

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

**Marta Cecília Rabinovitsch Gertel**

**O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança  
com Transtorno Global do Desenvolvimento: Estudo de Caso.**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

**SÃO PAULO  
2008**

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

**Marta Cecília Rabinovitsch Gertel**

**O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança  
com Transtorno Global do Desenvolvimento: Estudo de Caso.**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora  
como exigência parcial para obtenção do  
título de MESTRE em Fonoaudiologia pela  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo,  
sob a orientação da  
Profa Dra Suzana Magalhães Maia.

**SÃO PAULO  
2008**

**Marta Cecília Rabinovitsch Gertel**

**O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança  
com Transtorno Global do Desenvolvimento: Estudo de Caso.**

**Banca Examinadora**

**Prof(a) Dr(a)** \_\_\_\_\_

**Prof(a) Dr(a)** \_\_\_\_\_

**Prof(a) Dr(a)** \_\_\_\_\_

### *Dedicatória*

*Ao **Silvio** por todo o tempo em que estamos juntos, principalmente, por compreender as ausências e assumir nosso lar sempre que necessário;*

*Aos meus amados filhos, **Patrícia e Daniel**, pela alegria que trouxeram à minha vida: tenho profundo orgulho da pessoa maravilhosa que cada um é.*

*A minha mãe **Rebeca** e à tia **Nehama** por me ensinarem a acreditar que sonhos podem se realizar;*

*Ao meu irmão **Jaime** por estar sempre disponível e ajudar a concretizar tantos projetos em minha vida;*

*A querida prima **Miriam** pelo incentivo e apoio incondicional apesar da distância física;*

*A **M. e sua família** que permitiram que eu partilhasse nossa história.*

## **Agradecimentos**

**A prof. Dra Suzana M. Maia** que soube acolher as dúvidas e angústias deste caminhar e, principalmente, pela delicadeza com que orientou este trabalho.

**Aos professores do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP** por contribuírem de maneira significativa em minha formação profissional e como pesquisadora.

**A Claudia Perrota** pela gentileza, atenção e disponibilidade durante a execução deste projeto.

**Aos colegas de mestrado** pela afinidade e companheirismo neste período tão atribulado.

**A Virginia** pela solicitude e dedicação a cada um de nós que fazemos parte do PEPG em Fonoaudiologia da PUC-SP

**Aos amigos Ivan, Karen e Sofia** por partilharem as alegrias e angústias deste e de tantos outros pacientes que atendemos em conjunto.

**As amigas Fátima e Paula** por anos de amizade, companheirismo e incentivo para além do ambiente de trabalho.

**Ao CAPES** por financiar esta pesquisa, tornando-a possível.

## RESUMO

**Introdução:** No campo fonoaudiológico é possível encontrar questionamentos quanto a forma como nossa intervenção clínica pode favorecer a inserção do indivíduo na sociedade, principalmente nos pacientes com necessidades especiais. Nesse sentido, o contexto da clínica fonoaudiológica pode ser direcionado para auxiliar o paciente a encontrar um lugar próprio e pessoal, aspecto fundamental para que lhe seja possível alcançar o sentido de pertencer a sua família e à escola. O referencial teórico de Winnicott embasa esta pesquisa e vem sendo legitimado em vários estudos da área fonoaudiológica, no sentido de desvendar maneiras de acolher o paciente, a queixa e a demanda, compreendendo, assim, por meio da relação terapêutica, necessidades e questionamentos que atravessam a vida da pessoa que chega para atendimento. Cabe ressaltar que faz parte desta perspectiva clínica a extensão dos cuidados ao ambiente, neste caso família e escola, sempre que se fizer necessário.

**Objetivo do trabalho:** refletir e discutir sobre o papel do fonoaudiólogo na condução das estratégias terapêuticas durante o atendimento de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento, principalmente no que se refere à família e à escola.

**Método:** Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e foi desenvolvida por meio de um **estudo de caso clínico**, de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento. O material utilizado foi elaborado a partir de registros em forma de relatórios e abrangem o material clínico obtido nos atendimentos à família e à escola, de julho/ 2002 a novembro/2004. Os recortes no material obtido retratam o percurso seguido ao longo do eixo da história do paciente enfatizando os momentos significativos que geraram desenvolvimento do processo terapêutico fonoaudiológico no que se refere à comunicação oral, integração social no ambiente familiar e escolar.

**Resultados:** O paciente envolvido neste estudo frequenta classe de ensino regular e, a partir dos atendimentos fonoaudiológicos, apresentou desenvolvimento significativo em seu comportamento social e em família, além de efetivo avanço em sua comunicação oral.

**Conclusões:** Ao assumir uma perspectiva que direciona o atendimento para a criança de maneira singular, o enfoque terapêutico coloca-se para além das manifestações clínicas. Procura-se propiciar um ambiente físico e emocional capaz de promover experiências constitutivas que respeitem a singularidade de cada paciente levando em conta a realidade da família e da comunidade onde se encontra inserido aquele núcleo social. Como consequência a etnia, a cultura e a ética passam a ser compreendidas como fundantes do ser humano e, portanto, como lugar de enraizamento e existência. Portanto, em nosso entender, a atuação fonoaudiológica pode ser direcionada para a criação de situações que favoreçam o processo [de cada paciente] de inclusão na vida, com o respeito que todas as pessoas merecem.

**Palavras-chave:** Fonoaudiologia, Transtorno Global do Desenvolvimento, Família, Escola, Winnicott.

## SUMMARY

**Introduction:** In the field of Speech Therapy it is possible to find questionings on how our clinical intervention could facilitate the insertion of the individual, mainly patients with special needs. This way the context of speech therapy clinic could be directed to help the patient finding his own personal place, a fundamental aspect that will give him the sense of belonging both to his family and to school. The theoretical referential from Winnicott is the base of this research and it has been legitimated in various other researches from the speech therapy area in the sense of revealing ways to welcoming the patient, the complaint and the demand, understating through the therapeutic relation the needs and queries in the life of the individual who comes for treatment. It is important to stress that it is part of the clinic perspective the extension of care to the environment, in this case family and school, whenever necessary.

**Objective of this work:** reflect and discuss the role of the speech therapist in conducting these therapeutic strategies during treatment of a child with Pervasive Developmental Disorder, mainly related to family and school.

**Methodology:** This research is from a clinic-qualitative nature and was developed through a **clinic case study** of a child suffering from Pervasive Developmental Disorder. The material used was prepared from recorded reports and comprises the clinical material obtained on the family counseling from July 2002 to November 2004. The material cuts obtained portray the route followed through the patient story main point, stressing out significant moments that originated the development of the speech therapy therapeutic process regarding speech communication, social integration in the school and family environment.

**Results:** The patient involved in this study attends normal classes and since speech therapy treatments, presented significant development in both social and family behavior, apart from showing an effective advance in oral communication.

**Conclusions:** Assuming a perspective that leads the treatment to a child in a unique way, the therapeutic focus goes beyond clinic manifestations. To favor a physical and emotional environment able to promote constitutive experiences that respect the singularity of each patient taking into consideration the reality of the family and the community where the social nucleus is inserted. As a consequence ethnic identity, culture and ethics are better understood as fundamentals of the human being and therefore as place of rooting and existence. In our understanding therefore the role of Phonoaudiology (speech therapy) could be directed to the creation of situations that will favor each patient process of inclusion in life, with all the respect that every one deserves.

**Key-words:** Speech Therapy, Pervasive Developmental Disorder, Family, School, Winnicott.

## **Errata**

**Pág. 11** – onde se lê “(...) O quarto traz o percurso metodológico envolvido nesta pesquisa e a caracterização da criança e de sua história. No quinto analisamos os dados colhidos e no sexto capítulo, apresentamos nossas considerações finais”.

**Pág. 11** – ler “(...) O quarto traz o percurso metodológico envolvido nesta pesquisa. No quinto capítulo apresentamos a caracterização da criança, sua história e a análise dos dados colhidos. No sexto capítulo, apresentamos nossas considerações finais”.

## **Errata**

**Pág. 11** – onde se lê “(...) O quarto traz o percurso metodológico envolvido nesta pesquisa e a caracterização da criança e de sua história. No quinto analisamos os dados colhidos e no sexto capítulo, apresentamos nossas considerações finais”.

**Pág. 11** – ler “(...) O quarto traz o percurso metodológico envolvido nesta pesquisa. No quinto capítulo apresentamos a caracterização da criança, sua história e a análise dos dados colhidos. No sexto capítulo, apresentamos nossas considerações finais”.



## Sumário

Introdução.....	10
Capítulo 1 Diagnóstico de crianças com transtorno Global do Desenvolvimento.....	12
1.1 A visão do CID-10 e do DSM-IV.....	13
1.2 Diagnóstico e procedimentos terapêuticos fonoaudiológicos pautados na classificação da patologia.....	15
Capítulo 2 Diálogo Fonoaudiologia e Psicanálise: a busca por outro modelo de clínica.....	20
2.1 Preceitos da clínica winnicottiana.....	22
2.2 A clínica fonoaudiológica e o referencial winnicottiano.....	28
2.3 <i>Placement</i> : uma modalidade de atendimento clínico.....	29
Capítulo 3 O ambiente no processo terapêutico: a família, a escola e a herança cultural.....	32
3.1 A família.....	32
3.2 A escola.....	37
3.3 A herança cultural.....	41
Capítulo 4 Percurso Metodológico.....	43
4.1 Escolha do caso.....	44
4.2 Período de atendimento, recorte do material e seleção de dados.....	44
4.3 Apresentação e análise do material clínico.....	45
Capítulo 5 O caso M.: divisor de águas.....	47
5.1 Primeiros encontros: mãe e criança.....	49
<i>O jeito dele</i> .....	52
5.2 Primeiro contato com a escola: como agir com M.?.....	55

5.3 Novas tentativas de estabelecer contatos: aliança terapeuta, mãe e escola.....	57
Em busca de vestígios de comunicação.....	60
5.4 Primeiro encontro com o pai: ampliando o entendimento do contexto familiar.....	62
5.5 M. ensaia uma forma particular de expressão: para além dos vestígios, sinais concretos de comunicação.....	64
5.6 Novos questionamentos e encaminhamentos: riscos de um diagnóstico fechado.....	67
Família e terapeuta assumindo posicionamentos em favor da singularidade de M. ....	69
5.7 Necessidade de nomear o quadro clínico: profissionais trabalhando em sintonia com a família.....	72
A escola compõe a equipe.....	74
5.8 O <i>jeito</i> de M. faz parte da família, marca presença nas sessões terapêuticas e no contexto escolar.....	76
Considerações finais .....	80
Referências bibliográficas.....	85
Anexos.....	93

## INTRODUÇÃO

No campo fonoaudiológico, uma questão que vem sendo discutida diz respeito à forma como nossa intervenção clínica pode favorecer a inserção do indivíduo em sua família e na sociedade, o que adquire fundamental relevância em se tratando de pacientes com necessidades especiais<sup>1</sup>.

Sobre esse tema, encontramos na literatura da área fonoaudiológica diferentes pressupostos teóricos que fundamentam a linha de trabalho de cada profissional. Há aqueles que enfatizam a necessidade de orientar a família sobre como proceder com seu filho em ambiente doméstico; outros sugerem que os pais atuem como co-terapeutas na condução do caso; há autores que pensam a assistência à família como uma responsabilidade compartilhada no atendimento de cada paciente, entre outros.

Nessa mesma linha de raciocínio, também encontramos referências ao trabalho fonoaudiológico frente à escola: orientações aos professores quanto a sua atuação em sala de aula; elaboração de estratégias que favoreçam o processo de aprendizagem dos alunos, por exemplo, durante a alfabetização; capacitação dos educadores na identificação de possíveis alterações de linguagem oral e/ou escrita, entre outros.

Esses estudos, porém, parecem enfatizar mais questões individuais de cada paciente que poderiam estar dificultando sua adaptação na sociedade, do que de fato contextualizar essas dificuldades de modo a implicar família e escola no processo terapêutico.

Como buscar, então, uma atuação mais efetiva do fonoaudiólogo no que diz respeito aos aspectos ambientais relacionados ao paciente, em especial família e escola? Como constituir uma relação com o paciente, em que ele experimentaria ter um lugar na subjetividade do outro que se estenderia para além do *setting* terapêutico?

Buscando muito mais acolher a demanda do paciente do que orientar sobre como superar as dificuldades mencionadas na queixa, o que se procura atingir com a expansão do *setting* é a continuidade do cuidado e do acolhimento ao paciente, de

---

<sup>1</sup>De fato, tenho constatado em minha prática clínica que a reflexão sobre como a intervenção clínica fonoaudiológica pode favorecer a inserção na família e na escola de crianças com necessidades especiais é bastante pertinente. Desde o início, minha vivência profissional tem sido pautada no atendimento desses pacientes: primeiramente, trabalhei com pessoas com déficits auditivos, com comprometimentos neurológicos graves e, há aproximadamente sete anos, com crianças com distúrbios de comportamento.

modo que a terapia fonoaudiológica se direcione para auxiliá-lo a encontrar um lugar próprio e pessoal. Esse encontro é fundamental para que lhe seja possível alcançar o sentido de pertencer a sua família e também às outras esferas do seu cotidiano, como a escola e o trabalho.

A linha de pesquisa na qual esta dissertação está inserida - Linguagem, Corpo e Psiquismo - tem justamente se dedicado a pensar o espaço terapêutico como um lugar que pode favorecer o acontecer humano e, portanto, como facilitador do desenvolvimento de cada paciente. Para tanto, tem-se optado por trabalhos de natureza clínico-qualitativa, desenvolvidos primordialmente por meio de **estudo de caso**, que permite discutir os diferentes aspectos da dimensão humana observados na clínica fonoaudiológica, fundamentais na condução do processo terapêutico.

Essa foi também nossa escolha metodológica, sendo que procuramos explorar nesta pesquisa, preferencialmente, os aspectos que se fizeram presentes no acolher à família e à escola do paciente em questão, como extensão do processo terapêutico e não como algo além do atendimento fonoaudiológico.

O objetivo desta pesquisa é, então, **refletir e discutir sobre o papel do fonoaudiólogo no manejo<sup>2</sup> do ambiente de uma criança com diagnóstico médico de Transtorno Global do Desenvolvimento durante a terapia fonoaudiológica, principalmente no que se refere à família e à escola.**

O trabalho está organizado da seguinte maneira: no primeiro capítulo é feita uma breve revisão bibliográfica sobre o tema Transtorno Global do Desenvolvimento no que se refere a sua conceituação, diagnóstico e abordagens fonoaudiológicas. No segundo, abordamos o diálogo que a Fonoaudiologia vem estabelecendo com a Psicanálise, destacando a busca por um modelo de atendimento clínico fonoaudiológico baseado em alguns preceitos da clínica winnicottiana, incluindo a perspectiva de atendimento denominada *placement*. O terceiro retrata o ambiente no processo terapêutico fonoaudiológico no que se refere à família, escola e herança cultural. O quarto traz o percurso metodológico envolvido nesta pesquisa. No quinto capítulo apresentamos a caracterização da criança, sua história e a análise dos dados colhidos. No sexto capítulo, apresentamos nossas considerações finais.

---

<sup>2</sup> A palavra manejo refere-se ao conjunto de estratégias terapêuticas utilizadas na condução de um caso clínico e está fundamentada no referencial teórico de Winnicott, como descrito no capítulo 3.

## Capítulo 1

### Diagnóstico de crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento

O objetivo deste capítulo é situar a patologia denominada Transtorno Global do Desenvolvimento<sup>3</sup> no que se refere à conceituação, diagnóstico e como tem sido abordada na literatura fonoaudiológica.

Transtorno Global do Desenvolvimento é um dos termos utilizados para definir uma patologia que também costuma ser classificada como Autismo, Espectro Autístico e Psicose Infantil, entre outros. De acordo com Perissinoto (2003), a primeira descrição formal de Autismo Infantil foi feita por Kanner, em 1943, em um estudo com crianças que apresentavam um comportamento típico que enfatizava seu isolamento social. Depois disso, vários autores publicaram estudos sobre crianças com o mesmo tipo de comportamento ou com pequenas diferenças no quadro global, por exemplo, Asperger (1944) e Wing (1981). Ainda de acordo com Perissinoto (2003), a partir de 1989 a Associação Americana de Psiquiatria (APA) propôs a identificação do Autismo como um grave distúrbio do desenvolvimento que compromete várias áreas.

Embora a classificação e as nomenclaturas para o Transtorno Global do Desenvolvimento possam variar de acordo com a área de atuação do profissional, ou até dentro da mesma área, geralmente o diagnóstico é efetuado por um profissional da área médica (neurologista, psiquiatra, pediatra, entre outros) a partir de uma concepção clínica que toma por base as manifestações orgânicas e/ou comportamentais. Ou seja, o foco acaba sendo aquilo que essas crianças **não fazem**: não falam, não olham, não interagem socialmente.

Isso ocorre, em parte, pois os sistemas de classificação<sup>4</sup> predominantemente utilizados - CID-10 ou DSM-IV - são ricos em detalhar os comportamentos do

---

<sup>3</sup> O termo Transtorno Global do Desenvolvimento será utilizado nesta pesquisa pelo fato de a criança em foco no estudo de caso ter sido assim diagnosticada pelo neuropediatra. Entretanto, ao longo do texto, optei por manter os termos utilizados na bibliografia consultada para descrever o mesmo quadro. Assim, se a referência bibliográfica emprega o termo autismo este é o termo que foi utilizado quando de sua citação.

<sup>4</sup> Atualmente, vários profissionais, incluindo fonoaudiólogos, utilizam o CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS – para avaliação e diagnóstico de seus pacientes. Entretanto, optamos por manter o uso do CID-10/DSM-IV, pois foi essa a classificação utilizada pelo neuropediatra do caso clínico desta pesquisa, além de se apresentar como o sistema de

paciente a partir do que se diferenciam do padrão de normalidade, como expomos a seguir.

### **1.1. A visão da CID-10 e do DSM-IV**

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – 10<sup>a</sup> Revisão (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV/1995), elaborado pela Associação de Psiquiatria Americana (APA), encontram-se incluídas na categoria Pessoas com Necessidades Especiais aquelas que apresentam deficiências físicas, visuais, auditivas, síndromes e comprometimentos neurológicos (Síndrome de *Down*, Paralisia Cerebral etc) e distúrbios de comportamento (dificuldades de socialização, déficits de percepção, limitações no campo cognitivo, distúrbios psiquiátricos, entre outros).

A criança que recebe o diagnóstico médico de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) está incluída em uma categoria que engloba diversos quadros classificados como Autismo, Espectro Autístico, Síndrome de Asperger, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Transtorno Invasivo do Desenvolvimento.

Ainda de acordo com o DSM-IV (1995), nesses casos o desenvolvimento se encontra acentuadamente anormal ou prejudicado em três áreas principais: interação social, comunicação e repertório restrito de atividades e interesses. No que se refere à interação social, o prejuízo é considerado amplo e persistente, marcado por vários comportamentos não-verbais, como a não manutenção de contato visual direto, expressão facial pobre, posturas e gestos corporais não condizentes com a ação realizada. Essas manifestações contribuem, fundamentalmente, para a dificuldade de desenvolver relacionamentos, compartilhar interesses, participar de jogos e brincadeiras sociais. As brincadeiras, jogos de imitação ou rotinas da infância também tendem a aparecer fora de contexto ou de um modo mecânico.

Quanto à comunicação, o DSM-IV (1995) alerta para a possibilidade de alterações nas habilidades comunicativas verbais e não-verbais, tanto nos aspectos expressivos quanto nos receptivos. O prejuízo pode variar da falta total de

---

classificação preferencialmente citado em nosso referencial bibliográfico. Para maiores detalhes sobre a CIF, cf. bibliografia específica sobre o tema já disponível na área.

desenvolvimento da linguagem oral até o uso estereotipado e repetitivo da linguagem com comprometimento acentuado na capacidade de iniciar ou manter uma conversação. Além disso, o timbre, a velocidade, o ritmo ou a ênfase da fala pode estar comprometido, contribuindo, também, para o prejuízo da atividade dialógica. O emprego de estruturas gramaticais simples e o uso estereotipado e repetitivo de emissões (ecolalia), bem como a presença de uma linguagem metafórica que só é compreendida, por exemplo, pela família, marcam outras possíveis alterações de linguagem. Nos aspectos receptivos observa-se nítida dificuldade no entendimento de perguntas, orientações ou piadas simples que se agravam quanto mais abstrato for o conteúdo da emissão do interlocutor.

No que tange ao repertório restrito de interesses e atividades, podem ser observados padrões estereotipados com foco de interesse anormal; por exemplo, abrir e fechar uma porta ou o acender e apagar a luz, adesão inflexível a rotinas e rituais específicos e não funcionais, como percorrer exatamente o mesmo caminho para a escola, preocupação persistente com partes de objetos como rodinhas de brinquedos ou botões, comportamentos motores repetitivos, como bater palmas, estalar dedos, balançar-se e alterações da postura corporal, como andar na ponta dos pés.

Ainda de acordo com o DSM-IV (1995), para o diagnóstico de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), as manifestações clínicas nas áreas de interação social, comunicação e repertório restrito de interesses e atividades presentes nas crianças devem ocorrer antes do terceiro ano de vida. Cabe ressaltar, entretanto, que o quadro não envolve todas as áreas do comportamento na mesma proporção.

Pesquisas retratam a prevalência do quadro em meninos, mas ainda não existe um consenso quanto a um possível determinante orgânico (genético e/ou hereditário). São citadas como prováveis causas ocorrências do tipo: viroses gestacionais, infecções peri ou pós-natal, hipóxia peri-natal, má formação congênita, entre outros (Perissinoto, 2003; Batista, 2004; Fernandes & Teles, 2005). Quanto aos dados relativos à incidência do autismo na população, estes podem ser considerados, muitas vezes, discrepantes devido ao uso de critérios diagnósticos diversos (Braga e Ávila, 2004; Silva, Lopes-Herrera e De Vitto, 2007).

Braga e Ávila (2004) apontam para a dificuldade encontrada por profissionais da área da saúde no que se refere ao diagnóstico precoce<sup>5</sup> do autismo, mesmo quando há queixa por parte dos pais quanto ao desenvolvimento do filho. As autoras assinalam que a variedade no grau de severidade desse transtorno seria um dos principais motivos para o não diagnóstico antes do terceiro ano de vida, e enfatizam a importância da capacitação dos profissionais da área da saúde para acolherem com maior relevância as informações e preocupações trazidas pela família.

Na mesma linha de raciocínio, Fernandes (2005) alerta que, apesar do grande número de pesquisas nos últimos anos com vistas ao diagnóstico precoce do autismo, raramente este é feito antes dos dois anos de idade, resultado de *“uma atitude bem intencionada, que tende a minimizar as diferenças entre o desenvolvimento normal e o que é observado na criança em questão”* (p. 943).

No que se refere especificamente à área fonoaudiológica, a literatura nacional é relativamente vasta e ressalta a importância do diagnóstico e intervenção precoce nos casos de autismo (Silva, Lopes-Herrera e De Vitto, 2007).

## **1.2. Diagnóstico e procedimentos terapêuticos fonoaudiológicos pautados na classificação da patologia**

O uso de parâmetros para classificação e diagnóstico do Transtorno Global do Desenvolvimento não é exclusivo da área médica. Em alguns segmentos da área fonoaudiológica também se busca classificar esse transtorno, para o embasamento teórico-prático do atendimento terapêutico e/ou das pesquisas. Ao seguir esse caminho, procura-se desvendar a essência do que se observa como manifestação clínica e, a partir daí, generalizar os dados obtidos para outros pacientes que apresentem um quadro semelhante. Dessa maneira, cada paciente é visto e entendido como alguém que encerra em seu caso o retrato de determinada patologia, fruto dos sintomas que apresenta.

Considerando o modelo epistemológico de pesquisa e de clínica descrito acima, o fonoaudiólogo procura evidências que justifiquem os sintomas manifestos:

---

<sup>5</sup> Na maioria das pesquisas, é considerado diagnóstico precoce aquele realizado antes dos 3 anos de idade.



na genética, na hereditariedade, nas intercorências pré, peri e pós-natais e nos comportamentos do paciente. Na avaliação, observa sintomas típicos do transtorno em questão, fazendo comparações com tabelas, parâmetros e protocolos que procuram mostrar o quanto ou em que aspectos do desenvolvimento aquela pessoa se enquadra ou apresenta desvios em relação à normalidade.

O diagnóstico fonoaudiológico tem início, então, na anamnese ou entrevista com os pais e/ou responsáveis, quando são descritas as características comportamentais e de linguagem do paciente, e no processo de avaliação de linguagem, quando são caracterizados os desvios presentes. É esse levantamento inicial que vai nortear o procedimento terapêutico a ser empregado no caso e as reavaliações periódicas para constatar os avanços no trabalho.

