteriormente, para os demais grupos musculares de todo o corpo. Ao mudarmos a posição do praticante sobre o cavalo (volteio terapêutico), trabalhamos diferentes grupos musculares, o que torna os exercícios mais complexos, atingindo músculos não trabalhados em terapias convencionais.

Ainda que os fonoaudiólogos tradicionalistas, como vimos, desprezem princípios fundamentais da prática em Equoterapia, observamos que o acompanhamento fonoaudiológico dirigido aos processos de mastigação e de deglutição (sistema estomatognático) acabam por dar bons resultados. Isso pode ser explicado pelo fato de que independentemente de o profissional ter consciência do processo como um todo, o praticante é beneficiado pelo que a prática de Equoterapia promove. Refiro-me ao fato de que nessa prática o ser humano é um todo indivisível, sendo o corpo um conjunto integrado. Portanto, se um de seus componentes deixa de funcionar ou funciona desarmonicamente, todo o conjunto será afetado: as cadeias musculares crânio-oro-cervicais e corporais se inter-relacionam funcionalmente mediante a sinergia neuromuscular, afetando, por sua vez, as funções respiratórias e estomatognáticas. Passo a demonstrar essa correlação entre as partes e o todo indivisível do corpo, a partir do Esquema de Brodie.

⁶⁵ O termo “Pressuposto” aqui referido, não tem o mesmo sentido que o empregado por Ducrot (1987) e será minuciosamente descrito no item “Neurolinguística Discursiva: uma nova proposta para a Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia”, neste mesmo capítulo.

O Esquema de Brodie (Figura 5) explicita o funcionamento das partes no todo do corpo e de maneira geral, orienta que o crânio, a mandíbula, os ossos hioides, a coluna vertebral (incluindo a cervical) e a cintura escapular se unem através das cadeias musculares que, por sua vez, mantém uma relação indireta com a região pélvica. Portanto, alterações musculares nessas regiões geram alterações posturais globais ou vice-versa.

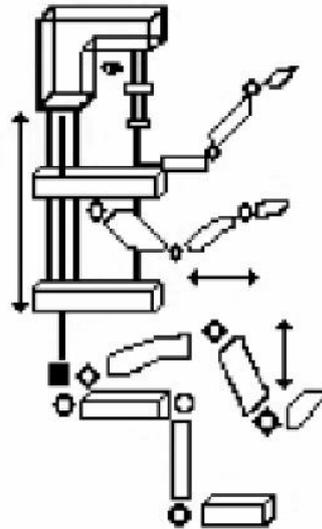


Figura 5: Esquema de Brodie modificado por Castillo Morales
 Fonte: <http://es.slideshare.net/davidparrare/reeducacin-del-cof-en-nios-con-lesion-cerebral>
 Acesso: 16/04/2015

De acordo com o Esquema de Brodie, quando a cabeça está anteriorizada, quer dizer, projetada para frente, os ombros rodam para frente e para baixo, levando a uma carga excessiva para a musculatura escapular. Desse modo, cada vez que um músculo se encurta, suas extremidades se aproximam e, conseqüentemente, também os ossos nos quais o músculo se insere. Esse processo acaba por desorganizar outros músculos que tenham origem ou inserção nestes mesmos ossos e, assim, sucessivamente.

Na Equoterapia, o praticante, quando montado, estará continuamente corrigindo sua postura através dos sistemas proprioceptivos, vestibular e sensório-motor, acarretando uma melhora postural e na força muscular global.

De maneira geral, o fonoaudiólogo em sua prática no contexto da Equoterapia procura adaptar os conhecimentos oriundos da prática clínica fonoaudiológica, incluindo exercícios específicos, (quando for o caso) para a sessão de Equoterapia, o que será feito de acordo com as necessidades ou questões de cada paciente. Diferentemente do que encontrei nas pesquisas a ANDE-BRASIL (2010, 2014), identifica questões de voz, fala, linguagem e

motricidade orofacial como modalidades de terapias fonoaudiológicas em Equoterapia, aproveitando-se para isso do meio ambiente, do cavalo e da relação entre a criança e o cavalo. Entretanto, vimos também como os postulados da Equoterapia estão distantes do que é praticado na área.

O propósito do próximo item é apresentar como a ND reinterpreta a cena da Equoterapia privilegiando as questões envolvendo sujeito, corpo/corporeidade e discursividade.

4.4. Neurolinguística Discursiva: uma nova proposta para a Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia.

O estudo inaugural, que recobre o acompanhamento longitudinal de um sujeito com TEA/Autismo Infantil, entre as idades de 3 anos 9 meses e 10 anos, realizado por Bordin (2006) na clínica fonoaudiológica sob a perspectiva teórica da ND, desdobra-se a partir do presente estudo na proposta da área para o acompanhamento fonoaudiológico daquelas crianças no contexto da Equoterapia.

A partir de uma posição teórica discursivamente orientada e de sua experiência clínica, Bordin desenvolve uma crítica em relação à prática fonoaudiológica sustentada na descrição médica sintomatológica da linguagem. Para a autora, essa prática impede o conhecimento do funcionamento linguístico das crianças afetadas pelo TEA/Autismo Infantil (BORDIN, 2006). Bordin também ressalta a dificuldade experimentada pelo terapeuta, pelo familiar e pelo professor quando se propõem a assumir o papel de interlocutor dessa criança.

[...] quando ouvimos a fala de uma criança autista, 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, 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. 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 (BORDIN, 2006, p. 11 e 12).

Bordin chama também atenção para o fato de que ao refletirmos, então, sobre a criança autista, não podemos considerar a linguagem apenas como fala articulada, isolada do sentido e do uso em sociedade. A partir de Luria (1981, 1979), Franchi (1977, 1987) e Coudry (1986/1988), a linguagem é vista como fator estruturante/desencadeante de outros processos que passam pelo corpo como: atenção, 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” (BORDIN, 2006, p. 56).

A pesquisa acima apresentada insere a ND em questões de linguagem de sujeitos portadores de TEA/Autismo Infantil, acompanhados no ambiente clínico fonoaudiológico. O presente estudo, aqui apresentado, que acontece no contexto da Equoterapia, expande aquele e demanda outras reflexões sobre a linguagem, já que além da terapeuta e da criança, participa também um cavalo e acontece em um ambiente rural, menos controlado que o clínico.

Em relação ao acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil, são dois os principais pressupostos teóricos para a atuação do campo da Equoterapia: 1- o desenvolvimento de linguagem desta criança é facilitado pelo vínculo formado, inicialmente, com o animal e transferido automaticamente para a terapeuta; 2- a prática da Equoterapia interfere positivamente no sistema sensorial do praticante. Neste caso, a formulação de tais princípios também não se desdobra em conteúdos teóricos ou em procedimentos terapêuticos.

Diferentemente, esta tese sob a perspectiva da ND, se propõe a discutir, por um lado a importância do vínculo construído pela criança com o terapeuta e com o cavalo, delimitando-o como um ser de linguagem (com especificidades próprias). O terapeuta, quando se dirige pela linguagem ao cavalo, dá possibilidade para que esta mesma linguagem possa vir a afetar a criança, caso ela se interesse pelo animal ou por algum aspecto dele. Assim, não se trata de banalizar o vínculo da criança com o cavalo como um acontecimento “natural”, de transferência automática do animal para os seres humanos, mas como um acontecimento neurofuncional, psíquico e discursivo. Por outro lado, pretende-se explicitar que o processo neurofuncional envolvendo o sistema sensorial⁶⁶ não se encerra em si mesmo, não está apartado do desenvolvimento da linguagem, mas ao contrário, a faz emergir, pois, como já

⁶⁶ Por sistema sensorial, estou considerando os processos de percepção, sensação e propriocepção de diferentes ordens (visuais, auditivas, gustativas, olfativas, táteis).

exposto, na prática da Equoterapia, o cavalo e a criança se fundem em um só movimento e ritmo, o que propaga sensações no corpo/sujeito como um todo.

Retomando os princípios da Equoterapia expostos acima, em uma abordagem discursiva da linguagem, eles não são possíveis, à medida que qualquer espécie de vínculo é marcado socialmente pela linguagem. É, então, pela linguagem que ressignificamos se um vínculo é positivo, negativo, afetuoso ou agressivo, por exemplo. Trata-se de uma res(significação) de percepções e sensações primeiras que, nomeadas pelo outro na cultura e na língua, acaba por remeter aos aspectos psíquicos nelas envolvidos. Assim, antes de um vínculo ser estabelecido como bom ou ruim, como prazeroso ou desprazeroso, foi preciso construir no corpo o reconhecimento desses diferentes processos perceptuais.

Destacando a questão de que a criança portadora de TEA/Autismo Infantil tem dificuldade de interação, poderia se imaginar que colocá-la sobre o cavalo seria suficiente para que reconhecesse as propriocepções corporais como prazerosas e, então, estabelecesse um vínculo com o cavalo? Observo que algumas crianças não resistem para montar no cavalo, porém demonstram repulsa em tocar o cavalo quando estão fora do corpo do animal e medo quando olham para o animal de lado, de baixo para cima ou de frente. Então, o vínculo em questão é com o cavalo em si ou com as sensações que demandam do seu corpo ao passo?

Apresentei anteriormente o fato de que a corporeidade do praticante, bem como seu sistema sensorial no contexto prático da Equoterapia, são afetados pela função cinesioterápica através do contato do corpo do praticante com o animal em movimento. Reiterando ainda que o sistema sensorial tem como característica própria fazer com que a ativação de um sentido engatilhe a relação com os outros em diferentes graus de participação. Entretanto, na cena equoterapêutica, esses acontecimentos não se dão em silêncio.

Assim é preciso explicitar que o cavalo demanda para o corpo da criança um conjunto de sensações que a equoterapeuta/fonoaudióloga significa como positivo, instaurando o cavalo como um *outro* que demanda a possibilidade de *laços contratuais* entre ele e a criança. Esta afirmação pode ser compreendida à medida que pode haver, por parte da criança, uma demanda de linguagem e, por parte do animal, uma resposta a partir dessa demanda, como é o caso de crianças que, orientadas por mim, mandam um beijo para o cavalo começar a andar. De outro modo, a ação do animal gera um conjunto de sensações que pode demandar uma atribuição de sentido por parte da criança, como o fato de o cavalo parar de andar e João parar de cantar, conforme descrevi no início desta tese. As relações de sentidos/sensações que motivaram tal acontecimento não poderão ser confirmadas, mas posso pensar em algo relacionado ao ritmo da música e ao ritmo/movimento do cavalo, por

exemplo.

Desse modo, na cena terapêutica o cavalo atua como o outro da criança, aquele que responde à sua ação, ao mesmo tempo em que também a criança é afetada pela ação do cavalo, ou seja, pela ação do outro. Assim, o cavalo torna-se um outro na linguagem à medida que ele passa pela linguagem da fonoaudióloga que, por sua vez, significa para a criança portadora de TEA/Autismo Infantil esses acontecimentos de linguagem, instaurando entre eles os laços contratuais⁶⁷.

Entretanto, pressupor essa linguagem em um lugar tão estranho, ou seja, no corpo de um animal de grande porte e marcado historicamente como parceiro do homem, parece ter uma função na linguagem da criança. O cavalo dá para a criança a possibilidade de reconhecer percepções do seu próprio corpo, mesmo sendo ele um estranho devido ao fato de ter o corpo tão diferente do dela. Nesse sentido, há uma continuidade familiar entre o corpo da criança e do cavalo que passa pelo papel da terapeuta como aquele que organiza essa relação na linguagem.

Para a ND, a interlocução acontece entre sujeitos falantes, ou impossibilitados da execução da fala, mas com recursos para representar o sentido do que quer dizer, ou seja, privado na fala, mas presente na linguagem: *falamos para um outro que fala* (BENVENISTE, 1966). Para Benveniste, o discurso é produzido por um sujeito – um “eu”, designado como locutor, responsável pelo que diz, e que fala para alguém, designado como “você” ou “tu”, ou

⁶⁷ Freire (1999), em sua dissertação de mestrado, orientada pela Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry, estudou o uso da linguagem de programação Logo Gráfico como protocolo de avaliação e seguimento de sujeitos com dificuldades linguístico-cognitivas, tendo como concepção teórica a ND. O Logo Gráfico é representado pela figura de uma Tartaruga - um cursor gráfico – com três propriedades principais: posição, orientação e uso de objetos. Assim, a Tartaruga, a partir do comando do outro, pode andar, girar e fazer uso de outros objetos (como borracha, lápis), produzindo diferentes tipos de desenhos. Freire cita o estudo em que os pesquisadores Weir e Papert realizaram 6 sessões Logo com um sujeito autista de 7 anos. Para Weir e Papert, o controle da situação - escolher o quê e como fazer -, favorecido pelo ambiente Logo, é o que permitiu à criança estabelecer uma relação de causa e efeito, geralmente, difícil de ser compreendida pela criança autista. O tipo de resposta não ambígua dado pela Tartaruga orientou a ação do sujeito, mostrando-lhe o que era relevante na situação. No entanto, de acordo com Freire (1999), a perspectiva discursiva permite olhar para esses dados de uma outra maneira. A autora analisa que naquelas sessões, criou-se uma tríade formada pela criança, pela tartaruga e pelo(s) investigador(es). E ainda, que o Logo permitiu à criança exercer diferentes papéis discursivos: (i) a criança assumia o controle da brincadeira na posição de “eu” e a tartaruga na posição de “tu”; (ii) o investigador era “tu” e a tartaruga era “ele”, enquanto a criança continuava sendo “eu”; (iii) a criança assumia a posição de “tu”, no lugar da tartaruga, para reconhecer em seu próprio corpo o movimento que a tartaruga fazia. Para a autora: “Além de a tartaruga constituir um objeto com o qual o sujeito pôde se identificar espacialmente e, assim, aplicar esquemas sensorio-motores (ou proprioceptivos) já aprendidos, funcionou sobretudo como um interlocutor. Naturalmente um interlocutor muito particular porque interpreta sempre do mesmo modo os comandos dados pelo sujeito” (FREIRE, 1999, p. 52). Compreendo que apesar de a Tartaruga do Logo Gráfico ser muito diferente do cavalo, podemos realizar uma aproximação entre eles: i) ambos exercem uma influência sensorial e proprioceptiva no outro; ii) há a formação de uma tríade em que o investigador e o terapeuta ressignificam as sensações/propriocepções que a tartaruga ou o cavalo geram na criança; iii) ambos os trabalhos consideram o cavalo e a tartaruga como um outro na linguagem, um outro com suas particularidades.

ainda como “interlocutor”. Assim, não estou conferindo ao cavalo um lugar de interlocutor tal como descreve o referido autor, mas o de um ser que ocupa um lugar de linguagem, sobre o qual a criança pode investir linguisticamente com fala ou gestos.

Em nosso cotidiano, as pessoas quando falam com seus cachorros ou gatos pressupõem alguém que responda, ainda que não seja com palavras da língua. As crianças que convivem com isso também passam a falar com estes animais e, em certa medida, isso também se dá com o cavalo.

Considero importante nessa reflexão ressaltar a constatação, a partir de Benveniste (1966), de que quando falamos com um outro estamos assegurados da pressuposição de que esse outro fala, de que é um ser de linguagem. Assim, a partir da mediação da fonoaudióloga, a criança pode vir a pressupor no cavalo um outro que lhe responde ou lhe demanda ações, o que poderia, de fato, ampliar as pressuposições da criança em relação a outras pessoas. Essa pressuposição tem efeito na inscrição de um corpo discursivo, por parte da criança. Não se trata, portanto, de considerar que a busca por um corpo global dá conta da prática fonoaudiológica neste contexto, mas ter essa noção de corpo ajuda a responder uma das questões formuladas na Apresentação desta tese: Por que a Equoterapia funciona?

De outro modo, importa reconhecer que o cavalo ou as pessoas, se desinvestidos de linguagem pelo outro/fonoaudiólogo/familiares, não ocupariam o valor que estamos lhes conferindo. Talvez esta seja também a maior dificuldade de familiares, professores e profissionais que trabalham com criança portadora de TEA/Autismo Infantil que não fala, já que as pessoas, em geral, têm muita dificuldade de continuar falando com quem não responde no tempo de sua pressuposição.

A Equoterapia focaliza a importância do cavalo como um agente proprioceptivo, qualificação que amplio resignificando-o também com um outro da linguagem. Ambas as particularidades me parecem simultâneas e sobrepostas se pensarmos que o animal permite ao corpo da criança uma função de acoplagem ao seu corpo, assim, esse outro da linguagem ganha uma dimensão diferenciada, ora como externo ao corpo da criança, ora como continuidade ou fusão enlaçando percepção e linguagem. Afirmação que pressupõe noções de movimento, de tempo, de fragmentação e de totalidade conforme analisarei mais abaixo.

Essa reflexão parece ganhar uma determinada singularidade quando lembramos que uma mesma criança mantém também uma determinada relação de linguagem com o cavalo quando está montada nele e outra quando está fora de seu corpo. Nessa última condição observa-se um estranhamento, parecendo, por vezes, que ela não reconhece o animal, pois o teme e o evita. Provavelmente, nestes momentos, entra em jogo o sistema

perceptual da criança como um todo e que por se apresentar, aparentemente alterado, fragmenta as impressões visuais do cavalo (a face do cavalo quando o vê de frente, a barriga quando o olha de lado), não conseguindo fechar no todo do cavalo as partes que o compõem (WALLON, 1995, 2008; MERLEAU- PONTY, 1999; DESJARDINS, 2008).

