



ASPECTOS DA LINGUAGEM ORAL DOS PORTADORES DE TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO: AS POSSIBILIDADES DE COMUNICAÇÃO.

Ms. Eliza Helena Ercolin¹

RESUMO: Este artigo teve como objetivo analisar alguns aspectos da linguagem oral apresentada por pacientes diagnosticados como portadores do transtorno invasivo do desenvolvimento. Foram avaliados 30 casos de sujeitos com idades entre os 6 e 10 anos, encaminhados por neuropediatras para acompanhamento psicológico em Unidade de especialidades no município de Guarujá, São Paulo. Avaliou-se as crianças utilizando-se de anamnese com os pais, avaliação psicológica individual e gravações em áudio das consultas realizadas. Os resultados sugerem que algumas crianças portadoras do transtorno invasivo do desenvolvimento tentam comunicar-se utilizando hiperônimos, o uso da entonação para representar várias palavras, a fala ecolálica e palavras de predileção, que devem ser identificados pelos adultos que os atendem, a fim de possibilitar a comunicação entre eles.

Palavras-chave: transtornos invasivos do desenvolvimento, alterações de linguagem, fala peculiar.

ABSTRACT: *This article aims to analyze some aspects of oral language by patients diagnosed as suffering from pervasive developmental disorder. We evaluated 30 cases of subjects aged between 6 and 10 years were referred for psychological counseling for pediatric neurology unit in specialties in the city of Guarujá, Sao Paulo. We evaluated the children using a case history with parents, psychological assessment and individual audio recordings of consultations. The results suggest that some children with pervasive developmental disorder try to communicate using hypernyms, the use of intonation to represent several words, speech and echolalia words of predilection, which must be identified by the adults who serve them, to enable communication between them.*

Key-Words: *Pervasive developmental disorders, language disorders, speech peculiar.*

¹ Mestre em Psicologia da Saúde, autora do livro Filhos, o que fazer? Guia para mães desesperadas. São Paulo: Esfera, 2000. Psicóloga do departamento de saúde da prefeitura municipal de Guarujá.



1. Introdução

Plouller (1906) introduziu o adjetivo autista na literatura psiquiátrica ao estudar pacientes que tinham diagnóstico de demência precoce (esquizofrenia).

Em 1911 Bleuler difundiu o termo autismo, definindo-o como perda de contato com a realidade, causada pela impossibilidade ou grande dificuldade na comunicação interpessoal.

O termo autismo foi utilizado por Kanner (1943) e Asperger (Frith, 1991) em 1943 de modo independente e quase simultâneo para descrever crianças com incapacidade do desenvolvimento e com singularidade caracterizada por profundo déficit de relacionamento interpessoal.

Desde então inúmeros profissionais de diversas áreas pesquisam esses casos salientando as alterações encontradas.

Entre as áreas afetadas pelos transtornos invasivos do desenvolvimento, a da linguagem tem recebido muita atenção dos estudiosos.

Vamos analisar como estes sujeitos têm sido descritos ao longo da história, principalmente quanto ao desenvolvimento da linguagem, quais os profissionais que se ocuparam de seus atendimentos e quais as propostas de intervenção. Nossa hipótese inicial é de que ao elencar as peculiaridades da linguagem nos quadros de distúrbios invasivos do desenvolvimento, principalmente no que se refere à fala desses sujeitos, corre-se o risco de adotar um perfil estereotipado do indivíduo, em detrimento da sua individualidade. Profissionais iniciantes e da área educacional ao receberem esses sujeitos podem vir a ter baixa expectativa de comunicação, não incentivando o diálogo, “já que os sujeitos não se comunicam” impedindo e/ou retardando o desenvolvimento mais adequado da linguagem nesses sujeitos.

2. O diagnóstico dos transtornos invasivos do desenvolvimento

Para o diagnóstico de transtornos mentais os profissionais da saúde utilizam classificações internacionais sendo o CID-10 (Classificação internacional de Doenças) e o DSM- IV (Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais) os mais usados.



Nas instituições educacionais utilizam-se o termo T.I.D , para indicar alunos com distúrbios invasivos do desenvolvimento, sem muita discriminação entre autismo, síndrome de Asperger e transtorno invasivo sem outras especificações.