De fato, encontramos um grande número de pesquisas, artigos e livros que se baseiam nesse modelo de investigação e abordagem clínica fonoaudiológica. Nesses trabalhos o foco principal é a busca por observar, retratar e generalizar as manifestações comportamentais e de linguagem dos pacientes com Transtorno Global do Desenvolvimento, para estabelecimento de critérios de avaliação e diagnóstico que também possam ser utilizados para direcionar a terapêutica. A seguir, apresentamos, então, alguns estudos que retratam esses procedimentos.

Fernandes & Ribeiro (2002) apontam para a necessidade de pesquisas que procurem estabelecer critérios para a investigação das dificuldades de crianças com diagnóstico de Distúrbio Abrangente do Desenvolvimento no uso funcional da linguagem, no desempenho lexical e sócio-cognitivo.

Para Perissinoto (2003), o eixo central da avaliação de linguagem dessas crianças é a observação de comportamentos em situações espontâneas, semidirigidas e dirigidas, em que são observados os tipos de atividades e habilidades com o próprio corpo, objetos e situações, as formas de relação interpessoal e os modos de comunicação em sua complexidade e qualidade de uso social. A autora também observa as características e os comportamentos da criança em atividade lúdica, a presença de atos comunicativos e as habilidades de compreensão verbal e de narrativa. Em relação ao processo terapêutico, enfatiza os tópicos referentes às dificuldades de comunicação em seus aspectos receptivo e expressivo, utilizando as habilidades individuais e a atividade lúdica como recursos terapêuticos.

Befi-Lopes & Araújo (2002) assinalam que a prova de verificação de vocabulário<sup>6</sup> é um dos instrumentos que podem auxiliar no processo de diagnóstico e de avaliação de linguagem em crianças autistas, quando se tem como objetivo obter parâmetros sobre o seu desempenho lexical. Nesta direção, Befi-Lopes, Araújo, Fernandes & Gerbelli (2004) sugerem o uso de figuras e miniaturas para a avaliação do desempenho lexical de crianças autistas, ressaltando a importância de adequar a aplicação dos testes às características da população atendida.

Cardoso (2004; 2006), Corradi & Fernandes (2004) e Fernandes & Teles (2005) destacam a importância de se observar em que condições o comportamento ou função pragmática ocorre, utilizando, para tanto, na avaliação e nas diversas etapas do processo terapêutico, protocolos para análise pragmática desenvolvidos por Fernandes (1996)<sup>7</sup>.

Tamanaha, Chiari, Perissinoto & Pedromônico (2006) utilizaram os critérios propostos por Wetherby e Prutting (1984)<sup>8</sup> para comparar o desempenho lúdico de crianças autistas em situação livre e dirigida. Nesse estudo, as autoras observaram melhor desempenho das crianças autistas em situação dirigida, concluindo que a mediação do adulto incentivou uma maior participação das crianças estudadas.

De acordo com Ribeiro (2005), Fernandes & Teles (2005), Cardoso (2006) e Souza-Morato & Fernandes (2006), é nítida a heterogeneidade de desempenhos apresentada por crianças autistas; além disso, as dificuldades de comunicação observadas não se restringem ao processo de aquisição, mas abrangem também sua funcionalidade, simbolização e socialização. Dessa maneira, as autoras propõem a realização de novos estudos, em que dados a respeito do desenvolvimento social e cognitivo devem ser considerados no intuito de fornecer informações complementares para o delineamento de processos terapêuticos e educacionais cada vez mais eficientes.

---

<sup>6</sup> Para maiores detalhes sobre a prova, cf. Béfi-Lopes, D. M. – Aspectos da competência e do desempenho lexicais em crianças entre 4,0 e 6,6 anos, com padrões de desenvolvimento normal de linguagem e com alterações articulatórias – Tese (Doutorado) – FFLCH-USP – São Paulo – 1997. Befi-Lopes, D.M – Verificação do Vocabulário- In: Andrade, CRF; Befi-Lopes, DM; Fernandes, FDM; Wertzner, HF – ABFW: Teste de linguagem Infantil – Pró-fono – 2000 – São Paulo.

<sup>7</sup> Para maiores detalhes das tabelas e protocolos, cf.: Fernandes, FDM – Autismo Infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico – aspectos funcionais da comunicação – São Paulo – Lovise – 1996.

<sup>8</sup> Para maiores detalhes sobre os critérios adotados para avaliação da atividade lúdica, cf. Wetherby A., Prutting C. – *Profiles of communicative and cognitive social abilities in autistic children* – J Speech Hear Dis – 27: 367-77 – 1984.

Perissinoto (2005) aponta para o aumento considerável de pesquisas que procuram demonstrar que as habilidades de linguagem nas crianças autistas estão presentes em graus variáveis nos comportamentos precursores da comunicação, entre eles a habilidade de partilhar atenção, dar respostas no contexto, imitar comportamentos e participar de jogos recíprocos e simbólicos. De acordo com a autora, os estudos sobre a linguagem de crianças autistas devem levar em conta a evolução da amplitude de funcionalidade da comunicação, abrangendo desde atos não planejados pela criança, mas que surtem efeito comunicativo no interlocutor, até a explicitação intencional e organizada de fatos e sentimentos. Para tanto, é fundamental que se leve em conta o contexto comunicativo, que inclui o ambiente físico, as relações sociais e históricas entre as pessoas envolvidas, o estado afetivo e intencional do falante, os objetivos emocionais do ouvinte e a produção verbal propriamente dita dos interlocutores.

Fernandes (2005) chama atenção para a importância de considerar informações objetivas sobre os resultados terapêuticos de modo a favorecer a melhor integração de todo contexto no qual a criança autista está inserida, facilitar a troca de informações clínicas entre os profissionais que atendem a mesma criança e propiciar melhores condições para a família e a escola lidarem com as dificuldades presentes em seu cotidiano. Além disso, a autora alerta para o fato de não ser possível falar de maneira realista em intervenção precoce nos quadros do espectro autístico tendo em vista que o diagnóstico raramente é feito antes dos dois anos de vida, conforme citado anteriormente.

Ainda de acordo com Fernandes (2005), as propostas terapêuticas fonoaudiológicas enfatizam a necessidade da caracterização pormenorizada de cada sujeito, o que determina diferentes possibilidades de abordagens terapêuticas e educacionais e não um modelo único de intervenção. Assim, podemos citar diferentes propostas de terapia além do atendimento individualizado, como, por exemplo, as oficinas de linguagem, o atendimento em grupo, o uso da Comunicação Alternativa ou Comunicação Suplementar Alternativa<sup>9</sup>.

Porém, para Silva, Lopes-Herrera, De Vitto (2007), apesar de existir uma grande variedade de fundamentos teóricos que pautam as diversas abordagens

---

<sup>9</sup> Nesta pesquisa optamos por não detalhar estas propostas terapêuticas, tendo em vista que não foi a maneira como a criança deste estudo foi atendida. Para maiores detalhes sobre estas abordagens terapêuticas, cf. bibliografia especializada disponível na área.

terapêuticas com autistas, os objetivos finais são os mesmos: melhorar as habilidades lingüísticas, sociais e cognitivas desses pacientes. Ainda de acordo com os autores, a meta terapêutica inicial do tratamento fonoaudiológico é “(...) *desenvolver a compreensão das situações de comunicação e a intencionalidade*<sup>10</sup> *da mesma, por meio do uso de habilidades comunicativas não-verbais e verbais, visando a melhoria na inserção social, escolar e familiar da criança*” (p. 324).

No que diz respeito à terapia de linguagem, Fernandes (2005) ressalta que obter informação sobre a história remota da criança, inclusive dados anteriores à gestação, como constituição da família, rotina, relacionamentos sociais, gosto pessoal, entre outros, propicia a compreensão abrangente e aprofundada de cada caso clínico, que deve ser o elemento preponderante para o estabelecimento de um conjunto coerente e produtivo de procedimentos terapêuticos.

Matteo (2001) adverte, porém, que a clínica fonoaudiológica baseada nos princípios citados anteriormente direciona o processo terapêutico de acordo com a patologia atendida e com a necessidade de minimizar ou até mesmo eliminar o sintoma presente no paciente por meio do uso de técnicas específicas.

*O processo terapêutico é entendido como tratamento do sintoma onde o fonoaudiólogo é visto como aquele que é capaz de diagnosticar, treinar e estimular as funções de linguagem que estão alteradas no paciente. Desta forma a singularidade de cada pessoa não pode ser reconhecida. (...)* (Matteo, 2001, p. 2 - grifos da autora).

Já podemos encontrar na literatura fonoaudiológica vários artigos, livros e pesquisas que apontam para um crescente interesse da área nos aspectos subjetivos envolvidos na comunicação. Ainda conforme Matteo (op. cit. p.5), “Ao buscar reconhecer a singularidade da pessoa que está sendo atendida e, a partir daí, utilizar as técnicas e estratégias que se fazem necessárias, temos condições de humanizar a função terapêutica”. Alguns trabalhos fundamentados nesta abordagem são apresentados no próximo capítulo.

---

<sup>10</sup> Silva, Lopes-Herrera, De Vitto (2007) apontam que o princípio básico que o autista deve perceber refere-se ao caráter interacional da comunicação. Neste sentido, a criança perceberia, via comunicação, a interação social além de expressar suas vontades e desejos.

## Capítulo 2

### **Diálogo Fonoaudiologia e Psicanálise: a busca por outro modelo de clínica**

O encontro da Fonoaudiologia com a Psicanálise tem permitido compreender de outra forma a pessoa que procura atendimento clínico, investigando a essência do fenômeno, aquilo que não se vê na aparência, que não é mensurável.

Para Cunha (2001; 2005), buscar subsídios para a prática fonoaudiológica a partir da inter-relação entre linguagem e psiquismo significa criar um elo em que a queixa vai além da literalidade da palavra e encerra um sentido na história da pessoa: é a singularidade daquele que chega para ser atendido. A autora também assinala a importância de se direcionar a “(...) *discussão dos critérios para o estabelecimento dos conceitos de normal e de patológico em relação ao diagnóstico dos chamados distúrbios da comunicação*” (2001, p.15 - grifos da autora). E, ainda, a inter-relação entre linguagem e psiquismo, que “(...) *possibilita uma revisão de pressupostos do método clínico fonoaudiológico, tanto no âmbito do processo quanto das técnicas terapêuticas*” (op. cit., p. 36 - grifos da autora).

Na mesma direção, Ieto e Cunha (2007, p. 330) referem que os subsídios da Psicanálise auxiliam a reconhecer a demanda subjacente à queixa de cada paciente “(...) *de modo a orientar a condução do processo terapêutico fonoaudiológico desde as entrevistas preliminares*”. Trata-se, pois, de um modelo epistemológico que considera a intervenção terapêutica sob outro prisma.

Nesse sentido, Silva (2000, p. 72) aponta a importância da escuta e da interpretação fonoaudiológica para garantir a continuidade discursiva, de modo a atribuir um lugar para o paciente diferente do terapeuta e, portanto, promover o “*deslocamento na criança do lugar de doente em que se encontra paralisada, (...). O fonoaudiólogo é como um espelho virtual que reflete à criança uma imagem de brilho, de potencialidade, num investimento que possa suprir o olhar estagnado da patologia*”.

No que se refere à abordagem do paciente autista, Sabes (2001) e Oliveira (2002) assinalam a necessidade de se adotar uma perspectiva psicodinâmica, reconhecendo um valor significativo em toda a produção gestual ou oral do paciente. Dessa forma, o trabalho clínico se efetivará a partir dos significados dados aos

pedaços de palavras, jargões, versos ou mímicas que as crianças autistas repetem automaticamente.

*A compreensão de que uma simples fala ecológica emitida por uma criança autista indica pelo menos uma captura alienante pelo significante, já esboça as possibilidades para a existência de um trabalho em busca da linguagem, justificando, neste caso, que o profissional que a atende ocupe o lugar de endereçamento dessa mensagem, para que essa criança possa começar a se reconhecer como fonte produtora dela, esboçando-se aí, e caminhando no sentido de ser um sujeito (Oliveira, 2002, pp. 26-27).*

Ainda de acordo com Oliveira (2002, p. 39), sendo certos aspectos da linguagem identificados como características principais no autismo infantil, duas questões implícitas se colocam: “*uma que aponta para o papel organizador da linguagem e outra que marca a possibilidade de um trabalho clínico descolado do significante, intervindo na linguagem pela linguagem, um trabalho essencialmente dialógico marcado pela escuta e por interpretações*”. A atividade clínica fonoaudiológica pressupõe, portanto, uma concepção de linguagem como constitutiva do sujeito; e nessa perspectiva, “[*a aquisição da linguagem se dá*] *na relação com o outro, em uma atividade dialógica, priorizando a interação terapeuta-paciente, onde a escuta e a interpretação fonoaudiológica se constitui em atos clínicos que possibilitam a efetivação do processo terapêutico*” (op. cit. p. 62).

Oliveira (2006) enfatiza a necessidade de se utilizar uma abordagem lingüística que aponte uma reflexão sobre o lugar e o momento em que uma interpretação fonoaudiológica poderia ocorrer e ter sucesso com pacientes que apresentam fala ecológica. De acordo com a autora, a particularidade da produção de cada paciente inviabiliza o uso de protocolos de classificação:

*(...) a particularidade de uma produção, ou seja, sua diferença com relação a outras falas repetitivas é, ao mesmo tempo, aquilo que inviabiliza classificações – dada sua heterogeneidade – e o que viabiliza, em termos de possibilidade, uma mudança dessa condição perseverante da criança em relação à fala do outro (Oliveira, 2006, p. 343).*

Apesar de várias abordagens clínicas fonoaudiológicas estarem fundamentadas na perspectiva psicanalítica, cabe ressaltar que há, na Psicanálise, vários autores e escolas que propõem maneiras diferentes de conceber o homem e sua organização

psíquica, com desdobramentos clínicos e técnicos específicos, como Freud, Melanie Klein, Winnicott e Lacan entre outros.

Nessa medida, apresentamos a seguir conceitos básicos do referencial teórico de Winnicott que embasam nossa abordagem clínica. Referencial no qual nos pautamos nesta pesquisa e que vem sendo legitimado em vários estudos da área fonoaudiológica, no sentido de desvendar maneiras de acolher o paciente, a queixa e a demanda envolvida, compreendendo, assim, por meio da relação terapêutica, necessidades e questionamentos que atravessam a vida da pessoa que chega para atendimento.

## 2.1 Preceitos da clínica winnicottiana

D.W.Winnicott desenvolveu sua matriz clínica procurando desvendar as necessidades fundamentais de cada pessoa, criança ou adulto, na busca de se constituir como si mesmo. Nesse processo, o ambiente humano é de suma importância, ou seja, o outro na constituição de uma pessoa favorecendo o acontecer humano. A partir de suas observações, o autor procurou mostrar que o homem não nasce pronto; ao contrário, precisa do meio – o outro – para conquistar sua posição de humano, e o início desse processo ocorre a partir da primeira relação que o bebê estabelece com outro ser humano: sua mãe<sup>11</sup>.

A relação que ambos, mãe e bebê, vivem desde o nascimento é, pois, fundante na constituição da criança, particularizando-se para cada cultura, grupo social e família. Esse processo tem seu início e pode ser observado desde antes da época da gestação e dos momentos iniciais do contato materno com o filho: *“o início da criança se dá quando elas são concebidas mentalmente. (...) A concepção é um fato físico que pode ser resultante da idéia da concepção ou de um acidente (...)”* (Winnicott, 1999, p. 44). Na díade, em estado de disponibilidade para o bebê, a mãe cria as condições favoráveis para o desenvolvimento físico, emocional e social do filho, de modo que a singularidade deste possa se efetivar; ou seja, a mãe representa o

---

<sup>11</sup> Cabe ressaltar que para Winnicott a mãe representa a pessoa que exerce a função de maternagem, ou seja, na ausência da mãe biológica este papel pode ser assumido por outra pessoa que desempenhará essa função como, por exemplo, o pai, a avó, entre outros.

ambiente humano que o bebê encontra ao nascer e, portanto, é aquela que será responsável por apresentar-lhe o mundo. Quando a relação mãe-bebê, por algum motivo, não se constitui de maneira favorável, o devir da pessoa pode ser comprometido.

A apresentação do mundo para a criança é feita por meio de três funções básicas, desempenhadas pela mãe: *holding, apresentação dos objetos e manejo*. Essas funções são descritas a seguir para a compreensão de como podem embasar também o trabalho terapêutico, tornando possível ao terapeuta ser o outro que buscará propiciar as condições para favorecer o vir-a-ser do indivíduo, de modo que o processo que não ocorreu no início da vida possa ocorrer em outra época. Cabe ressaltar aqui que, para Winnicott, o processo de constituir-se não é finito, pois permeia a vida de cada pessoa até sua morte. Em outras palavras, cada indivíduo está sempre em constituição, em vir-a-ser por meio das relações sociais que estabelece ao longo de sua vida.

Segundo o autor, então, a base do trabalho terapêutico deve ser concebida a partir dos aspectos originários na constituição da pessoa e, portanto, o uso dos fundamentos que norteiam a relação mãe-bebê permite ao terapeuta direcionar sua prática clínica tendo em vista as condições necessárias para favorecer o acontecer humano daquele que chega em busca de atendimento.

A primeira função descrita por Winnicott como fundamental para o acontecer humano é o *holding*. Embora possa ser traduzida, essencialmente, como sustentar, segurar, a palavra *holding* traz em si muito mais do que isso: abrange a sustentação materna desde antes do nascimento do bebê, sendo esta a forma como a mãe demonstra o amor por seu filho e a maneira como ele percebe este amor. Em um primeiro momento, essa percepção é nitidamente sensorial, via corpo, já que faz parte do *holding* toda a rotina de cuidado que a mãe dedica ao bebê: pegar no colo, alimentar, banhar, trocar, acariciar, conversar. Esse cuidado essencial fornecido pela mãe quando ela é sensível às necessidades de seu bebê levou o autor a denominá-la *mãe devotada e suficientemente boa*.

*Nas primeiras semanas de vida do bebê, os estágios iniciais do processo de amadurecimento têm sua primeira oportunidade de se tornarem experiências para o bebê. Onde o ambiente de facilitação – que deve ser humano e pessoal – possuir características suficientemente boas, as tendências hereditárias de crescimento que o bebê tem podem, então, alcançar seus primeiros resultados*



*favoráveis. Inicialmente o bebê é uma unidade muito dependente. (...) Com o tempo o bebê torna-se capaz de afirmar sua própria individualidade, e até mesmo de experimentar um sentimento de identidade pessoal. A base de tudo isso se encontra nos primórdios do relacionamento, quando mãe e bebê estão em harmonia (Winnicott, 1999, p. 8).*

A mãe suficientemente boa é aquela que direciona suas ações em sintonia com as necessidades de seu filho; ou seja, age de maneira a proporcionar um ambiente acolhedor e facilitador para o desenvolvimento físico e psíquico, favorecendo ao bebê existir como ser humano único. Aos poucos, conforme se dá esse desenvolvimento, a mãe vai assumindo novos papéis no processo do acontecer humano, o que faz parte de sua adaptação às necessidades de seu filho. Quando ele recebe um *holding* adequado às suas necessidades, adquire confiança no mundo e consegue atravessar os estágios de seu desenvolvimento, passando de uma dependência absoluta de sua mãe para a dependência relativa e, finalmente, rumando à independência. Para Winnicott, o *holding* materno é a base para a saúde psíquica do indivíduo: é a condição fundamental para que cada pessoa possa lidar com as experiências positivas ou negativas que o mundo apresenta no dia a dia.

*(...) o efeito acumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança é a construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança. A crença da criança nas coisas boas e nos bons relacionamentos dentro de si também é fortalecida. Esses pequenos passos na solução dos problemas centrais ocorrem na vida diária do bebê e da criança pequena e, a cada vez que o problema é resolvido, algo é acrescentado ao seu sentimento de estabilidade geral, fortalecendo as fundações de seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 2000, p. 128).*

Assim, de maneira natural, a sustentação que a mãe fornece ao bebê promove a integração corpo e mente, dando à criança a sensação de unidade. A essa união característica e específica de cada pessoa Winnicott denominou *self*. Ou seja, o *self* encerra as características específicas e individuais de cada sujeito e, portanto, está sempre em constituição. Engloba o que existe de singular em cada pessoa, que torna sua presença única no mundo e só pode iniciar sua constituição de maneira adequada quando a mãe está em sintonia com as necessidades de seu bebê, respeitando e acolhendo seu ritmo.

Em contrapartida, quando o ritmo e a singularidade do bebê não são respeitados, ele procura alternativas para lidar com o ambiente de maneira que possa sobreviver física e psiquicamente. Neste caso, o bebê desenvolve defesas contra essas experiências que podem ser consideradas invasivas, ou seja, desenvolve um *falso self*, que mantém a relação com o mundo externo e, inserido no seu íntimo, um *self verdadeiro*, que permanece encoberto.

*(...) O self central ou verdadeiro poderia ser considerado como o potencial herdado que está experimentando a continuidade da existência, e adquirindo à sua maneira e em seu passo uma realidade psíquica pessoal e o esquema corporal pessoal. (...) Qualquer ameaça a esse self verdadeiro constitui uma ansiedade maior nesse estágio precoce e as defesas da infância mais precoce ocorrem (...) para ocultar esse self verdadeiro. (...) A esse respeito a melhor defesa é a organização de um falso self (Winnicott, 1983, p. 46).*

Como já foi dito anteriormente, o *holding* materno implica a vivência de uma experiência única, por meio da qual a mãe vai propiciar ao seu bebê o conhecimento e a vivência do meio que o cerca. Para que essa vivência constitua uma experiência singular na vida de cada pessoa, a *apresentação dos objetos* (meio) deve ocorrer de maneira que o ritmo e a necessidade de cada um sejam respeitados. A *mãe suficientemente boa* é capaz de propiciar essa vivência para seu filho, ou seja, vai apresentando o meio que o cerca de acordo com sua solicitação. Ao respeitar o ritmo de seu bebê, a mãe permite que ele vivencie, no corpo e na mente, a sensação de que é capaz de criar tudo aquilo de que necessita e, em contrapartida, a mãe apresenta tudo o que ele necessita no exato instante em que ele possa vivenciar essa sensação:

*(...) O que se comunica ao bebê é: venha para o mundo de uma forma criativa, crie o mundo; só o que você criar terá significado para você. (...) A partir desta experiência de onipotência inicial o bebê é capaz de começar a experimentar a frustração (Winnicott, 1999, p. 90).*

Assim, as vivências do bebê em relação ao seu meio constituem a forma como ele está sendo colocado frente à singularidade de sua família, sua cultura, parte fundamental que integra a constituição de cada pessoa. Paulatinamente e ainda de acordo com as necessidades de seu filho, a mãe permite que ele vivencie a

apresentação do meio de maneira cada vez menos onipotente. Ou seja, a vivência de frustrações, por meio das quais o bebê percebe que nem tudo que se apresenta é criado por ele, nem tudo pode ser vivido no momento em que quer, proporciona o seu amadurecimento físico e emocional.

Neste sentido, além de deixar de vivenciar a onipotência que lhe era característica, o bebê caminha rumo à independência. Independência esta que é relativa por toda a vida, pois faz parte do ser humano necessitar do outro ao longo de sua existência. Além disso, o bebê caminha também para vivenciar cada vez mais uma realidade compartilhada: a inter-relação com várias pessoas.

*Uma vez que estas coisas tenham se estabelecido, como ocorre na normalidade, a criança se torna gradativamente capaz de se defrontar com o mundo e todas as suas complexidades, por ver aí, cada vez mais, o que já está presente dentro de si própria. Em círculos cada vez mais abrangentes da vida social a criança se identifica com a sociedade, porque a sociedade local é um exemplo de seu próprio mundo pessoal, bem como exemplo de fenômenos verdadeiramente externos (Winnicott, 1999, p. 87).*

*Holding e a apresentação do objeto* são, portanto, funções essenciais na constituição de um indivíduo, sendo que o respeito às características singulares de cada um é dada por outra função essencial observada por Winnicott: o *manejo*. O *manejo* se constitui por meio da forma como as ações maternas são propiciadas ao bebê. Neste sentido, a mãe concebe o bebê como um outro ser humano, mas permite a ele vivenciar a sensação de que ambos são um, ou seja, a mãe é sua extensão. A essa vivência da mãe Winnicott denomina *identificação primária*. Por meio desse processo de identificação, ela estabelece a rotina de cuidados para com o bebê de tal maneira que tudo aquilo de que ele necessita se apresenta como tendo sido criado por ele mesmo.