Finalizando, retomo o segundo postulado do campo da Equoterapia que confere à prática a “melhora no sistema sensorial do praticante”, observa-se que a perspectiva teórica adotada pela área considera tal sistema apartado de sua influência em diferentes sistemas neurofuncionais, inclusive o da linguagem.

No presente capítulo, propus o escopo teórico-prático da ND como um norteador da prática da Fonoaudiologia também no contexto da Equoterapia, no trabalho de linguagem/fala com crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil. Para dar conta dessa demanda, contemplei uma nova noção de corpo para a área da Fonoaudiologia perpassando pelos aspectos sensoriais, cognitivos, cerebrais e discursivos que o constitui. Preocupei-me também em mostrar como o sistema sensorial daquelas crianças se organiza de uma maneira diferente e, ainda, como tal acontecimento interfere na constituição de seu corpo discursivo, à medida que se mostra impossibilitado de ser capturado por um determinado discurso histórico e social. Fez parte desta proposta teórica analisar os postulados da área da Equoterapia salientando o fato de que mesmo diante de sua precária sustentação teórica, o cavalo proporciona para aquelas crianças uma demanda sensorial (perceptiva e vestibular) que pode favorecer a reorganização deste sistema como um todo e interferir nas questões de linguagem/fala. No próximo capítulo, portanto, apresentarei dados dos acompanhamentos fonoaudiológicos no contexto da Equoterapia dos sujeitos que fazem parte desta tese.

5º Capítulo: HM, GN, RP e CR: apresentação de dados de linguagem/fala.

No presente capítulo, analisarei os dados do acompanhamento fonoaudiológico longitudinal no contexto de Equoterapia de quatro sujeitos - HM, GN, RP e CR -, que fazem parte do estudo desenvolvido nesta tese, retomando, para tanto, todo o arcabouço teórico apresentado nos capítulos anteriores. Para dar visibilidade ao leitor da cena da Equoterapia, inicio o capítulo com a ilustração e descrição do ambiente, dos materiais utilizados e da preparação do cavalo.

5.1. A cena da Equoterapia

O Centro de Equoterapia em que ocorrem os acompanhamentos situa-se na cidade de Campinas/SP. Trata-se de um ambiente rural com uma área aproximada de 50 mil metros quadrados, com 15 cavalos, sendo que outros 25 permanecem soltos em pastos individuais delimitados por cerca. Além dos cavalos há outros animais, como: galinhas, cachorros, gatos e bois, porém as crianças mantêm contato frequente com os cachorros e os gatos.

A estrutura física do Centro comporta um galpão aberto, cuja finalidade é a realização de festas ou eventos maiores, além disso, há dois banheiros (masculino e feminino) e um escritório de administração. Existem três pistas forradas de areia fina para a prática de Equitação com tamanhos variáveis, entretanto, faço uso de apenas uma delas que é coberta e mede 25 metros de comprimento por 13 metros de largura. Para o praticante com dificuldades locomotoras há uma rampa de acesso que o eleva a uma altura próxima a do cavalo, para facilitar a montaria. No caso de praticantes sem tais problemas há uma escada de alvenaria para o mesmo fim. No local há poucas árvores devido ao espaço que as pistas ocupam.

O cavalo utilizado foi nomeado de Bob, sem raça definida, com 1,52m de altura de cernelha⁶⁸. Os materiais utilizados no encilhamento são os seguintes (Figura 6):

1. Manta grossa de espuma: Sua função é de proporcionar maior conforto e proteção ao cavalo e ao praticante. Envolve todo o dorso e as regiões laterais do tronco do cavalo e absorve o excesso de suor do animal.

⁶⁸A cernelha de um cavalo é a medida padrão usada para conferir a altura de um cavalo, sendo determinada pelo ponto onde começa o pescoço do animal.

2. Sela manta: Trata-se de uma manta grossa de espuma que fica presa na barriga do cavalo por meio de uma cinta ou barrigueira. Apresenta uma alça móvel para dar a sensação de segurança ao praticante. Há uma argola lateral para adaptar os loros⁶⁹ e os estribos.

3. Cilhão: É uma tira larga de couro com uma alça central de ferro (revestida de couro) para apoio das mãos do praticante. Há argolas laterais para adaptar os loros e os estribos. O cilhão é colocado no dorso do cavalo e fica preso na barriga deste por uma cinta ou barrigueira.

4. Cabresto: É colocado na cabeça do cavalo. Confeccionado em nylon, envolve o focinho, a testa e o pescoço do animal. Há um cabo longo onde o auxiliar deve segurar para caminhar com o cavalo. A função do cabresto é dominar o animal.

5. Estribos fechados: São duas peças de metal ajustadas ao cilhão ou à sela manta, para o praticante subir e firmar os pés quando montado no cavalo e para descer do animal.



Figura 6: Cavalo Bob e materiais de encilhamento.

A prática do acompanhamento fonoaudiológico acontece concomitantemente às aulas de Equitação. Assim, no local, há presença constante de muitos cavalos e de pessoas

⁶⁹ O loro é um tipo de cinta onde se apoiam os estribos.

(praticantes e instrutores de Equitação), além dos outros animais citados. Isso facilita a aproximação entre pessoas que fazem Equitação e meus pacientes. Frequentemente, aquelas pessoas se aproximam das crianças que acompanho com a intenção de interagir com elas. Nessas situações observo diferentes reações por partes das crianças e das pessoas. De maneira geral, as crianças não interagem com elas e, em decorrência disso, essas pessoas demonstram decepção ou estranhamento frente a isso e, por vezes, manifestam julgamentos morais como, por exemplo, falta de educação por parte das crianças.

Os acompanhamentos que realizo são semanais, uma vez por semana, com média de duração de trinta minutos com a criança montada no animal. Reservo também aos pais mais quinze minutos, a depender do caso, para orientação ou relatos que julgo ou eles julgam importantes. As crianças atendidas chegam de carro ao Centro, acompanhadas de pelo menos um familiar que permanece próximo à pista por mim utilizada e, geralmente, assistem ao acompanhamento Equoterápico.

Os sujeitos desta tese são acompanhados apenas por mim, entretanto todas as crianças frequentam sessões de Fonoaudiologia clínica em outras instituições, bem como outras especialidades, como veremos na apresentação dos casos.

5.2. Apresentação dos sujeitos e análise dos dados.

O processo de aquisição e desenvolvimento de linguagem de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil é extremamente complexo, como vimos anteriormente. Portanto, um olhar dirigido, mesmo que fugaz, o uso de um gesto, o dizer de alguma palavra, a realização de algo que se ajusta a uma ordem recebida são avaliados e considerados como um movimento da criança de seu lugar original. Pode parecer em algum momento para o leitor, que se trata de ações e atitudes pequenas e mínimas diante da complexidade que é o processo de aquisição e desenvolvimento de linguagem, mas, ao lidarmos com crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil, elas se revelam extremamente importantes e indiciam momentos em que a criança está na interação e, de alguma forma, entrando na língua/linguagem.

Chamo também a atenção do leitor para o fato de que estar sobre o cavalo, devido a sua altura, confere ao praticante uma visão diferente de mundo que privilegia um olhar horizontalizado, portanto de maior amplitude. Além disso, a montaria permite à criança olhar para as pessoas que estão ao seu redor de cima para baixo, diferentemente ao que ocorre em seu cotidiano em que devido a sua altura olha para os adultos de baixo para cima.

5.2.1. HM

HM, sexo masculino, nasceu no dia 24/09/2010, prematuro de 29 semanas de gestação. Desde os primeiros meses de vida é acompanhado por otorrinolaringologista e pneumologista por apresentar problemas respiratórios, como: asma, bronquite e rinite. Seu desenvolvimento neuropsicomotor foi marcado como normal quanto aos aspectos motores, entretanto não falava. É filho único e primeiro neto tanto da família materna, quanto paterna. HM e seus pais moram em uma casa que fica na chácara dos seus avós maternos que também moram lá. Ele mantém uma relação muito próxima com estes familiares, especialmente com o avô.

Em 2012, seu pai foi trabalhar na cidade do Rio de Janeiro para onde a família se mudou. Nessa época, segundo o relato da mãe, HM contava com dois anos de idade, fazia diferentes sons dirigidos aos pais. Mas aos poucos parou de fazer isso, “ficou estranho” e não olhava mais para seu interlocutor. Inicialmente, os pais acreditavam que a criança sentia falta dos avós maternos, mas, mesmo com o retorno da família para a cidade de origem, ele assim permaneceu. Avaliado por um neuropediatra foi diagnosticado com TEA/Autismo Infantil em março de 2013.

Em seguida, HM iniciou o acompanhamento em Fonoaudiologia na rede particular, em Terapia Ocupacional e em Psicologia no setor de Saúde Mental do município em que reside. O acompanhamento fonoaudiológico em Equoterapia⁷⁰ teve início em maio de 2013 (e se mantém), quando ele contava com dois anos e sete meses de idade.

Por ocasião do início do acompanhamento, os pais descreveram a rotina de vida diária de HM da seguinte maneira: ele passava o tempo todo correndo pelo espaço da chácara onde moram, aparentemente, sem nenhum objetivo. Neste ambiente, as únicas atividades dirigidas realizadas com ele era quando o avô se ocupava de lhe mostrar os animais (galinhas, cachorros, cavalos) ou, ainda, quando ele permanecia por muito tempo explorando um *tablet* em que assistia quase sempre aos mesmos desenhos animados, ouvindo as mesmas músicas⁷¹ no site do *YouTube*. Os pais o incentivavam a explorar o *tablet*, ensinando-o como entrar nos vídeos que ele gostava, por exemplo. Essa rotina sem direcionamento ou presença de regras acabou por colaborar para que HM se tornasse resistente a fazer qualquer coisa que não

⁷⁰ A Equoterapia foi indicada por uma fisioterapeuta, amiga da família, que sabia sobre a presente pesquisa.

⁷¹ Desde que acompanho HM, observo que por períodos longos ele assiste aos mesmos desenhos/filmes, como, por exemplo, Madagascar e alguns episódios do desenho animado “Bob Esponja”.

escolhesse. Nestas situações, apresentava comportamentos de birras como se jogar no chão, chorar, responder agressivamente com o corpo às tentativas de controle dos pais, mas não falava e olhava pouco para os pais e familiares.

HM permaneceu usando fraldas até por volta dos cinco anos de idade; começou a ter autonomia para se alimentar por volta dos quatro anos; é uma criança obesa⁷²; desde os dois anos e meio de idade apresenta episódios de comportamentos de roer as unhas e de tirar com a boca a pele dos dedos das mãos chegando a se ferir, sem demonstrar sentir dor.

Entre o final do ano de 2013 e março de 2014, a mãe de HM comentou sobre o fato de ele estar muito interessado em números e letras. Por esta ocasião, ele contava com 3 anos e 6 meses de idade e já frequentava escola, mas este não era o conteúdo de seu ciclo escolar. Os pais acreditavam que esse interesse se devia ao fato de HM permanecer muito tempo assistindo em seu *tablet* desenhos animados (canal do *You Tube*), que retratavam noções iniciais de letras e de números. Em agosto de 2014, sua mãe relatou que ele havia começado a ler, a escrever e a falar cores em inglês, ainda motivado pelo que assistia no canal do *You Tube*. Então, em um dia no Centro, ela pegou uma pequena lousa que tinha no carro e escreveu palavras, como: “girafa”, “gato”, “jacaré” e “banana” e ele as leu, sem dificuldade. Novamente a mãe confirma que HM aprendeu a ler e a escrever sozinho. Nesse momento, a suspeita da mãe é a de que ele seja uma criança superdotada.

O interesse de HM por letras e números era mesmo marcante: repetia sozinho o nome das letras, usava os gravetos que recolhia pelo Centro para representar os numerais, desenhava letras e números com o dedo no ar. HM conferia aos gravetos a instrumentalidade da escrita, projetando, inclusive, a abstração do objeto do desenho/escrita quando desenha e escreve no ar com o dedo. Entretanto, falta-lhe o sentido da palavra na escrita bem como o uso social desse processo.

5.2.1.1. HM no Centro de Equoterapia e análise de dados.

No Centro de Equoterapia, em meus primeiros contatos com HM, observei que ele não falava comigo, não olhava para mim e apresentava-se muito agitado. Além disso, dirigia-

⁷² Desde que HM foi diagnosticado com TEA, seus pais buscaram diferentes tratamentos envolvendo a alimentação do filho, como: uso continuado de vitamina metil-B12; exclusão de ovos, de glúten e de leite.

se aos familiares que o acompanhavam, por meio de ações exageradas quanto à força com que os tocava. Por exemplo, ele saía correndo e quando chegava próximo da mãe a tocava com uma força desmedida, abraçando-a tão apertado chegando, por vezes, a machucá-la. Eu não percebia nessa aproximação uma intenção afetiva. Na ocasião, a mãe relatou que se sentia mal por achar que ele não a distinguia de outras pessoas, com exceção do avô, para quem dispensava mais atenção.

Considerando que HM não falava, parecia que usava a força e a agitação de seu corpo para garantir o acesso às coisas e às pessoas que o interessavam no mundo. Esse acesso, porém, não se desdobrava em algo que pudesse ser partilhado com o outro, ainda que fosse um abraço que, devido seu estilo, parecia marcado socialmente mais como um ato impulsivo e agressivo do que afetivo.

Passo a relatar o primeiro contato de HM com Bob, o cavalo do Centro de Equoterapia. HM já tinha uma certa familiaridade com o animal cavalo e em sua primeira montaria Bob estava sem equipamento, justamente para que ele pudesse montar no animal e sentir sua temperatura, textura do pelo e respiração. No entanto, HM começou a gritar como se não quisesse montar no animal. O pai insistiu, o pegou no colo e o colocou no cavalo. Ao sentar-se no animal ainda parado, HM se mostrou feliz. Porém, como o animal ainda estava sem o equipamento de montaria, tivemos que tirá-lo para selar o cavalo e HM chorou, demonstrando querer voltar a montar o animal.

Após o cavalo estar devidamente selado, HM voltou a montar o animal e nesse momento parecia novamente feliz. Eu seguia ao seu lado e ele não me olhava, pouco tempo depois começou a chorar e a querer descer do animal. Durante a montaria não deixava que eu encostasse minha mão nele, seguia olhando para frente, sem parecer se interessar por algo específico. Se eu tentasse cantar, ele logo colocava as mãos no ouvido, como se estivesse incomodado. Ele também não encostava a mão no animal. Parecia não ter interesse nem por mim, nem pelo cavalo.

Nas informações apresentadas acima, nota-se algumas particularidades no desenvolvimento de HM, como: não fala e é muito agitado, mas assiste atentamente a desenhos e filmes; não interage com o outro, mas faz birra quando contrariado; não demonstra interesse por mim, mas tapa os ouvidos para não ouvir minha voz; seu acesso às coisas do mundo (pegar as coisas, brincar, tocar os outros) parece destituído de marcas sociais esperadas para uma criança em desenvolvimento; seu sistema sensorial para dor parece alterado; tem interesse precoce por números e letras, mas não chega ao sentido veiculado pela escrita, propriamente dito.

Essa desarmonia confere ao processo características que vão além de uma apresentação cronológica dos dados, porque, em única sessão diferentes, aspectos diferentes chamam a atenção. Aspectos envolvendo o sistema de atenção, a fala e a linguagem ou o sistema sensorial, por exemplo. Assim, optei por mesclar aqui as informações obtidas em meus contatos iniciais com HM e sua família com informações advindas de momentos posteriores ao início do acompanhamento, devido à necessidade de se caracterizar como se constitui HM como sujeito. Por outro lado, essa desarmonia incide na significação que o outro confere à demanda de HM e de outras crianças como ele. Vimos que o encontro das crianças que acompanho com outras pessoas que frequentam o Centro, por vezes, ressoa em julgamentos morais.

De tal modo, os aspectos observados nos repetidos contatos com HM tornam-se objetivos a serem trabalhados nas sessões de Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia, recobrando diferentes temas que se relacionam entre si, de cujo *corpus* recorto um conjunto de dados que passo a apresentar e a analisar.

Dado-achado 1: Este dado se relaciona com a questão da dificuldade de HM tocar as pessoas, o cavalo e se deixar tocar. A relevância desse dado é que o toque é um dos primeiros contatos que estabelecemos com o mundo e com o outro, configurando percepções que posteriormente serão reorganizadas pela linguagem.

1. Após sete meses de acompanhamento, HM montado no cavalo, em posição de volteio, permitiu pela primeira vez que eu o tocasse. Em uma sessão de dezembro de 2013, enquanto eu cantava a música “Dona Aranha” e HM tapava os ouvidos, comecei a tocar sua perna e usando as unhas das mãos, aos poucos, comecei a fazer cócegas em suas pernas, subindo pela sua barriga e pescoço. Inicialmente HM resistiu ao meu toque, procurando tirar minha mão de seu corpo, mas insisti e ele começou a rir, ainda sem olhar para mim. Quando parei de fazer cócegas, ele buscou a minha mão e sem olhar para mim a colocou sobre sua perna, parecia estar pedindo que eu continuasse a brincadeira. E assim o fiz. HM continuou rindo e levando minha mão em sua perna, parecendo pedir mais.