Os transtornos invasivos do desenvolvimento são caracterizados por severo e invasivo prejuízo nas diversas áreas do desenvolvimento: inabilidades da interação recíproca, inabilidades na comunicação, ou a presença de condutas estereotipadas, interesses e atividades restritos. Os prejuízos qualitativos que definem estas condições são distintamente desviantes do nível relativo do desenvolvimento ou idade mental do indivíduo. A Associação Psiquiátrica Americana publicou em 1995 a versão internacional do DSM –IV com o CID-10.

Esta versão internacional do DSM –IV passa a adotar a terminologia da DSM e a numeração da CID -10 . Transtornos invasivos do desenvolvimento (F.84)

- a) Transtorno autístico (F84.0)
- b) Transtorno de Rett (F84.2)
- c) Transtorno desintegrativo da infância (F84.3)
- d) Transtorno de Asperger (F84.5)
- e) Transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação (SOE) (F.84.9)

Neste estudo estamos interessados na produção oral de crianças com a fala peculiar, não nos preocupando no momento com as diferenças entre os quadros diagnósticos. Alguns pesquisadores alertam para o fato de que ainda faltam critérios comportamentais mais específicos para identificar subgrupos homogêneos no espectro do autismo, tanto para propósitos práticos quanto para propósitos de pesquisa. Para efeito deste trabalho utilizaremos a expressão transtornos invasivos do desenvolvimento abrangendo quadros de autismo, transtorno de Asperger, distúrbio invasivo sem outras especificações e transtorno autístico conforme os critérios a seguir.



3. *Versão internacional do DSM – IV e o CID – 10 (1995)*

Critério diagnóstico para F.84.O - transtornos autísticos

A. Um total de 6 (ou mais) itens de (1), (2) e (3) com pelo menos 2 de (1) e 1 de cada (2) e (3)

1. Incapacidade qualitativa na interação social recíproca, como manifestado pelo menos por 2 critérios seguintes:

a) Acentuado prejuízo no uso de múltiplos comportamentos não verbais, tais como: fixação do olhar (olho/olho), expressão facial, postura corporal e gestos regulares de interação social;

b) Fracasso no progresso para reconhecer os parentes em etapa apropriada do seu nível de desenvolvimento;

c) Ausência total de busca espontânea para compartilhar prazeres, interesses ou confraternização;

d) Ausência total de reciprocidade social ou emocional.

2. Incapacidade qualitativa na comunicação em pelo menos um dos seguintes:

a) Atraso ou ausência total de linguagem falada (que não é compensada por gestos ou mímicas);

b) Impossibilidade de conduzir um discurso adequado, para iniciar e manter uma conversação com outras pessoas;

c) Uso estereotipado da linguagem ou linguagem idiossincrática;

d) Inabilidade total para participar de variados jogos de faz de conta, imitativos esperados para o seu nível de desenvolvimento;



3. Padrões de comportamento, interesses e atividades restritos e estereotipados, por pelo menos um dos seguintes critérios:

- a) Preocupação excessiva com um ou mais padrões de interesses restritos e estereotipados;
- b) Aderência aparentemente inflexível para rituais ou a rotinas específicas e não funcionais;
- c) Maneirismos motores repetitivos e estereotipados como: movimentos ou contorsões de mãos ou dedos ou movimentos complexos do corpo inteiro.
- d) Preocupação persistente com partes de objetos.

B. Atraso ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos três primeiros anos de idade: 1. Interação social; 2. Uso da linguagem para comunicação social ou 3. Jogos imaginativos ou simbólicos.

C. Distúrbios não se confundem com aqueles que sugerem a síndrome de Rett ou transtorno desintegrativo da infância.

Observa-se que os itens ligados a comunicação aparecem como essenciais ao diagnóstico dos transtornos invasivos do desenvolvimento, acentuando-se a dificuldade no estabelecimento de uma relação comunicativa.

Os profissionais da área da saúde, entre eles o psiquiatra, neurologista e psicólogo utilizam-se dessa classificação para viabilizar um diagnóstico que é meramente clínico, ou seja, baseado em comportamentos presentes ou ausente. Após o diagnóstico esses sujeitos são encaminhados para intervenções na área de saúde e educação.

Atualmente com o advento da educação inclusiva, ou seja, a inclusão de alunos com deficiências e quadros psiquiátricos em salas do ensino regular, faz-se necessário mais estudos que possibilitem aos profissionais da educação terem uma visão mais abrangente desses quadros, porém, principalmente, tenham uma perspectiva de desenvolvimento do máximo potencial desses indivíduos.



Quanto à fala destes indivíduos, disseminou-se entre os leigos e profissionais da educação, que esses sujeitos não falam, ou falam uma língua estranha.