*(...) Isto é o começo de tudo, e confere significado ao ser. Eu sou não significa nada, a não ser que eu, inicialmente, seja juntamente com outro ser humano que ainda não foi diferenciado. (...) A condição de ser é o início de tudo, sem a qual o fazer e o deixar que lhe façam não tem significado. É possível induzir um bebê a alimentar-se e a desempenhar todos os processos corporais, mas ele não sente estas coisas como uma experiência, a menos que esta última se forme sobre uma proporção de simplesmente ser, que seja suficiente para constituir o eu que será, finalmente, uma pessoa (Winnicott, 1999, p. 9).*

Ainda sob a perspectiva de Winnicott, a necessidade de existir como objeto humano para a mãe faz o bebê buscar a familiaridade de si nela, colocando em curso sua necessidade de relacionar-se. Nesse contexto, o movimento da mãe cria a singularidade do bebê e, se ele é respeitado como um ser único e singular, a vivência de experiências constitutivas permite que ele *“situado no espaço torne-se pronto, com o passar do tempo, para executar o movimento que surpreende o mundo, e o bebê que assim descobriu o mundo se torna, no devido tempo, preparado para receber com alegria as surpresas que o mundo contém”* (Winnicott, 1999, p. 17).

Considerando então as três funções primordiais, **holding, apresentação dos objetos e manejo**, como essenciais para o amadurecimento físico e emocional do indivíduo, ter-se-á, portanto, o desenvolvimento do bebê como uma pessoa singular e única: *“Todos os processos de uma criatura viva constituem um vir-a-ser, uma espécie de plano para a existência”* (Winnicott, 1999, p. 82). Neste sentido, as experiências que a criança vivencia em seu dia-a-dia são primeiramente vividas sensorialmente por meio do cuidado da mãe com seu bebê: o seu cheiro, toque, tom de voz, forma como embala, entre tantos aspectos. Aos poucos, conforme vai amadurecendo física e emocionalmente, o bebê integra essas vivências dando um sentido todo próprio a elas. É dessa maneira que a constituição de experiências é única para cada ser humano, bem como sua resposta frente ao mundo. E é essa característica que cada pessoa encerra e que lhe permite a constituição do **gesto criativo**.

O **gesto criativo** implica para cada pessoa a oportunidade de vivenciar sua existência encarando a vida e o mundo de maneira a fortalecer seu sentimento de estar vivo, de ser ela mesma. A criatividade nunca é perdida, pois cada indivíduo é capaz de buscar objetos que articulem o seu ser e suas experiências pessoais (Mazzieri, 1999).

Nessa mesma direção, Safra (2004) assinala a importância de se compreender o homem como *ser criativo*: *“(...) Os elementos sociais e naturais são campos que se organizam como estilo, a partir do nascimento e do gesto que nos apresentam cada ser humano como inédito”* (p. 78).

Então, podemos dizer que, ao escolher esse referencial teórico, o fonoaudiólogo pode reconhecer o outro em sua integralidade e compreender suas

necessidades fundamentais, buscando uma posição que permita estabelecer uma relação com o paciente de modo que este possa vivenciar experiências fundamentais para sua constituição como PESSOA e também de sua linguagem<sup>12</sup>.

## 2.2. A clínica fonoaudiológica e o referencial winnicottiano

Iniciamos destacando que o referencial teórico de Winnicott permite que o fonoaudiólogo adote uma visão do paciente sem separar os aspectos somáticos e psíquicos. A doença deixa de ser tratada como uma entidade separada da pessoa e de sua história, sendo a constituição de cada um fundamentada em sua relação com o outro e com o ambiente. É essa relação permanente que constitui e transforma cada pessoa em quem ela é (Tahan, 2003).

É, pois, o olhar voltado para a história dos pacientes, para a rede de relações que os envolvem que permite reconhecer e atender as suas necessidades, respeitando o modo de ser de cada um. Como consequência, não é possível restringir o trabalho ao local de atendimento ou somente ao encontro terapeuta-paciente. Daí ser prioritário considerar a família, a escola, o trabalho, sempre que se fizer necessário, o que direciona o atendimento terapêutico para outro prisma.

Ao buscar na pessoa como foi e é sua constituição e relação com o meio em que vive, tem-se a oportunidade de entender que aquele que chega à clínica traz em si uma história, fruto de sua vivência com o outro desde o início da vida. Neste sentido, o enfoque terapêutico direciona-se para muito além da queixa ou das manifestações observadas no paciente, buscando-se a sua integralidade. É por meio dessa busca que vamos procurar propiciar ao paciente um ambiente físico e emocional capaz de promover experiências constitutivas.

Dessa maneira, a prática fonoaudiológica pode proporcionar para cada sujeito *“uma experiência humana que lhe possibilite ser uma pessoa e ser ela mesma”* (Maia, 2000, p. 26). Por conseguinte, os procedimentos técnicos fonoaudiológicos são direcionados de acordo com as necessidades de cada paciente, e o espaço terapêutico coloca-se como um lugar para favorecer o acontecer humano e, portanto, facilitador

---

<sup>12</sup> A linguagem aqui deve ser entendida como o idioma pessoal de cada um.

do desenvolvimento e da evolução do paciente (Tahan, 2003; Tahan & Maia, 2005; Ferraz, 2006).

*Nessa perspectiva, a função do fonoaudiólogo vai além do treinamento específico para a correção dos distúrbios, que muitas vezes culmina com uma visão de homem fragmentada. O conceito de homem aqui enfatizado é aquele que acontece no tempo, no espaço, na corporeidade e no encontro com o outro (Tahan & Maia, 2005, p 115).*

Ainda de acordo com Tahan & Maia (2005), ao direcionar a prática clínica fonoaudiológica de maneira singular para as necessidades de seu paciente, o fonoaudiólogo assume um posicionamento ético que visa compatibilizar e viabilizar seus procedimentos técnicos com a singularidade de cada pessoa. Portanto, a proposta terapêutica se estabelece de maneira a respeitar o percurso único de cada paciente, o que significa acolhê-lo e oferecer a provisão adequada ao seu ritmo.

Nessa mesma linha de raciocínio, Ferraz (2006) ressalta que a abordagem clínica sob a perspectiva de Winnicott permite ao fonoaudiólogo “(...) *propiciar um ambiente suficientemente bom em termos de reconhecimento, confiança e respeito entre o paciente, a mãe e o profissional de saúde*” (p. 129).

Muitas vezes, essa necessidade de experiências constitutivas leva o terapeuta a realizar um *manejo* frente ao ambiente do paciente, e é aqui que consideramos fundamental apresentar uma outra perspectiva de atendimento clínico: o *placement*.

### **2.3 Placement: uma modalidade de atendimento clínico**

De acordo com Safra (2006), *placement* é uma modalidade de intervenção clínica muito importante dentro da obra de Winnicott, apesar de pouco conhecida no Brasil. Esse desconhecimento pode ser explicado pela dificuldade em traduzir para o português o conceito inserido nesta palavra:

*A tradução da palavra **placement** é problemática. Ela é derivada da palavra **place**, cujo significado é lugar, dimensão fundamental na constituição do **self** e no processo de trabalho clínico. Winnicott foi um psicanalista intensamente implicado com a clínica, e desenvolveu diferentes modalidades de atendimento: a análise*

*clássica, as consultas terapêuticas, a psicanálise segundo a demanda, o **placement** (op. cit., p. 14, grifos do autor).*

O conceito de *placement* pode ser compreendido como relacionado à oferta, por parte do terapeuta, de um **lugar** onde o paciente pode vir a constituir-se de maneira que suas necessidades fundamentais sejam respeitadas. Cabe ressaltar que, da mesma maneira que *holding, apresentação dos objetos e manejo*, **lugar** envolve acolhimento: trata-se da possibilidade de a pessoa habitar<sup>13</sup>.

Para Maia (no prelo), ao longo de sua obra, Winnicott foi aprofundando o conceito de *placement*: “(...) é apreendido como entorno, possibilidade, é um espaço potencial, não tem materialidade, permanece invisível, embora exija sempre a ocorrência de um encontro humano”.

Safra (2006 (a)) apresenta a posição do homem como alguém em trânsito: ao caminhar pela vida, somos surpreendidos por diferentes acontecimentos. Decorre desse caminhar, um gesto repetido ao longo de toda a vida, a fundação de um **lugar**: “(...) quem tem lugar, tem um ponto de chegada e um ponto de partida – **lar** – e, portanto pode caminhar em outros registros da história humana. (...) **Lugar** funda-se a partir da confiança no outro”.

Inserido nessa perspectiva, ao procurar constituir um **lugar junto** ao seu paciente, o terapeuta cria a possibilidade de propiciar a experiência da estabilidade do **lar originário**: onde o paciente pode encontrar alguém que lhe possibilite experiências constitutivas, fundamentais na constituição do *self*. Em outras palavras, o terapeuta se posiciona frente ao seu paciente como aquele que **está lá**, o que implica a **vivência da continuidade, do habitar, ter lugar, a possibilidade de ser ele mesmo** (Safra, 2006; 2006 (a)).

Maia (2006) assinala a importância de o terapeuta compreender as necessidades de seu paciente, de modo que as estratégias terapêuticas possam ser estruturadas e ofertadas sem que o paciente sinta-se invadido. Neste sentido, a autora ressalta a importância de que os procedimentos utilizados com cada paciente devem ser “(...) capazes de favorecer a vivência de experiências constitutivas,

---

<sup>13</sup> Enfatizamos que tanto o conceito de **lugar** como o de **habitar** não estão aqui dimensionados no aspecto físico, no sentido de uma casa. Mais que isso, esses conceitos abrangem o sentido de **lar**, de fazer parte.

*compreendendo ainda o direito ético que todas as pessoas têm de serem reconhecidas como únicas em um mundo que costuma negar essa condição” (p. 30).*

Ainda de acordo com Maia (no prelo), podemos compreender *placement* como uma estratégia terapêutica<sup>14</sup> que pode ser utilizada em situações específicas com alguns pacientes:

*(...) Placement, então, é oferta de lugar na situação clínica, (...) é estar com e sentir com, permitindo-se ser afetado pelas questões que [o paciente] apresenta, para ajudá-lo a colocá-las em movimento e seguir caminho explicitando a sua singularidade, que é compreendida a partir da sua biografia e também pela maneira única como revelam determinadas facetas da condição humana (grifos da autora).*

No que se refere a esta pesquisa, o próprio conceito de clínica voltada à criança já inclui naturalmente os cuidados com o ambiente. Como foi colocado anteriormente, o referencial teórico de Winnicott envolve compreender a criança em relação ao outro e, portanto, compreender o ambiente como uma extensão dos cuidados à criança. Ao seguir essa linha de raciocínio, podemos encontrar as bases do *manejo* utilizado nesta perspectiva clínica: o terapeuta pode ser aquele que vai propiciar **o lugar** e **as ações**, para que o paciente possa vivenciar experiências constitutivas do seu vir a ser.

Assim sendo, faz parte de nossa proposta nesta pesquisa procurar refletir de que maneira o *manejo* está relacionado à forma como as estratégias terapêuticas disponibilizadas no caso em questão foram direcionadas para que o **lugar** da família e da escola fosse estabelecido nos atendimentos.

No próximo capítulo abordaremos algumas perspectivas fonoaudiológicas de atendimento à família e à escola, além de conceitos referentes à herança cultural, fatores significativos no processo terapêutico do caso clínico apresentado nesta pesquisa.

---

<sup>14</sup> Aqui ressalto que a estratégia terapêutica deve ser compreendida dentro da perspectiva de Winnicott como *manejo*



## Capítulo 3

### **O ambiente no processo terapêutico: a família, a escola e a herança cultural.**

Dando continuidade ao que foi colocado no capítulo anterior, podemos ressaltar que, dentro da perspectiva winnicottiana, o processo terapêutico de cada paciente deve ser conduzido de acordo com suas necessidades e seu ritmo: premissa básica para o respeito à singularidade de cada pessoa. No caso clínico desta pesquisa priorizamos retratar as estratégias clínicas que direcionaram o *manejo* com a família e a escola.

A seguir apresentamos, então, algumas abordagens terapêuticas fonoaudiológicas que incluem, em sua perspectiva clínica, o atendimento à família e à escola.

#### **3.1. A família**

Um ponto importante a ser considerado nas crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD) é a presença de comprometimento ou alterações severas de comunicação. Por conta disto, o fonoaudiólogo, muitas vezes, é um dos primeiros profissionais para quem a família se dirige. Neste sentido, seu papel é fundamental, tanto no processo diagnóstico como na recepção e no acolher dessa criança e seus pais. Em sendo confirmado o diagnóstico, como já foi colocado anteriormente, geralmente por meio de uma avaliação neuropediátrica e/ou psiquiátrica, o fonoaudiólogo permanece como peça fundamental no processo terapêutico.

A partir de minha vivência clínica, tenho refletido que esse lugar de importância do fonoaudiólogo se dá, principalmente, por dois fatores: primeiro porque as dificuldades envolvidas na comunicação pais-filho encontram-se nitidamente presentes [queixa primeira dos pais], e em segundo lugar porque, na maioria das vezes, após receber o diagnóstico, os pais se sentem literalmente perdidos no jargão médico. *O que fazer? O que vai ser do meu filho? Um dia ele vai ser normal?*, são perguntas que muitos pais fazem na busca de uma resposta tão ou, muitas vezes até, mais incisivas do que o diagnóstico médico.

Nordi (2000, p. 1) destaca a importância e a necessidade de incluir a família no processo terapêutico: *“as relações interpessoais estão presentes na vida do sujeito e tais relações estão implicadas na aquisição de linguagem”*. Assim, a constituição do sujeito se dá na trama psíquica familiar, de modo que os pais têm influência direta na constituição do psiquismo dos filhos e, portanto, da mesma maneira que a criança é depositária do desejo dos pais, quando do surgimento do sintoma, causa também sofrimento neles. Ainda de acordo com a autora:

*(...) não cabe a Fonoaudiologia o trabalho de solucionar os traumas familiares, mas cabe a ela tomar essa questão como sua, na medida em que ela influencia o sintoma de linguagem trazido para essa clínica. Escutar os dizeres familiares permite captar aquilo que está latente, pedindo sentido. É a partir daí que se pode compreender o sintoma e desmistificá-lo. Desta forma, o sintoma deixa de ser o elo de equilíbrio familiar e passa a ter outro sentido que não o que o originou (op. cit., p. 28).*

Sprovieri & Assumpção Jr (2001) abordam a pressão social que a família sofre quando tem um elemento que não corresponde às expectativas sociais. Também apontam para o fato de que essas famílias *“(...) se superorganizam em torno de algum padrão de cronicidade. Seu funcionamento, associado aos conteúdos específicos que as diferenciam, apresenta a mesma configuração no que se refere à doença como elemento organizador dos padrões relacionais”* (op. cit., p.236).

Oliveira (2002) tece comentários sobre o questionamento de como lidar com a família da criança autista no sentido de fornecer orientações e/ou informações sobre o tratamento fonoaudiológico. A autora considera relevante para a clínica as questões familiares que interferem na terapia fonoaudiológica: *“É preciso que nos perguntemos se os pais realmente desejam o tratamento e para que fins submetem o filho a ele. É imprescindível que escutemos o discurso dos pais”* (op. cit., pp. 65-66).

Zorzi (2002) aponta para a maior abrangência que o conceito de orientação familiar ganhou no processo terapêutico fonoaudiológico, no sentido de propiciar uma situação de escuta para trabalhar as ansiedades inerentes à situação de ter filhos com problemas de desenvolvimento. Dessa maneira, aprende-se a ouvir a família também possibilitando que os encontros, com a sistematicidade que cada caso requer, transformem-se em momentos de troca, reflexão e questionamentos. Ainda de acordo com o autor, o resultado das orientações familiares vai depender fortemente das

características de cada família que, em geral, reproduzem aquilo que pode ser observado nos próprios pacientes: aceitação, resistência, oposição a qualquer mudança.

Ao destacar a atuação fonoaudiológica nos casos de *crianças que não falam*, Arantes (2003) aponta para a encruzilhada que se coloca entre a Fonoaudiologia e a Psicanálise no que se refere à lida com os pais desses pacientes:

*(...) Na lida com os pais, especialmente nestes casos tão complexos, pode-se dizer que nem sempre as mudanças na fala da criança incidem de maneira decisiva no sintoma parental. Assim, ir além deste limite e dessa encruzilhada é algo que escapa ao escopo da atuação do fonoaudiólogo. Entende-se porque são freqüentes os encaminhamentos de pais para psicanalistas. (...) Isso não significa que ele (o fonoaudiólogo) não tenha uma escuta para os pais (pp. 63-64).*

Passos (2003) aponta para a necessidade de se considerar a dimensão interacional do grupo familiar na constituição dos sintomas, tendo em vista que o estudo dos vínculos em suas diferentes modalidades pode contribuir para o processo terapêutico:

*(...) são essas vinculações<sup>15</sup> primárias que potencializam todas as demais formas de vínculos do indivíduo com os outros. É por meio delas que internalizamos os modelos, as fontes de nossas inspirações nas mais diferentes frentes de inserção e atuação no mundo. São elas, portanto, as grandes matrizes das relações que desenvolvemos ao longo da vida (op. cit., pp. 85-86).*

Ainda de acordo com Passos (2003), o sintoma na linguagem traz em sua origem o não dito e também pode ser compreendido como um recurso usado pela criança para “*expressar os dilemas de sua submissão ao outro encarnado em parentalidades distantes, conflituosas e muitas vezes ausentes*” (p. 91). Para compreender a questão, alguns clínicos buscam embasamento teórico em psicanalistas como Winnicott, Dolto e Mannoni, sendo que, no caso dos fonoaudiólogos, embora muitos privilegiem a inclusão da família no processo terapêutico, não existe uma

---

<sup>15</sup> Passos (2003) entende vínculo como “a relação entre sujeitos que se estruturam a partir de uma trama complexa, produto do entrelaçamento de desejos, ideais e valores, ou seja, de transações que envolvem o nível pulsional e de desejos, baseados em exigências contextuais e nas demandas de cada indivíduo” (p. 86).

concordância geral quanto à forma de fazê-lo. De qualquer maneira, para Passos (2003. p. 94):

*(...) mesmo aqueles terapeutas que não estão sensíveis à força da rede familiar na expressão sintomática da criança não poderão negar que são os pais que trazem a queixa, são eles que se declaram, em certo sentido, incapazes de tratar do filho. Nessa medida, precisam ter seus lugares definidos no processo terapêutico da criança. Seja participando com sistematicidade das sessões, seja vindo eventualmente, o fato é que sempre estarão presentes, o que convoca os terapeutas da linguagem a criar suas formas de abordagem da família.*

Trenche e Baliero (2005 – pp.729/730) assinalam que a inclusão social constitui, de fato, questão central para a eficácia do tratamento fonoaudiológico de pessoas com necessidades especiais.

*(...) a ação junto à família e à comunidade se constitui numa das questões centrais no atendimento clínico de pessoas com necessidades especiais. (...) É no acolhimento das pessoas, de suas preocupações e dúvidas, assim como nas condutas que incentivam as participações cultural e social, o diálogo, o compartilhamento de experiências e a reivindicação dos direitos adquiridos, que o fonoaudiólogo expressa seu compromisso com a inclusão social daqueles que demandam seus cuidados profissionais.*

Perissinoto (2003) destaca que a intervenção fonoaudiológica com crianças autistas abrange três frentes: a própria criança, a família e a escola. A história do desenvolvimento da criança relatada por seus pais e/ou responsáveis é fundamental no diagnóstico do autismo, pois é por meio desse relato que o clínico pode ter uma visão abrangente para, a partir daí, estabelecer hipóteses de desvios qualitativos no desenvolvimento de seu paciente. O contato com a família deve ser realizado periodicamente, a fim de se obter mais subsídios para o atendimento fonoaudiológico e para fornecer orientações que enfatizem o uso de estratégias que facilitem a comunicação em contexto familiar.

Lemes, Lemes & Goldfeld (2006) apontam que, por meio da observação da interação mãe/filho na brincadeira simbólica e da análise do discurso, a orientação fonoaudiológica pode contribuir para a evolução de aspectos pragmáticos da comunicação. Concluem as autoras que

*(...) o desenvolvimento da criança em diversos campos (cognitivo, emocional e comunicativo) está influenciado profundamente pelo estilo de interação que os adultos usam com ela. (...) Após a orientação fonoaudiológica, foi possível constatar que o adulto assumiu um papel efetivo, atuando como fonte geradora de flexibilidade de criar e imaginar situações a partir de suas experiências pessoais, atribuindo sentido à ação lúdica (p. 93).*

Silva, Lopes-Herrera e De Vitto (2007) apontam a necessidade de atendimento psicológico da mãe e da família no decorrer do processo terapêutico fonoaudiológico da criança autista, de modo a poderem “*lidar da melhor maneira possível com as dificuldades encontradas ao longo do processo, assim como para que estes visualizassem as evoluções obtidas*” (p. 324).

Preceitos da teoria winnicottiana relativos a ***holding, apresentação dos objetos, manejo e placement*** nos possibilitam uma outra visão do atendimento à família. Respeitar a singularidade desse ambiente fundamental na constituição de cada pessoa não implica que o fonoaudiólogo deva interpretar os conteúdos apresentados; o trabalho consiste na busca por criar um *lugar* de constituição, de vir a ser, aspecto fundamental no acontecer humano.

Para Safra (2004), é importante que o terapeuta compreenda que o acontecimento humano<sup>16</sup> ocorre em meio à comunidade humana e, portanto, destaca:

*(...) Cada família proporcionará uma recepção peculiar ao bebê, matizada pelo que traz preservado de suas tradições, pelas questões que a atravessaram ao longo das gerações e pelo momento histórico em que o bebê chega. A história familiar configura-se de maneira distinta a cada etapa da vida de seus membros. Faz diferença o momento em que a criança nasce (pp. 127-128).*

Nesse sentido, a singularidade de cada paciente pode ser compreendida sob dois prismas: tanto no que se refere às particularidades da família em questão e da relação que se estabelece entre esta e a criança; como também a família e sua criança retratam um exemplo único da condição humana. Assim, o fonoaudiólogo tem a

---

<sup>16</sup> Cabe ressaltar que acontecimento humano refere-se ao constituir-se, ao vir-a-ser de cada pessoa frente ao outro. Compreendendo esse outro como o ambiente humano que está presente desde o início da vida de cada um.

possibilidade de ser aquele que *acolhe* e respeita a *historicidade* da pessoa que chega para atendimento clínico.

Como consequência, a criança deixa de ser vista por meio dos comportamentos que manifesta ou do que não é capaz de fazer, e a busca passa a ser por suas realizações, pelo que é capaz de criar, como constitui suas relações com o meio. É nesse sentido que acolher a família é um dos passos necessários para que se torne possível a constituição de um ambiente razoavelmente bom e estável, em que a criança poderá “*desenvolver um modo de vida pessoal e, finalmente, converter-se num ser humano integral, desejado como tal e favoravelmente acolhido pelo mundo em geral*” (Winnicott, 1982, p. 147).

### 3.2 A escola

Também no que se refere ao atendimento à escola é possível encontrar diferentes abordagens quanto aos procedimentos fonoaudiológicos envolvidos. A seguir são apresentadas algumas estratégias de trabalho fonoaudiológico frente à escola e procedimentos clínicos embasados na perspectiva winnicottiana.

Martins (2001) enfatiza que a escola tem uma função paralela à dos pais na educação infantil, pois é um lugar de inscrição social e, portanto, abrange responsabilidades para além do pedagógico: “*educar refere-se à função realizada pelos adultos tutelares (pais, educadores e seus substitutos), cujo trabalho é permitir que a criança ingresse na cultura, tomando um lugar em relação à Lei, aos códigos e aos discursos que nos organizam no social*” (op. cit., p. 29).

Bastos (2001) coloca que o tema inclusão escolar tem sido alvo de estudos, pesquisas e debates, principalmente nos últimos anos. A autora questiona

*(...) se a escola está aberta a se questionar e se repensar como um espaço para acolher não só as questões relativas ao pedagógico, mas também aquelas que apontam na direção do sujeito, ou seja, trata-se de perguntar se é possível, para a escola, tomar a criança não exclusivamente pela ótica de suas capacidades cognitivas, mas nessa posição de sujeito do desejo, enquanto construção de uma estruturação psíquica que a psicanálise aponta não coincidir com o desenvolvimento biológico (p. 49).*

Ainda de acordo com Bastos (2001), ao criar a possibilidade de escuta das professoras que lidam com “*crianças ditas difíceis*” (palavras da autora), o terapeuta possibilita a mobilização dos professores em seu desejo de discutir e pôr em questão o seu saber pedagógico: “*Diante da criança com Distúrbio Global do Desenvolvimento a professora verifica o fracasso de suas teorias pedagógicas, e isso a interroga sobre o seu fazer, lançando-a em busca de novos referenciais teóricos*” (p. 52).