Este dado é relevante porque até então HM não permitia ser tocado, assim como não tocava o animal. Além disso, conforme descrevi antes, tocava a mãe com uma força desmedida, seu abraço, por vezes, a machucava. O trabalho envolvendo o toque incluiu não só levar HM a suportar o meu toque em seu corpo quando montado no cavalo, mas aproximá-lo do cavalo pelo toque. Apesar de HM passar a receber o toque do outro, ele evitou tocar no

animal por aproximadamente um ano e meio: não fazia carinho no cavalo e não lhe dava cenoura, procedimentos terapêuticos comuns da Equoterapia. Quando começou a suportar tocar o pelo do animal, HM só conseguia passar um dedo no corpo do cavalo e, aos poucos, passou a usar a mão toda.

O toque envolve diferentes sensações: intensidade (da pressão sobre a pele), temperatura (frio e calor), dor ou desconforto. É também revestido de valores cultural e social à medida que permite a relação com o outro (cumprimento, abraço) e, ainda, remete a memórias afetivas e a memórias de experiências de mundo.

É Luria (1991) quem ilumina a análise desse processo. Para o autor, a linguagem tem uma relação intrínseca com os sistemas de percepção ou processos de percepção do mundo exterior, dentre estes o tato, pois reorganiza os *processos de percepção* criando novas leis (classificação e generalização de objetos, formas, cores em grupos ou categorias). Tais funções envolvem o funcionamento de todo o cérebro, em uma rede de estruturas e áreas, tecendo relações entre os mais diferentes aprendizados.

Outros autores juntam-se a Luria, como Merleau-Ponty (1999) e Desjardins (2008), para quem o toque físico está relacionado ao sistema tátil e não se trata de uma sensação isolada à medida que, como vimos, as sensações: “[...] podem influenciar-se mutuamente, sendo que o funcionamento de um órgão de sentido pode estimular ou reprimir o funcionamento de outro” (LURIA, 1991, p.15-16). Então, pode-se pensar que a questão não é somente o fato de HM explorar o mundo de uma maneira adversa porque evita o tocar, mas pensar também como essa maneira adversa influencia o seu sistema sensorial como um todo.

E o que isso significa quando pensamos no acompanhamento fonoaudiológico no contexto da Equoterapia? No caso de HM, durante a montaria, a propriocepção, o sistema vestibular e o tato são continuamente estimulados e submetidos à relação com outras sensações. Isso acontece, conforme vimos, devido ao efeito cinestéropico promovido pelo passo do cavalo, mas o que tem que ser avaliado é se isso, por si só, interfere nas questões de linguagem.

2. Em novembro de 2014, como vimos, foi a época em que HM começou a tocar o cavalo quando montado nele. Porém, quando estava no solo seu comportamento era o de evitar se aproximar do animal, bem como se recusar a alimentá-lo. Além disso, por cerca de mais de dois anos após iniciar o acompanhamento, HM demonstrava ter medo do animal, estranhando-o.

Compreendo que uma criança que está no solo e olha para um animal de grande porte como o cavalo, o vê de baixo para cima, visão totalmente diferente de quando está montada nele. Essa dificuldade parece tão marcante para HM que em agosto de 2016 ele ainda se recusa a se aproximar do cavalo para alimentá-lo, e por vezes, demonstra estranhar o animal.

O objetivo de trazer este dado é o de dar visibilidade ao fato de que HM apreende o mundo de uma maneira adversa, pois apesar ter contato contínuo com o animal e observá-lo ao longo do acompanhamento por diferentes ângulos, sua compreensão do cavalo como um todo ainda não se estabilizou.

Dado-achado 2: Recorto neste dado um conjunto de 10 momentos diferentes do acompanhamento fonoaudiológico relacionados à construção da interação entre a fonoaudióloga e HM, bem como o papel do cavalo nessa construção. O motivo de trazer esse número de recortes se deve à preocupação de ilustrar os deslocamentos de HM em seu processo de aquisição de fala e linguagem.

1. HM, nas seis primeiras sessões, assim que descia do carro saía correndo pelo Centro e pegava os gravetos que estivessem pelo chão. Todas as vezes tínhamos que tirá-los de sua mão, explicando-lhe que o cavalo não gostava de gravetos, pois tinha medo de ser machucado. No tempo em que HM estava em montaria eu lhe falava o nome do cavalo, pedia para ele chamar o animal pelo nome “Bob”, explicava-lhe o que o animal comia, etc. Mas ele não mantinha nenhum contato visual comigo, seguia olhando para a frente ou para os lados em silêncio, como se não me ouvisse todas as vezes em que buscava interagir com ele. Ora se mostrava agitado para descer do cavalo, ora sorria parecendo estar feliz em cima do animal.

Este recorte, por um lado, parece elencar situações em que os comportamentos de HM indiciam sua impossibilidade de interagir comigo e, por outro, parece que mantém uma relação mais positiva com o cavalo já que oscila entre descer e permanecer sobre o cavalo, mesmo evitando tocá-lo.

2. Na sessão do dia 27 de junho de 2013, final do segundo mês de acompanhamento, após HM descer do carro e, como sempre fazia, correr para pegar gravetos no chão, sua mãe o pegou pela mão e disse: “Vamos ver o Bob” e HM, em seguida, disse “Bob”, pela primeira vez. Sua mãe relatou que HM gostava muito de assistir ao desenho do “Bob Esponja” e que, provavelmente, associou o nome do cavalo ao daquele personagem.

Além disso, relatou também que HM já reconhecia o caminho que conduzia ao Centro e quando vinha para a Equoterapia, aparentava estar feliz. Ainda assim, ele seguia não reagindo às minhas tentativas de aproximação.

Este recorte traz indícios de que ele não é indiferente às experiências que a Equoterapia lhe propicia (reconhece o caminho do Centro, se mostra feliz) e, ainda, por diferentes caminhos associativos disse o nome “Bob”, enquanto vai em direção ao cavalo, ação que promove uma experiência no corpo de HM. Contudo, não está perdida a diferença contextual envolvida entre uma criança chamar espontaneamente o cavalo “Bob” e dizer o nome “Bob” em seguida ao que disse sua mãe, mas a questão aqui é realçar a experiência de HM, tal qual propõe Merleau-Ponty (1999) para quem a experiência do corpo é um campo criador de sentidos, em que a percepção é definida como acontecimento da corporeidade, de existência, de expressão e de linguagem.

3. Como dito anteriormente, sempre peço e explico à criança para mandar beijo para o cavalo começar a andar. Comando utilizado na equitação e também na Equoterapia. Entretanto, HM nunca respondeu ao meu pedido, permanecendo quieto. No entanto, no final de agosto de 2013, quase três meses após o início do acompanhamento, quando lhe fiz este mesmo pedido, ele o atendeu pela primeira vez.

Considero este acontecimento como indício inicial da interação de HM comigo através do animal, pois HM, incitado pela minha fala, fez o gesto de mandar o beijo para o animal, gesto que desencadeou a ação do animal caminhar. HM se mostrou feliz com isso. As repetições desse acontecimento levaram ao estabelecimento de um laço contratual entre a criança e o cavalo, evidenciando uma demanda de linguagem por parte da criança e uma resposta por parte do animal. É estritamente neste sentido que é possível afirmar que o cavalo passa a ser revestido por HM pela pressuposição de um outro, de um ser de linguagem. Esse acontecimento como um todo recobre diferentes relações de linguagem: minha fala dirigida a HM, mesmo que aparentemente não tivesse sido considerada por ele, foi eficiente para que ele, dentro do laço contratual com o cavalo, se dirigisse ao animal que lhe respondeu. Esse ciclo se completa pela resposta do cavalo que parece instaurar também minha existência para HM, através de minha fala/linguagem.

Esse recorte recupera as experiências vividas por HM nos recortes apresentados anteriormente à medida que pressupõe sobre ele um efeito de *Circularidade*. Nas palavras de Merleau-Ponty (1999), um efeito que se fecha em torno do sensório e do motor em que um incide sobre o outro, pressupondo a cognição que depende da experiência que acontece na

ação corporal. Neste sentido, é possível recuperar, por exemplo, que o ato de mandar beijo faz sentido para HM como vivido, algo que se origina em seu corpo e tem efeito no corpo do cavalo. Desse ponto de vista, diferentes acontecimentos advindos de diferentes sentidos – escutar minha fala, acionar o gesto motor do beijo, perceber a resposta do cavalo, estar sob efeito da função cinesioterápica – parecem de fato favorecer a comunicação entre diferentes sentidos no efeito de *Reversibilidade*, que alcança a relação entre os processos corporais e os estados neuronais (organismo e meio), entre corpo e mente, tal como vimos em Luria, Merleau-Ponty e Desjardins.

4. HM começou, então, a interagir comigo, mas essa interação tem características próprias: escassas, muito rápidas, marcadas por pouquíssimos olhares fugazes ou pelo sorriso. Trata-se, portanto, de uma determinada interação que eu olhava como crescente.

Então, buscando ampliar esta interação, especialmente pela manutenção do olhar de HM, comecei a fazer com o cavalo o volteio terapêutico. O procedimento do volteio envolveu manter o cavalo parado e explicar a HM que iria ajudá-lo a ficar sentado de lado no animal, mas de frente para mim. Assim, segurei em sua perna e o ajudei a se virar. HM aceitou, mas quando percebeu a mudança de posição de seu corpo, segurou-se na alça do cilhão para descer do cavalo. Voltei a lhe explicar que Bob iria andar devagar e que eu estaria ali para ajudá-lo. Quando o cavalo começou a andar, HM sorriu, aparentando gostar da nova sensação que experimentava naquele instante. HM não resistiu mais nenhuma vez em montar o cavalo no estilo volteio, parecendo inseguro no início, mas sorrindo quando o cavalo entrava em movimento. No entanto, isso não interferiu na interação comigo nem mesmo em nossos contatos visuais.

Esse recorte, como os anteriores, mostra que o tempo todo me dirijo a HM como um interlocutor e a interação que experimentamos me sinalizou que ele estava mais atento ao que vinha de mim. Isso me fez pensar que facilitando o contato visual, já que em montaria a criança me olha de cima e de lado, nossas possibilidades de interação visual estariam mais atentas para ele.

Mais uma vez recorro a Merleau-Ponty (1999) para quem a intencionalidade do movimento do corpo, na fala, no movimento do olhar, por exemplo, acompanha nosso acordo perceptivo com o mundo, criando novas possibilidades de interpretação de diferentes situações existenciais, ou seja, passa pela possibilidade de compreender uma noção de corpo que se manifesta entre a intenção e a efetuação. Vygotsky (2004) reitera essa ideia afirmando que, especialmente nas crianças, o organismo precisa se colocar em uma devida posição para

a atividade a ser desenvolvida, e esse ajuste corporal é movido pela motivação e expectativa do que poderá vir a acontecer.

De fato, mudar a posição do corpo de HM visando ajustar seu campo visual em relação a mim não poderia possibilitar o que também é da ordem do corpo, mas que passa pela intenção, pela motivação, pela expectativa em relação ao outro, o que é uma grande questão para HM.

5. Em abril de 2014, um ano e um mês após o início do acompanhamento, HM começou a repetir a minha fala. Em uma sessão, assim que ele montou, em posição de volteio, pedi para ele mandar beijo para o Bob andar: “Manda beijo pro Bob HM”, ele repetiu: “Beijo Bob” e, em seguida, fez o gesto do beijo. Durante a montaria eu lhe perguntei: “Como foi a semana HM?”. E HM repetiu a frase toda. Quando andamos perto dos cavalos, eu dizia “Oi” para os animais: “Oi Blanc”; “Oi Xampu”. HM repetia as mesmas palavras, mas sem olhar para os animais.

Chamo a atenção para esse dado, pois apesar de HM repetir a minha fala e não responder às minhas perguntas, ele estava nesse momento ouvindo o que eu falava e de alguma maneira, prestava atenção em mim.

De Lemos (2001) explica que a passagem de *infans*⁷³ para sujeito falante acontece em um percurso com uma estrutura que inclui a língua, o outro (adulto/mãe) e a própria criança. Neste percurso, a criança é capturada pelo funcionamento da língua ao mesmo tempo em que a língua é significada. A criança, entretanto, pode ocupar três posições neste percurso, sendo que: na 1ª - há dominância da fala do outro; na 2ª - há dominância do funcionamento da língua; na 3ª - há dominância do sujeito com a sua própria fala.

Este dado parece indicar que HM pode vir a ocupar a primeira posição, ou seja, alienar-se à fala do outro.

6. Em outubro de 2014, comecei a cantar a música “Fui morar numa casinha”. HM tem o DVD da Galinha Pintadinha e gosta muito deste tipo de música. Eu cantava a música, mas sem completar as frases da letra original. O intuito dessa atividade era levá-lo a completar as frases para que cantássemos juntos. Depois de insistir por pelo menos três vezes, HM montado em posição de volteio, começou a falar palavras que mesmo pouco inteligíveis,

⁷³ Segundo Castro (2005), a palavra “infância” vem do latim *infantia,ae* que significa: não falar, infância, o que é novo, novidade. Já a palavra *infans,antis*, também do latim, significa: que não fala, criança. Disponível em: <http://www.comciencia.br/reportagens/2005/12/09.shtml>. Acesso: 20/05/2016.

podiam ser reconhecidos, pois pareciam ter a mesma estrutura, ritmo e entonação da letra e música originais.

Este dado mostra o trabalho linguístico de HM com os aspectos tonacionais das palavras, pois visivelmente ele prolongava sons para adequar sua fala às estruturas sonoras das palavras na música.

7. Em novembro de 2014, durante a montaria, em posição de volteio, HM começa a dizer constantemente a fala de personagens de desenhos animados. Devido ao fato de ele assistir com frequência o desenho do “Bob Esponja”, cenas deste programa ganhou espaço em nossos encontros. Eu não entendia tudo o que ele falava, mas reconhecia que dizia nomes dos personagens do referido desenho: “Segmento ininteligível (s.i.)... Patik”; “S.i. ... Siguejo”; “S.i. ... ua Mouco”⁷⁴.

O dado mostra que mesmo em uma cena que parece ser de repetição da fala de personagens, HM trabalha com questões linguísticas relativas a sons preenchedores que precediam os nomes dos personagens. Entretanto, neste momento, não é possível afirmar se ele dizia mais palavras que por eu não conhecer não consegui atribuir sentido. Também parece ser um indício de uma intertextualidade.

8. Em janeiro de 2015, durante a montaria, em posição de volteio, HM começou a repetir a fala de algum desenho animado que eu não reconhecia. Em um dado momento, entendi que ele disse “Manga” ao mesmo tempo em que fazia um movimento de pinça com os dedos das mãos como se fosse colocar algo na boca para comer.

Tentei entrar na brincadeira dizendo: “O que você vai comer, uma manga? Dá uma aqui!”. Em seguida, peguei os dedos da mão de HM, fingindo que iria pegar a fruta de sua mão, colocar na minha boca e mastigar. HM rapidamente começou rir e, olhando pra mim, repetiu o mesmo gesto de que estaria comendo algo. Novamente eu disse: “É uma manga? Dá aqui uma pra mim!”, repetindo aqueles gestos. HM começou a gargalhar enquanto permanecia me olhando. Esta brincadeira se prolongou por pelo menos dez minutos. Entretanto, me cansei e me recusei a continuar a brincadeira. Passei a não dar atenção aos movimentos que ele fazia de continuar fingindo que pegava uma fruta para comer, mas HM em cima do cavalo, pegava minha mão levando-a até a sua, insistindo para eu brincar com ele.

⁷⁴ Patrick, Sirigueijo e Lula Molusco são personagens do desenho “Bob Esponja”.

Na semana seguinte, HM quis retomar a mesma brincadeira, mas desta vez sua preferência é pela fruta “moango” (morango)⁷⁵, demonstrando ter se lembrado da brincadeira e, antes que eu fizesse os mesmos gestos realizados anteriormente começou a rir.

Considero esse dado muito importante em diferentes aspectos: (i) HM, que já havia decorado as falas e gestos de um desenho animado, consegue se distanciar desta cena e entrar em um jogo simbólico compartilhado com seu interlocutor; (ii) HM se mostra capaz de se colocar em posição para a atividade a ser desenvolvida movido pela motivação e expectativa do que poderá vir a acontecer (VYGOTSKY, 2004); (iii) o cavalo, neste dado, perde a importância central que até então vinha mantendo, pois HM confere a mim o papel de sua interlocutora, sem que isso passe pela presença do cavalo. Entretanto, o cavalo continua sendo importante à medida que contém a agitação de HM, possibilitando-lhe focar a atenção; (iv) todos estes acontecimentos interferem no funcionamento neurodinâmico cerebral de HM, assim como possivelmente rearranja suas percepções e sua memória em função do vivido e de seus processos cognitivos (WALLON, 1995, 2008).

9. Ainda em janeiro de 2015, estando HM montado em posição de volteio, eu andava ao seu lado sem olhar para ele. Neste momento, HM segurou o meu rosto voltando-o em sua direção, e sorriu para mim.