Em sua perspectiva clínica fonoaudiológica, Perissinoto (2003) coloca que o contato com a escola é realizado periodicamente para acompanhar o desempenho escolar, fornecer e discutir formas de inserção da criança autista em sala de aula.

Silva, Lopes-Herrera e De Vitto (2007) propõem a realização de um trabalho junto à escola freqüentada pela criança autista, de modo que este local também se transforme em um ambiente estimulador das habilidades de comunicação. Ainda de acordo com os autores, esse trabalho é realizado por meio de “*(...) orientações a professores e educadores sobre condutas a serem tomadas frente a alguns comportamentos específicos, tais como: movimentos estereotipados e atividades monológicas, assim como formas de estimulação da comunicação e da linguagem*” (p.324).

Zorzi (2003) também assinala a importância de mudar a concepção do trabalho fonoaudiológico junto à escola de modo a adotar uma conduta que direcione a ação fonoaudiológica, no âmbito educacional, deixando de se centrar em aspectos patológicos partindo do princípio que todos têm muito a aprender e é por essa razão que freqüentam a escola.

Já para Trenche e Baliero (2005 - p. 730) as contribuições da Fonoaudiologia nos projetos de inclusão em Educação devem ser pautados na importante parceria com os profissionais que trabalham nas instituições educacionais: creches, pré-escolas e escolas. As autoras enfatizam a necessidade de se

*“(...) reconhecer e propiciar condições para o desenvolvimento acadêmico da criança com problemas, enfatizando seu potencial em vez de se deter em suas dificuldades, (...), pois a questão da inclusão escolar demanda ações intersectoriais. (...) O fonoaudiólogo pode contribuir para a formação continuada de professores dos sistemas de educação regular e especial, fornecendo apoio, informação e orientação nos processos de inclusão escolar e de envolvimento da comunidade no processo de inclusão social”.*

Sobre a relação do fonoaudiólogo com a escola, Siqueira & Monteiro (2006) também apontam para a necessidade de mudança na forma como esse profissional [o fonoaudiólogo] se posiciona diante das questões educacionais, alterando o paradigma da saúde para o âmbito também educacional, de modo que os professores tenham a possibilidade de compreender a intervenção fonoaudiológica.

Serapompa & Maia (2006) sinalizam que o trabalho do fonoaudiólogo junto à Educação está caminhando no sentido de buscar construir, em parceria, práticas mais significativas de ensino e aprendizagem, inclusive no que se refere à inclusão do sujeito com deficiência no ensino regular. Para as autoras

*Quando a Educação se propõe a acolher a diferença percebe, na prática, que a singularidade não é prerrogativa de pessoas com necessidades especiais. Acolher a diferença é reconhecer a natureza do desenvolvimento humano, que é, por excelência, singular. A partir dessa concepção, o educador cria situações de comunicação contextualizadas em um ambiente favorável para que ocorram relações entre pessoas. Ao compreender que incluir é mais do que integrar, o trabalho escolar e clínico ampliou seus parâmetros para decidir a adaptação do conteúdo pedagógico trabalhado (op. cit., pp. 318-319).*

E quanto à contribuição do papel do fonoaudiólogo na inclusão de pessoas com necessidades especiais, afirmam:

*A contribuição do fonoaudiólogo é fundamental no processo de inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais inclui a atuação sobre suas dificuldades específicas, como o manejo junto à família e à escola, para a criação de situações que favoreçam seu processo de inclusão na vida, com o respeito que todos os seres humanos merecem. A constituição de um ambiente acolhedor das diversidades humanas é tarefa para muitos, e o fonoaudiólogo tem uma contribuição relevante neste processo (op. cit., pp. 321-322).*

Nessa mesma direção, D'Água (2007) assinala que a escola precisa ser compreendida como um espaço onde todos os que nela se inserem têm um potencial e um papel a desenvolver. Incluir alunos com necessidades especiais não precisa ser resultado de prática específica ou atendimento individualizado; ao contrário, deve ser espaço onde se acredita que todos os alunos têm limites que devem ser respeitados:



*(...) O processo de inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais deve ser repensado e reavaliado pelos respectivos sistemas de educação. Para que de fato esse processo aconteça, é fundamental que possamos entender a educação como algo dinâmico, não estático e não concebido previamente. Cada ser humano apresenta em sua constituição potencialidades e dificuldades. A diferença deve ser compreendida como um atributo da humanidade. Comprometer-se com o processo de inclusão não significa igualar os diferentes, mas respeitar as possibilidades e as dificuldades que são constituintes de nossa espécie (op. cit., p. 54).*

Para Winnicott (1982 b), a escola não deve ser considerada como um substituto para uma mãe ausente; ao contrário, cabe ao ambiente escolar um papel suplementar e de ampliação na vida da criança, dando continuidade ao desenvolvimento propiciado pelo ambiente familiar. Neste sentido, a escola seria responsável por fornecer oportunidades para o estabelecimento de relações pessoais com outras pessoas que não os pais: os professores e as outras crianças. Além disso, a escola ajuda e enriquece as experiências infantis, pois a individualidade de cada criança precisa se relacionar com o grupo, de modo a concretizar a experiência social exterior à família. Conclui o autor

*Da organização e fornecimento de ocupações e atividades na escola depende o completo florescimento de potencialidades emocionais, sociais, intelectuais e físicas da criança. A professora desempenha uma função essencial nessas atividades, ao combinar uma sensibilidade à linguagem e expressão simbólicas da criança com um conhecimento das mesmas, bem como por uma avaliação das necessidades especiais da criança, no seio de um grupo (op. cit., p. 224).*

Como já foi apontado anteriormente, a família e a escola são ambientes constitutivos na formação e desenvolvimento infantil e, portanto, fundamentais na inserção da criança frente à cultura. Assim, apresentamos a seguir aspectos relacionados à herança cultural, essenciais para a compreensão da singularidade de nossos pacientes.

### 3.3 A herança cultural

Para Winnicott (1975, p. 138), a palavra *cultura* envolve a tradição herdada; portanto, faz parte do processo de maternagem colocar o filho em contato com elementos da herança cultural. Neste sentido, a cultura *“pertence ao fundo comum da humanidade, para o qual indivíduos e grupos podem contribuir, e do qual todos nós podemos fruir, se tivermos um lugar para guardar o que encontramos”*.

Safra (2004) assinala que a cultura é pré-existente ao nascimento de uma criança e que *“o ser humano é a singularização de toda a história da humanidade”* (p. 25). Quando o terapeuta assume essa postura ética durante o atendimento de uma pessoa, podemos compreender que, na verdade, *“estamos, ao mesmo tempo, frente a uma família, a gerações, à comunidade, à humanidade”* (p. 69).

*(...) o acontecimento humano é acontecimento que ocorre em meio à comunidade humana, como fenômeno transgeracional enraizado nos solos do mundo cultural humano e do mundo natural. O homem não existe sem a natureza e sem a cultura. (...) a vinculação do homem com o mundo natural é familiar. (...) A obra humana se apresenta na cultura. A cultura é compreendida como mundo em marcha, fruto da ação criativa do homem, orientada pelas questões do destino humano, sobre o mundo natural e sobre o mundo humano pré-existente ao nascimento de alguém.(...) A cultura é assentada na linguagem e é vista como mundo continuamente preservado e transformado pela criatividade humana. (...) a cultura possibilita o diálogo entre gerações (...) realizado por meio da linguagem, dos artefatos culturais e das cerimônias transmitidas através das gerações (Safra, 2004, pp. 44/45).*

De acordo com Maalouf (2005) ao considerar a origem étnica e cultural do ser humano podemos pensar e refletir sobre suas questões a partir de suas raízes e, portanto, levar em conta a realidade da família, da escola e da comunidade onde se encontra inserido aquele núcleo social. Cabe ressaltar que é a partir dessa relação com o outro – a mãe, a família, os amigos, os professores - que se dá a constituição do si mesmo e a pessoa se estrutura como um ser singular.

*O Outro é fundamental na constituição de si mesmo, pois o homem sempre acontece em comunidade. (...) A comunidade tanto acolhe o aparecimento da pessoa, quanto lhe transmite os elementos disponíveis e necessários para que ela dê conta de sua existência. Afirmar que, ontologicamente, o homem acontece em comunidade, implica considerar que esta o precede. (...) se a condição ontológica nos atravessa, a forma como lidamos com ela é singular.*

*Essa forma é peculiar e depende tanto da nossa biografia quanto da história da comunidade a qual pertencemos (Safra, 2006, p. 25)<sup>17</sup>.*

Neste sentido, a questão da etnia, da cultura e da ética de uma comunidade passa a ser compreendida como fundante do ser humano: *“O fato da comunidade e da tradição possibilitarem à pessoa sentir-se existindo é muito importante, pois transcende o sentido social de comunidade para colocá-lo como lugar de enraizamento e existência”* (Maalouf, 2005, p.26).

Dessa forma, acolher o paciente e sua família, mais do que respeitar sua singularidade implica acolher seus valores e tradições culturais. Quando o fonoaudiólogo consegue propiciar esse acolhimento, cria-se a possibilidade de o indivíduo ter um *lugar*<sup>18</sup> e, conseqüentemente, o terapeuta participa da constituição do paciente no seu vir-a-ser.

Nesta direção, toda a ação humana é uma ação de nós, ou seja, tudo que uma pessoa faz, pensa ou é não se refere somente a um indivíduo, mas a todas as pessoas que a constituíram: *“O ser humano é ontologicamente nós”* (Safra, 2004, p. 68, grifo do autor). Como conseqüência, as famílias se organizam através de comunidades que possuem características e tradições culturais próprias que são transmitidas aos seus filhos. E é essa pessoa que chega até nós, terapeutas, em busca de atendimento clínico.

---

<sup>17</sup> Para Safra (2006), dois conceitos são fundamentais na clínica contemporânea e demandam um reconhecimento ético por parte do terapeuta: o ontológico e o ôntico. O conceito ontológico transcende ao ser humano por ser pré-existente a ele e se refere à tentativa de cada pessoa responder a questão sobre o ser que a habita e a constitui. Enquanto o conceito ôntico refere-se aos fatos da existência humana que ocorrem na biografia de uma pessoa e, portanto, ocorrem no espaço e no tempo. Assim, se a condição ontológica é originária do ser humano, a condição ôntica é singular, pois diz da forma como cada pessoa lida com os fatos que acontecem durante sua existência.

<sup>18</sup> Como já foi colocado anteriormente no capítulo *Placement, lugar* aqui não se refere a espaço físico; muito mais que isso, se refere à possibilidade de cada pessoa sentir-se como pertencente a um espaço, um local, pressuposto fundamental na integração do sujeito, pois proporciona o passado e o futuro, a morada de quem somos. A pessoa só se constitui como si mesma na medida em que é acolhida em um *lugar* (Safra, 2006; 2006 (a)).

## Capítulo 4

### Percurso Metodológico

Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e foi desenvolvida por meio de um **estudo de caso clínico**, escolha esta que se baseou em dois fatores principais: primeiro por procurar abordar o caso estudado como um exemplo inserido em uma perspectiva de atendimento fonoaudiológico embasada no referencial teórico winnicottiano. Em segundo lugar, devido à possibilidade de articulação entre teoria e prática.

De acordo com Maalouf (2005) ao buscar compreender o Homem dentro de uma perspectiva histórica e existencial de sua vida e de seus sofrimentos, o pesquisador torna-se um ouvinte atento, de modo a apreender as vicissitudes que envolvem aquele que conta sua história.

Com base nessas considerações, busca-se compreender o **como** e o **porquê** de fenômenos sociais complexos, procurando assegurar sua relevância ao abordar o caso estudado como um exemplo universal de fenômenos humanos (Yin, 2005). Exemplo, mas não regra, de modo a não perder a perspectiva singular do sujeito. Como consequência, as versões individuais sobre cada fenômeno ganham tanto pela singularidade, como pelo coletivo que representam. Dessa maneira, o **estudo de caso clínico** torna-se um instrumento que permite ao leitor generalizações analíticas quanto aos aspectos estudados.

Além disso, no campo fonoaudiológico, o **estudo de caso clínico** tem sido utilizado, predominantemente, quando se procura investigar um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto de vida real, sendo que os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos, como ocorre na clínica fonoaudiológica. Nesta direção Cunha (2006) assinala que

*O estudo de caso clínico não é um golpe de varinha mágica ou exercício de persuasão, mas produção de conhecimento detalhado/aprofundado de um objeto particular. Estudo de Caso Clínico é uma abordagem biográfica, que relaciona sintomas a histórias de vida; na qual o pesquisador deve assumir que não vai*

*provar, mas descrever, investigar, ilustrar e sugerir, orientado por parâmetros teóricos rigorosos (grifos da autora).*

#### **4.1 Escolha do caso**

A escolha do paciente em questão foi pautada em dois aspectos principais: primeiro pela importância decisiva em minha trajetória pessoal e profissional, pois considero este caso responsável por inaugurar minha busca no refletir mais profundamente sobre a importância de uma atuação mais efetiva do fonoaudiólogo nos aspectos ambientais relacionados ao paciente, como família e escola. A constituição da relação terapeuta-paciente-família-escola, ao longo dos atendimentos, me levou a compreender e buscar analisar de outra perspectiva a maneira como poderíamos construir um *lugar* para aquele paciente. Um lugar para além do *setting* terapêutico e, portanto, para além da relação exclusiva terapeuta e paciente. A realidade que se apresentava era de uma pessoa que precisava ser vista, mas também sentida, percebida, enfim, apreendida em suas particularidades e em seus ambientes.

Em segundo lugar, trata-se de um caso que nos leva a refletir sobre questões relevantes e de riqueza potencial para a Fonoaudiologia, destacando diferentes aspectos da dimensão humana que podem ser observados em nossa clínica e que são fundamentais na condução do processo terapêutico.

#### **4.2 Período de atendimento, recorte do material e seleção de dados.**

O paciente foi atendido no consultório particular da fonoaudióloga-pesquisadora de julho de 2002 a novembro de 2004. De julho a dezembro de 2002, os atendimentos eram realizados em 5 sessões semanais de 30 minutos cada. Durante o ano de 2003, os atendimentos eram realizados em 3 sessões semanais de 30 minutos cada e, a partir de 2004, 2 sessões semanais de 45 minutos cada.

O material utilizado na composição dos dados referentes a esta pesquisa foi elaborado pela pesquisadora ao longo do processo terapêutico a partir de registros em forma de relatórios e abrangem o material clínico obtido nos atendimentos à família e à escola, de julho de 2002 a novembro de 2004. Durante esse período, foram

realizadas 06 (seis) reuniões com os pais<sup>19</sup> e 10 (dez) com a equipe escolar<sup>20</sup>, que duraram, em média, 1 hora e 30 minutos cada.

Os recortes no material obtido procuraram retratar o percurso seguido ao longo do eixo da história do paciente e os momentos significativos que geraram desdobramentos no desenvolvimento do processo terapêutico fonoaudiológico. Assim, esses recortes enfocam aspectos relativos ao desenvolvimento da criança em questão no que se refere à comunicação oral e integração social no ambiente familiar (pais/irmãos) e escolar.

### 4.3 Apresentação e análise do material clínico

No relato desse caso clínico, a ênfase será dada aos aspectos envolvidos nos atendimentos à família e à escola, pois este é o objetivo desta pesquisa: descrever e refletir sobre o papel do fonoaudiólogo no processo de inserção social (família/escola) de uma criança com diagnóstico médico de Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD). Os aspectos específicos envolvidos nas sessões de atendimento da criança não são descritos ou analisados, pois fugiriam ao objetivo desta pesquisa. Entretanto, são mencionados ao longo do relato do caso dados gerais do processo terapêutico, desde que façam parte e sejam pertinentes para circunscrever melhor o *manejo* feito pela terapeuta em relação aos atendimentos à família e à escola<sup>21</sup>.

O material clínico foi analisado por meio de uma abordagem longitudinal que comporta o período em que a criança envolvida no estudo esteve em atendimento fonoaudiológico. Para tanto, foi utilizado o referencial teórico de Winnicott, em especial os fundamentos do acontecer humano, principalmente no que diz respeito aos aspectos envolvidos no *manejo* feito pela terapeuta/pesquisadora para o favorecimento da inserção do paciente em seu ambiente social (família/escola).

---

<sup>19</sup> As reuniões aqui consideradas são as reuniões agendadas previamente. Entretanto os encontros sistemáticos com a mãe durante os atendimentos de M. também foram incluídos no relato do caso, pois foram fundamentais para o processo terapêutico.

<sup>20</sup> A equipe escolar era composta, geralmente, pelas coordenadoras da área de Português e de Hebraico e as professoras de cada área.

<sup>21</sup> O relato do caso clínico foi feito de maneira a seguir a seqüência cronológica do processo terapêutico de M. no que se refere ao ambiente (família e escola), pois este é o objetivo desta pesquisa. Por isso não foram colocados os relatórios das reuniões com a família e a escola, mas sim o relato destes encontros enfatizando os aspectos envolvidos no *manejo* feito pela terapeuta-pesquisadora ao longo do período (julho/2002 a novembro/2004) dos atendimentos fonoaudiológicos.

De acordo com as normas preconizadas para pesquisas utilizando seres humanos, o responsável pelo paciente (mãe) e o diretor da escola assinaram “Termo de Consentimento Informado”. O presente estudo foi encaminhado para a Comissão de Ética e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) e aprovado sob o protocolo n. 018/2007.

O nome do paciente, seus familiares, professores, coordenadores e/ou diretores foram omitidos, de forma a preservar suas identidades.

## Capítulo 5

### O caso M.: divisor de águas

Consideramos fundamental iniciar esta apresentação situando alguns aspectos decisivos para a compreensão do caso.

M. e sua família fazem parte da Comunidade Judaica de São Paulo. De maneira geral, a fé judaica é expressa por meio da observância da *Halacha* (Leis Religiosas Judaicas) e, conseqüentemente, este cumprimento está relacionado ao aprimoramento espiritual dos membros da Comunidade. Nesse contexto, podemos encontrar judeus com diferentes níveis de prática de sua fé: há os ultra-ortodoxos, os seculares, os reformistas e os não-praticantes.

Judeus ultra-ortodoxos são conhecidos por respeitarem estritamente a versão da *Halacha* (Leis Religiosas Judaicas) e deliberadamente procurarem reter os modelos sócio-culturais que estão cristalizados ao longo de gerações. A manutenção desses padrões sócio-culturais envolve desde a vestimenta e alimentação até a maneira de portar-se em sociedade e a aprendizagem escolar. A comunidade ultra-ortodoxa divide-se em várias linhas marcadas por pequenas diferenças em suas características, mas não em relação à observância da *Halacha*. Para tanto, além de observarem Leis quanto ao comportamento individual (mitsvot<sup>22</sup>) também freqüentam escolas que seguem essa linha de conduta e pensamento.

De acordo com Shaked (2005) e Shaked & Bilu (2006), para a comunidade ultra-ortodoxa o desenvolvimento espiritual está firmemente relacionado à observância dos preceitos da fé judaica: no caso dos homens, o estudo dos livros sagrados, e para as mulheres, a manutenção de um lar harmonioso e o cuidado com os filhos. Como parte desse processo, os homens são estimulados a iniciar seus estudos a partir dos 3 anos de idade, quando passam a freqüentar uma escola religiosa [Yeshiva] exclusivamente masculina, e também a sinagoga, que concentra a outra porção de

---

<sup>22</sup> Existem 613 mitsvot (ações) que um judeu deve procurar praticar ao longo de sua vida: existem mitsvot positivas como, por exemplo, honrar os pais, estudar Torah, etc, e mitsvot proibitivas, como não matarás, não ingerir carne de porco, entre outras.



socialização da comunidade. Para as mulheres, também é estimulado o estudo em escolas religiosas femininas e a frequência à sinagoga a partir dos 3 anos de idade.

Os judeus seculares também seguem a *Halacha*, mas têm um comportamento geral um pouco menos ortodoxo, por exemplo, quanto à vestimenta, estudar em escolas da Comunidade Judaica mistas ou escolas laicas<sup>23</sup>. Os reformistas seguem uma linha em que determinadas Leis são praticadas de maneira diferente, por exemplo, aceitam a ordenação de mulheres na posição de rabino. Além disso, existem os não praticantes que são aqueles considerados judeus por descendência biológica (filhos de mães judias).

A criança em foco nesta pesquisa, aqui denominada M., é membro de uma família ultra-ortodoxa judaica e frequenta uma escola que segue essa mesma linha de ortodoxia. Cabe ressaltar que, dentro da Comunidade Judaica no Brasil, não existem classes e/ou escolas para crianças com necessidades especiais, seja pertencente à linha ortodoxa ou secular<sup>24</sup>. Assim, quando uma família da Comunidade Judaica tem um filho com necessidades especiais, geralmente, a criança frequenta uma escola da comunidade laica.

Em sua pesquisa com famílias judias ultra-ortodoxas, Shaked (2005) procura assinalar a importância que as mães de crianças autistas assumem no papel de mediadoras entre as crianças e a comunidade, educando-as na prática religiosa e pleiteando que sua inclusão na sociedade se faça de modo a respeitar suas particularidades. Ainda de acordo com a autora, a mãe exerce papel fundamental na mudança de status da criança autista na comunidade ultra-ortodoxa, no sentido desta considerá-la um indivíduo capaz e não impossibilitado de se desenvolver dentro da comunidade<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Refiro-me a qualquer escola que não esteja inserida e/ou voltada para a comunidade judaica especificamente.

<sup>24</sup> Atualmente existe uma escola da Comunidade Judaica que tem aceitado crianças com necessidades especiais e já possui um programa organizado para a inclusão destas crianças em classe regular de ensino. Mas esta escola não é a mesma escola que M. frequentava na ocasião deste estudo.

<sup>25</sup> Cabe lembrar que para os judeus ultra-ortodoxos ser considerado membro da Comunidade está diretamente relacionado ao cumprimento dos preceitos da fé judaica. Neste sentido, o não cumprimento destes preceitos pode ser entendido como um impedimento para que a criança com necessidades especiais seja vista como membro efetivo da Comunidade.

## 5.1 Primeiros encontros: mãe e criança

Meu primeiro contato com a família foi por telefone: a mãe, R., gostaria de marcar uma avaliação para seu filho por indicação da professora. M. cursava o maternal e a professora dizia que ele falava muito pouco. No horário combinado, vieram juntos mãe e filho.

Primeiro ouvi M.: gritos indistintos, enquanto uma voz baixinha tentava pedir para que ele parasse. Abri a porta do consultório, M. entrou, dirigiu-se para o interfone e começou a batê-lo na parede. R. permaneceu parada na soleira da porta, pedindo desculpas pelo comportamento do filho. Tentei conversar com ele, pegar sua mão, oferecer um brinquedo, água, qualquer coisa que o fizesse parar de bater o interfone na parede. Mas em nenhum momento ele olhou para mim. Não parecia sequer se dar conta da minha presença ao seu lado. Só reagiu quando tentei segurar sua mão: gritou alto, puxou o braço e me bateu. Enquanto isso, a mãe continuava na mesma posição, pedindo desculpas em voz baixa.

R. parecia ter entre 30 e 40 anos, usava roupas largas, escuras e tinha um olhar apagado, a expressão do rosto completamente impassível. M., ao contrário, era forte, vigoroso, alto para a idade (3 anos), olhos negros que atravessavam meu rosto como se eu nem estivesse ali. Após 40 minutos do bater do interfone, a mãe pedindo desculpas, meu braço todo roxo de batidas e mordidas, perguntei se eles não gostariam de voltar no dia seguinte para um novo encontro. Parecendo aliviada, R. esboçou um ligeiro menear de cabeça, que eu entendi como sim, pegou o filho e, literalmente, foi arrastando-o pelo corredor do andar. Sentei no sofá e a primeira pergunta que me fiz foi: “O que é isso? O problema é que a criança fala pouco?”.

Os quatro encontros seguintes foram reprise desse primeiro dia: M. chegava aos berros e pontapés, a mãe parava na soleira, pedia desculpas sem parar, enquanto eu tentava conseguir, pelo menos, um olhar de atenção dele. Combinamos então que eles viriam ao consultório diariamente para tentar uma aproximação, um contato, e depois das férias eu entraria em contato com a escola e com o pediatra para decidirmos como seria nosso atendimento para ajudá-lo no desenvolvimento de sua comunicação<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> Acabei optando por contatar a escola logo na primeira semana de julho, antes do término das aulas, pois achava que a queixa e o encaminhamento não eram compatíveis com o que eu estava observando. O relato do encontro com a escola será feito mais adiante.

Ao longo do mês de julho/2002, demos prosseguimento aos atendimentos. Como M. se recusava a entrar em nossa sala sem a mãe, iniciava tentando fazer algum tipo de contato com ele e, então, conversava com R.: às vezes antes do início da sessão (quando M. chegava adormecido) ou no final, quando nós duas parecíamos ter acabado de sair de uma guerra.