Esse dado mostra que HM me considera de fato sua interlocutora dando visibilidade à relação de confiança que passou a existir entre nós, o que Vygotsky (2004) assinala como provocador de aprendizado e de desenvolvimento. Desde esse período, observo que a qualidade de interação entre nós também se modificou. Trago, como exemplo desse deslocamento, os seguintes fatos: (i) Em março de 2015, havia muitos cavalos na pista, e como eu já havia feito outras vezes, perguntei para HM quantos cavalos brancos tinham ali, ao que ele me respondeu acertadamente: “dois”; (ii) em agosto de 2015, a mãe de HM me relatou que quando ele sente vontade de ir à Equoterapia diz “Sadade Paoma” (Saudade Paloma), ou ainda “Casinha Paoma” (Casinha Paloma), se referindo ao Centro; (iii) em outubro de 2015, HM ficou muitas semanas sem ir à Equoterapia devido a problemas de saúde e quando retornou sorriu ao me ver. Durante a montaria eu disse a ele: “Que saudades eu estava de você, HM! Por que você faltou tanto? Você estava doente?”. HM colocou a sua mão na barriga. Continuei dizendo: “Ah, você estava com dor de barriga... e sua avó, por que não veio hoje?”. Ele respondeu: “keche” (creche)⁷⁶.

⁷⁵ Não me ocuparei nesta pesquisa de analisar a aquisição fonética e fonológica dos sujeitos acompanhados.

⁷⁶ Sua avó trabalha em uma creche municipal da cidade em que moram e, neste dia, estava trabalhando.

Ressalto, ainda, que além deste dado, nos dados anteriores, de números 3 e 8, HM faz uso de gestos com significado. Para Wallon (1995, 2008), no desenvolvimento infantil, o que permite a eficiência do gesto é a eliminação dos gestos inúteis ou sincinesias, tornando-os próprios de atitudes e de posturas sociais interiorizadas e incorporadas pela criança na interação com o adulto. Para o autor, tal acontecimento faz parte do percurso que recobre a possibilidade de a criança dar significado ao símbolo e ao signo, passar a encontrar para um objeto sua representação e para sua representação um signo. É nesse sentido que o gesto precede a palavra que na linguagem está representado e duplicado.

10. HM, desde o início do ano de 2016, está falando espontaneamente com mais frequência embora a repetição da fala de personagens ainda esteja presente e, algumas vezes, não responde às minhas perguntas.

Em agosto de 2016, HM estava montado no cavalo em posição clássica. O cavalo estava parado e eu pedi a ele que se deitasse sobre o animal. Meu objetivo, com isso, era o de levar HM a experimentar novas percepções originadas do contato do seu corpo todo com o corpo do animal. HM pareceu ficar contrariado com a proposta, repetindo “Não!” várias vezes. Diante de minha insistência, ele disse “Chega Paoma!”. Em seguida o cavalo começou a andar e eu seguia ao seu lado, entretanto HM ainda se mostrava contrariado e passou a dizer “Chega Bob Esponja!”, na mesma entonação que usou comigo.

Temple Grandin, no encontro com Oliver Sacks, que deu origem aos livros “Um antropólogo em Marte”⁷⁷ e “Thinking in Pictures”⁷⁸, relata que apreende o mundo eminentemente pela visão. Temple conta que assistia a filmes com o objetivo de memorizar e fazer associações sobre o comportamento social das pessoas, bem como “armazenar” conotações, expressões, determinados comentários que mantêm uma conversa e até melhorar a manutenção do contato visual com os seus interlocutores. Diante do dado apresentado acima não tive como não aproximar a vivência de Grandin com a de HM. Observo que a repetição da fala dos personagens de desenho animado feitas por HM carregam também um lugar de exercício linguístico quando ele as retira do contexto da televisão e as emprega socialmente em sua vida.

Assim, este dado dá visibilidade à transição que HM faz entre a repetição da fala de um personagem e a apropriação dessa fala em seu cotidiano, o que caracteriza a intertextualidade, que alimenta a todos nós.

⁷⁷ Vide as referências bibliográficas.

⁷⁸ A primeira publicação do livro “Thinking in pictures” de Temple Grandin data de 1985.

Apresentei dados que retratam as questões perceptivas de HM, relacionando-as aos processos de aquisição de linguagem e de rearranjos neurofuncionais. Apresentei também os deslocamentos linguísticos de HM no percurso desse processo. Preocupei-me ainda, em demonstrar, no percurso de HM, os deslocamentos do papel do cavalo na tríade – Fonoaudióloga, HM, Cavalo - , cuja polaridade esteve ora mais marcada no cavalo (dados 1, 2 e 4), ora na fonoaudióloga (dados 3, 5, 6 e 7), ora em HM (8, 9 e 10). Essas referências, entretanto, apenas remetem à polaridade, em uma tríade em funcionamento contínuo de difícil delimitação.

5.2.2. GN

GN, sexo masculino, nasceu no dia 16/11/2006, prematuro de 34 semanas de gestação. É filho único e primeiro neto dos avós maternos e paternos. Apresentou atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor, motivo pelo qual foi acompanhado por uma fisioterapeuta entre 10 meses e 1a10m de idade, quando começou a andar. Aos 2 anos iniciou acompanhamento fonoaudiológico em clínica particular. Segundo sua mãe, ele começou a falar em torno de 4 anos de idade.

GN recebeu o diagnóstico de TEA aos 5 anos de idade. Colaborou para isso o fato de ele se apresentar com atraso na aquisição de linguagem; fala repetitiva; não dirigir o olhar para o interlocutor; não explorar brincadeiras; ter dificuldade para se relacionar socialmente com outras crianças e demonstrar necessidade de seguir rotina na vida diária. GN está em acompanhamento com psiquiatra e neurologista Infantil, fazendo uso de fármaco psiquiátrico desde o quarto ano de vida para melhorar a atenção e diminuir seu quadro de ansiedade. GN segue três acompanhamentos terapêuticos: Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Equoterapia. Ele é acompanhado por duas terapeutas ocupacionais, sendo que uma o atende na clínica e outra vai à sua casa uma vez por semana, com o objetivo de ajudá-lo a realizar as atividades de vida diária.

GN iniciou os atendimentos em Equoterapia em junho de 2013, aos 6a7m. Frequentemente, é sua mãe quem o leva até o Centro, ocasionalmente seu pai também o acompanha. Em nosso primeiro encontro, observei que GN é muito falante e observa tudo a sua volta. Entretanto, ele não conta coisas sobre o vivido, mas faz perguntas sobre o que vê, porém, as perguntas se repetem. Observei ainda que ele apresenta na fala as imprecisões fonéticas nos grupos consonantais seguidos de /r/ e /l/.

GN é um menino muito magro e apresenta uma postura cifótica⁷⁹. Sua marcha é prejudicada pelo movimento anteroposterior de pés que não realiza, o que dificulta que corra. Segundo sua mãe, ele melhorou a marcha e começou a correr depois de iniciar o acompanhamento em Equoterapia. Ele apresenta também estrabismo, embora sua visão seja normal. Talvez isso interfira no fato de ele inclinar permanentemente a cabeça e o pescoço em torno de 30 graus para o lado esquerdo, mesmo podendo manter a cabeça e o pescoço retos.

Os pais, no início do acompanhamento de GN, descreveram a rotina de vida diária da criança da seguinte maneira: em casa, apesar de ter muitos brinquedos, GN não brinca com nada específico, pois não consegue manter a atenção. Fica andando pela casa, aparentemente sem nenhum objetivo e fazendo perguntas repetidas aos pais. O maior interesse dele é pela cachorra da família: insiste em jogar bola para ela pegar; fica bravo quando ela não se mostra interessada; quer levá-la para passear; faz carinho nela. Nos finais de semana, a família costuma ir com a cachorra a uma praça próximo de sua casa, onde tem um parque infantil, um quiosque de petisco e uma feira de artesanato. Neste lugar, há grande movimento de adultos e crianças, mas GN se interessa apenas pelos animais presentes no local. Ele não brinca com as outras crianças e não se interessa pelo parque. O mesmo acontece quando seu pai o leva para brincar na quadra poliesportiva do condomínio em que moram.

Um dos interesses dos pais em relação ao acompanhamento em Equoterapia está relacionado às questões pedagógicas do filho. GN apresenta dificuldade na escola, pois não consegue aprender números e nem letras. Os pais mudaram a criança de escola pelo menos três vezes, sem nenhum sucesso nas questões sociais e de aprendizagem.

5.2.2.1. GN no Centro de Equoterapia e análise de dados.

Em seu primeiro dia na Equoterapia (13/06/2013), assim que chegou de carro com sua mãe e estando ainda dentro do veículo, começou a gritar por mim me chamando de “Moça!”. Sua mãe soltou seu cinto de segurança e rapidamente ele desceu do carro, nesse momento eu já estava próxima deles. Quando me viu, não fez contato visual, olhava para os animais que estavam mais distantes de nós e começou a perguntar sobre os cavalos. Enquanto perguntava saiu andando rapidamente em direção aos animais. Segurei GN e lhe disse que

⁷⁹ A postura cifótica é o aumento da curvatura posterior da coluna na região torácica.

nenhuma criança deve andar sozinha quando estiver próxima ao cavalo, pois precisa estar sempre acompanhada e de mãos dadas com um adulto. Então, ele me atendeu. Percebi que quando o peguei pela mão, ele não fez apreensão da minha mão deixando sua mão solta na minha. Isso acontece até os dias de hoje.

GN estava muito agitado e ansioso para conhecer o cavalo e parecia querer montá-lo o mais rápido possível. Então, apresentei o cavalo a ele e perguntei se queria acariciá-lo, pois são animais que gostam muito de carinho. Ele encostou levemente sua mão sobre o cavalo e logo parou, não manteve o olhar no animal por muito tempo. Olhava tudo ao seu redor, perguntando os nomes dos cachorros e das pessoas que estavam ali. Em seguida, nos direcionamos à rampa onde as crianças costumam montar, pedi que colocasse o capacete e sem qualquer resistência ele me atendeu. Depois, rapidamente, montou no cavalo com a minha ajuda. Pedi que mandasse um beijo para o animal começar a andar e, assim o fez.

Nesse instante GN sorriu, mas se manteve o tempo todo com as mãos na alça do cilhão, como se sentisse inseguro com o movimento e a altura do animal. Durante a montaria, perguntava sobre os cachorros: “O cachorro é bonzinho?”; “Ele é bravo?”; “Ele come ração?”. Porém se as perguntas pareciam cabíveis, logo se repetiam mesmo que respondidas. Para romper este ciclo, chamei sua atenção para as galinhas que estavam na pista, próximas de nós. Perguntei-lhe o que elas estavam fazendo, ele não respondeu e voltou a fazer as mesmas perguntas anteriores. Permaneceu por cerca de 30 minutos no cavalo e, quando desceu do animal, fomos até o carro de sua mãe, mas ele resistiu porque queria ficar mais tempo ali.

A partir das informações acima, podemos observar que GN: fazia perguntas repetidas sobre o que tem interesse, independentemente de eu tê-las respondido; não respondia quando questionado; não mantinha o foco em algo específico; aparentemente prestava pouca atenção em mim, sua interlocutora. Interpretei a repetição de suas perguntas como uma busca pela interlocução, entretanto, percebi sua dificuldade de se relacionar socialmente. Seu corpo também apresenta particularidades: seu modo de olhar para o mundo (com a postura de cabeça diferente do habitual); sua falta de força para a apreensão de minha mão; sua maneira de andar. Tais aspectos se tornaram objetivos trabalhados sob a Fonoaudiologia no contexto da Equoterapia.

Dado-achado 1: Este dado se relaciona com as questões de corpo de GN. A relevância desse dado é que a prática de Equoterapia interfere na posição e postura de corpo do praticante.

Ao longo do acompanhamento longitudinal no contexto da Equoterapia é possível

analisar algumas mudanças em relação ao corpo de GN. Como disse anteriormente, observei que quando em solo segurei sua mão e ele não fez preensão da minha. Também quando em solo faz a escovação do animal, segura a escova nas mãos com pouca força, deixando-a, por vezes, cair. No entanto, durante a montaria, segurava com força a alça do cilhão e o mesmo acontece com a rédea para guiar o cavalo.

Outro fato interessante é que durante a montaria sua postura corporal muda: sua cabeça permanece ereta; a cifose diminui significativamente; o quadril fica em posição correta (flexão, abdução e leve rotação); a linha de seu pé fica em posição adequada, ou seja, paralela ao cavalo, com o calcanhar ligeiramente mais baixo que a ponta do pé (mesmo quando seu pé está fora do estribo).

Como explicado anteriormente, de acordo com o esquema de Brodie, o crânio, a mandíbula, os ossos hioides, a coluna vertebral e a escapular se unem através de cadeias musculares que estão em relação indireta com a região pélvica. Portanto, quando o praticante se situa no centro de gravidade do cavalo, o animal propaga a função cinesioterápica e, involuntariamente, o praticante recebe as informações proprioceptivas advindas do cavalo que chegam primeiramente na região pélvica (CIRILLO, 1999). Logo, durante a montaria, o praticante está corrigindo continuamente sua postura através dos sistemas proprioceptivo, vestibular e sensorio-motor, acarretando melhora postural e força muscular global.

Portanto, a montaria promove uma mudança de tônus e um aumento de força muscular, possibilitando que GN segure a rédea e a alça do cilhão de uma maneira diferente de quando segura algo em solo. O mesmo se dá com sua postura corporal que se reorganiza durante a montaria, melhorando sua posição de cabeça, sua marcha, permitindo que ele desenvolvesse a habilidade de correr, o que estava impedido. É importante ressaltar que todas essas mudanças não eram queixas da família, mas tais benefícios foram reconhecidos pelos pais. Este dado mostra que mesmo que o trabalho fonoaudiológico no contexto da Equoterapia seja dirigido à linguagem, tal prática demanda do fonoaudiólogo uma visão global de corpo quanto aos seus aspectos posturais e globais. Além disso, a reorganização corporal e neurofuncional interferiu em sua atitude de atenção e de linguagem, conforme veremos nos próximos dados.

Dado-achado 2: Os dados que apresentarei focalizarão especialmente a questão do discurso, do sistema sensorial e de atenção na constituição de GN como um sujeito pragmático. Para isso, recortei três momentos para dar visibilidade aos deslocamentos de GN neste percurso.

1. Durante o acompanhamento fonoaudiológico, as perguntas de GN se repetiam: “Você tem cachorro? Ele é bravo? Ele cuida da casa?”. A repetição ocorria apesar de minhas intervenções para que ampliasse seus recursos discursivos para fatos vividos por ele. Em setembro de 2013, três meses após o início do acompanhamento, estando GN montado em posição clássica e observando as galinhas, comecei a lhe contar sobre o comportamento das mesmas: porque andavam de um lado para outro; porque ciscavam; o que comiam; etc. Assim que parei de falar, GN perguntou: “A galinha come formiga?”; “O filhinho da galinha é o pintinho?”; “A mamãe dos pintinhos não deixam a gente chegar perto?”; “A galinha é bava?”. Todas estas perguntas foram feitas a partir do que eu havia lhe explicado sobre o animal. No entanto, se eu fizesse perguntas sobre temas diferentes, por exemplo: “GN, como foi seu final de semana?” ao invés de me responder, voltava a fazer as mesmas perguntas anteriores sobre o cachorro. Incomodada com esse discurso e buscando ampliar seus recursos discursivos, comecei a regularizar as situações envolvidas na cena de Equoterapia propondo sequências de acontecimentos em solo: pegar o cavalo no pasto, colocar seu cabresto, levar sozinho o animal para a baia. Ou então variava essa sequência com outra que envolvia: escovar e limpar o animal, colocar as mantas, apertar a barrigueira, levar o animal até a rampa e, finalmente, montar sobre ele.

Esse trabalho em solo deu efeitos no repertório linguístico de GN, quando montado, pois começou a fazer perguntas diferentes sobre o animal, por exemplo, “O que o Bob está fazendo?”; “Onde está o Diamante⁸⁰?”. Porém, as perguntas anteriores sobre o cachorro se mantinham majoritariamente. Por outro lado, simultaneamente, começou a responder a perguntas simples que eu fazia a ele: “Qual é o nome de sua cachorra?”. Ele respondia e imediatamente voltava às perguntas anteriores. Além disso, observei que algumas de suas perguntas passaram a ser acompanhada da partícula “né”, por exemplo: “Paloma, a Mel (cachorra do Centro) quer entrar na casa da Karina (esposa do dono do Centro), né?”. Analiso essa mudança como um exercício de linguagem por parte de GN, pois a partícula “né”, nesta condição, pode ser vista como trabalho linguístico, uma pergunta retórica para manter o vínculo com o interlocutor, tratando-se, segundo Jakobson (1960), da função fática.

GN mantinha um vínculo afetivo com o cavalo, levando cenouras para alimentá-lo e, segundo sua mãe, quando iam a lojas de produtos de animais queria comprar apetrechos para o cavalo, como cabresto. Analiso neste dado os seguintes aspetos: (i) GN mantém um

⁸⁰ Diamante é outro cavalo que também fica no Centro.

laço afetivo com o animal; (ii) aparentemente, GN se comporta de maneira diferente quando está em solo e quando está montado. No primeiro caso, sua atenção é dispersa e suas perguntas mais repetitivas, enquanto que quando montado, focaliza melhor a atenção em relação ao que lhe falo; (iii) o discurso social de GN se mostra deslocado, pois o conhecimento que o interlocutor lhe dá, volta para este mesmo interlocutor em forma de perguntas; (iv) apesar de as perguntas feitas serem coladas, quase sempre, no que ele vê no momento de sua formulação, observo um deslocamento na qualidade de interação de GN quando começou a fazer uso da partícula “né”.