Nesse processo de mútuo conhecimento, R. foi relatando a história do filho. Ele estava na escola desde fevereiro e, de fato, a queixa principal era de que ele falava muito pouco. M. era o segundo filho, tinha uma irmã de 7 anos e um irmão de 1 ano de idade; ambos os pais tinham na ocasião 37 anos. A gestação fora tranqüila, com parto cesárea, a mãe amamentara M. até que ele completasse 1 ano de idade e, por orientação do pediatra, nunca havia lhe dado mamadeira, passando direto para copo. Contou também que a família pertencia à religião judaica, que eram ultra-ortodoxos e que, por conta disso, desde que M. nascera, R. falava com ele em idish<sup>27</sup>. Há mais ou menos um ano, como M. não falava nada, começou a comunicar-se com ele em português.

R. disse que o filho sempre foi uma criança tranqüila; porém, quando tinha 1 ano e 4 meses e estava começando a andar, entrou na cozinha, chegou perto do fogão e uma panela com molho ou sopa (R. não lembrava) caiu sobre ele, provocando uma queimadura séria no braço esquerdo (das costas até o cotovelo). M. permaneceu internado durante uma semana e teve de se submeter a uma cirurgia para enxerto de pele.

Nesse momento do relato, R., que raramente demonstrava qualquer emoção no rosto, engoliu em seco e vi seus olhos marejados<sup>28</sup>. Durante os seis meses seguintes, M. necessitou de acompanhamento e tratamento médico para retenção do enxerto e também precisou usar uma malha elástica especial que não podia ser molhada ou trocada fora do hospital, onde era retirada para a troca de curativos. Perguntei se ele chorava ou demonstrava dor nesses momentos, mas R. disse não se lembrar.

Nessa época, M. não podia brincar no chão nem se sujar ou esbarrar em algo que o machucasse; não podia mais usar copo ou comer sozinho, só a mãe o alimentava utilizando colherinha para que não se sujasse e/ou molhasse. A

---

<sup>27</sup> Idish é um dialeto utilizado por judeus de origem européia (chassidim ashquenazim), bastante difundido entre a população judaica até a II Guerra Mundial. Atualmente, esse dialeto só é utilizado por comunidades ultra-ortodoxas que não falam o hebraico, pois consideram esta língua santificada e só deve ser empregada na leitura da Torah.

<sup>28</sup> Por conta do respeito às Leis da *Halacha* no que se refere ao preparo dos alimentos (cashrut), R. é quem cozinha. Portanto, no dia da queimadura ela estava com M. na cozinha.

justificativa médica para essas medidas era o risco de infecção e rejeição do enxerto de pele. Pelo tom de voz de R., pude sentir o medo e a dor daqueles momentos tão difíceis. Ao mesmo tempo, me perguntava sobre o pai, os outros filhos, outro familiar, enfim, alguém que poderia ter estado ao lado de R. A solidão no seu olhar era a marca mais nítida que eu podia captar.

Sempre com um tom de voz muito baixo (quase precisava me aproximar de seu rosto para ouvi-la), R. contou que foi uma época muito difícil, pois estava grávida do terceiro filho, S., e, quando este nasceu, não podia dedicar-se a ele. Largou tudo: os outros filhos, a casa, só para cuidar de M. Perguntei se, nessa época, ele se comunicava de alguma maneira, e R. respondeu que falava alguma coisa, muito pouco, mas não lembrava o quê.

Após o episódio da queimadura, M. se tornou muito agitado e sem limites, não entendia o *não*, não conseguia aceitar mudanças em sua rotina e, quando contrariado, ficava muito irritado, com sérias crises de birra. M. ainda usava fralda diurna e noturna, sendo que a mãe não via perspectiva nenhuma de tirar tão cedo.

M. havia entrado na escola em fevereiro/2002, mas R. não observara grandes evoluções no comportamento do filho – ele continuava não respeitando limites, e a professora constantemente reclamava que se tratava de uma criança muito difícil. M. também não brincava com outras crianças, incluindo os irmãos e os primos. Estava sempre sozinho, fazendo o que queria. Perguntei, então, o que ele gostava de fazer, e R. me contou que costumava mexer nas coisas e que sempre via a mesma parte dos filmes no vídeo<sup>29</sup>.

Quanto à parte pedagógica, não havia nenhuma queixa por parte da professora. Surpresa com essa informação, perguntei se M. participava das atividades escolares, de quais delas e como era essa participação. Mas a mãe não soube detalhar essas informações, pois não tinha visto nenhuma produção<sup>30</sup> do filho na escola.

Literalmente, me sentia perdida: Será que a escola tinha dito isso mesmo, que M. não tinha dificuldades pedagógicas? Eu mal conseguia que ele se interessasse por olhar um LEGO, uma bola, um boneco...

---

<sup>29</sup> Apesar de não assistirem TV e Vídeo por conta da *Halacha* que não permite, na época imediatamente após a queimadura, cirurgia e troca de curativos, foi uma das estratégias que permitiram que M. ficasse quietinho. A mãe conversou com o rabino de sua Congregação que permitiu que M. visse vídeos de desenhos infantis (Teletubbies) previamente aprovados pelos pais. Assim, M. se apossava do controle remoto e ficava repassando sem parar alguns trechos do vídeo.

<sup>30</sup> Denomino produção qualquer atividade escolar como colagem, pintura, desenho, entre outros.

Perguntei se M. dormia bem, se o sono era tranquilo, se tinha pesadelos. R. contou que o filho era muito agitado: primeiro só ia dormir quando queria, às vezes ficava andando pela casa até cansar. Quis saber, então, o que os pais faziam diante disso, e R. descreveu: “Nós deitamos e depois ele vem para a minha cama quando cansa de andar pela casa”. Continuei: “No escuro?”, e a mãe afirmou: “Ele parece não se importar, não faz diferença. A cama dele é no mesmo quarto que os irmãos, mas raramente ele fica lá, geralmente dorme comigo”. “E o pai, o que acha?”, “Ah! Ele precisa descansar para trabalhar no outro dia”.

Perguntei se mais alguém havia dito algo sobre M., o pediatra, avós, tios, enfim qualquer outra pessoa do círculo familiar ou social. R. contou que todos achavam que esse era o jeito dele e que depois iria melhorar. Neste momento, pressenti as primeiras perguntas subliminares: “Vai melhorar? Quando? O que é que eu faço?”; perguntas que não poderia responder, mas que estava disposta a partilhar.

Procurei, então, saber da mãe a opinião do pediatra sobre o comportamento de M. ou se ele já havia sido atendido por outros profissionais. Ela contou que, em outubro/2001, M estava com muita dor de ouvido e então R. procurou um otorrinolaringologista. Este, após tentar examiná-lo, encaminhou para BERA, que teve como resultado: normal à direita e sugestivo de disacusia condutiva leve à esquerda. O exame foi realizado logo após o episódio de otite. Perguntei, então, se o otorrinolaringologista havia dito algo mais e também como tinha sido o exame: “Ah! Daquele jeito, o jeito dele”. Aproveitando este gancho, perguntei o que ela achava do jeito do filho. Com o mesmo tom de voz apático, R. respondeu: “Nós somos muito religiosos e tudo é vontade de Deus, nós temos que aceitar a vontade Dele”.

### *O jeito dele...*

Enquanto tentava juntar os pedaços desta história, ao longo de vários dias naquele mês de julho, em meio a tantas dores, palavras não ditas, olhares que não viam e a queixa da escola e da mãe de que M. falava muito pouco, procurava também organizar uma seqüência de eventos que pudesse me dar pistas sobre o início de vida dessa criança.

Será que só eu via algo além da queixa inicial, de que M. falava pouco? E o que estava vendo era real? Também me sentia perdida, angustiada por não ter as

respostas prontas nem para mim, que dirá para a mãe, que vinha todos os dias e ficava uma hora, às vezes mais, comigo e o filho.

E nossa rotina continuava: M ficava batendo com o interfone na parede (mais para o final do mês essas ocorrências diminuíram bastante), repetindo frases aleatórias compostas de murmúrios e sons pouco articulados, sem mudança de entonação. E quando contrariado, gritava a plenos pulmões, chutava, dava socos, mordidas e arremessava o que estivesse em sua frente: brinquedos, cadeira, bolsa, em R. e em mim (quando estávamos desprevenidas). Acompanhava com movimentos rítmicos do corpo (semelhante a oscilar para frente e para trás), não mantinha nenhum contato visual (comigo ou com a mãe), mesmo quando era chamado pelo próprio nome. Aqui, cabe ressaltar que R. o chamava pelo nome completo<sup>31</sup>, enquanto eu o chamava por um diminutivo. Perguntei se R. preferia que eu não usasse o diminutivo, que eu considerava um apelido carinhoso: ela referiu nunca ter pensado nisto. “E os outros filhos, como você os chama?”, perguntei. E ela respondeu: “Pelo nome completo”<sup>32</sup>.

M. não demonstrava qualquer interesse por nenhum brinquedo da sala de espera (lego, jogos, quebra-cabeça de madeira, bonecos, carrinhos, livros infantis etc) ou da nossa sala (além dos anteriores, também bola, massinha, lápis de cor, papel colorido, instrumentos musicais). Ele pegava os objetos (não importava o que era), cheirava, colocava na boca e pegava outro. Não parecia preferir nenhum deles, não se demorava mais tempo em nenhum. Cheguei a pedir para R. trazer algum brinquedo dele, de casa: não tinha nenhum de preferência, em casa era igual, tirando o vídeo nada despertava seu interesse.

Do que eu podia entender como algo semelhante a palavras na fala de M, não captava qualquer significado, nem quanto à própria palavra, nem quanto ao seu uso em contextos iguais ou diferentes, por exemplo, se queria beber água, se pegava um apito ou a flauta. Ou seja, continuava sem conseguir me aproximar e nem decifrar o pouco que ele dizia. R. se mostrava profundamente preocupada e angustiada com o fato de o filho não querer entrar na sala, por ficar batendo o interfone; pedia desculpas várias vezes e também falava para M. pedir desculpas por não estar se comportando bem. Puxava-o pelo braço para tentar trazê-lo, mas ele se jogava no chão e gritava sem parar. Algumas vezes, ela segurava com força no rosto do filho, tentado contê-lo. Mas nada parecia atingi-lo.

---

<sup>31</sup> Ele possui dois nomes além do sobrenome.

<sup>32</sup> Os dois irmãos também têm dois nomes, além do sobrenome.

Enquanto isso me sentia presa a uma situação surrealista: não havia nenhum comentário, referência ou queixa quanto ao fato de M. não manter contato visual e nem esboçar qualquer atitude comunicativa ou interesse pelo outro ou pelo ambiente físico. Tudo era creditado ao *jeito* dele. Mas será que era, de verdade, só o *jeito dele*? Alguém realmente estava olhando para essa criança e vendo o que tentava comunicar com esse comportamento às vezes bizarro, às vezes repleto de aflição e dor? Além disso, minha impressão era de que R percebia sim que algo estava diferente do esperado<sup>33</sup>, e sentia-se como se estivesse rodando, rodando sem ninguém falar nada sobre o que estava acontecendo.

Julho chegou ao fim, e coloquei então para R. que nossos atendimentos teriam como objetivo inicial procurar estabelecer algum tipo de contato com M., sem forçá-lo para que entrasse na sala de atendimento. Iríamos tentar descobrir o que interessava a ele. Em paralelo, iria contatar a professora e procurar colher mais informações sobre o dia-a-dia de M. em contexto de sala de aula. Também combinamos que M. e R. viriam diariamente ao consultório, sem um período pré-definido de atendimento (tempo de sessão), até que ele mostrasse algum interesse por algo além do interfone e da campainha da porta. R. ficaria junto nos atendimentos até garantir que ele adquirisse confiança para permanecer sozinho comigo. Continuaríamos a manter nossos encontros, em separado, para falarmos a respeito dos comportamentos apresentados por M. e sobre como a família agia nestas situações<sup>34</sup>.

Acolher e procurar compreender o *jeito* de M. foi um dos aspectos fundamentais na constituição do processo terapêutico. Nesse sentido, procurei direcionar nossos atendimentos de modo a ter em mente que cada família possui um modo todo próprio de se constituir decorrente de suas tradições, das questões que a atravessam ao longo das gerações e pelo momento histórico em que aquele filho chega (Safra, 2004). Ao assumir essa postura de trabalho, temos a possibilidade de *acolher* e respeitar a *historicidade* do paciente, articulando os aspectos originários da constituição deste. Portanto, o terapeuta pode ser o outro que buscará propiciar as

---

<sup>33</sup> Talvez minha impressão tenha sido reforçada pelo fato de R. relatar as comparações que fazia com aspectos de desenvolvimento de seus outros dois filhos.

<sup>34</sup> Na época, meu objetivo era tentar conhecer a rotina de M. e procurar uma brecha para que nossos atendimentos fossem mais produtivos no desenvolvimento de sua comunicação. Depois, ao longo do processo terapêutico, considero que este foi o diferencial, a chave para criar o lugar da família em nossos atendimentos e um dos fatores decisivos para o sucesso do desenvolvimento global de M.

condições para favorecer o vir-a-ser do paciente, de modo que o processo que não ocorreu no início da vida possa ocorrer em outra época.

A prática fonoaudiológica pode proporcionar para cada sujeito “*uma experiência humana que lhe possibilite ser uma pessoa e ser ela mesma*” (Maia, 2000, p. 26). Por conseguinte, os procedimentos técnicos fonoaudiológicos são direcionados de acordo com as necessidades de cada um, e o espaço terapêutico coloca-se como um lugar para favorecer o acontecer humano e, portanto, facilitador do desenvolvimento e da evolução do paciente (Tahan, 2003; Tahan, Maia, 2005; Ferraz, 2006).

## **5.2 Primeiro contato com a escola: como agir com M.?**

Em julho/2002<sup>35</sup>, estive na escola para uma reunião com a professora e a coordenadora pedagógica. Ambas referiam muita dificuldade em lidar com M.: tratava-se de uma criança extremamente agitada, sem limites, não aceitava nenhuma regra, entrava e saía da classe quando queria (a professora ou a auxiliar tinham que correr atrás dele para buscá-lo). Não falava nada, nem com a professora nem com as outras crianças. O comportamento de M. era, de fato, muito estranho. Até aquela ocasião, ele vinha à escola de carrinho de bebê (morava a duas quadras de distância). M. não se interessava por nenhuma atividade específica, permanecendo, muitas vezes, jogado no chão da sala; não atendia quando chamado, mesmo se a professora falasse com intensidade de voz elevada. Inicialmente, achavam inclusive que ele não escutava, depois, que não atendia por que não queria. Lembraram, também, que barulhos intensos ou desconhecidos, como de ônibus, sinal de recreio, provocava em M. a reação de colocar as mãos nos ouvidos e gritar.

Durante esse primeiro encontro, ficou nítido que as mesmas angústias que estavam presentes nos meus atendimentos e no olhar de R. também eram vivenciadas pelos profissionais da escola, embora nada fosse verbalizado claramente.

A escola parecia me solicitar uma receita de como agir com M. para que ele se tornasse um aluno igual aos outros. Igual? Mas quem é igual? Parecia que o diploma

---

<sup>35</sup> Como foi explicado em nota de rodapé no início do relato do caso.



de Fonoaudiologia encerrava um saber oculto, quase místico, como se tivesse a fórmula mágica para resolver o problema.

Perguntei, então, se elas tinham percebido ou observado que M. sequer olhava para algo, que quando olhava parecia não estar vendo. A professora e a coordenadora pareceram extremamente surpresas e afirmaram não ter percebido nada nesse sentido. Comprometeram-se a observar melhor esse comportamento, quando do retorno às aulas (as férias se iniciariam naquela semana), e já deixamos agendada nova reunião para o final do mês, quando conversaríamos sobre minhas observações no decorrer dos atendimentos<sup>36</sup>.

Conversando com R a respeito do por que ir à escola com o carrinho de bebê, ela me respondeu: “É que como M. não atende ordens, não obedece e faz o que quer, se ele tentar correr ou quiser soltar a mão, ninguém consegue trazê-lo de volta”. “Mas isto já aconteceu?”, questionei. “Há alguns meses a avó foi buscá-lo na escola, M. saiu correndo para o meio da rua e quase foi atropelado. No carrinho aceita ficar sentado e não se expõe ao perigo. Ele não aceita mudanças na sua rotina: quando vai para a escola, para a casa da avó nunca pode mudar o caminho, se tentar ir por outra rua porque precisa passar em outro lugar antes, M. grita, dá escândalos, esperneia até voltar para o caminho original. O mesmo ocorre se resolve parar em uma banca de jornal para ver algo: se não levar o que pegou na mão fica uma fera”. Perguntei: “E o que você faz?”. “Acabo cedendo, é o *jeito dele*”.

Por conta desse tipo de comportamento de M., a mãe raramente saía sozinha com os três filhos ou alterava a rotina pré-estabelecida. Para sair, geralmente, solicitava o acompanhamento de outro adulto (a empregada, o marido ou sua mãe). Como o pai trabalhava muito na sinagoga<sup>37</sup>, e no *shabat*<sup>38</sup> não era permitido levar o carrinho, geralmente permaneciam em casa no final de semana. No máximo, iam à casa da cunhada ou dos próprios pais, pois lá todos já estavam acostumados com M.

---

<sup>36</sup> Da mesma maneira que com a mãe, neste início eu estava mais interessada em conhecer a rotina escolar de M. Durante o processo terapêutico pude constatar que desde essa primeira reunião havia sido criado o lugar da escola e, como consequência direta, o lugar de M na escola – tema que também é parte de nosso objetivo nesta pesquisa.

<sup>37</sup> Mi, o pai, trabalha em uma sinagoga distante de casa, de domingo a sexta-feira.

<sup>38</sup> Shabat (sábado): é o sétimo dia da semana, considerado um dia santo, não sendo permitido nenhum tipo de trabalho ou atividade que transgrida a *Halacha*. Entre as proibições, podemos citar: cozinhar; acender fogo, luz; trabalhar; usar elevador; andar de carro; empurrar carrinho de bebê; carregar qualquer tipo de objeto (chaves, celular, bolsa) ou crianças no colo, entre outros.

No que se refere à maneira como fui procedendo com a escola, destaco aqui a importância de o terapeuta criar a possibilidade de escuta dos professores que lidam com *crianças ditas difíceis*, como bem ressalta Bastos (2001), de modo a possibilitar a mobilização do desejo de discutir e pôr em questão o saber pedagógico. Nesse sentido, torna-se fundamental compreender a angústia da escola e sua busca por uma *receita* de como agir com o aluno que se apresenta de uma maneira diferente do esperado, cabendo ao terapeuta acolher essas questões e ao mesmo tempo, respeitando a singularidade e o ritmo da equipe escolar, constituir um lugar deste aluno como parte do grupo-classe. A idéia é buscar construir, em parceria, práticas mais significativas de ensino e aprendizagem, inclusive no que se refere à inclusão do sujeito com deficiência no ensino regular (Siqueira & Monteiro, 2006; Serapompa & Maia, 2006), como ocorria no caso aqui em foco.

### **5.3 Novas tentativas de estabelecer contatos: aliança terapeuta, mãe e escola.**

Nossas sessões de atendimento continuavam cinco vezes por semana, geralmente por trinta minutos. Quando R. ficava para conversar, demorávamos em torno de sessenta minutos. M. já aceitava entrar na sala sem gritar ou espernear, mas ainda recusava-se a entrar se a mãe não viesse também. Continuava sem demonstrar interesse específico por nenhuma atividade e raramente mantinha contato visual. Não respondia a nenhuma ordem, pergunta ou interjeição. Parecia estar em um mundo todo próprio, que só fazia sentido para ele mesmo. Continuava com os enunciados aparentemente sem significado que, algumas vezes, cessavam quando cantávamos cantigas infantis (Cirandinha, O pintinho amarelinho).

Iniciamos, então, alguns atendimentos explorando massagens com objetos de diferentes texturas em contato com o corpo, geralmente as mãos e os pés (ficávamos descalços): pincel, esponja macia, tecidos suaves e nossas próprias mãos. M. aceitava os toques por pouco tempo (pés, perna até o joelho e mãos – em outras partes do corpo como nas costas, nos braços e no rosto não aceitava e fugia). Combinamos, R. e eu, que ela faria o mesmo em casa, principalmente na hora do banho ou em momentos que sentisse vontade.

A idéia, com esse procedimento clínico (*manejo*), era mostrar para R. um outro canal para que fosse possível estabelecer uma comunicação, mesmo que

rudimentar, com M. Retomamos aqui a idéia de Winnicott, de que esta é a forma como a mãe demonstra o amor por seu filho e a maneira como ele percebe este amor. Em um primeiro momento, essa percepção é nitidamente sensorial, via corpo, já que faz parte do *holding* toda a rotina de cuidado que a mãe dedica ao bebê: pegar no colo, alimentar, banhar, trocar, acariciar, conversar.

No que se refere ao atendimento do paciente autista em especial, Sabes (2001) e Oliveira (2002) assinalam, ainda, a necessidade de se adotar uma perspectiva psicodinâmica, reconhecendo um valor significativo em toda a produção gestual ou oral do paciente. Dessa forma, o trabalho clínico em busca da linguagem se efetivará para que essa criança possa começar a se reconhecer como fonte produtora dela.

Em nova reunião com a escola, a professora e a coordenadora observaram que após um determinado ritual religioso, o corte de cabelo<sup>39</sup>, M. havia piorado muito em seu comportamento: ficava agarrado à mochila o tempo todo, deitado no chão, não permitia que ninguém se aproximasse. Fiquei imaginando se M. tinha alguma noção do que acontecera nessa cerimônia. Haviam lhe explicado algo antes? Ele já tinha visto outras crianças? Será que não tinha sentido medo ao ver tantas pessoas em sua volta? Perguntas que não poderiam ser respondidas por M., a escola nem tinha pensado nelas e a família ia cumprindo os preceitos de sua fé.

Cabia a mim, como terapeuta, alinhar todas essas questões, ou seja, estar disponível para dar a sustentação necessária à criança e à sua família - principalmente representada pela figura da mãe - de modo que ela pudesse oferecer o *holding* para seu filho, e ao mesmo tempo não perder de vista aspectos culturais.

De fato, Safra (2004) assinala que a cultura é pré-existente ao nascimento de uma criança e é importante o terapeuta assumir uma postura ética que procure compreender que, na verdade, “*estamos, ao mesmo tempo, frente a uma família, a gerações, à comunidade, à humanidade*” (p. 69). Nessa mesma linha de raciocínio,

---

<sup>39</sup> De acordo com as tradições da religião judaica quando a criança faz 3 anos ocorre o primeiro corte de cabelo. É uma cerimônia muito importante para a família e a comunidade, geralmente realizada na escola ou na sinagoga, onde os homens presentes cortam pequenos cachos do cabelo do aniversariante (é um mérito para quem corta) e dão presentes para a família. No caso de M. o costume da escola é realizar a cerimônia na sinagoga da própria escola, pois todos os meninos da classe vão passar pelo mesmo ritual. A partir desta data o menino deve começar a cumprir alguns preceitos da fé judaica como, por exemplo, recitar algumas bênçãos, usar um tipo especial de veste (*talit*) sob a blusa, entre outros costumes.

Maalouf (2005) aponta que ao considerar a origem étnica e cultural do ser humano podemos pensar e refletir sobre suas questões a partir de suas raízes e, portanto, levar em conta a realidade da família, da escola e da comunidade onde se encontra inserido aquele núcleo social. Neste sentido, a questão da etnia, da cultura e da ética de uma comunidade passa a ser compreendida como fundante do ser humano.

Ainda de acordo com o relato da escola, M. não parecia se interessar por muitas atividades: parecia gostar da aula de música, pois não tentava fugir; também permanecia no tanque de areia (pegava a areia e ficava jogando nas outras crianças e/ou colocando na boca). Ainda fugia da classe quando queria. Já as crianças formavam um grupo bem tranquilo; talvez por serem mais novos que M., aceitassem esperar quando a professora saía para buscá-lo. Alguns manifestavam medo, porque M. não aceitava ser contrariado e não entendia quando outra criança não queria lhe emprestar algum brinquedo.

Novamente, os relatos eram uma tentativa de dar algum significado aos comportamentos de M. Na verdade, não parecia haver nenhum indício concreto de comunicação por parte dele quanto ao que queria, gostava ou preferia estar fazendo. Era muito mais o outro tentando justificar o porquê desses comportamentos.

Como a professora e a coordenadora continuavam pedindo conselhos ou dicas sobre o que fazer com M. em sala de aula, contei um pouco dos nossos atendimentos. Elas resolveram então que também iriam tentar estimular atividades com diferentes texturas em sala de aula para todo grupo. Minha impressão era que todos se esforçavam, unidos em uma batalha - terapeuta, família, escola - em prol do mesmo objetivo: estabelecer algum contato com M.

O que eu ainda não sabia é que ali estava o início de nossa estratégia de atendimento. Cada um em sua posição - terapeuta, família, escola - estávamos começando a percorrer a estrada ao lado de M. Cada um de nós, de alguma maneira, ia constituindo uma relação toda própria, singular, única com ele, tentando tocar o coração muito antes de chegar ao rosto, aos olhos ou às mãos. Transcendia às palavras, ao que poderia ser dito, pensado ou escrito.

Como bem assinala D'Água (2007), a escola precisa ser compreendida como um espaço onde todos os que nela se inserem têm um potencial e um papel a desenvolver. Incluir alunos com necessidades especiais não precisa ser resultado de

prática específica ou atendimento individualizado; ao contrário, deve ser espaço onde se acredita que todos os alunos têm limites que devem ser respeitados.

### **Em busca de vestígios de comunicação**

Um dos aspectos fundamentais no atendimento à família e à escola, ao longo do processo terapêutico de M., foi a atenção a pequenos detalhes de sua interação com o ambiente. Neste caso, pequenos indícios permitiam que visualizássemos que M. estabelecia uma maneira toda própria de se relacionar com sua família e com seu grupo-classe. Da mesma maneira, a família e o grupo-classe também buscavam compreender o *lugar* de M. e estabelecer um modo próprio de com ele interagir e, portanto, se comunicar.

Ao longo daquele segundo semestre de 2002, M. passou a aceitar mais toques e por um tempo mais longo. Observamos o início do contato visual espontâneo esporadicamente. Não respondia ainda quando chamado pelo nome (nem comigo nem com a mãe), mas deixou o interfone e passou a se interessar por alguns instrumentos musicais (tambor e coquinho), embora procurasse tapar os ouvidos quando ia tocar, por exemplo, erguendo os ombros. M. parecia querer tocar, mas também não queria ouvir o som ou parecia ter medo.

Ainda não conseguíamos entender o que queria nos dizer, era mais um sentir do que um saber real e palpável. A angústia de não saber direito se este era o caminho continuava bem forte. Todos os meus anos de prática clínica não tinham me preparado para M. Era uma jornada toda própria e particular, repleta de questionamento. Acima de tudo, era um momento de busca: por eu mesma, a terapeuta, e por M. Quem era ele? O que ele pensava do mundo e das pessoas que o cercavam?

A exploração dos instrumentos, aparentemente, não parecia envolver nenhum padrão específico, além de restringir-se ao tambor e coquinho, entretanto parecia ser aí o modo como mostrava o caminho de acesso a ele. De fato, Maia (2006) e Safra (2006; 2006 (a)) assinalam a importância de o terapeuta compreender as necessidades de seu paciente, de modo que as estratégias terapêuticas possam ser estruturadas e ofertadas sem que o paciente sinta-se invadido. Nessa perspectiva, ao procurar constituir um *lugar junto* ao seu paciente, o terapeuta se posiciona como aquele que

*está lá, o que implica a vivência da continuidade, do habitar, ter lugar, a possibilidade de ser ele mesmo.*

Por sua vez, Matteo (2001) destaca a importância, para o fonoaudiólogo, de buscar reconhecer a singularidade da pessoa que está sendo atendida e, a partir daí, utilizar as técnicas e estratégias que se fazem necessárias, de modo a criar condições de humanizar a função terapêutica.

M. parecia não demonstrar interesse por outros materiais oferecidos, como blocos de madeira, livros infantis, bonecos, bichos de pelúcia. R continuava participando das sessões fonoaudiológicas, mas já não ficava o tempo todo pedindo desculpas pelo comportamento do filho. Nestes encontros, começamos a observar que M., às vezes, repetia frases aleatórias com voz em baixa intensidade e sem mudanças na entonação das palavras. R. dizia, então, que eram frases emitidas por personagens do desenho Teletubbies que ele ficava assistindo no vídeo. Eu queria saber se ocorriam em algum contexto específico, em casa, pois nos nossos atendimentos, na época, não me pareciam ter qualquer significado. Só mais tarde fui capaz de perceber que eram as partes dos desenhos que ele mais gostava, que achava graça ou tinha medo<sup>40</sup>.

Nos encontros com a escola, professora e coordenadora observaram melhora significativa no comportamento de M.: não fugia mais tantas vezes da sala de aula e, quando saía, assim que chamado, retornava sozinho. Estava começando a interagir com o outro: atendia, de alguma maneira, a um pedido – *volte para a classe*. Também observavam contato visual esporádico com a professora e que M. estava começando a aceitar toques por parte das outras crianças da classe e da professora auxiliar.

Um dos principais objetivos que permeiam o atendimento fonoaudiológico é buscar desenvolver e aprimorar a comunicação dos pacientes. Nos casos em que as dificuldades para a comunicação e a interação social constituem as principais queixas, esses aspectos são muito enfatizados tanto por parte da família como da escola. Dessa forma, no atendimento de M. os pequenos avanços que podiam ser observados com a

---

<sup>40</sup>Em agosto de 2005, iniciei alguns atendimentos de M. em sua residência. Tive então a oportunidade de observá-lo assistindo os desenhos do vídeo. O relato desses atendimentos não será aqui colocado, pois foge ao período de abrangência da pesquisa.

terapeuta, a mãe e a escola, no que se refere aos aspectos comunicativos e de interação social, demonstravam nitidamente que a linguagem estava se estabelecendo como meio de comunicação efetivo para todos os envolvidos.

#### **5.4. Primeiro encontro com o pai: ampliando o entendimento do contexto familiar**

As perguntas calavam em mim na busca de um caminho para acolher M., trazê-lo para o mundo. Um mundo que poderia sustentar suas dores, mas também proporcionar novas experiências, desta vez respeitando sua singularidade e seu ritmo de aceitação. Como bem ressalta Winnicott (2000), o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança proporciona a construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança. Como consequência, ocorre o fortalecimento das fundações de seu desenvolvimento emocional, promovendo a integração corpo e mente, dando à criança a sensação de unidade.

Em paralelo aos atendimentos de M., R. e eu continuávamos nos reunindo. De acordo com R., M. já estava aceitando mais toques no corpo, não tentava fugir mais. Apesar desses toques, R. ainda observava que o filho não olhava nem para quem o estava tocando nem onde estava sendo tocado e continuava a não atender quando chamado. Sugeri, então, que ela poderia tentar conversar ou cantar para ele. Neste momento, num misto de surpresa e indagação, ela referiu que sua casa era uma casa silenciosa, ninguém falava com ninguém.

Muitas questões surgiram a partir dessa fala: casa silenciosa? Uma criança que não se comunica? E os irmãos? Não brincavam, não brigavam? E os pais? Como era essa rotina? Será que além de não falar também um não olhava para o outro? Qual era o lugar de cada um nesta dinâmica? Que tipo de comunicação existia no universo daquela casa?

Em busca de respostas, perguntei então se o pai, Mi, não gostaria de participar de uma reunião com nós duas<sup>41</sup>.

Em dezembro de 2002, recebi pai e mãe em meu consultório. Ambos ressaltaram que M. estava menos agitado na escola e já aceitava aproximações de outras crianças. Em casa, também estava aceitando que o irmão chegasse perto dele - não brincavam, mas ele já não agredia o mais novo. M continuava repetindo frases aleatórias, associadas, pelos pais, ao desenho que assistia regularmente, Teletubbies. Ainda não observavam se essas frases tinham relação com algum contexto específico, mas iam procurar observar melhor durante as férias.

Neste encontro, o que mais chamou minha atenção foi que só R., a mãe, falava, enquanto o pai não olhava para mim e ficava o tempo todo folheando um livro de rezas. Quando perguntado diretamente sobre o que estava achando do trabalho, disse que não conseguia se fazer entender para M. e também não conseguia entendê-lo. Perguntei como era quando estava sozinho com M., e a resposta foi: “Não fico sozinho, se não entendo, peço para R. traduzir”. O silêncio se mantinha com R. como exclusiva tradutora do filho. Será que era esse mesmo papel que procuravam na fonoaudióloga? Traduzir ou ajudar a traduzir os comportamentos de M.? Nada estava tão distante do que eu queria ou almejava construir com M., a família e a escola.

Cabe ressaltar minha surpresa diante dessa revelação, de que o pai *nunca ficava sozinho* com seu filho e de que necessitava de R. como intérprete dele. Podemos compreender, então, a difícil posição que R. precisava assumir: como intérprete oficial de M. e, ao mesmo tempo, como aquela que, aos poucos, precisava favorecer o processo de independência dele, de sua figura como elo com o mundo que o rodeia. Importante lembrar aqui da afirmação de Winnicott (1999), de que a relação que mãe e bebê vivem desde o nascimento é fundante na constituição da criança, particularizando-se para cada cultura, grupo social e família. Esse processo tem seu início e pode ser observado desde antes da época da gestação e dos momentos iniciais do contato materno com o filho, de modo que a mãe representa o ambiente humano que o bebê encontra ao nascer e, portanto, é aquela que será responsável por apresentar-lhe o mundo. Aos poucos, conforme se dá o desenvolvimento de seu filho,

---

<sup>41</sup> Meu objetivo, de início, era obter mais informações do relacionamento pai e filho; outro ponto de vista nesta relação familiar. Assim, a partir dessa reunião, todo final de semestre o pai participava de uma reunião em conjunto com a mãe. Além dessa reunião, os encontros com a mãe se mantinham geralmente uma ou duas vezes por mês.



a mãe vai assumindo novos papéis no processo do acontecer humano, o que faz parte de sua adaptação às necessidades de seu filho. Quando ele recebe um *holding* adequado às suas necessidades, adquire confiança no mundo e consegue atravessar os estágios de seu desenvolvimento, passando de uma dependência absoluta de sua mãe para a dependência relativa e, finalmente, rumando à independência.

Considerar o ambiente – família – na constituição daquele que chega para atendimento é parte das estratégias fonoaudiológicas escolhidas em cada caso. Neste sentido, o olhar voltado para as particularidades da relação pai-mãe e filho –Mi. R. e M – foram fundamentais no processo terapêutico de M..

### **5.5 M. ensaia uma forma particular de expressão: para além dos vestígios, sinais concretos de comunicação.**

Em 2003, continuei o atendimento de M., mas passamos para três sessões por semana, sendo cada uma de aproximadamente 45 minutos. Os encontros com a mãe também continuavam, geralmente uma vez por semana ou quinzenalmente.

Já observávamos que M. mantinha contato visual mais freqüentemente e por mais tempo, mas continuava não respondendo quando chamado pelo nome. R. ainda entrava nos atendimentos, sentava-se no canto da sala e, geralmente, não falava nada. Começamos a observar que, algumas vezes, M. repetia o final de minhas frases. Também continuava repetindo as frases dos desenhos que assistia em casa: Teletubbies, Trem Thomas<sup>42</sup> e ursinho *Puff*. Ainda não conseguíamos relacionar com um contexto específico para o aparecimento ou o uso das frases, entretanto suas emissões eram nítidas, as palavras bem articuladas, sem trocas fonêmicas e com intensidade de voz mais forte. M. se fazia ouvir, nós só não entendíamos, ainda, o que ele estava querendo falar.

Às vezes eu me sentia meio perdida: quando M. queria alguma coisa, por exemplo, um copo de água, pegava a minha mão ou da mãe e levava até o copo ou jarra. Era o uso de um gesto, mas não o próprio gesto. Mesmo se o copo estivesse com

---

<sup>42</sup> Este desenho refere-se a um conjunto de trenzinhos [todos nomeados como George, Gordon] liderado pelo Trem Thomas. Eles se envolvem em aventuras para transportar cargas, como carvão e alimentos. A temática básica é a amizade entre esses trenzinhos e o chefe da estação e, também, como podem se ajudar para desempenhar alguma função ou para resolver algum imprevisto, como um animal parado na trilha do trem.

água e na mesa, ele não o pegava, levava nossa mão para pegá-lo. Parecia não saber como agir sozinho em algo tão básico. Também quando queria pegar uma bola, por exemplo, parecia não saber o que fazer: colocava-se ao meu lado, encostando-se no meu braço: parecia *não saber* jogar a bola, ou como fazer para jogá-la; não produzia o movimento sozinho, mesmo após várias tentativas ou, se eu fazia o movimento com seus braços, jogando a bola, em seguida ele parava e voltávamos à estaca zero: a mesma postura estática, sem saber que atitude tomar ou como agir.

Algumas vezes, M. demonstrava discreto interesse por figuras de livros infantis, mas por nenhum título em particular, nem figura específica. Com os blocos de madeira ou lego, mesmo se M. pegava-os da caixa, limitava-se a jogá-los sem acompanhar a direção visualmente e sem expressar nada em seu rosto: interesse, surpresa, ansiedade. Pareciam ações sem objetivo aparente.

Nos atendimentos com R., ela referia observar discreta melhora no comportamento de M, tanto que passaram a levá-lo para escola sem o carrinho, apenas de mãos dadas. Perguntei como tinha sido esse processo, e R. disse “Ah! Do jeito dele”.

Na verdade, era o início de um diálogo entre eles dois: vontades que se comunicavam de um jeito todo próprio, um jeito de se falarem, talvez não em palavras, mas no toque e no olhar. O que era dito por trás das palavras, o que estava implícito naquele dizer? Lembro aqui que, de acordo com Winnicott (1999), a mãe concebe o bebê como um outro ser humano, mas as ações maternas são propiciadas de modo que ele [o bebê] possa vivenciar a sensação de que ambos são um, ou seja, a mãe é sua extensão. A condição de **ser** é o início de tudo, sem a qual o **fazer** e o **deixar que lhe façam** não tem significado. É possível induzir um bebê a alimentar-se e a desempenhar todos os processos corporais, mas ele não sente estas coisas como uma experiência, a menos que esta última se forme sobre uma proporção de simplesmente **ser**, que seja suficiente para constituir o eu que será, finalmente, uma pessoa.

Ainda sob a perspectiva de Winnicott, a necessidade de existir como objeto humano para a mãe faz o bebê buscar a familiaridade de si nela, colocando em curso sua necessidade de relacionar-se.

É interessante observar, também, que M. já aceitava também que alterassem o caminho, e quando passava por uma loja ou banca de jornal, não tinha mais crises se a

mãe não comprasse o que ele queria. Eu me perguntava se era M. quem tinha mudado ou se, na verdade, ambos, mãe e filho, agora estavam se conhecendo realmente.

R. referia ainda não conseguir sair sozinha com os três filhos. A família saía apenas algumas vezes, nos domingos à tarde, mas raramente, pois não tinham carro e tudo era muito longe; no bairro em que moravam só havia um jardim, mas não muito próximo da casa deles. Podia observar um primeiro movimento de exploração do meio, do mundo para além da casa. Uma chance nova de explorar e conhecer mais do que já estava estabelecido. O início de buscar uma comunicação com novas experiências, outras pessoas. Um mundo inteiro de novas descobertas a serem partilhadas.

Era nítido o avanço que podia ser observado no desenvolvimento de M. em sua relação com o mundo (ambiente humano) tanto no que se refere à sua comunicação como sua interação social. Em nosso entender, esse avanço estava intimamente relacionado com o fato de o espaço terapêutico ter se constituído como um lugar para favorecer o acontecer humano e, portanto, facilitador do desenvolvimento e da evolução do paciente.

Safra (2006 (a)), ao discorrer sobre o conceito de *placement*, apresenta a posição do homem como alguém em trânsito: ao caminhar pela vida, somos surpreendidos por diferentes acontecimentos. Decorre desse caminhar, um gesto repetido ao longo de toda a vida, a fundação de um **lugar**, cuja base é a confiança no outro. Da mesma maneira, para Maia (no prelo), o conceito de *placement* pode ser compreendido como um espaço potencial que não tem materialidade, embora exija sempre a ocorrência de um encontro humano.

Ao escolher o referencial teórico winnicottiano, o fonoaudiólogo pode reconhecer o outro em sua integralidade e compreender suas necessidades fundamentais, buscando uma posição que permita estabelecer uma relação com o paciente de modo que este possa vivenciar experiências fundamentais para a sua constituição como PESSOA e também de sua linguagem<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> A linguagem aqui deve ser entendida como o idioma pessoal.

## **5.6. Novos questionamentos e encaminhamentos: riscos de um diagnóstico fechado.**

Nos atendimentos à professora e coordenadora<sup>44</sup>, elas afirmavam que M. ainda destoava muito do grupo, e não sabiam se ele deveria ser mantido nessa escola, pela dificuldade em lidar com ele e os outros alunos, que constantemente manifestavam medo quando M. tinha seus *ataques*. Algumas vezes, ele até batia nas professoras, ainda não respeitava limites e parecia totalmente perdido no mundo. Demorava muito para ir para a classe, só respeitava sua própria vontade. Perguntei se ambas tinham alguma idéia do por que desse comportamento, e elas me responderam que talvez faltasse maior imposição de limites por parte dos pais.

Neste momento, procurei mostrar para elas como era fundamental que constituíssem um jeito próprio de se comunicar com M., ressaltando que, embora fosse diferente do que esperavam, mais difícil, não era impossível. De fato, não havia respostas prontas, e o processo seria construído no dia-a-dia para cada um que chegasse perto de M. Havia incredulidade, receio, questionamentos nos rostos da professora e da coordenadora, pois certamente não era esse tipo de aconselhamento que esperavam de uma especialista; talvez buscassem alguém que concordasse com as queixas, reconhecesse o quanto M. era uma criança difícil e assumisse junto com elas a idéia de mudá-lo de escola.

Porém, procurei mostrar que, na própria classe, cada criança era diferente, que com cada uma havia uma maneira toda própria de lidar, de chegar perto, de tocar. Com M. não seria diferente, só precisávamos encontrar o caminho. Mas qual seria? Talvez bastasse, naquele momento, olhar para além do que ele não fazia.

De fato, ao discutir o tema inclusão escolar, Bastos (2001) questiona se a escola está aberta a se repensar como um espaço para acolher não só as questões relativas ao pedagógico e, portanto, não ter a criança sob a ótica exclusiva de suas capacidades cognitivas, mas enquanto construção de uma estruturação psíquica que a psicanálise aponta não coincidir com o desenvolvimento biológico.

---

<sup>44</sup> A coordenadora era a mesma, mas a professora era nova por conta do início do novo ano letivo.

Serapompa & Maia (2006) apontam que quando a Educação se propõe a acolher a diferença percebe, na prática, que a singularidade não é prerrogativa de pessoas com necessidades especiais. Acolher a diferença é reconhecer a natureza do desenvolvimento humano, que é, por excelência, singular.

Cabe colocar aqui que também fui questionada se meu paciente realmente ouvia ou se fazia que não ouvia. Por conta desse questionamento, resolvemos solicitar uma avaliação otorrinolaringológica e audiológica para descartar qualquer possibilidade de alteração auditiva que pudesse comprometer o desenvolvimento da comunicação. Conversei com R. e ela aceitou o encaminhamento.

Os resultados de ambas as avaliações indicaram que M. estava dentro dos parâmetros da normalidade (21/03/2003), porém o otorrinolaringologista sugeriu aos pais<sup>45</sup> que M. passasse por uma avaliação neurológica.

De minha parte, não sabia se a mãe estava preparada para ouvir um diagnóstico fechado, que certamente seria colocado tendo em vista as características comportamentais de M. Como já foi colocado anteriormente, nos casos de Transtorno Global do Desenvolvimento, o desenvolvimento se encontra acentuadamente anormal ou prejudicado em três áreas principais: interação social, comunicação e repertório restrito de atividades e interesses. Dessa maneira, o diagnóstico médico é feito por meio da observação clínica dos casos que apresentam esta queixa. O mesmo ocorre em alguns segmentos da área fonoaudiológica que também buscam classificar esse transtorno, para o embasamento teórico-prático do atendimento terapêutico e/ou das pesquisas.

Ao contrário, durante todo o processo terapêutico de M., a perspectiva de atendimento sempre buscou, prioritariamente, direcionar o olhar para a singularidade do paciente e de seu entorno [família e escola]. Dessa maneira, procurava apresentar para a família e para a escola as características que M. apresentava de comportamento e de linguagem como parte de seu processo de constituição e desenvolvimento. Daí minha preocupação com a apresentação de um diagnóstico voltado para os sinais e sintomas. Tinha sérias dúvidas se um diagnóstico (e suponha que ele iria ser diagnosticado como pertencente ao espectro autístico) não afugentaria aquela mãe, transformando sua acolhida ao filho, que estava aprendendo a conhecer (e vice-versa),

---

<sup>45</sup> O otorrinolaringologista não entrou em contato comigo para saber do histórico de M. ou perguntar o que eu achava da indicação.

num afastamento novamente, além de justificar uma posição de retirar da escola por parte da professora e da coordenadora.

E também me preocupava com M. Como meu paciente reagiria frente a toda essa movimentação da mãe, do neurologista, da escola, enfim do seu entorno social?

### **Família e terapeuta assumindo posicionamentos em favor da singularidade de M.**

Então, em abril/2003, R. me trouxe o resultado da avaliação neurológica. De fato, o neurologista colocou para os pais sobre o quadro de autismo, apesar de os exames clínicos e laboratoriais apresentarem resultados dentro dos padrões de normalidade (para descartar erros inatos do metabolismo e autismo secundário a alguma síndrome neurológica); encaminhou M. para uma avaliação psiquiátrica e terapia psicológica e ainda pediu para os pais evitarem novos filhos.

Nessa sessão, R. não olhava nos meus olhos. Sempre cabisbaixa, transmitia uma impressão de derrota: ombros encurvados, expressão facial impassível. Supus que ela não havia sido acolhida por esse profissional, e senti vontade de fazê-lo, de abraçá-la e confortá-la, dizendo que tudo estava caminhando bem. Mas estava mesmo? Será que o tipo de condução clínica que estava assumindo me permitiria afirmar isso?

Senti também uma revolta com a postura dos médicos envolvidos, em especial do neurologista, que diagnosticou o autismo sem dar nenhuma esperança para os pais. E, de certa forma, me decepcionei com a atitude da mãe, que me pareceu estar se entregando novamente a uma desesperança quanto às condições de desenvolvimento do filho, talvez desconsiderando o que havíamos, juntas, conseguido até então. Afinal, a resposta para nossas inquietações diante de M. não poderia ser um rótulo; ele era mais do que um quadro clínico era uma criança que nós estávamos começando a conhecer. Porém, não compartilhei com R. meus incômodos.

No atendimento seguinte, ela acabou me revelando que não havia gostado da postura do neurologista<sup>46</sup>: “Ele mal olhou e já disse que meu filho é isso e aquilo”. Por serem profundamente religiosos e por acreditarem em milagres, os pais acham

---

<sup>46</sup>[44] Em grande parte, penso que, mesmo sem querer, acabei transmitindo para a mãe a minha descrença quanto a importância do diagnóstico de autismo.

que cada um tem o seu destino. Então, neste momento, não iriam seguir as indicações do neurologista, de procurar um psiquiatra nem uma psicóloga; preferiam continuar com nossos atendimentos, pois vinham observando resultados positivos.

R. também manifestou que não queria que o diagnóstico do neurologista fosse relatado para a escola, temendo que isso poderia influenciar negativamente na forma de lidar com M. em sala de aula. Por fim, me perguntou se eu iria continuar a atendê-lo. Coloquei que em nenhum momento havia cogitado interromper o atendimento, lembrando que a indicação do neurologista havia sido feita pelo otorrinolaringologista, sem me consultar. Assim, continuamos nossos atendimentos: com M., com R. e com a escola.

Na escola, já observavam melhora no comportamento geral de M.: ele vinha respeitando mais os limites, entrando na rotina da classe, estava menos agressivo com as professoras e com as outras crianças, e só mostrava maior agressividade quando não estava bem, por exemplo, quando resfriado. Ou seja, de alguma maneira, ele comunicava que não se sentia bem. Porém, M. ainda não participava do grupo nem fazia as atividades propostas; gostava de ficar abrindo e fechando as gavetas, a porta do armário, ou permanecia deitado no chão, empurrando um carrinho de brinquedo, e não demonstrava nenhum *aproveitamento pedagógico*.

Nessa reunião, questionei o que seria *aproveitamento pedagógico*, ressaltando: “Não estamos buscando um contato, tentar entendê-lo? E o respeito à rotina de classe não é um comportamento pedagógico? Será que o estar menos agressivo ou já aceitar alguma regra social da classe não era tão importante quanto recortar um quadrado e colar no espaço correto?”. Novamente, destaquei que, se nossas perguntas eram diferentes para M., não poderíamos buscar respostas iguais.

Percebia, então, que minha função como fonoaudióloga, nesse momento, era mostrar aos profissionais da escola e aos pais que nosso caminho com M. era único, que não existiam respostas prontas ou comportamentos que deveriam ser esperados, anotados, classificados e mensurados. Não poderíamos perder de vista nosso objetivo: as necessidades e singularidades de M..