2. Em 21 de outubro de 2014, sua tia que mora em outra cidade, foi com ele ao Centro para vê-lo montar. Nesse dia, ele estava mais agitado, porém percebi que fazia tudo corretamente, sem desviar o foco, como se quisesse mostrar a ela o que sabia fazer e, além disso, fez poucas perguntas repetidas. Isso me surpreendeu positivamente. No encontro seguinte, devido minha surpresa ao ver sua mudança na presença da tia, quando começou a me fazer as mesmas perguntas, o questionei sobre o porquê de ele sempre perguntar sobre o que já sabia. GN ficou quieto. Continuei dizendo a ele que era entediante responder sempre as mesmas perguntas, afinal ninguém gostava de ficar falando sempre as mesmas coisas, nem eu, nem sua mãe, nem seu pai, nem sua avó. Ele continuou quieto. Eu disse que a partir de então, não queria mais responder perguntas cujas respostas ele sabia. Em seguida, fez-me as seguintes perguntas: “É chato responder sempre as mesmas perguntas?”, “Minha avó não gosta?”. Eu lhe disse: “Você já sabe a resposta” ao que ele respondeu: “Sim”. Novamente lhe perguntei: “Qual é a resposta, GN?”. Ele respondeu: “Minha avó não gosta!”. Diante disso, lhe disse: “Você já sabe a resposta, então não vou responder!”. GN ficou em silêncio durante uns cinco minutos, perguntando-me novamente algo que sempre perguntava ao que lhe respondi: “Você já sabe a resposta, não vou responder!”. Ele ficou quieto de novo. Depois me perguntou: “Você gosta de ir no shopping?”. Minha intervenção foi essencial para o início da mudança de GN, pois ele passou a se controlar mais para fazer as mesmas perguntas, passando a me considerar como sua interlocutora, desviando sua atenção do cavalo e dos animais envolta para a minha vida. Contudo as perguntas antigas ainda retornam, porém com menos frequência e são sinalizadas por mim como inconvenientes.

A mudança que minha intervenção provocou em GN foi decisiva para a inclusão gradativa em sua fala de outros temas não presentes no contexto da Equoterapia. Em maio de 2015, essa mudança ficou mais sistematizada, ainda que por vezes as perguntas antigas retornavam. Assim, fiquei mais próxima de alguns acontecimentos pontuais da vida dele e ele

da minha. Com isso, o vínculo que antes GN mantinha prioritariamente com o cavalo, estendeu-se também a mim. Desse modo, no lugar de comprar cenouras e presentes para o cavalo, passou a me chamar carinhosamente de “Palominha” e a me trazer coisas. Em 2016, algumas vezes, GN se apresenta me contando espontaneamente sobre fatos de sua vida que estão acontecendo ou que acabou de acontecer, por exemplo: “Paloma minha avó fez uma bandana para a minha cachorra Polly” ou “Paloma vou viajar para Foz do Iguaçu”. É relevante a seguinte observação: quando seu interlocutor lhe conta alguma coisa, parece que ele se apropria dessas informações e quando revê este mesmo interlocutor, passa a fazer perguntas sobre o que este lhe havia contado. Ele revela, assim, uma ótima memória para aquilo que lhe contam e não costuma confundir os fatos que ouve e a pessoa que lhe contou. Por exemplo, um dia, a auxiliar guia durante o acompanhamento de GN lhe contou que sua cachorra estava velha e doente, cerca de um ano depois, quando a reviu lhe perguntou sobre a cachorra, se estava velha e doente. Outra informação importante é a de que sempre que GN conhece alguém, as perguntas que faz são sempre as mesmas: “Você tem cachorro? Ele é bravo?”. Em paralelo a essas perguntas e as condições em que são formuladas, ele passou a apresentar um novo conjunto de perguntas para pessoas conhecidas: “Posso mexer no seu cabelo? O cabelo é meu?”. Observo também que nos últimos meses GN tem se mostrado agressivo com sua mãe.

A análise desses aspectos revela que, aparentemente, GN tem duas entradas na sua relação com o outro: a partir de um repertório linguístico fixo pergunta ao seu interlocutor sobre algo que gosta (cachorro), ou faz perguntas ao seu interlocutor sobre o que este lhe contou. Em meio a isso, GN vai significando o mundo a sua volta, ora surpreende por conhecimentos que não se imagina que ele possa ter, ora prende seu interlocutor em uma rede de significados de um ciclo que não se rompe. Não se pode perder de vista que suas perguntas dirigidas às mais variadas pessoas impõem sua intenção de interagir e, ainda, de se manter em uma dada interlocução. Se o aspecto discursivo da linguagem decorre de regras que regulam as interações sociais e que surgem na prática com a linguagem (situação dialógica, práticas discursivas), em que o sujeito produz sentido e interpreta o mundo, então de que lugar GN fala? Aparentemente GN se mantém mais no aqui e no agora, sendo que as memórias que traz da fala de outrem parecem congeladas no momento em que foram ditas, não possibilitando, por vezes, que GN se filie a uma dada formação discursiva. Falta a GN se assumir como *fonte absoluta de suas experiências* (MERLEAU-PONTY, 1999, p. 3), o que só pode se dar pela linguagem como um *processo criador em que organizamos e informamos as nossas experiências* (FRANCHI, 1977, p. 9). Portanto, tal como descrevemos anteriormente, *falar*

com um outro que fala (BENVENISTE, 1966) alcança diferentes sistemas linguísticos que remetem a níveis de funcionamento fonético-fonológico, sintático-semântico e pragmático. Para GN, sua dificuldade está em se constituir como um sujeito pragmático, isto é, falante de uma língua natural que partilha uma série de pressupostos com os demais sujeitos que compõem uma comunidade linguístico-discursiva (MAINGUENEAU, 1989). Contudo, é nesse caminho adverso que GN vem se constituindo e ampliando seus recursos discursivos.

3. No início de 2015, a mãe de GN relatou a dificuldade que a escola e a psicopedagoga que o acompanhava na época tinham de trabalhar com GN nos processos de escrita. Pensando nisso, propus para a família que tirássemos fotos do Centro, dos animais e dos equipamentos de montaria para que eu, junto de GN, montasse um álbum de fotos com legendas. Para isso, GN ficava montado no cavalo parado. GN era extremamente resistente no trabalho com a escrita, desviava o olhar, não segurava na caneta, mal olhava para as fotos. Quando eu ficava brava, ele passava a mão carinhosamente em meu cabelo e perguntava: “Você está brava comigo? Desculpa Paloma”. Outras vezes dizia: “Você é bonita Paloma”. A proposta com a escrita não deu certo, também porque GN se apresenta com muita dificuldade para selecionar ao que deve ser atento. Esta é uma queixa dos pais e uma observação minha desde os nossos primeiros encontros. Comecei, então, a ensiná-lo a lidar com a rédea no cavalo, o que exigiu dele atenção, concentração e memória para manter as rédeas na mão corretamente, para fazer os movimentos corretos para que o cavalo respondesse adequadamente. Relembro que anteriormente escrevi que GN mantém melhor sua atenção quando montado do que quando está em solo. Enquanto está montado e com as rédeas na mão, ele sabe que deve se manter atento aos meus comandos (meia-volta, círculo, alto⁸¹) e realizá-los corretamente, pois está guiando um animal de grande porte e de difícil manejo. Diante dos comandos, GN se lembra corretamente de como realizá-los e se mantém concentrado a maior parte do tempo, colabora para isso sua reorganização postural e neurofuncional, conforme vimos no dado¹. Analiso essa mudança a partir dos postulados de Vygotsky para quem a atenção é

“[...] um tipo de atividade através da qual conseguimos desmembrar a complexa composição das impressões que nos chegam de fora, discriminar no fluxo a parte mais importante, concentrar nela toda a força de nossa

⁸¹ Para realizar uma meia-volta, o cavaleiro ou praticante descreve um semicírculo e depois obliquamente retoma à pista na mão oposta a que seguia anteriormente. Já o Alto é o comando de parar o cavalo em movimento. Por fim, no círculo o cavaleiro ou praticante deve fazer um círculo e retomar a pista no ponto em que a havia deixado.

natureza ativa e com isso facilitar a penetração na consciência” (VYGOTSKY, 2004, p. 149).

Ainda para o autor, do ponto de vista motor, a atenção é caracterizada por movimentos adaptativos dos órgãos internos e externos e pela inibição de toda a atividade restante do organismo. Preparando-o para um comportamento futuro e, nesse sentido, a atenção deve ser entendida como um sistema de reações de atitude, trata-se de reações que reajustam o corpo na posição e no estado adequado para a atividade a ser desenvolvida. Continuando os estudos de Vygotsky, Luria (1991), conforme mencionado antes, considera que a linguagem reorganiza os processos de percepção do mundo exterior, muda os processos de atenção e de memória do homem. Assim, o cavalo, juntamente com a minha intervenção dirigida pela linguagem, vem interferindo positivamente para que GN se mantenha mais atento, contribuindo para que isso se mantenha em outros ambientes além da Equoterapia.

Finalizando a análise dos dados do sujeito GN, a intervenção incidiu sobre minha relação com ele, pela linguagem, na exorbitância da repetição, ou seja, quando ela atravessa a fronteira da patologia. Devolver para ele a falta de sentido da repetição de suas perguntas foi uma abertura de caminho para que se torne um sujeito pragmático. Outro aspecto importante a salientar é que, como vimos, GN mantém um vínculo afetivo com o cavalo e, contrariando novamente os pressupostos teóricos da Equoterapia, comprova-se que o vínculo com o animal, por si só, não possibilita o desenvolvimento de linguagem, pois seus aspectos discursivos dependem da relação com o outro e com o mundo. Reitero, neste caso, a importância do cavalo como ponte para a vivência do jogo da linguagem.

5.2.3. RP

RP, sexo masculino, nasceu no dia 30/09/2006, ele é filho único e neto único de seus avós maternos e paternos. Seu desenvolvimento neuropsicomotor foi normal em relação aos aspectos motores, mas não falava. Segundo sua mãe, RP é fruto de uma gestação não desejada e, após seu nascimento, ela apresentou um quadro de depressão pós-parto. Ela conta também que nem ela e nem o pai de RP não interagiam muito com ele desde que nasceu. A família morava no interior do estado de São Paulo, onde os pais tinham uma empresa que não deu certo, motivo pelo qual se mudaram para Campinas em fevereiro de 2013. Os pais relataram que na mesma época decidiram se separar e que a relação deles com o filho

melhorou, pois cada um passou a dar mais atenção a ele. RP recebeu o diagnóstico de TEA de um neurologista infantil quando contava com 2 anos de idade. Por ocasião do diagnóstico, sua mãe percebia que ele não falava, andava nas pontas dos pés e realizava movimentos “estranhos” com as mãos.

Estando já em Campinas, RP frequentava uma escola particular, além de terapia fonoaudiológica e psicológica em uma clínica particular. Em agosto de 2013, a família conseguiu uma vaga para RP frequentar uma associação pública especializada em atendimento de crianças com TEA/Autismo Infantil. Na referida associação, RP seguia três acompanhamentos terapêuticos: Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia.

O acompanhamento fonoaudiológico em Equoterapia teve início em abril de 2013, quando ele contava com 7a7m de idade, sendo finalizado em novembro de 2014, perfazendo um período de 19 meses. O motivo da interrupção foi a mudança de sua mãe para uma cidade do estado de Piauí, quando RP passou para a guarda legal do pai, que acabou por não mantê-lo em acompanhamento. A frequência de RP era bastante irregular, com muitas faltas e sua mãe tinha dificuldade para ir de carro ao Centro, necessitando de ajuda do GPS, mesmo após meses de acompanhamento. Durante o período em que a mãe compareceu ao Centro, frequentemente relatava que estava em depressão usando medicamento continuamente. A família não avisava quando faltava e muitas vezes chegava atrasada na Equoterapia. Assim, tenho poucos dados de RP, mas que evidenciam questões importantes relacionadas ao corpo do praticante e ao lugar discursivo que a família destinou a ele.

Por ocasião do início do acompanhamento, a mãe descreveu a rotina de vida diária de RP da seguinte maneira: RP não brincava com nada específico quando estava em casa, andava o tempo todo sem nenhum objetivo. Ficava agitado diante de situações que não lhe agradavam, e quando contrariado apertava a mão de quem estivesse ao seu lado. A mãe acreditava que RP não tinha medo de nada, pois subia e descia de árvores, pulava de lugares altos para o chão, por exemplo. Na época que RP iniciou o acompanhamento, estava começando a falar as palavras “dá” e “tchau”.

5.2.3.1 RP no Centro de Equoterapia e análise de dados.

Em seu primeiro dia na Equoterapia (17/04/2013), RP chegou de carro com sua mãe. Após estacioná-lo, sua mãe desceu e abriu a porta e RP saiu. À primeira vista, ele parecia um menino calmo, tranquilo, não saiu correndo, ao contrário permaneceu andando

próximo de mim e de sua mãe enquanto conversávamos. Nesse momento, ao mesmo tempo em que andava ao nosso redor, RP dirigia o olhar para os cavalos que estavam um pouco mais distantes de nós, fazendo diferentes vocalizações. Perguntei se queria se aproximar dos cavalos e RP não demonstrou nenhuma reação. Então segurei em sua mão dizendo a ele que iríamos conhecer um cavalo chamado Bob. RP novamente não demonstrou nenhuma reação deixando que eu segurasse em sua mão. Enquanto eu passava a mão no animal, pedi para ele acariciar o cavalo RP, sem qualquer resistência, também passou a mão no animal. Em seguida, disse a ele que se quisesse poderia montar no cavalo, novamente ele não esboçou nenhuma reação. Então, peguei um capacete e disse a ele que deveria usá-lo, pois todos os cavaleiros o usam. RP aceitou colocá-lo. Nos dirigimos à rampa para montaria e, com o cavalo parado, pedi que ele se sentasse no animal e, não demonstrando medo, assim o fez. Pedi também que mandasse um beijo para que o animal pudesse andar, mas RP não me atendeu. Então eu mesma mandei o beijo para o cavalo que começou a andar e, nesse instante, RP sorriu. Ele ficou montado durante 30 minutos e lhe perguntei se estava gostando, mas não me respondeu. Pedi também para que fizesse carinho no animal mostrando-lhe como se fazia isso e RP fez igual, demonstrando alegria.

Em seguida lhe expliquei que iríamos sair da pista, o cavalo iria parar e ele iria descer do animal. RP desceu do animal sem nenhuma resistência.

Observo algumas características em RP: ele permaneceu próximo de sua mãe e de mim o tempo todo; parece atento a minha fala, segue tudo que lhe proponho (usar o capacete, acariciar o cavalo, montar e descer do animal), mas não posso afirmar se ele, de fato, atende minha fala ou repete o que demonstro fazer com meus gestos; a relação dos pais com RP me parece afetivamente distante.

Dado-achado 1: Esse dado recobre a relação que RP mantém com a fonoaudióloga e com o cavalo, para dar visibilidade à relação de significação da/na linguagem que seus pais lhe conferem.

Cinco meses depois de iniciar o acompanhamento, RP continuava seguindo minhas propostas marcadas com fala e gestos quanto à: subir e descer do cavalo, colocar o capacete, fazer carinho no animal. Porém, não olhava para mim e não demonstrava interesse pelo cavalo e nem pelos outros animais à sua volta. Quando montado, sorria assim que o animal começava a andar, movimentando intensamente seu tronco para frente e para trás, passando incessantemente a mão no pescoço do cavalo, deitando-se vagarosamente sobre o animal e, por vezes, vocalizava, demonstrando com isso muita satisfação. Eu atribuíá sentido

a seus movimentos falando sobre as sensações que eles, provavelmente, estavam despertando em partes de seu corpo e em seu corpo todo. Em uma sessão de setembro de 2013, observei que ele começou a andar sozinho em direção ao Bob, tentando colocar seus pés no estribo do cavalo como se quisesse montar logo no animal. Entretanto, pareceu-me que essa identificação se devia mais ao fato de o cavalo estar separado dos outros e próximo dele e, ainda, pelo seu encilhamento usual. Não reconheci nesse acontecimento nenhuma demonstração de vínculo de RP com o animal, mas parecia que ele buscava as sensações que sentia quando estava sobre o animal. Assim, olhando de fora para RP sobre o cavalo, tinha-se a impressão de que ele buscava embalar e experimentar todo o seu corpo no movimento e no corpo do animal, formando com ele um par. Cena que me lembra o que Desjardins (2008) explica sobre a importância do movimento para a conformação do bebê, por um lado, pelos próprios movimentos que vêm do interior e do exterior do seu corpo e, por outro, porque o movimento engatilha processos perceptivos.

Em dezembro de 2013, comecei a combinar a montaria clássica com a de volteio terapêutico no trabalho com RP, que não apresentou nenhuma resistência quanto à mudança de posição. Montado na posição de volteio RP, passou a me olhar furtivamente e, ainda, passou a associar a parada do animal com a mudança de posição da clássica para a de volteio. De tal modo, RP na posição clássica continua experimentando seu próprio corpo. Contudo, as repetições das propostas equoterápicas com RP foram muito prejudicadas por suas faltas frequentes ao acompanhamento. Em março de 2014, a pedido do pai, RP me disse “Tchau” pela primeira vez, repetindo a palavra ouvida.