De fato, Silva (2000) aponta a importância de o fonoaudiólogo refletir para a criança uma imagem de potencialidade, num investimento que possa suprir o olhar estagnado da patologia. Já Cunha (2001; 2005) assinala a importância de buscar subsídios para a prática fonoaudiológica a partir da inter-relação entre linguagem e

psiquismo, o que significa criar um elo em que a queixa vai além da literalidade da palavra e encerra um sentido na história da pessoa: é a singularidade daquele que chega para ser atendido. A autora também assinala a importância de se discutir os critérios para o estabelecimento dos conceitos de **normal** e de **patológico** em relação ao diagnóstico dos chamados distúrbios da comunicação.

Em minha prática clínica, tenho observado que a busca por um diagnóstico, muitas vezes, acaba gerando outros questionamentos. Em alguns casos, a família procura o diagnóstico como uma solução para as dificuldades apresentadas pelo filho, da mesma maneira que busca as respostas para a resolução de sua queixa no atendimento fonoaudiológico. Em outros casos, observo que a busca se direciona para uma solução imediata por meio de um medicamento ou de uma receita do que fazer para *acabar com aquilo*<sup>47</sup>.

Também tenho observado na clínica que, muitas vezes, o *nome da doença* gera uma angústia maior para a família ou para a própria pessoa. Angústia essa que pode ser sentida e também é colocada em palavras quanto ao que o futuro reserva. Em vários casos (e aconteceu com M. no primeiro neurologista), o médico apresenta o diagnóstico como uma sentença, quase como se fosse um rótulo e que não há como fugir deste *nome*. Que conseqüências isso gera em nossa clínica? Haja vista que nós, terapeutas, lidamos com a pessoa que chega com *esse rótulo* e temos de procurar mostrar para a família ou para o paciente que *existe algo além destas palavras*. No caso de M., minha preocupação se referia a como o *nome da doença* poderia influenciar na constituição do *lugar* dele na família e na escola.

Serapompa & Maia (2006) assinalam que a contribuição do fonoaudiólogo é fundamental no processo de inclusão de pessoas portadoras de necessidades especiais e inclui tanto a atuação sobre suas dificuldades específicas, como o manejo junto à família e à escola, para a criação de situações que favoreçam seu processo de inclusão na vida. Nesta mesma direção, podemos perceber que, muitas vezes, para a família e para a escola é difícil observar os avanços de seu filho-aluno no dia-a-dia.

No caso de M., esses pequenos avanços, como não ir mais de carrinho para a escola e aceitar um caminho diferente, voltar para a classe após o pedido da professora, partilhar um brinquedo com colegas, entre outros, muitas vezes, necessitavam ser constantemente assinalados, pois, no geral, tanto a família como a

---

<sup>47</sup> Denomino *aquilo* como a queixa principal ou as características que a família ou o próprio paciente apresentam como o que mais lhe incomoda ou afeta.



escola parecia esperar algum comportamento ou atitude *mais explícita* como, por exemplo, pintar dentro de um desenho ou falar precisamente o que desejava.

Sendo assim, durante o processo terapêutico de M., fez parte de minhas estratégias destacar esses pequenos avanços para que todos percebessem o quanto meu paciente vinha sim se desenvolvendo, e o quanto merecia ser visto como mais do que uma produção gráfica, do que uma pasta de trabalhos escolares. Também procurava mostrar que, em cada ambiente e com cada pessoa, a relação de M. se constituía de modo singular. A cada mudança no ambiente humano, essa singularidade precisava ser apontada. Ou seja, um novo professor, um familiar distante que retomava o contato, um colega novo na escola, também necessitam ser acolhidos pelo terapeuta para colocarem suas questões e, portanto, também favorecerem a constituição de M.

Em meu entender, tratava-se de um processo que não terminaria, simplesmente por ser algo da natureza humana: a cada dia nos relacionamos de maneira diferente com as pessoas que fazem parte de nossa vida. Portanto, a percepção de que M. estava nitidamente se inserindo e atendendo às regras estabelecidas por seu entorno – casa e escola - fez parte da constituição do *lugar* de M.

### **5.7. Necessidade de nomear o quadro clínico: profissionais trabalhando em sintonia com a família**

No final de 2003, observamos que M. passou a manifestar interesse por carrinhos, movimentando-os e imitando seus ruídos. Também já estava olhando para figuras de livros infantis e iniciando a reprodução de sons com instrumentos musicais (forte/fraco), inclusive aceitando trocá-los comigo e com a mãe. Além disso, estava iniciando montagem com lego grande aleatoriamente para depois derrubá-lo; o mesmo ocorrendo com torre de blocos de madeira. Não sorria quando as peças caíam, mas elevava a cabeça e buscava nossos olhos. Algumas vezes, M. repetia o final das frases que eu ou a mãe falávamos, por exemplo: “Quer beber água?”. Ele dizia: “Água”.

Comemorava cada avanço nesse processo – com M. com R. e com a escola - pois era um passo a mais que estávamos atingindo no percurso de nosso mútuo conhecimento. Às vezes, sentia como se estivesse escalando uma montanha, a cada

passo mais perto do pico, nossas mãos se tocando, dividindo o percurso. Neste momento, optei por sugerir aos pais o encaminhamento para outro neuropediatra e também para atendimento psicológico. Motivo: poderíamos dar continuidade ao processo de estimulação de M. em seus vários potenciais. Mais importante: novas perguntas surgiam. “Será que algum dia ele vai ser normal? Vai ser igual às outras crianças? Vai falar como todo mundo?”.

Então, em 24/10/2003, após uma avaliação neuropediátrica, M. foi diagnosticado como apresentando um quadro de Transtorno Global do Desenvolvimento, hiperatividade e distúrbio do sono. De acordo com o neuropediatra, a defasagem era muito grande, principalmente na comunicação em geral, e M. apresentava um histórico de vida muito complicado, com características autísticas que se tornavam mais graves com a hiperatividade e com a falta de sono. Ele [o neuropediatra] então, optou por ministrar medicação ansiolítica e ritalina, e propôs reavaliá-lo mensalmente. Além disso, como conduta terapêutica, concordava com a manutenção da terapia fonoaudiológica e também sugeriu encaminhamento para avaliação psicológica.

Após a avaliação psicológica (outubro/2003), a psicóloga também concordou com o quadro dado pelo neurologista, de Transtorno Global do Desenvolvimento, sem esquecer, entretanto, que M. vivenciara questões emocionais muito fortes nos dois primeiros anos de vida. Essa profissional também se propôs a trabalhar com a estimulação global de M., com o objetivo de estimular sua comunicação com o meio. Optamos, a psicóloga e eu, além de mantermos reuniões entre nós, por realizar atendimentos em conjunto na escola, com os pais e com o neurologista<sup>48</sup>. Em reunião com a mãe, colocou sobre a possibilidade de tentar encaminhar M. para outra escola, mas percebeu que isso seria muito difícil por conta da questão religiosa dos pais.

Neste momento, senti que, apesar de sermos profissionais diferentes, estávamos unidos em prol de M., sua família e a escola. Iríamos continuar avançando na constituição de um caminho todo próprio para cada um de nós.

---

<sup>48</sup>Nos relatos de atendimentos a seguir sempre serão colocados os pontos de vista dados por mim. As orientações dadas pela psicóloga e, posteriormente pela psicopedagoga, não serão mencionadas, pois fugiriam ao objetivo desta pesquisa. Da mesma maneira, as reuniões realizadas pela equipe de atendimento (fonoaudióloga, psicóloga, psicopedagoga e neuropediatra) também não serão mencionadas, pois o objetivo desta pesquisa está circunscrito aos atendimentos à família e à escola feitos por mim.

Com relação a essa necessidade de compor uma equipe multiprofissional, tenho observado em minha prática clínica que, quando os profissionais envolvidos no atendimento não diferem muito na sua postura de acolhimento à família, respeitando sua singularidade, o processo terapêutico flui de maneira a contribuir para a retomada do desenvolvimento por parte do paciente.

Winnicott (1982) assinala que acolher a família é um dos passos necessários para que se torne possível a constituição de um ambiente razoavelmente bom e estável, em que a criança poderá desenvolver um modo de vida pessoal e, finalmente, converter-se num ser humano integral, desejado como tal e favoravelmente acolhido pelo mundo em geral. Como consequência, a criança deixa de ser vista por meio dos comportamentos que manifesta ou do que não é capaz de fazer, e a busca passa a ser por suas realizações, pelo que é capaz de criar, como constitui suas relações com o meio.

### **A escola compõe a equipe**

Na reunião realizada no final de 2003 com a escola, as profissionais relataram que M. estava iniciando a formação de vínculos com outras pessoas além da professora e as crianças da classe. Também já estava começando a responder a ordens simples como, por exemplo, “vá lavar as mãos, vamos para o tanque”. E, mais importante, consideravam que M. deveria permanecer na mesma escola, pois entendiam que a questão religiosa era muito importante para os pais e, conseqüentemente para meu paciente.

Em 2004, haveria algumas mudanças, tanto de espaço físico da escola<sup>49</sup> como da coordenação, que colocou, então, a necessidade de se fazer uma ponte com a nova equipe através de reuniões antes do início das aulas. A professora auxiliar do ano de 2003 iria permanecer durante um mês na nova classe, no intuito de também favorecer a adaptação de M. Era gratificante: a escola talvez ainda não tivesse se dado conta, mas já tinha as respostas para suas próprias perguntas, sem necessitar de meus

---

<sup>49</sup> Até o Jardim I a pré-escola dos meninos era no mesmo prédio da escola das meninas. A partir desta série os meninos mudavam para a escola masculina. Relembrando, por questões religiosas a mesma escola é dividida em um prédio para a população feminina e outro prédio para a população masculina.

pareceres. Discutíamos de igual para igual e cada um de nós sabia olhar o que achava importante para M.

Em janeiro/2004 (antes do início das aulas) foi feita uma reunião em conjunto com a nova equipe escolar: relatamos um pouco do processo que havíamos passado com M. Novamente, eu podia observar o olhar da nova coordenadora, das novas professoras repletas de perguntas e de procura de respostas. Mais uma vez eu me sentia como um livro de receita pronto para ser aberto e ali, em alguma página qualquer, achar a fórmula mágica de como lidar com M. O diploma de fonoaudióloga parecia conferir, novamente, um poder mágico de como resolver o problema da comunicação: “Fonoaudiólogo não é para ajudar a falar? Então você sabe o que fazer. Ou pelo menos deveria saber”. Será?

Em fevereiro/2004, nova reunião com a escola e um fator emocionante: a adaptação de M. no novo espaço foi surpreendente. A auxiliar ficou só na primeira semana, pois M. estava interagindo bem com a nova professora. Não apresentou dificuldades em explorar e conhecer o novo ambiente físico da escola: prédio, classe, banheiro etc. A única atitude que chamou atenção foi que ele sempre queria ficar no computador da sala da coordenadora. Era muito difícil tirá-lo de lá. Senti um misto de alegria e alívio: M. já estava encontrando uma maneira toda própria de se inteirar e relacionar com novas pessoas e coisas que apareciam em seu dia-a-dia. Ao mesmo tempo, as pessoas em seu redor olhavam para ele com outros olhos, agora buscavam o que ele queria, como queria e por que queria. Não mais se prendiam somente às manifestações comportamentais que apresentava. Olhavam para algo além do que os olhos podiam enxergar.

Como já foi colocado anteriormente, fez parte deste atendimento favorecer o direcionamento do olhar da família e da escola para a singularidade de M. O resultado positivo desta conduta terapêutica pôde ser observado no discurso da escola, que já não perguntava o que fazer com ele, mas assinalava o que considerava que era importante para sua constituição e desenvolvimento (no caso, permanecer nessa instituição educacional).

### **5.8. O jeito de M. faz parte da família, marca presença nas sessões terapêuticas e no contexto escolar.**

De acordo com Mazzieri (1999), a criatividade nunca é perdida, pois cada indivíduo é capaz de buscar objetos que articulem o seu ser e suas experiências pessoais. Assim, o *gesto criativo* implica para cada pessoa a oportunidade de vivenciar sua existência encarando a vida e o mundo de maneira a fortalecer seu sentimento de estar vivo, de ser ela mesma.

Nessa mesma direção, Safra (2004) assinala a importância de se compreender o homem como *ser criativo*: “(...) *Os elementos sociais e naturais são campos que se organizam como estilo, a partir do nascimento e do gesto que nos apresentam cada ser humano como inédito*” (p. 78).

Na reunião com os pais (dezembro/2003), R. relatou que o filho estava começando a pedir coisas no dia a dia, por exemplo, água, comer, ir para a escola. Também estava se mostrando mais interessado em atividades lúdicas além do vídeo, como quebra-cabeça. O pai ainda referia pouco contato com M., pois não conseguia se organizar para passar mais tempo sozinho com o filho, conforme havíamos pensado na reunião de junho. M. estava brigando muito com os irmãos, pois não conseguia aceitar quando eles queriam o mesmo brinquedo ou quando não queriam dar-lhe algo.

Da mesma maneira como vinha ocorrendo na escola, R. e Mi estavam constituindo uma relação toda própria com M. Os irmãos, com as brigas, também passavam a deixá-lo fazer parte do contexto familiar. Meu paciente não era mais o estranho, que só queria as coisas do *jeito dele*. O *jeito dele*, agora, fazia parte da família<sup>50</sup>.

Nas sessões fonoaudiológicas, M. estava começando a verbalizar e usar alguns gestos representativos (não quer – balançando a cabeça ou a mão; chamando – movimentando a mão na minha direção) e indicativos quando queria algo e estava começando a esboçar sorrisos quando gostava da atividade que estávamos realizando.

---

<sup>50</sup>Em 2004, o atendimento fonoaudiológico passou para duas vezes por semana, com sessões de 45 minutos; também com a psicóloga eram realizadas duas sessões semanais (atendimento psicológico e psicopedagógico). Quanto à mãe, passei a atendê-la uma vez por mês, e caso necessário, marcávamos encontros extras.

Também nas sessões com R. podia observar nela uma postura corporal menos rígida, uma expressão facial menos abatida, a voz mais firme e com certa alegria ao contar o que M. estava fazendo. Ele já estava aceitando mais limites, mas ainda mantinha alguns comportamentos repetitivos. Continuava preferindo ficar no vídeo vendo sempre as mesmas seqüências dos desenhos. As brigas com os irmãos continuavam, e estes, por sua vez, reclamavam que a mãe sempre protegia mais a M.<sup>51</sup>.

Nos atendimentos à escola, os profissionais relatavam que M. já não ficava tanto no computador, só um pouco no final do horário de almoço, mas quando a professora ia chamá-lo para voltar para a classe, ele aceitava e acompanhava os colegas. Nas refeições, sempre comia arroz e feijão e não aceitava experimentar outros alimentos nem suco, preferia água. Continuava com dificuldades para aceitar atividades que envolviam molhar-se, como, por exemplo, lavar as mãos, usar tinta e argila. Estava usando alguns gestos indicativos e representativos (apontar, não) com a professora e com as outras crianças. Na aula de ginástica estava começando a participar: correndo e jogando bola, sorrindo muito quando a jogava bem para o alto. Recentemente, haviam feito um passeio para um sítio, e as professoras acharam que foi muito difícil para M., talvez porque o espaço era muito amplo e ele parecia estar perdido, como se não soubesse como agir. De fato, M. não tinha tido muitas oportunidades de vivenciar experiências como essa, com a família, e, portanto, talvez a novidade de se colocar em um local tão amplo tenha afetado seu aproveitamento no passeio.

Mas o mais significativo era observar como elas, professoras e coordenadora, me relatavam os acontecimentos sem tentar pedir uma receita de como agir ou como modificar as atitudes de M. Seu lugar na classe já era uma conquista.

Na reunião com os pais, estes relataram que observavam que M. estava ficando mais interessado em brincar com cores e formas, talvez por ter um vídeo sobre isso. Repetia o nome quadrado, círculo e triângulo sempre que via essas formas em algum local, por exemplo, revistas, outdoors, peças de brinquedo; quanto às cores, nomeava as que apareciam como verde, vermelho, azul, branco, amarelo e preto. Algumas vezes, chamava ou nomeava algo pela cor, por exemplo, se a irmã estava com alguma boneca que tinha a roupa azul, ele chamava por azul; também já havia

---

<sup>51</sup>A psicóloga optou, nesta época, por iniciar um atendimento com os três irmãos uma vez por mês, para atuar nesse aspecto da dinâmica familiar.

feito isso na rua, ao nomear carros e cachorros. Já estava aceitando mudanças de caminhos e passeios diferentes sem ficar em crise. A mãe estava também retirando a fralda do dia, mas, para fazer cocô, M. pedia para recolocar. Estava mais fácil controlá-lo; por exemplo, se o irmão pegava o brinquedo que ele queria ou se a mãe pedia para sair da banca de jornal sem comprar nada, M. já aceitava sem brigar. Já estava indo para a Sinagoga no *shabat*<sup>52</sup> e ficava brincando no pátio em companhia da mãe. O pai ainda não estava saindo muito com M., mas, quando isso acontecia, já percebia que estava mais fácil lidar com o filho.

Nas férias de julho de 2004, a família iria viajar para o Rio de Janeiro para a casa da cunhada de R. por quatro dias. Acreditavam que seria uma experiência interessante para M. Todos pareciam ter descoberto um eixo, uma linguagem própria. Era de fato um ganho para a família explorar novos lugares, eles que procuravam sempre estar em casa, não saíam para não alterar a rotina de M., pois não sabiam como ele iria reagir. Com essa viagem, arriscaram constituir um novo caminho, novas oportunidades se apresentavam, e a mãe, em especial, encarava tudo de maneira bem menos angustiada.

Em nossos atendimentos, M. já estava atendendo ordens simples na primeira vez que pedíamos, por exemplo: “Vamos apagar a luz, vamos pegar a bola”, etc. Também observávamos fala com intenção comunicativa: “Quer xixi banheiro; quer tambor; cadê Nala (Teletubbie)”. Antes de falar, M. já buscava os meus olhos, e quando eu me dirigia a ele, também parava e olhava para meu rosto. Algumas vezes, pedia as coisas por uma determinada característica, por exemplo, “Quer vermelho” (para um lápis de cor ou para a bola); “Cadê quadrado?” (para caixa com pedras coloridas). Ainda mantinha as repetições de frases sem sentido aparente, mas em menor quantidade. Estava começando a aceitar a vez do outro no jogo, mas por pouco tempo. M. acatava minhas sugestões de atividades, mas ainda não escolhia nenhuma, mesmo quando eu lhe apresentava duas opções: “Quer bola ou massinha?”. M. apenas repetia os enunciados, sem nenhuma diferença na entonação.

Na última reunião de 2004, a professora relatou que M. havia *cismado* com algumas crianças da classe, e estava mais agressivo com elas. Por sua vez, essas

---

<sup>52</sup> Como já foi relatado anteriormente, M. não ia à sinagoga com a família [ficava com a mãe] no *shabat*, pois não poderia ser carregado ou ir de carrinho. A ida à sinagoga no *shabat* é um dos preceitos da fé judaica e, portanto, muito importante para a comunidade e, conseqüentemente, para a família. Neste dia é feita a leitura de uma parte da Torah (livro sagrado) e, uma das Leis da Halacha refere-se à necessidade de todo judeu comparecer à sinagoga no *shabat* para ouvir a parte a ser lida naquela semana.

crianças passaram a expressar medo de M., e algumas não queriam brincar mais com ele ou ao seu lado. A professora vinha fazendo um trabalho com todos, para que respeitassem os amigos e as diferenças, no modo de ser e agir.

M. já atendia algumas ordens para realizar atividades em sala de aula, mesmo quando fazia as coisas do *jeito dele*, por exemplo, para pintar, recortar ou guardar o material. Estava respeitando mais os limites e os horários programados pela professora para os trabalhos em classe e não ficava mais tanto tempo deitado no chão. Porém, ainda não aceitava experimentar nada novo no almoço, mantendo sempre a dieta do arroz e feijão. Era interessante observar como cada vez mais a professora procurava soluções para resolver seus problemas do dia-a-dia com autonomia e envolvendo o grupo classe. M. era considerado parte desse grupo e era respeitado como tal.

Na reunião com os pais, estes contaram que M. continuava com pouco contato com Mi, que ainda dizia sentir dificuldade para entender o que o filho lhe pedia ou o que ele queria fazer. Por outro lado, já estava aceitando mais contato físico: a mãe já podia beijá-lo sem que M., em seguida, limpasse o rosto. Também estava brincando mais com os irmãos e respeitando quando estes não queriam lhe dar algum brinquedo que desejava. R. já está saindo mais frequentemente sozinha e com os três filhos sem sentir tanta dificuldade em lidar com eles.

O que eu podia perceber é que o processo que havia se iniciado há tanto tempo só com a mãe e depois com a escola estava tomando corpo. Era uma realidade. Cada um de nós precisava se posicionar frente ao outro: nossos limites, nossas oportunidades, que caminho seguir. E de alguma maneira, sentia-me tranqüila: eu estaria ali, pronta para acolher M., a família e a escola.

Ao longo do processo terapêutico fonoaudiológico aqui relatado, *estar ao lado* da família e da escola, acolhendo as diferentes demandas e respeitando a singularidade de cada um, favoreceu a constituição do paciente e do seu ambiente humano, processo que nunca termina e que faz parte da vida de todos nós.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo terapêutico vivido com M. me levou a algumas reflexões sobre a importância que o referencial teórico de Winnicott pode assumir na conduta terapêutica fonoaudiológica. Ao contemplar as idéias do autor, no que se refere à constituição de cada indivíduo em seus aspectos físico, emocional e social, minha prática clínica ganhou sentido, pois entendo que é esse olhar diferenciado e único para o paciente e o ambiente a que pertence (família, escola, cultura) que torna possível acolher a queixa e a demanda de cada caso.

Quem é aquele que chega para a terapia? Qual é a sua história? Que olhar dirige ao mundo? Quando buscamos na pessoa como foi e é sua constituição e sua relação com o meio em que vive, temos a oportunidade de entender que nosso paciente traz em si uma história, fruto de sua vivência com o outro desde o início da vida. Nesse sentido, o enfoque terapêutico direciona-se para muito além das manifestações clínicas, dos sintomas, de modo que vamos procurando lhe propiciar um ambiente físico e emocional capaz de promover experiências constitutivas que respeitem sua singularidade.

No que se refere a este estudo, o próprio conceito de clínica voltada à criança já inclui naturalmente os cuidados com o ambiente. Como foi colocado anteriormente, o referencial teórico de Winnicott envolve compreender a criança em relação ao outro e, portanto, compreender o ambiente como uma extensão dos cuidados à criança. Ao seguir essa linha de raciocínio, podemos encontrar as bases do *manejo* utilizado nesta perspectiva clínica: o terapeuta pode ser aquele que vai propiciar *o lugar e as ações* para que o paciente possa vivenciar experiências constitutivas do seu vir a ser.

Assim, o fonoaudiólogo tem a possibilidade de ser aquele que *acolhe* e respeita a *historicidade* da pessoa que chega para atendimento clínico, e foi nesse sentido que as estratégias terapêuticas disponibilizadas no caso em questão foram direcionadas, para que o *lugar*<sup>53</sup> da família e da escola fosse estabelecido nos atendimentos.

---

<sup>53</sup> Voltamos a retomar a idéia de que *lugar* não se aplica ao sentido físico, ao contrário, tem relação com ter lugar, habitar, implica a confiança no outro que está ao lado partilhando experiências constitutivas.

Importante também retomarmos a importância do papel que o fonoaudiólogo exerce no atendimento de pacientes com comprometimento ou alterações severas de comunicação, como é o caso das crianças com Transtorno Global do Desenvolvimento. Como já foi colocado anteriormente, muitas vezes, o fonoaudiólogo é um dos primeiros profissionais para quem a família se dirige – o que ocorreu com M.. Neste sentido, seu papel é fundamental, tanto no processo diagnóstico como na recepção e no acolher dessa criança e seus pais, e, em sendo confirmado o diagnóstico, o fonoaudiólogo permanece como parte fundamental no processo terapêutico.

Como já assinali anteriormente, a partir de minha vivência clínica, tenho refletido que esse lugar de importância do fonoaudiólogo se dá, principalmente, por dois fatores: primeiro porque as dificuldades envolvidas na comunicação pais-filho encontram-se nitidamente presentes (queixa primeira dos pais), e em segundo lugar porque, na maioria das vezes, após receber o diagnóstico, os pais se sentem literalmente perdidos no jargão médico.

Surge, então, nosso questionamento como terapeutas: como lidar com essa família que chega com uma queixa e várias perguntas? Como lidar com as incógnitas quanto ao futuro do filho? Muitas vezes, ainda sob o impacto de um diagnóstico assertivo do que esse filho **não pode** ou **não vai realizar**, os pais procuram respostas prontas sobre o que fazer ou como fazer, em especial no que se refere ao desenvolvimento da fala. O fonoaudiólogo pode ser visto, então, como o profissional que detém o conhecimento para tornar esse desenvolvimento uma realidade.