Como mencionei antes, reservo quinze minutos de cada sessão para conversar com os pais. Desde o início do acompanhamento me empenhei em conhecer e orientar a mãe quanto as questões de linguagem de RP. Nesses encontros, ela me perguntava invariavelmente: “ Como ele foi hoje? Como está evoluindo? O que você está achando? ”. Como resposta, preocupava-me em conversar com ela sobre o papel de RP como seu interlocutor, como ela se dirigia a ele, como ela significava as situações de linguagem partilhadas com ele. Falei também com ela sobre a apatia de RP no ambiente de Equoterapia, com exceção de quando estava sobre o cavalo explorando seu corpo. Busquei orientá-la quanto à importância do toque no corpo de RP, de como ela poderia ajudá-lo a explorar os brinquedos, etc. Mas não percebia mudanças na atitude dela que também me parecia, por vezes, apática, desanimada, possivelmente, devido ao quadro depressivo.

Em agosto de 2014, após a mãe ter se mudado para outra cidade, o pai passou a levar o filho ao Centro. Observei que o pai parecia tentar interagir com seu filho a partir de

sons que ele fazia. Um dia, quando RP desceu do cavalo e saindo da rampa, o pai lhe disse: “Bó ia?”, querendo dizer, “Embora?”. O menino não disse nada. O pai falava a palavra de maneira infantilizada, alterada e de forma incompleta, esperando que o menino a completasse: (“Bo... (embo...)” - e o menino deveria dizer-: “ia (ra)” . Naquele momento, orientei-o dizendo que deveria fazer uso de palavras (sentido e estrutura) de nossa língua para conversar com RP, assim teria mais condições de atribuir sentido ao que ouvia na escola, por exemplo. Depois desse encontro, o pai o trouxe mais uma vez apenas, desistindo do acompanhamento.

Analisando este dado dando relevância ao fato de que, para além daquilo que o cavalo proporciona a RP através do movimento tridimensional incidindo no sensorial e no motor como um todo e instigando o sistema sensorial, sua relação com o cavalo me parecia de outra ordem. Os contínuos movimentos que RP fazia de seu corpo enquanto estava sobre o cavalo, aparentemente, são uma resposta motora aos estímulos sensoriais que se originam no corpo do cavalo e passam pelo seu, mas se assemelha também a experiência de sentir seu corpo e de ser significado por mim, que parecia marcado pela inconsistência da presença do pai e da mãe. Assim, a apatia de RP me parece muito mais uma resposta a isso do que uma questão pertinente somente ao diagnóstico que lhe foi atribuído. Por fim, esta análise requer: (i) uma determinada noção de linguagem, de base discursiva, que privilegia afetiva, social e historicamente as propriocepções corporais da criança; (ii) ampliar a reflexão sobre o papel do cavalo que, por vezes, pode ser o de um ser de linguagem, o de uma ponte que possibilita a migração do vínculo para a terapeuta, como vimos no dado anterior; ou promover o movimento que favorece também a conformação corporal psíquica da criança, portadora ou não de TEA/Autismo Infantil.

5.2.4. CR

CR, sexo masculino, nasceu no dia 15/10/2009. É o primeiro filho do casal, havendo outros netos tanto na família materna quanto paterna. CR nasceu nos Estados Unidos (EUA) onde morou até os três anos de idade, seu pai é americano, sua mãe é brasileira. A família veio morar no Brasil no final do ano de 2012, após o nascimento do segundo filho do casal e devido à transferência temporária do pai pela empresa que trabalha. Segundo a mãe, CR nasceu sem problema algum, mas é de praxe médica naquele país administrar antibióticos

aos recém-nascidos. A mãe atribui a isso o problema que CR passou a apresentar posteriormente, próximo aos 3 anos de idade.

O desenvolvimento neuropsicomotor de CR foi normal, tanto motor quanto de linguagem. No entanto há uma particularidade, ele é bilíngue, sua mãe fala com ele e com o irmão em português, seu pai fala com os filhos em inglês e o casal conversa em inglês. A mãe relata que quando CR tinha por volta de 14 meses de idade, apresentava constantes crises de choro. Ela observou também que estranhava o modo como o filho fazia o gesto de “tchau”. Quando CR tinha três anos, considerava-o agressivo, opositor e muito nervoso. Segundo ela, o menino resistia para fazer algo que não queria e nesta condição chorava e tentava bater em seus pais. Devido a esse comportamento, a mãe, quando já residia no Brasil, resolveu procurar ajuda de uma psicóloga que levantou a hipótese diagnóstica de TEA. Hipótese confirmada em 2013 por um psiquiatra infantil de Campinas/SP.

Por ocasião do diagnóstico, CR frequentava os seguintes acompanhamentos: Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional com foco em Integração Sensorial e Terapia Comportamental. A terapeuta comportamental também orientava os pais quanto ao enfrentamento do comportamento opositor de CR.

A mãe informou também que CR, aos quatro anos, apresentava dificuldade motora fina na escola (para segurar lápis, usar a tesoura). No decorrer dos acompanhamentos realizados, CR aprendeu a ler e a escrever em inglês e em português, precocemente aos 4a6m de idade. Ele estudava em escola bilíngue em período integral, com exceção dos dias em que tinha terapia. Sua rotina em casa era reduzida, pois só retornava da escola ao final do dia. Em casa, brincava com o *ipad*, gostava de ouvir músicas e assistir televisão. A principal queixa da mãe era em relação à linguagem de CR, por vezes, era descontextualizada. CR falava português com sotaque inglês (falava “Pauoma” ao invés de “Paloma”, “deues” para “deles”, não falava sílabas complexas que envolve duas consoantes, por exemplo, para “dragão” usava o /r/ retroflexo), no entanto, ao longo do período que o acompanhei, observei melhora na articulação de sua fala em português, pois iniciava o uso do som do /r/ nas posições corretas das sílabas. Contudo, segundo a mãe, ao longo do ano de 2014, o comportamento de CR na escola ficou muito difícil e pensava em contratar uma tutora para acompanhá-lo em sala de aula em 2015. Em casa, os pais também não conseguiam controlar o comportamento de CR. O pai de CR nunca compareceu ao Centro de Equoterapia.

Diante dessas informações, chamam-me a atenção: o fato de CR ser bilíngue, mudar para um país que nunca morou justamente quando nascia seu irmão, acontecimentos não valorizados pela família como geradores de possíveis questões emocionais na criança; a

mãe atribuir como causa dos problemas que via em CR o fato de ele ter tomado antibiótico ao nascer; a criança ser submetida a diferentes acompanhamentos (Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Psicologia) recobrando questões de linguagem e comportamentais, como se de fato tivesse problemas impeditivos severos que os pais não conseguiam lidar; CR permanecer pouco tempo em interlocução com os pais em sua rotina diária; a busca da mãe por uma explicação de ordem externa, bem como a aceitação do diagnóstico como explicação para as questões do filho; a minha compreensão de que CR recebeu um diagnóstico equivocado de TEA/Autismo Infantil.

5.2.4.1. CR no Centro de Equoterapia e análise de dados.

Diferentemente dos sujeitos apresentados anteriormente, neste caso, o dado achado se compõe de todo o percurso de CR ao longo do acompanhamento longitudinal, focalizando o equívoco de seu diagnóstico de TEA/Autismo Infantil. Considerando para isso que, como escrevi antes, a linguagem é um critério determinante para tal diagnóstico e é responsabilidade da fonoaudióloga com formação em ND, avaliá-la discursivamente, a partir da consideração da subjetividade do sujeito.

Dado achado 1: Esse dado dá visibilidade em como CR se constitui a partir de um lugar em que é marcado como portador de TEA/Autismo Infantil.

O acompanhamento fonoaudiológico de CR em Equoterapia teve início em maio de 2013 e, devido ao retorno da família aos EUA, foi encerrado em janeiro de 2015, perfazendo um período de um ano e oito meses. Em seu primeiro dia na Equoterapia, CR aceitou usar o capacete, não demonstrou grande interesse pelo cavalo, mas aceitou montar no animal sem aparentar medo. Por todo o trajeto, respondia às perguntas que eu lhe fazia.

Ao longo do acompanhamento, aos poucos, CR foi se soltando e conversando mais comigo. Entretanto, notava-se uma certa rigidez em seu corpo, como se lhe faltasse as marcas sociais que acompanham um diálogo. Aceitava, sem qualquer resistência, as mudanças de posição da clássica para volteio. Na primeira vez que isso aconteceu, pareceu estar com um pouco de medo, mas lhe expliquei que o cavalo ia andar muito devagar e que eu estaria ao seu lado. Assim que o cavalo começou a andar, CR sorriu e rapidamente se acostumou à nova posição.

A grande maioria das sessões de CR foi tranquila, ele conversava comigo e quando questionado me contava sobre suas viagens e seu dia-a-dia na escola. Apenas em alguns momentos percebi que falava algo fora do contexto e quando isso acontecia, lhe perguntava o que queria dizer, pois não estava compreendendo-o, já que o assunto que conversávamos não estava relacionado ao que ele falava. Algumas vezes ele dava risada, outras vezes ficava quieto ou voltava adequadamente ao assunto. Gostava muito de músicas, algumas vezes acompanhava a música que eu propunha cantar ou dizia: “Não, não, não”, para que eu parasse de cantar. Nesses momentos, eu lhe perguntava: “Por que você não quer cantar essa música? Então, escolha outra!”, mas ele não escolhia dando a entender que não queria mais cantar.

Outras vezes, ele começava a inventar músicas e, enquanto cantava, dava risadas, pois sabia que não tinham sentido. Quando ele inventava essas músicas, perguntava-lhe: “Que música é essa? Não conheço... Me ensina?”, mas ele continuava a cantar dando risada. Observando seu gosto pela música, a família o matriculou em uma escola para fazer aulas de bateria, no que se saiu muito bem. Quando começou a se interessar pelas letras, levava para a Equoterapia livros em inglês e seus assuntos também giravam em torno de sua nova descoberta. Nunca falou comigo em inglês e, ainda que lhe perguntasse o nome de algo em inglês, não respondia ou mudava de assunto.

CR não demonstrava carinho ou apego pelo cavalo, parecendo indiferente à presença do animal, mas gostava de montar. Sua mãe tinha muito medo de animais. Um dia, um dos gatos do Centro se aproximou dela, ela saiu correndo e permaneceu próxima de nós para se proteger daquele animal, mostrando-se preocupada em não demonstrar seu medo para o filho.

O comportamento de CR não foi um problema no acompanhamento fonoaudiológico, houve apenas alguns episódios em que se mostrou mais agitado ou irônico, como, por exemplo, no dia 15/01/2015. Neste dia, CR estava agitado, falante, talvez porque à época já sabia que iria voltar para os EUA. Ele insistia em tirar meu boné, mesmo eu dizendo que não queria que fizesse isso. Disse-lhe que não estava se comportando bem e, caso tentasse tirar o boné novamente, desceria do cavalo. CR tirou meu boné e o retirei do animal. Na semana seguinte, ele se comportou bem novamente. Em outra ocasião, no dia 29/01/2015, retirei CR do cavalo novamente, pois estava debochando do auxiliar guia: “O C. é bobão. O C. é chato”. Disse-lhe que estava agindo mal e quando saiu do cavalo, avisei sua mãe sobre seu comportamento ao que ela se mostrou decepcionada, mas não chamou a atenção do filho.

Minhas conversas com a mãe de CR, ao longo do acompanhamento do filho, giravam em torno de levá-la a refletir o quanto o diagnóstico médico assumido também por ela, não explicava a discursividade de CR e menos ainda sua relação com o mundo. Percebi no final do acompanhamento que ela se mostrava em dúvida quanto a veracidade do diagnóstico, mas continuava usando-o como explicação para o fato de não conseguir controlar o comportamento dele, como se apenas a patologia explicasse seu comportamento. Em paralelo a esses acontecimentos, o irmão de CR também passou a apresentar, segundo a mãe, comportamentos de resistência e oposição ao que os pais lhe propunham e, ainda, atraso de fala em português. Novamente os pais começaram a investigar aquela patologia no filho mais novo. Entretanto, o menino desenvolveu a fala sem problemas e os pais declinaram de continuar investigando o diagnóstico de TEA/Autismo Infantil para ele. Percebi também que ela passou a valorizar os aspectos positivos que CR mostrava quanto à aprendizagem e a busca de interlocução, pois ele estava mais falante sobre seu cotidiano.

Outro acontecimento relevante foi que no dia 14/07/2015, eu estava em férias nos EUA e me encontrei com CR e sua família em um restaurante. Sobre a mesa, para as crianças brincarem, havia um papel com atividades de pintura e de sete erros, onde também estava escrito em inglês o nome de alguns dos objetos desenhados. A mãe de CR pediu para ele ler para mim o que estava escrito no papel, neste momento ele olhou para mim, olhou para o papel por alguns segundos e, então, sabendo que sou falante de Português Brasileiro, leu cada palavra em sua tradução na minha língua, por exemplo: leu “violão” na palavra “*guitar*” etc. Nesse dia me perguntou sobre o Bob, como ele estava, onde ele estava, mas parecia tímido e pouco falante, agiu como uma criança quando vê com surpresa seu interlocutor de um determinado local em outro.

Todos estes fatos me levaram a considerar mais fortemente a possibilidade de CR ter recebido um diagnóstico equivocado.

Analiso que os dados apresentados mostram diferentes acontecimentos que afetaram a discursividade de CR. Não há como perder de vista a dificuldade dos pais em lidarem com os comportamentos de CR e de seu irmão, mantendo-se no exercício de procurar no biológico (antibiótico, diagnóstico de TEA/Autismo Infantil), as causas do comportamento de ambos os filhos. Meu trabalho com CR focalizou sua discursividade, suas memórias sobre o vivido e sua atenção quando, aparentemente, falava coisas não coerentes com o assunto em andamento. Em suma, tratou-se de lhe dar condições para se constituir como um sujeito da/na linguagem.

Em meio a isso tudo, não perdi de vista o fato de que o bilinguismo de CR impõe questões relativas à sua subjetividade, ao seu corpo discursivo, à medida que para os autores que sustentam teoricamente a ND, o sujeito se constitui na confluência da língua, discurso, cérebro e mente como construtos humanos que se relacionam. E, ainda, que falar com *um outro que fala* (BENVENISTE, 1966) alcança diferentes sistemas linguísticos que remetem a níveis de funcionamentos fonético-fonológico, sintático-semântico e pragmático, ultrapassando a noção de língua como um código atrelado a determinado estado de funcionamento psíquico e cerebral. Relembro que, para Pêcheux (1966), nos constituímos em meio a discursos anteriores a nós e a redes de sentidos datados histórica e socialmente.

Do mesmo modo, como escrevi antes, para Wallon (1995) a mediação motora e emocional com a criança é, desde sempre, atravessada pela linguagem/língua e que, para Foucault (2006), o corpo se individualiza através dos efeitos constantes das práticas discursivas e das práticas socioculturais, tornando-se um suporte para o sujeito exercer sua função-sujeito.

Finalizando, retomo também Desjardins (2008), para quem a linguagem verbal dos pais contém a especificidade da língua e da relação com a criança em meio à significação simbólica no contexto social. Esse conjunto de teorias me fez repensar questões de aquisição da língua e da constituição subjetiva do sujeito a partir dessa aquisição.

Sabemos que as aquisições de duas línguas por uma criança desde o seu nascimento acontecem sobre a Hipótese do Desenvolvimento Separado (SDH)⁸², ou seja, trata-se de dois sistemas morfossintáticos distintos, mas essa explicação não contempla questões de fonologia ou léxico. Entretanto, sabemos que *falar para um outro que fala*, transporta o sujeito a uma dada esfera da comunicação, a partir de uma temática com sentido diante do interlocutor. É nesse intervalo que o sujeito mostra sua singularidade e sua subjetividade. Entretanto, essa singularidade nasce no que há de histórico e social da língua e na relação com o outro, ao mesmo tempo em que, essa constituição deixa vestígios na fala da criança, revelando o lugar de onde enuncia.

Nesse sentido, penso que é disso que se trata o caso do sotaque inglês de CR quando fala em português. Com isso, penso que talvez a língua materna de CR seja o inglês, que o remeteria a esta língua, prioritariamente, na elaboração de seu próprio discurso. Percebo que isso talvez explique também todo o esforço de CR em se posicionar diante do interlocutor, a partir da língua que este fala (CR evitava falar em inglês comigo, encontro no

⁸² Bergman, 1976, apud Vanzo, 2011.

restaurante). O sotaque de CR como seu traço de singularidade explica para mim seu esforço quanto a se adequar a um sistema linguístico com o qual talvez não se identifique tanto quanto àquele que herda do pai. Por outro lado, refletir sobre estas questões que se originaram do acompanhamento de CR, levou-me a pesquisar a questão do bilinguismo em relação ao diagnóstico de TEA/Autismo Infantil.

Encontrei um trabalho que retrata essa relação, trata-se da pesquisa realizada por Ilha (2015). O estudo indica que com o aumento do número de escolas bilíngues no Brasil houve também um aumento nos diagnósticos de TEA/Autismo Infantil e/ou psicose infantil em crianças que frequentam essas escolas. A explicação para isso seria o fato de que para além da banalização desse diagnóstico, crianças que convivem desde muito cedo com duas línguas maternas teriam mais dificuldade de organização para a formação de uma cadeia autônoma de enunciados. Além disso, estas crianças têm muita dificuldade para lidar com o “não-dito”, marcado socialmente de diferentes maneiras dependente da cultura, gerando nelas angústia e comportamentos demonstrativos de ansiedade ou agitação.