Diante de todas essas angústias e questões que se colocam em nossa clínica, torna-se fundamental acolher essas famílias, constituindo o espaço terapêutico de modo que a criança possa ser vista, por seus pais e familiares, como mais do que sinais e sintomas de uma determinada patologia, para além de comportamentos esperados ou protocolos padronizados de como deve ser e/ou agir.

No caso de M., questões fundamentais também se colocaram no processo terapêutico para além das dificuldades de linguagem e da comunicação. Entre elas, destaco a herança cultural da família, principalmente sua observância religiosa.

Procuramos apontar, aqui, a importância de o terapeuta considerar as características de cada família, fruto de sua história e retrato de sua herança cultural. Nessa direção, toda a ação humana é uma ação de nós, ou seja, tudo que uma pessoa faz, pensa ou é não se refere somente a um indivíduo, mas a todas as pessoas que a

constituíram (Safra, 2004). Como consequência, as famílias se organizam através de comunidades que possuem características e tradições culturais próprias, que são transmitidas aos seus filhos. E é essa pessoa que chega até nós, terapeutas, em busca de atendimento clínico.

Quando assumimos essa postura ética durante o atendimento de uma pessoa, refletindo sobre suas questões a partir de suas raízes, levando em conta a realidade da família, da escola e da comunidade onde se encontra inserido aquele núcleo social, a etnia, a cultura e a ética passam a ser compreendidas como fundantes do ser humano e, portanto, como lugar de enraizamento e existência (Maalouf, 2005).

No caso de M., compreender a história e a herança cultural fez parte das estratégias terapêuticas, de modo que o fazer clínico favoreceu a constituição do paciente.

No que se refere à escola, o referencial teórico de Winnicott também pode direcionar o fonoaudiólogo a partir de um outro paradigma que não o da doença. De fato, cabe ao ambiente escolar um papel suplementar e de ampliação na vida da criança, dando continuidade ao desenvolvimento propiciado pelo ambiente familiar. Neste sentido, a escola seria responsável por fornecer oportunidades para o estabelecimento de relações pessoais com outros que não os pais: os professores e as outras crianças. Além disso, a escola ajuda e enriquece as experiências infantis, pois a individualidade de cada criança precisa se relacionar com o grupo, de modo a concretizar a experiência social exterior à família (Winnicott, 1982 b).

Por outro lado, como ficou evidente no caso de M., que freqüentava uma escola da própria comunidade judaica que ainda não havia se posicionado frente à questão da inclusão de crianças com necessidades especiais, esse processo gera desafios e angústias em todos os envolvidos, sejam eles professores, coordenadores e/ou funcionários em geral. Esses sentimentos decorrem, principalmente, do estar diante de algo novo, alguém que demanda reflexões e questionamentos freqüentes quanto às propostas pedagógicas, sociais e afetivas. Acolher as angústias e criar um espaço para a reflexão e busca de soluções pode e deve fazer parte do tratamento fonoaudiológico, contribuindo para a constituição do lugar da criança com necessidade especial no grupo-classe, viabilizando sua socialização e, portanto, sua constituição como sujeito.

Nesta pesquisa também procuramos apontar a importância de a criança com necessidades especiais ser considerada uma parceira que contribui efetivamente com o

grupo-classe. Cabe ao professor, e a nós, fonoaudiólogos, desvendar qual é essa contribuição.

Para tanto, é fundamental compreender a escola como um espaço onde todos os que nela se inserem têm um potencial e um papel a desenvolver. Incluir alunos com necessidades especiais não precisa ser resultado de prática específica ou atendimento individualizado; ao contrário, a inclusão deve levar ao respeito por todos os alunos, cada qual com seus limites (D'Água, 2007).

Neste sentido, o fonoaudiólogo pode assumir o papel de mediador entre a criança, a família e a escola, em uma posição diferente: não como alguém que detém a receita ou a fórmula do que fazer com a criança com necessidade especial, mas, ao contrário, como parte de um ambiente humano onde se cria a oportunidade de um devir. Ao adotarmos essa postura de reflexão e constituição, temos a oportunidade de respaldar nossa prática nas vivências singulares de cada paciente.

Cabe lembrar aqui que o efeito cumulativo de experiências gratificantes e de uma atmosfera amistosa em torno da criança proporciona a construção de sua confiança nas pessoas do mundo externo e de um sentimento geral de segurança. Pode ocorrer, então, o fortalecimento das fundações de seu desenvolvimento emocional, promovendo a integração corpo e mente, dando à criança a sensação de unidade (Winnicott, 2000).

Também gostaria de assinalar aqui a necessidade de novos estudos e pesquisas direcionadas para a família e a escola de nossos pacientes no sentido de consolidar o lugar do fonoaudiólogo no atendimento do ambiente humano a que pertence aquele que chega à clínica fonoaudiológica. Dessa maneira, acredito que teremos condições de prover um ambiente favorável para a constituição e desenvolvimento de nosso paciente, a família e a escola.

Encerro este trabalho assinalando que acolher a família e a escola e criar um **lugar** para o paciente, onde sua singularidade é respeitada, favorecem mudanças na constituição de suas relações interpessoais, e essas mudanças promovem o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, modificam sua relação com o outro.

Como bem destaca Winnicott, uma de nossas funções como terapeutas é propiciar um ambiente estável e favorável, em que a criança poderá “*desenvolver um modo de vida pessoal e, finalmente, converter-se num ser humano integral, desejado como tal e favoravelmente acolhido pelo mundo em geral*” (Winnicott, 1982, p. 147).

Dessa maneira, nossos pacientes estarão prontos “(...) *com o passar do tempo, para executar o movimento que surpreende o mundo e, (...) no devido tempo, preparado para receber com alegria as surpresas que o mundo contém*” (Winnicott, 1999, p. 17).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**American Psychiatry Association (APA)**- DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 4<sup>a</sup> ed. – Porto Alegre – 1995.

**Arantes, L.** – A clínica psicanalítica e a fonoaudiológica com crianças que não falam – In: R. Dis da Comunicação 15 (1): 59-69 – São Paulo - 2003.

**Bastos, M. B.** – Impasses vividos pela professora na inclusão escolar – R. Estilos da Clínica 6 (11): 47-55 – São Paulo – 2001.

**Batista, M.O.** – Trabalho clínico fonoaudiológico com pacientes autistas: concepções teóricas e práticas clínicas. – Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia – PUCSP – 2004.

**Befi-Lopes, D. M.** – Aspectos da competência e do desempenho lexicais em crianças entre 4,0 e 6,6 anos, com padrões de desenvolvimento normal de linguagem e com alterações articulatórias – Tese (Doutorado) – FFLCH-USP – 1997.

**Befi-Lopes, D.M** – Verificação do Vocabulário- In: Andrade, CRF; Befi-Lopes, DM; Fernandes, FDM; Wertzner, HF – ABFW: Teste de linguagem Infantil – Pró-fono – 2000 – São Paulo.

**Befi-Lopes, D.M & Araújo, K.** – Verificação de desempenho de Crianças Autistas em um Teste de Vocabulário – In: J. Bras de Fonoaudiologia 3(13): 279-286 – 2002 – Curitiba.

**Befi-Lopes, D.M; Araújo, K; Fernandes, F.D.M; Gerbelli, AE** – Comparação de desempenho de crianças autistas em teste de vocabulário: uso de figuras e miniaturas – In: R. Soc Bras de Fonoaudiologia - 9: 19-24 – 2004 – São Paulo.

**Braga, M. R & Ávila, L. A** – Detecção dos Transtornos Invasivos na criança: perspectiva das mães – In: R. Latino-am Enfermagem 12 (6): 884-9 – 2004 - disponível na internet - consulta em 28/02/2008.

**Cardoso, C.** - Espectro Autístico: o perfil comunicativo e o desempenho sócio-cognitivo em diferentes situações comunicativas – R. Soc Bras de Fonoaudiologia – 9 (2): 128 – 2004 – São Paulo.

**Cardoso, C.** – Funções comunicativas em diferentes situações com crianças do espectro autístico – In: R. Soc Bras Fonoaudiologia 11 (1): 22-7 – 2006 – São Paulo.

**Corradi, A. M & Fernandes, F. D. M** – Fonoaudiologia e Autismo: Estudo de Caso – In: J Bras de Fonoaudiologia - 5 (18): 10-6 – 2004 - Curitiba.

**Cunha, M. C.** – Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território– 2ª edição - Plexus – 2001 – São Paulo.

**Cunha, M. C.** – Linguagem e Psiquismo: Considerações Fonoaudiológicas Estritas – In: Ferreira, L. P; Befi-Lopes, D. M; Limongi, S.C. O (orgs) – Tratado de Fonoaudiologia – págs. 899 – 902 - Ed Rocca –2005 - São Paulo.

**Cunha, M. C.** – Estudo de Caso clínico na pesquisa dos Transtornos de Linguagem – In: XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia – 2006 – Bahia. – Anais do XIV Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia – 2006 – Bahia.

**D'Água, S. V. N. L** – Inclusão de alunos com necessidades educacionais na rede regular de ensino: análise da experiência da diretoria de ensino regional de Franca: desafios e possibilidades – Tese (Doutorado) em Educação e Currículo – PUCSP - 2007.

**Fernandes, F. D. M** – Autismo Infantil: repensando o enfoque fonoaudiológico – aspectos funcionais da comunicação – Lovise – São Paulo – 1996.

**Fernandes, F. D. M** - Terapia de Linguagem em Crianças com Transtornos do Espectro Autístico – In: Ferreira, L. P; Befi-Lopes, D. M; Limongi, S. C. O (orgs) – Tratado de Fonoaudiologia – págs 941- 953 - Ed Rocca – São Paulo - 2005.

**Fernandes, F. D. M & Ribeiro, S. L** – Relações entre o uso funcional da Linguagem, desempenho lexical e sócio-cognitivo em crianças portadoras de Distúrbio Abrangente de Desenvolvimento – DGD – In: R Soc Bras de Fonoaudiologia – 7 (2): 60-5 – 2002 – São Paulo.

**Fernandes, F.D.M & Teles, P.** – Linguagem nos transtornos do espectro autístico – In: R. Soc Bras de Fonoaudiologia - 10 (4): 207-10 – 2005 – São Paulo.

**Ferraz, A O** – “E quando o paciente não quer comer?” Um estudo sobre as queixas alimentares de crianças com distúrbios do apetite – Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia – PUCSP – 2006.

**Ieto, V. & Cunha, M.C.** – Queixa, demanda e desejo na clínica fonoaudiológica: um estudo de caso clínico – In: R. Soc. Bras Fonoaudiologia 12(4): 329-34 – 2007 – São Paulo.

**Lemes, J. M. P; Lemes, V. A M. P; Goldfeld, M.** – Desenvolvimento de Linguagem infantil e relação mãe/filho na brincadeira simbólica: a importância da orientação fonoaudiológica In: R. Dis da Comunicação – 18(1): 85-94 – abril/2006 – São Paulo.

**Maalouf, J. F.** – O sofrimento de imigrantes: um estudo clínico sobre os efeitos do desenraizamento no self – Tese (Doutorado) em Psicologia Clínica – PUCSP - 2005.

**Maia, S. M.** – A singularidade e o trabalho clínico terapêutico – In: R Dis da Comunicação 12 (1): 21-28, dez/2000 – São Paulo.

**Maia, S. M.** – O acompanhamento terapêutico como uma técnica de manejo – In: R. Psychê 10(18): 29-40 – 2006 – São Paulo.



**Maia, S. M.** – A importância do *placement* na análise de uma criança – In: (org) Departamento de Psicanálise da criança do Sedes Sapientiae - I Jornada do Espaço Potencial Winnicott – Diversidade e Interlocução - (no prelo).

**Martins, V. A. C** – Espaço escolar como herdeiro das funções parentais – In: R. Estilos da Clínica – 6 (11): 27-32 – dez/2001 – São Paulo.

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

**Mazzieri, A. R** – Nem tudo é exílio: Reflexões sobre a criatividade no processo psicoterápico de pacientes psicóticos – Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica – PUCSP – 1999.

**Nordi, F.** – Orientar X Acolher: A família na clínica fonoaudiológica – Monografia de Especialização em Distúrbios da Comunicação (área de Linguagem) – COGEAE PUCSP – 2000.

**Oliveira, M. T.** – Reflexões sobre as falas ecológicas e a interpretação fonoaudiológica a partir da discussão de dois casos de psicose infantil – R. Dis da Comunicação 18(3): 335-44 – dez/2006 – São Paulo.

**Oliveira, N. M. G** – Terapia Fonoaudiológica com uma criança autista. - Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia - PUCSP - 2002.

**Organização Mundial da Saúde** – Classificação Internacional de Classificação Internacional de Doenças – 10<sup>a</sup> Revisão (CID-10) – EDUSP – 1993 – São Paulo.

**Passos, M. C.** – Sintoma na linguagem da criança e contexto familiar – In: R. Dis da Comunicação 15 (1): 83-96 – dez/2003 – São Paulo.

**Perissinoto, J. (org)** – Autismo: Conhecimentos essenciais para atender bem a criança com - Pulso Editorial – 2003 – São Paulo.

**Perissinoto, J.** – Diagnóstico de Linguagem em crianças com Transtornos do Espectro Autístico – In: Ferreira L.P.; Béfi-Lopes, D.M.; Limongi, S.C.O (orgs) - Tratado de Fonoaudiologia – págs 933-940 – Editora Rocca Ltda – 2005 – São Paulo

**Sabes, T.C. F. S.** – Trajetória Fonoaudiológica no atendimento de um autista – Monografia de Especialização em Distúrbios da Comunicação (área de Linguagem) – PUCSP – 2001.

**Safra, G.** – A po-ética na clínica contemporânea – págs. 53-74 – Editora Idéias e Letras - 2004 – São Paulo.

**Safra, G.** – Hermenêutica na situação clínica: o desvelar da singularidade pelo idioma pessoal – Edições Sobornost – 2006 – São Paulo.

**Safra, G.** – Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico – In: R. Psychê 10 (18): 13-20 – 2006 – São Paulo.

**Safra, G.** – Situação clínica e mal estar contemporâneo: da técnica a ética – módulo outubro: “Placement: a importância do lugar” - DVD aula teórica ministrada em 21/10/2006 – Ed. Sobornost – São Paulo – 2006 (a).

**Serapompa, M. T & Maia, S. M.** – Acolhimento e inclusão: da clínica ao acompanhamento escolar de um sujeito com Síndrome de Down – In: R. Dis da Comunicação 18 (3): 313-322 – dez/2006 – São Paulo.

**Shaked, M.** – The social trajectory of illness: Autism in the ultraorthodox community in Israel – In: Social Science & Medicine 61: 2190-2200 – 2005 – Israel.

**Shaked, M. & Bilu, Y** – Grappling with affliction: Autism in the jewish ultraorthodox community in Israel – In: Culture, Medicine and Psychiatry 30: 1-27 – 2006 - Israel

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

**Silva, R. A; Lopes-Herrera, S. A; De Vitto, L. P. M.** - Distúrbio de linguagem como parte de um transtorno Global do Desenvolvimento: descrição de um processo terapêutico fonoaudiológico. – In: R. Soc Bras Fonoaudiologia 12(4): 322-8 – 2007 – São Paulo.

**Siqueira, C.L. O; Monteiro, M.I.B.** – A relação entre a fonoaudiologia e a escola: reconstruindo possibilidades – In: R. Dis da Comunicação 18 (2): 259-267 – ago/2006 – São Paulo.

**Sprovieri, M. H. S; Assumpção Jr, F. B.** – Dinâmica familiar de crianças autistas – In: Arq Neuropsiquiatr 59 (2-A): 230-237 – 2001.

**Souza-Morato, P. F & Fernandes, F. D. M.** – Análise do perfil comunicativo quanto à adaptação sócio-comunicativa em crianças do espectro autístico - In: R. Soc Bras Fonoaudiologia 11 (2): 70-4 – 2006 – São Paulo.

**Tamanaha, A C; Chiari, B M; Perissinoto, J; Pedromônico, M R** – A Atividade lúdica no autismo infantil – In: R. Dis da Comunicação 18 (3): 307-12 – dez/2006 – São Paulo.

**Tahan, L.C.** – Uma reflexão sobre a função terapêutica no estudo de caso de uma paciente com queixa vocal – Dissertação de Mestrado em Fonoaudiologia - PUCSP – 2003.

**Tahan, L.C; Maia, S.M.** – A função terapêutica em fonoaudiologia – In: R Dis da Comunicação 17 (1): 115-121; abr/2005 – São Paulo.

**Trenche, M. C. B; Baliero, C. R.** – Fonoaudiologia e Inclusão Social – In: Ferreira L.P.; Befi-Lopes, D.M.; Limongi, S.C.O (orgs) - Tratado de Fonoaudiologia – págs 725-731 – Editora Rocca Ltda – 2005 – São Paulo

**Wetherby A., Prutting C.** – Profiles of communicative and cognitive social abilities in autistic children – J Speech Hear Dis – 27: 367-77 – 1984.

**Winnicott, D.W** – A localização da experiência cultural – In: O brincar e a realidade – págs. 133-143 – Imago editora - 1975 – Rio de Janeiro.

**Winnicott, D. W.** – Que entendemos por uma criança normal? – In: Winnicott, D. W. - A criança e o seu mundo – págs. 140/147 – LTC Editora S. A– 1982 – Rio de Janeiro.

**Winnicott, D. W.** – A mãe, a professora e as necessidades da criança – In: Winnicott, D. W. - A criança e o seu mundo– págs. 214 – 224 – LTC Editora S. A – 1982 b – Rio de Janeiro.

**Winnicott, D.W.** – Teoria do relacionamento paterno infantil – In: O ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional – págs 38 – 54 – Ed. Artes Médicas – 1983 – Porto Alegre.

**Winnicott, D. W.** – Os bebês e suas mães – Ed Martins Fontes – 1999 – São Paulo.

**Winnicott, D. W.** – Vivendo de modo criativo – In: Tudo começa em casa – Ed. Martins Fontes – 1999 (b) – São Paulo.

**Winnicott, D.W.** – A Observação de Bebês numa Situação Padronizada (1941) – In: Da Pediatria à Psicanálise: Obras Escolhidas – Imago Editora – 2000 – Rio de Janeiro.

**Yin, R.** – Estudo de Caso: Planejamento e Métodos – 3ª edição – Bookman – 2005 – Porto Alegre.

**Zorzi, J. L.** – Os trabalhos de orientação familiar – In: Zorzi, J. L. - A intervenção fonoaudiológica nas alterações da linguagem infantil – págs. 97-98 – REVINTER – 2002 - Rio de Janeiro.

**Zorzi, J. L.** - Fonoaudiologia e educação: encontros, desencontros e a busca de uma atuação conjunta – In: Zorzi, J. L. - Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita: questões clínicas e educacionais - págs. 157-170 – ARTMED Ed. – 2003 – Porto Alegre.

**ANEXOS**

**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia**  
**Faculdade de Fonoaudiologia**  
**Curso de Especialização em Fonoaudiologia**

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Nome do participante:**

**Nome da mãe:**

**Data:**

**Pesquisadora:** Marta Cecília Rabinovitsch Gertel

**CRFa:** 5359/SP

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Título da Pesquisa:** “O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento: Estudo de Caso”.

O **objetivo** desta pesquisa é **refletir e discutir sobre o papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais, estabelecida durante o atendimento de uma criança com diagnóstico médico de transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), particularmente no que se refere aos cuidados com a família e a escola.**

A **coleta de dados** será realizada a partir de registros em forma de relatórios feitos pela pesquisadora ao longo do processo terapêutico e abrangem o material clínico obtido nos atendimentos à família e à escola. Os recortes irão destacar aspectos relativos ao desenvolvimento da criança em questão no que se refere à comunicação oral e integração social no ambiente familiar (pais/irmãos) e escolar.

Compreendo que por meu filho ser menor de idade e, sendo sua responsável direta, assinarei o termo de consentimento livre e esclarecido que será utilizado nesta pesquisa. Não existem riscos médicos e/ou desconfortos associados a este projeto. Compreendo que não existem benefícios médicos diretos para meu filho e para mim como participante neste estudo. Entretanto, os resultados deste estudo podem ajudar os pesquisadores a entender melhor o papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento.

Entendo que é meu direito retirar-me em qualquer momento desta pesquisa e que não receberei nenhum benefício financeiro por esta participação, bem como não terei nenhuma despesa. Compreendo que os registros em forma de relatórios feitos durante o período de atendimento compreendido nesta pesquisa (julho/2002 a novembro/2004) serão vistos somente pelo pesquisador principal e por membros autorizados do grupo de pesquisa.

Estou ciente de que ao final da pesquisa os resultados serão divulgados sem que nossos nomes apareçam associados à pesquisa, mantendo assim nosso anonimato. Dessa maneira, o trabalho final contendo citações anônimas estará disponível para todos os interessados, inclusive para apresentação em eventos e publicações científicas. O material coletado terá como única utilização a presente pesquisa e será mantido sob responsabilidade da pesquisadora.

Finalmente, compreendo que tenho oportunidade de fazer perguntas para esclarecer qualquer dúvida que tenha em relação à pesquisa ou qualquer outro fator relacionado à mesma. Se, posteriormente, tiver qualquer necessidade de outros esclarecimentos quanto à pesquisa posso contatar a pesquisadora Marta Cecília Rabinovitsch Gertel pessoalmente ou pelos telefones 3825-2141/ 99917354.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

São Paulo, de de 2007.

---

Assinatura responsável pelo sujeito de pesquisa

---

Assinatura do pesquisador



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**Programa de Pós-Graduação em Fonoaudiologia**  
**Faculdade de Fonoaudiologia**  
**Curso de Especialização em Fonoaudiologia**

**Termo de consentimento livre e esclarecido**

**Nome do participante:**

**Nome da mãe:**

**Nome do responsável pela Escola:**

**Data:**

**Pesquisadora:** Marta Cecília Rabinovitsch Gertel

**CRFa:** 5359/SP

**Instituição:** Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

**Título da Pesquisa:** “O papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento: Estudo de Caso”.

O objetivo desta pesquisa é **refletir e discutir sobre o papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais, estabelecida durante o atendimento de uma criança com diagnóstico médico de transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), particularmente no que se refere aos cuidados com a família e a escola.**

A **coleta de dados** será realizada a partir de registros em forma de relatórios feitos pela pesquisadora ao longo do processo terapêutico e abrangem o material clínico obtido nos atendimentos à família e à escola. Os recortes irão destacar aspectos relativos ao desenvolvimento da criança em questão no que se refere à comunicação oral e integração social no ambiente familiar (pais/irmãos) e escolar.

Compreendo que por ser o responsável pela Escola \_\_\_\_\_ assinarei o termo de consentimento livre e esclarecido que será utilizado nesta pesquisa. Não existem riscos médicos e/ou desconfortos associados a este projeto. Compreendo que não existem benefícios médicos diretos para meu aluno, professores e Coordenadores desta Instituição e para mim como participante neste estudo. Entretanto, os resultados deste estudo podem ajudar os pesquisadores a entender melhor o papel do fonoaudiólogo na rede de relações sociais de uma criança com Transtorno Global do Desenvolvimento.

Entendo que é meu direito retirar-me em qualquer momento desta pesquisa e que não receberei nenhum benefício financeiro por esta participação, bem como não terei nenhuma despesa. Compreendo que os registros em forma de relatórios feitos durante o período de atendimento compreendido nesta pesquisa (julho/2002 a novembro/2004) serão vistos somente pelo pesquisador principal e por membros autorizados do grupo de pesquisa.

Estou ciente de que ao final da pesquisa os resultados serão divulgados sem que nossos nomes apareçam associados à pesquisa, mantendo assim nosso anonimato. Dessa maneira, o trabalho final contendo citações anônimas estará disponível para todos os interessados, inclusive para apresentação em eventos e publicações científicas. O material coletado terá como única utilização a presente pesquisa e será mantido sob responsabilidade da pesquisadora.

Finalmente, compreendo que tenho oportunidade de fazer perguntas para esclarecer qualquer dúvida que tenha em relação à pesquisa ou qualquer outro fator relacionado à mesma. Se, posteriormente, tiver qualquer necessidade de outros esclarecimentos quanto à pesquisa posso contatar a pesquisadora Marta Cecília Rabinovitsch Gertel pessoalmente ou pelos telefones 3825-2141/ 99917354.

Eu compreendo meus direitos como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consinto em participar deste estudo. Compreendo sobre o que, como e porque este estudo está sendo feito. Receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

São Paulo, de de 2007.

---

Assinatura responsável pela Escola

---

Assinatura da pesquisadora