Não pretendo me aprofundar nos estudos relacionados ao bilinguismo e nem explicar o acompanhamento de CR apenas por este viés, mas quero chamar a atenção para a questão de sua constituição como sujeito nesta condição.

Outra questão que se põe ao longo do acompanhamento é: qual foi o papel do cavalo no trabalho com CR? Como disse, CR não criou vínculo com o animal que também não teve um papel de ser de linguagem. A relação de CR desde o início foi sempre marcada em relação a mim. Logo, no trabalho realizado, o cavalo se tornou apenas um instrumento não fundamental. Assim, a presença do cavalo pareceu ser perfeitamente substituível por qualquer outro instrumento de atendimento fonoaudiológico em outro ambiente.

Estive neste capítulo analisando dados ocorridos na cena na Equoterapia, preocupando-me em delinear os diferentes papéis que o cavalo pode exercer; a importância da fala/linguagem da fonoaudióloga; a relevância da profissional estar filiada a uma abordagem teórica como a da ND, que contempla questões sobre a constituição do sujeito e sua subjetividade; a língua, a linguagem, o cérebro, o corpo, o sistema sensorial e a atenção.

Considerações finais

A presente pesquisa voltada ao acompanhamento fonoaudiológico no contexto da Equoterapia com crianças portadoras de TEA/Autismo infantil acontece na interdisciplinaridade com os campos da Fonoaudiologia, da Equoterapia e da Neurolinguística Discursiva. Uma das propostas deste trabalho foi o de analisar os pressupostos do campo da Equoterapia que regem o trabalho com a linguagem em crianças portadoras daquela patologia, que se mostrou precário tanto do ponto de vista teórico quanto prático. Assim, o objetivo principal desta tese é o de propor a Neurolinguística Discursiva como norteador teórico, metodológico e prático da atuação do fonoaudiólogo no contexto da Equoterapia, bem como de outros profissionais da área da saúde no trabalho com a linguagem de crianças portadoras ou não de diferentes patologias.

Para dar conta dessa demanda, apresentei historicamente a área da Equoterapia, os profissionais que nela atuam, os benefícios alcançados pelos praticantes, bem como os postulados que regem o trabalho com a linguagem no acompanhamento de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil. Ocupei-me também de apresentar historicamente a formulação do diagnóstico de TEA/Autismo Infantil e a criação do Manual de Diagnóstico Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), referência para o diagnóstico de TEA.

Diante dessa exposição, chamo atenção para o fato de que os critérios do DSM que diagnosticam o TEA/Autismo Infantil recaem sobre a área da linguagem, assim, é de responsabilidade do fonoaudiólogo tanto quanto do médico avaliar essas crianças para que possa interferir no caso de um diagnóstico equivocado e, ainda, compreender suas questões linguísticas para além do que o diagnóstico médico especifica.

Nesse sentido, a partir de minha formação em ND, privilegio para a criança portadora de TEA/Autismo Infantil um olhar para a sua questão maior e também singular de linguagem. De tal modo, minha reflexão sobre o status de avaliação e de evolução da criança ao longo do acompanhamento se pauta no que chamo de noção de *deslocamento* que se estende tanto à criança quanto à minha prática equoterápica, envolvendo: (i) o que considero indícios de linguagem/fala da criança; (ii) como isso aconteceu, em que situação, qual a fonte da demanda linguística: a criança, o cavalo, a equoterapeuta ou o ambiente que nos circunda.

A atuação do fonoaudiólogo na área de Equoterapia é recente e as poucas pesquisas que há na área orientam sobre uma transferência da prática clínica em consultório

para a cena equestre. Entretanto, nessa orientação, o cavalo é reduzido a um instrumento lúdico que intermedia a transferência do vínculo da criança para a fonoaudióloga. Propondo uma compreensão discursivamente orientada da cena da Equoterapia a partir da tríade – criança, fonoaudióloga e cavalo –, explorei a conformação histórica do campo da Fonoaudiologia, a visão de linguagem da Fonoaudiologia Tradicional e a prática terapêutica que dela deriva e, por fim, a crítica que a ND realiza em relação a esta última.

O desenvolvimento desses temas culminou na emergência que a atuação fonoaudiológica em Equoterapia faz ao fonoaudiólogo, trata-se da mudança de paradigma quanto à legitimidade do corpo que tradicionalmente pertence à Fonoaudiologia de prática clínica. Desenvolver um ensaio sobre a construção de um corpo global e individual implicou sua valorização em seus aspectos sensorial (WALLON, 1995; LURIA, 1991; MERLEAU-PONTY, 1999; DESJARDINS, 2008), discursivo (BENVENISTE, 1966; FOUCAULT, 2004, 2006; FRANCHI, 1977, 1987; COUDRY, 1986/1988), social e neurofuncional (VYGOTSKY, 1979, 1994; LURIA 1979, 1981).

O desdobramento da construção de um corpo diferenciado pelos aspectos que passou a contemplar, mostrou-se fundamental para analisar e criticar os postulados da Equoterapia em relação ao vínculo da criança portadora de TEA/Autismo Infantil com o cavalo e seu corpo; os efeitos sensoriais dessa prática e a reconsideração da presença do cavalo não mais como um instrumento lúdico conforme propõe a Equoterapia vinculada à Fonoaudiologia Tradicional, o que resultou na proposta da ND como um aporte teórico e metodológico para a prática fonoaudiológica no contexto da Equoterapia, buscando reintegrar nesta prática uma noção de corpo/corporeidade marcado pelo discurso/discursividade contemplando, por um lado, o cavalo como um ser pressuposto de linguagem e, por outro, a construção do sistema sensorial da criança compreendido na relação entre movimento, ritmo e linguagem a partir dos estudos de Merleau-Ponty, Wallon e Desjardins.

O estudo da construção sensorial da criança foi desenvolvido para explicitar como a criança portadora de TEA/Autismo Infantil parece barrada quanto aos aspectos discursivos inscritos no corpo/língua/linguagem, desde os seus primeiros contatos com o mundo. Tal compreensão me possibilitou analisar as relações entre os processos de propriocepção, de aquisição e desenvolvimento da linguagem, visando à inscrição de um corpo discursivo. Assim, ao acompanhar crianças com TEA/Autismo Infantil no contexto da Equoterapia sob a ND, priorizando suas questões de língua e linguagem, deparei-me com questões corporais tais como sensação/propriocepção, que incidem também no corpo discursivo, o que se desconsidera frequentemente na prática clínica fonoaudiológica tradicional.

O processo de aquisição e desenvolvimento de linguagem de crianças portadoras de TEA/Autismo Infantil é extremamente complexo. Portanto, um olhar dirigido, mesmo que fugaz; o uso de um gesto; o dizer de alguma palavra; a realização de algo que se ajusta a uma ordem recebida são avaliados e considerados como um movimento da criança de seu lugar original e indiciam momentos em que a criança está na interação e, de alguma forma, entrando na língua/linguagem.

A análise dos dados dos quatro sujeitos que participam desta tese foi realizada com base nos pressupostos teóricos da ND, a partir da metodologia da área que reconhece no fenômeno do dado-achado acontecimentos linguísticos indicativos da mudança do sujeito e de movimentação teórica.

A análise de dados do sujeito HM revelou suas questões perceptivas e a relação destas com os processos de aquisição de linguagem e de rearranjos neurofuncionais. No percurso de HM, também o cavalo exerceu diferentes papéis – vínculo exclusivo da criança; ser revestido de linguagem, parte da cena terapêutica -. Por outro lado, a fonoaudióloga também ocupou diferentes posições na cena equoterápica se deslocando de uma posição em que não era considerada para outra de interlocutora de HM.

A análise dos dados do sujeito GN mostrou que sua relação com outro acontece a partir de duas entradas: (i) faz uso de um repertório linguístico fixo para perguntar ao seu interlocutor sobre algo que gosta (cachorro); (ii) faz perguntas ao seu interlocutor sobre o que este lhe contou. Em meio a isso, GN vai significando o mundo a sua volta, ora surpreende por conhecimentos que não se imagina que ele possa ter, ora prende seu interlocutor em uma rede de significados de um ciclo que não se rompe. A dificuldade de GN está em se constituir como um sujeito pragmático, isto é, falante de uma língua natural que partilha uma série de pressupostos com os demais sujeitos que compõem uma comunidade linguístico-discursiva (MAINGUENEAU, 1989). Nesse trabalho, o cavalo permaneceu, em sua maior parte do tempo, como uma contenção de sua atenção.

Os dados analisados do sujeito RP dão relevância ao fato de que para além daquilo que o cavalo proporciona a RP através do movimento tridimensional incidindo no sensorial e motor como um todo e instigando o sistema sensorial, sua relação com o cavalo lhe possibilitou a experiência de sentir seu corpo e de ser significado pela fonoaudióloga onde parecia marcado pela inconsistência da presença do pai e da mãe. Ou seja, o cavalo foi o facilitador do movimento que favorece também a conformação corporal psíquica da criança, portadora ou não de TEA/Autismo Infantil.

E, por fim, a análise dos dados do sujeito CR se revelou como uma questão discursiva pode ser interpretada equivocadamente como um critério decisivo para a formulação do diagnóstico de TEA/Autismo Infantil. Assim, a análise dos dados de CR, uma criança bilíngue, possibilitou pensar questões relativas à sua subjetividade, ao seu corpo discursivo sempre atravessada pela linguagem/língua.

ANEXO I

ALVES, A. M. Equoterapia, estimulação precoce e Síndrome de Down: quando as partes se completam formando um todo - relatando uma experiência bem sucedida. 2003. 114f. Especialização (Especialização em Equoterapia) – Universidade de Brasília, Brasília.

ANDRADE, D. B. Abordagem fonoaudiológica na Equoterapia no atendimento de crianças com distúrbios de linguagem oral: estudos de casos clínicos. 2010. 80f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo.

ANDRADE, G. P. S., CUNHA, M. M. A importância da Equoterapia como instrumento de apoio no Processo de ensino e aprendizagem de crianças atendidas nesta Modalidade terapêutica. Revista Eventos Pedagógicos, vol.5, n.2, p. 132-142, 2014.

CANTARELLI, M. R. D. V. Análise eletromiográfica do músculo orbicular da boca em crianças portadoras da síndrome da respiração bucal, pré e pós-tratamento em Equoterapia. 2006. 114f. Dissertação (Mestrado em Ciências Biológicas) – Universidade do Vale do Paraíba, São José dos Campos.

FREIRE, H. B. G. Estudo de caso: Equoterapia com uma criança portadora de distúrbio autista atípico. 2003. Disponível em: <<http://www.equoterapia.org.br/trabalhos/18091716.pdf>>.

_____. Pôneis como facilitadores na Equoterapia. Revista Equitar Therapies, 2015. Disponível em <<http://www.equitar-br.com.br/poneis>>

FREIRE, H. B. G., POTTSCH, R. R. O autista na Equoterapia: a descoberta do cavalo. 2005. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

JUSTI, J. A repercussão da Equoterapia na estimulação das dimensões da linguagem infantil, 2009, 176f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande.

MOTA, C. C. Programa de Atendimento Equoterápico nos Distúrbios de Aprendizagem (PAEDA). In: XII CONGRESSO INTERNACIONAL DE EQUOTERAPIA, 2006, Brasília, DF. Anais... Brasília: Ande-Brasil, 2006.

_____. O Papel do Fonoaudiólogo na Equoterapia, 2009. Disponível em: <<https://alfabetizarvirtualtextos.files.wordpress.com/2012/04/04-fonoaudiologia-e-equoterapia.pdf>>

PINTO, E.V. O. Fonoaudiólogo Utilizando a Equoterapia Como Uma Nova Abordagem Terapêutica. 2015. Disponível em: < <http://www.profala.com/arttf120.htm>>

SANTOS, F. P. R. Equoterapia: uma perspectiva para o desenvolvimento de linguagem. Revista CEFAC, vol 2, n. 2, p. 55-61, 2000.

VALLE, L. M. O., NISHIMORI, A. Y. NEMR, K. Atuação fonoaudiológica na Equoterapia. Revista CEFAC, vol 16, n. 2, p. 511-523, 2014.

NASCIMENTO, Y. O., MADUREIRA, N. M. A. Equoterapia como intervenção na Formação e manutenção de vínculos: Autismo e Asperger. In: III CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. Anais... Brasília: Ande-Brasil, 1999.

ANEXO II

Aprovação da Pesquisa pelo SISNEP/CONEP

Andamento do projeto - CAAE - 1076.0.146.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Equoterapia e Linguagem: Acompanhamento clínico de crianças autistas				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	09/11/2011 15:36:37	23/11/2011 11:02:26		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	17/10/2011 14:40:27	Folha de Rosto	FR471680	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	09/11/2011 15:36:37	Folha de Rosto	1076.0.146.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	23/11/2011 11:02:26	Folha de Rosto	1178/2011	CEP

[Voltar](#)

Referências Bibliográficas

- AGAMBEN, G. O que é contemporâneo? E outros ensaios. Chapecó: Argos, (2006/2007) 2009.
- AGUIAR, A. A. A. psiquiatria no divã entre as ciências da vida e a medicalização da existência. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1952. Diagnostic and Statistical Manual – Mental Disorders. DSM-I. Disponível em <<http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-i-pdf>>. Acesso em 20/05/2016.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA, 1987. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed. rev. DSM-III-R. Disponível em <<http://dsm.psychiatryonline.org/data/PDFS/dsm-iii-r.pdf>>. Acesso em
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-III: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. São Paulo: Manole, 1980.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 1994.
- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5 ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANDE-BRASIL. Apostila do curso básico de Equoterapia da ANDE – BRASIL, 2010.
- ANDE-BRASIL. Apostila do curso básico de Equoterapia da ANDE – BRASIL, 2014
- ASHWOOD, P., WILLS, S., VAN DE WATER, J. The immune response in autism: a new frontier for autism research. J. Leukoc. Biol., Winston- Salem. v. 80, n. 1, p.1-15, 2006.
- ASSUMPÇÃO JR, F.B., PIMENTEL, A.C.M. “Autismo Infantil”. In: Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v.22, n.2, p. 37-39, 2000.
- BAHLS, S.C., NAVOLAR A. B. Terapia Cognitivo-Comportamentais: conceitos e Pressupostos Teóricos. 2004.
- BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da criança. In: CIRINO, O. Psicanálise e psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica. p. 129-144, 2001.
- BARON-COHEN, S. The autistic child's theory of mind: A case of specific development delay. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30, 285-297, 1989.
- _____. Mindblindness: An essay on autism and theory of mind. Massachusetts, MIT Press, 1996.
- BARON-COHEN, S., LESLIE, A.; FRITH, U. Does the autistic child have a theory of mind? Cognition, 21, 37-46, 1985.

BARON-COHEN, S., RING, H., MORIARTY, J., SHMITZ, P. Recognition of mental state terms: A clinical study of autism and a functional neuroimaging study of normal adults. *British Journal of Psychiatry*, 165,640-649, 1994.

BARON-COHEN, S., KNICKMEYER, R., BELMONTE, M. K. Sex differences in the brain: implications for explaining autism. *Science*, v. 310, p. 819–823, 2005.

BEAR, M.F., CONNORS, B.W., PARADISO, M. A. *Neurociências: desvendando o sistema nervoso*. 2ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BENVENISTE, E. Communication animale et langage humain. In: E. BENVENISTE, *Problèmes de linguistique générale I*. Paris, Editions Gallimard, p. 56-62, 1952/1966.

BENVENISTE, E. Sémiologie de la langue. In: E. BENVENISTE, *Problèmes de linguistique générale II*. Paris, Editions Gallimard, p. 43-66, 1969/1974 .

BOCK, A. M. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia*. São Paulo: Saraiva, p.50-57, 2004.

BORDIN, S. M. S. “*Fale com Ele*”: um estudo neurolinguístico do autismo. 2006. 129f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

_____. *Fala, Leitura e Escrita: encontro entre sujeitos*. 2010. 143f. Tese (Doutorado) – Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

BOSA, C., CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre (RS), v. 13, n. 1, p. 0, 2000.

BOSA, C. As Relações entre Autismo, Comportamento Social e Função Executiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre (RS), v. 14, n. 2, p. 281-287, 2001.

BRASIL, Senado Federal, Comissão de Assuntos Sociais, em caráter terminativo, sobre os Projetos de Lei do Senado nos 25 e 268, de 2002, que dispõem sobre o exercício da Medicina, Parecer nº., 2006. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=24375>> acesso em 16 de maio de 2015.

CAIXETA L., NITRINI, R. Teoria da Mente: Uma Revisão com Enfoque na sua Incorporação pela Psicologia Médica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre (RS), v. 15, n. 1, p. 105-112, 2002.

CAMINHA, R. C. Autismo: um transtorno de natureza sensorial? *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, 2009

CAMPOS, M. C. R. “Das psicoses da infância aos Transtornos Globais de Desenvolvimento”. *Revista Infante de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, São Paulo, v. 7, n.1, p.12- 14, 1999.

CANEPELE, A. Anotações de exposição de aulas da disciplina: “Seminário Temático em Análise do Discurso”. Unicamp, Campinas, 2006.

CAPONI, S. O. DSM-V como dispositivo de segurança. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro (RJ), v.24, n.3, 2014.

CARVALHO, J. A., SANTOS, S. C. S., CARVALHO, M. P., SOUZA, L. S. Nutrição e autismo: considerações sobre a alimentação do autista. *Revista Científica do ITPAC*, v.5, n.1, 2012.

CENTER FOR DISEASE, CONTROL AND PREVENTION, Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM) Network. Disponível em <<http://www.cdc.gov/ncbddd/autism/addm.html>> Acesso em 18/08/2015.

CIRILLO, L. C. Fundamentos básicos sobre Equoterapia. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília, DF. Anais... Brasília: Ande-Brasil, 1999. p. 13-17.
CITTÉRIO, D. A hipoterapia na recuperação da pessoa portadora de deficiência e as atividades pré-esportivas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EQUOTERAPIA, 1., 1999, Brasília. Anais... Brasília: Ande-Brasil, p. 33-34, 1999.

COUTINHO, A. A. et al. Do DSM-I ao DSM-5: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças. Disponível em <<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>> acesso em 27/06/2014.

COUDRY, M.I.H., POSSENTI, S. Avaliar discursos patológicos. In: *Cadernos de estudos Linguísticos*, Campinas, n.5, p.99-109, 1983.

COUDRY, M. I. H. Diário de Narciso. Discurso e afasia: análise discursiva de interlocuções com afásicos. Tese de doutorado. Unicamp, Campinas, 1986. Publicada em livro, São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____. O que é dado em Neurolinguística? In: Maria Fausta Pereira Castro (Org.) *O método e o dado no estudo da linguagem*. Campinas: Editora da Unicamp, 1996.

_____. Neurolinguística Discursiva: afasia como tradução. In: *Estudos da Lingua(gem)*, Vitória da Conquista, v. 6, p. 7-36. 2008

COUDRY, M. I.H.; FREIRE, F. M. P. O trabalho do cérebro e da linguagem: a vida e a sala de aula. Campinas: Cefiel/IEL/Unicamp. (Coleção Linguagem em foco), 2005.

COUDRY, M. I. H., FREIRE, F. M. P. Pressupostos teórico-clínicos da Neurolinguística Discursiva. In: *Caminhos da Neurolinguística Discursiva: teorização e práticas com a linguagem*. Coudry, M. I. H.; Freire, F. M. P.; Andrade, M. L. F.; Silva, M. A. (orgs). Campinas (SP): Mercado de Letras. 2010.

DA COSTA, C. M. S. A importância do afeto através do toque no desenvolvimento cognitivo dos bebês. Universidade Candido Mendes, 2006.

DAWSON, G., WATLING, R. Interventions to facilitate auditory, visual, and motor integration in autism: A review of the evidence. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Bethesda, v. 30, n. 5, p. 415–421, 2000.

DE LEMOS, C. T. Interactional Processes in the Child's Construction of Language. In: Deutsch, W. (Org.). *The Child's Construction of Language*. Londres: Academic Press, 1981.

_____, Sobre o estatuto linguístico e discursivo da narrativa na fala da criança. In: *Linguística*, vol 13, 2001.

DE SANCTIS, S. *La mimica del pensiero: Studi e ricerche*. Milano: Sandron, 1903.

DESCARTES, R. *Les principes de la philosophie*. In: BRIDOUX, A. (Ed.). *Descartes: œuvres et lettres*. Paris: Gallimard, 1953.

DESJARDINS, V. À propos d'enfants qui ne peuvent pas rencontrer leur interlocuteur: réflexion sur l'autisme infantile et sur les précurseurs du langage. In: GOLSE, B. (Ed.). *Le développement affectif et intellectuel de l'enfant: Compléments sur l'émergence du langage*. Paris: Elsevier Masson, 2008.

ESPINDULA, A. P. *Efeitos da Equoterapia em praticantes autistas*. 2008. 75f. Dissertação (Mestrado) – Patologia Geral, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, 2008.

FEDOSSE, E. O papel estruturante do prompting fonético na expressão verbal de sujeitos afásicos. Em 1º Encontro do Círculo de Estudos Linguísticos do Sul – CELSUL. Porto Alegre, 2000.

FERNANDES, F. S. O corpo no autismo. *PSIC-Revista de Psicologia da Vetor Editora*, Jan./Jun. v. 9, n. 1, p. 109-114, 2008.

FERREIRA, C. A. M., THOMPSON, R. (Orgs.). *Imagem e Esquema Corporal*. São Paulo: Lovise, 2002.

FIGUEIREDO NETO, L. E. O início da prática Fonoaudiológica na Cidade de São Paulo – “Seus Determinantes Históricos e Sociais”. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação). Pontifícia Universidade Católica (PUC – SP), São Paulo, 1988.

FREIRE, F.M.P. *Enunciação e Discurso: a linguagem de programação Logo no discurso do afásico*. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Instituto de Estudos da Linguagem. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1999.

FRITH, C. D. & CORCORAN, R. Exploring the theory of mind in people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 26, 521-530, 1996.

FOUCAULT, M. *A História da loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____, *A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

_____, *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

_____, A Arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense, 1986.

_____, Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France (1976). São Paulo: Martins Fontes, 1997.

_____, A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

_____, Ética, sexualidade, política. Col. Ditos e Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.

_____, Ética, sexualidade, política. Col. Ditos e Escritos. Vol. 5. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

_____, Hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

_____, Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2015 [1977].

FRANCES, A. Opening Pandoras Box: The 19 Worst Suggestions For DSM5. Rev.Psychiatric Times, v. 1, n. 1, February 11, 2010.

FRANCHI, C. Linguagem, atividade constitutiva. Cadernos de Estudos Lingüísticos, n.22, p. 9-41, 1977.

_____, “Criatividade e gramática”, In: Trabalhos em Linguística Aplicada, Campinas, v. 9, 1987.

_____, Criatividade e Gramática. In: São Paulo. Secretaria de Estado da Educação de São Paulo. Coordenadoria de Estudos e Normas Pedagógicas – CENP, 1988.

FREIRE, H. B. G. Equoterapia teoria e técnica: uma experiência com crianças autistas. São Paulo: Vetor, 1999.

_____, O Pônei como Recurso Facilitador no Trabalho de Equoterapia. In: Congresso Internacional de Equoterapia, XII, 2006, Brasília. Anais... Brasília, 2006, p. 126-131.

FREIRE, H. B. G, POTSCH, R. R. O autista na Equoterapia: a descoberta do cavalo. 2005. Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2005.

FREUD, S. La Afasia. Buenos Aires: Nueva Visión, 1973 [1891].

GILLBERG, C. Infantile autism: diagnosis and treatment. Acta Psychiatry Scand, 1990.

GELBCKE, J.O. A prática da equitação: história, modalidades, ensino e benefícios. Monografia de conclusão do curso Bacharelado em Educação Física. Centro de Desportos. Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC, Florianópolis, 2010.

GONZALÉZ, L., LOPEZ, C., NAVARRO, D., NEGRON, L., FLORES, L., RODRIGUEZ, R., MARTINEZ, M., SABARÁ, A. Características endoscópicas, histológicas e imunológicas de la mucosa digestiva en niños autistas con sintomas gastrointestinales. Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría. v.69, n.1 p.19-25, 2006.

GRANDIN, T., SCARIANO, M.M. Uma menina estranha: autobiografia de uma autista. São Paulo: Cia. das Letras, 1999.

GRANDIN, T., PANEK, R. El cérebro autista: el poder de una mente autista. Barcelona: RBA Libros, 2014.

JAKOBSON, R. “Linguística e Poética”. In: *Lingüística e Comunicação*. São Paulo: Cultrix, 1981[1960].

JERUSALINSKY, A. Psicose e autismo na infância: Uma questão de linguagem. *Psicose*, ano 4, v. 9. Boletim da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, RS, 1993.

JESUS, E.P. O autista e os benefícios da Equoterapia. 2009. 39f. Monografia (Especialização em Educação Inclusiva), Universidade Candido Mendes, 2009.

JUNIOR, F.A.B., KUCZINSK, E. Autismo Infantil: Novas tendências e perspectivas, São Paulo: Editora Atheneu, 2007.

KAMERS, M. A fabricação da Loucura na Infância: Psiquiatrização do Discurso e Medicalização da Criança. *Rev. Estilos clin*, São Paulo, v. 18, n. 1, p.153- 165, 2013.

KING M., BEARMAN P. Diagnostic Change and the Increased Prevalence of Autism. *International Journal of Epidemiology*. v. 38, p.1224–1234, 2009.

HERMANT, G. Atualização em Psicomotricidade – “O Corpo e a sua Memória”. Ed. Manole, 1988.

KUPFER, M. C. Notas sobre o diagnóstico diferencial da psicose e do autismo na infância. *Psicol. USP*, v.11, n.1, p. 85-105, 2000.

KUPFER, M. C. Educação para o futuro. *Psicanálise e Educação*. São Paulo; Ed. Escuta:2013.

LABIGALINI, A.P.V. Reflexões sobre a práxis fonoaudiológica à luz da Neurolinguística Discursiva, 111f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2009.

LACERDA, B. F., CABRAL, I. P. Tempo de Fonoaudiologia. São Paulo -SP, Editora Universitária. 1997.

LAMBERTUCI, M.C.F. & MAGALHÃES, L.C. Terapia Ocupacional nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento. In: CAMARGOS, W. Jr. e outros. *Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3 ° Milênio*, Brasília: Corde 2002. Cap. 37, p. 227-235.

LENT, R. Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências. São Paulo: Atheneu, 2001.

LIMA, P.S. Enfoque Histórico da Fonoaudiologia. 28f. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) – CEFAC, Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo, 1999.

LURIA, A. R., El Hombre con sum undo destrozado. Madrid: Garnica, 1973.

_____, Curso de Psicologia Geral. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 199 [1979]. (4 volumes).

_____, Higher cortical functions in Man. New York: Basic Books, 1980.

_____, Fundamentos de neuropsicologia. São Paulo: Edusp, 1981.

MAINGUENEAU, D. Novas Tendências em Análise do Discurso. Campinas: Pontes & Editora da Unicamp, 1989.

MANNONI, M. A criança atrasada e a mãe. Lisboa, Moraes, 1977.

_____, La primera entrevista con el psicoanalista. Gedisa, Barcelona, 1979.

MARTINS, K.L. Corporeidade: Uma expressão da comunicação humana como possível vertente da fonoaudiologia, 123f. Dissertação (Mestrado em Educação Física), Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba, 2008.

MARQUES, C. F., FERREIRA C., ARRUDA, S. L. S. Autismo infantil e vínculo terapêutico. Estud. psicol. Campinas, vol.24, n.1, p. 115-124, 2007.

MEIRA, T.A.V., OLIVEIRA, D.C., RUAS, R.F.B., SANTANA, V.C. Movimento Sanitário: Como tudo começou. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Ano 18, n. 179, 2013.

MERLEAU-PONTY, M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes. 1994, 672p. [1945]

MOVIMENTO PSICANÁLISE, AUTISMO E SAÚDE PÚBLICA. Do DSM –I ao DSM-V: efeitos do diagnóstico psiquiátrico “espectro autista” sobre pais e crianças. Disponível em: <<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/11/do-dsm-i-ao-dsm-5-efeitos-do-diagnostico-psiquiatrico-espectro-autista-sobre-pais-e-criancas/>> . Acesso em 16/10/2015.

OLIVEIRA, F. Por uma terapêutica fonoaudiológica: os efeitos do discurso médico e do discurso pedagógico na constituição do discurso fonoaudiológico. 187f. Dissertação (Mestrado em Letras), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Especialistas da ONU em direitos humanos pedem fim da discriminação contra pessoas com autismo. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/especialistas-em-direitos-humanos-da-onu-pedem-fim-da-discriminacao-contra-pessoas-com-autismo/>>. Acesso em: 20/10/2015.

PÊCHEUX, M. Análise Automática do Discurso. In: GADET, F.; HAK, T. (Orgs.). Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux. Campinas, SP: Ed. da Unicamp, 1990 [4ª ed. 2010], 1969, 142 p.

PINHEIRO, J.S. A experiência do ser humano cartesiano. *Trilhas Filosóficas*, Caicó, Ano IV, n. 1, p. p. 50-64, 2011.

PINHO, M. A.; SILVA, L. R. Manifestações digestórias em portadores de transtornos do espectro autístico necessidade de ampliar as perguntas e respostas. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*. v.10, n.3, p.304-309, 2011.

PORTO, C.M. O atomismo grego e a formação do pensamento físico moderno. *Rev. Bras. Ensino Fís.*, São Paulo , v. 35, n. 4, p. 1-11, Dec. 2013 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-11172013000400016&lng=en&nrm=iso> acesso em 27/06/ 2016.

POTTER, H. W. Schizophrenia in children. *American Journal of Psychiatry*, 3 (12), p. 1253-70, 1933.

RECHENBERG, M., PIMENTA, P., ROCHA, P. Conhecendo outras abordagens no tratamento do autismo, 2013. Disponível em <<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2013/04/12/conhecendo-outras-abordagens-no-tratamento-do-autismo/>> acesso em 11/05/2015.

REVISTA AUTISMO: INFORMAÇÃO GERANDO AÇÃO. Disponível em <<http://www.revistaautismo.com.br/>> acesso em 18/08/2015.

RITVO, E.R, ORNITZ, E.M. *Autism: diagnosis, current research and management*. New York: Spectrum, 1976.

ROCHA, S. O poder da linguagem na era Vargas: O brasileiro do imigrante. In: *Anais do 6º. Encontro do Celsul – Círculo de Estudos Linguísticos do Sul*, 2004. Florianópolis (SC), 2004.

RUSCHEL, M.A.M. O fonoaudiólogo na equoterapia. In: SEVERO, J.T. (org.). *Equoterapia: equitação, saúde e educação*. São Paulo: Senac, p.285 a 297, 2010.

SACKS, O. *Um antropólogo em Marte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

SAITO, D. Y. T. Usuário, cliente ou paciente?: qual o termo mais utilizado pelos estudantes de enfermagem?. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 175-183, 2013.

SAUSSURE, F. *Cours de Linguistique Générale*. Paris: Payot, 1969 [1916].

SCHMIDT, C. Temple Grandin e o autismo: uma análise do filme. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 18, n. 2, p. 179-19, 2012.

SHESTACK, R. *Fisioterapia prática*. 3.Ed. São Paulo: Manole, 1987.

SILVA, N. I. *Relações entre hábito alimentar e síndrome do espectro autista*. Dissertação (Mestrado em Ciências e Tecnologia de Alimentos). Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz (USP- SP), Piracicaba, 2011.

SOARES, T., BRAGA, S.E.M. Relação da terapia de holding com a integração sensorial no autismo infantil. *Revista Científica Interdisciplinar*. Out./Dez. v.1, n.2, 2014.

SOUZA, P., SANTOS, I. Caracterização da Síndrome Autista. *Psicologia.com.pt*. Portal dos Psicólogos. Universidade de Coimbra, Portugal. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0259.pdf>>. Acesso em: 30/11/2015.

SOUZA, L. A. P. Clínica e linguagem: presságios de um entre os possíveis encontros. Dissertação (Mestrado em Distúrbios da Comunicação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 1991.

STEARNS, P.N. História da sexualidade, São Paulo: Contexto, 2010.

SUPLICY, A.M. Autismo infantil: revisão conceitual. *Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência* v. 1, p. 21-28, 1993.

TAILLE, Y., OLIVEIRA, M.K., DANTAS, H. Piaget, Vygotsky, Wallon – Teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus, 1992.

TUSTIN, F. Estados Autísticos em Crianças. Rio de Janeiro: Imago, 1984.

VALLE, L.M.O., NISHIMORI, A.Y. NEMR, K. Atuação fonoaudiológica na Equoterapia. *Revista CEFAC*, vol 16, n. 2, p. 511-523, 2014.

VYGOTSKY, L. S. Teoria e método em psicologia. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1926/1999.

_____, Pensamento e linguagem. Lisboa: Antídoto, 1979 [1934].

_____, A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 1994

_____, “A psicologia e a pedagogia da atenção”. In: *Psicologia Pedagógica*. São Paulo: Martins Fontes, 2004 [1926].

WALLON, H. As origens do caráter. São Paulo: Nova Alexandria, 1934/1995.

_____, Princípios da Psicologia Aplicada. São Paulo: Companhia Nacional, 1930/19.

_____, Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada. São Paulo: Vozes, 2008.

WHITELEY, P.; SHATTOCK, P.; KNIVSBERG, A - M.; SEIM, A.; REICHEL, K. L.; TODD, L.; CARR, K.; HOOPER, M. Gluten- and casein-free dietary intervention for autism spectrum conditions. *Frontiers in Human Neuroscience*, v.6, 2013.

WILSON, C.C., TURNER, D.C. Companion animals in Human Health. London: Sage Publications, 1998.

WING, L. O Contínuo das Características Autistas. Em: C. Gauderer (Org.) *Autismo e Outros Atrasos do Desenvolvimento: guia prático para pais e profissionais*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

_____, A criatividade e suas origens. In *O brincar e a realidade*. p. 95-120. Rio de Janeiro: Imago, 1975 [1971].

_____, Realidad y juego. Barcelona: Gedisa, 1972.

World Health Organization. Classificação das doenças mentais da CID 10. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

ZORZI, J., HAGE, S. R. V. PROC: Protocolo de Observação Comportamental: Avaliação de linguagem e aspectos cognitivos infantis. São José dos Campos: Pulso, p.93, 2004.