Schuerer (2002) salienta que temos portadores de transtornos invasivos do desenvolvimento falantes e não falantes, parecendo que o aspecto cognitivo está relacionado ao falar e não falar. Afirma ainda que os padrões entonacionais apresentam uma monotonia, isto é, a melodia utilizada é a mesma pra qualquer tipo de fala e para qualquer pessoa. Quanto à inteligibilidade da fala, o prejuízo apresenta-se maior em crianças menores, como se utilizassem jargões ou neologismos que tendem a desaparecer na medida em que o conhecimento e a linguagem se desenvolvem.

4. Conceito de linguagem

Utilizaremos neste estudo o termo linguagem conceituada por Lopes (2000) como: Habilidade do ser humano em manipular símbolos, sejam eles exteriorizados ou não. Um símbolo é por sua vez, algo que substitui ou representa outra coisa, seja um objeto, um conceito, um sentimento ou uma pessoa e os mais utilizados são as palavras, que quando articuladas, originam a fala – por isso, é muito comum a utilização do termo “linguagem verbal” ou “linguagem oral”.

Ao descrever o desenvolvimento da linguagem Castãno (2003) aponta que apesar da linguagem ser um exemplo de função cortical superior, o seu desenvolvimento se sustenta, por um lado, em uma estrutura anatomofuncional geneticamente determinada e, por outro, em um estímulo verbal que depende do ambiente.

Sheurer (2002) ao discorrer sobre o processo de aquisição da linguagem salienta a importância do adulto para a evolução da comunicação da criança. Relata que por meio de inferência, o adulto parece compreender o que a criança pequena quer dizer ou comunicar com gestos, movimentos corporais, olhares, etc, e, na ausência dessa inferência, construída e constituída na relação entre o adulto e a criança, há grandes prejuízos para o desenvolvimento da comunicação e da linguagem.

O processo de aquisição da linguagem ocorre desde o nascimento, podemos afirmar que já existe a comunicação, mas esta não é feita por meio oral.



A linguagem é um sistema de símbolos culturais internalizados, e é utilizada com o fim último de comunicação social. Assim o seu desenvolvimento passa por períodos até que a criança chegue a utilizar frases e múltiplas palavras.

Ao nascer, a criança não entende o que lhe é dito. Somente aos poucos começa a atribuir um sentido ao que escuta. Do mesmo modo acontece com a produção da linguagem falada. O entendimento e a produção da linguagem falada evoluem com o crescimento e desenvolvimento da criança.

A fala caracteriza-se quanto à articulação, ressonância, voz, fluência/ritmo e prosódia. As alterações podem ser assim classificadas:

Atraso: a progressão da linguagem processa-se na sequência correta, mas em ritmo mais lento, sendo o desempenho semelhante ao de uma criança de idade inferior.

Dissociação: existe uma diferença significativa entre a evolução da linguagem e das outras áreas do desenvolvimento.

Desvio: o padrão de desenvolvimento é mais alterado, verifica-se uma aquisição qualitativamente anômala da linguagem. É um achado comum nas perturbações da comunicação dos transtornos invasivos do desenvolvimento.

5. Linguagem e autismo

Estudos focados na linguagem verbal de crianças com diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento (Rapin, Duin, Botting, Conti-Ramsden) enfatizam traços anômalos da fala, como a escolha de palavras pouco usuais, inversão pronominal (uso do ele no lugar do eu), ecolalia, discurso incoerente, crianças não responsivas a questionamentos, prosódia aberrante e falta de comunicação.

Wolf (1991) apud Fernandes (1995) aponta alterações prosódicas na linguagem dos portadores da síndrome de Asperger: uso monótono da voz, pouca inflexão vocal, além de outras



manifestações tais como as estereotipias e automatismos, repetições complexas, facilitadas pela excelente memória que a maioria deles demonstra.

Pastorello (1995) ao relatar suas observações com portadores da síndrome de Asperger comenta sobre as dificuldades dos sujeitos em manter turnos e tópicos na conversação, além da habilidade de preencher os “espaços vazios” usando jargões², estereotipias e automatismos.

Freire (1996) discorrendo sobre as observações de Kanner sobre a linguagem dos autistas salienta que ele utiliza a terminologia “linguagem peculiar” no lugar de patológica, salientando as peculiaridades da linguagem destas crianças, não as tomando como evidências de desvios da própria linguagem e sim como indícios de desvios do comportamento.

Nathan (1996) apud Baptista e Oliveira (2002) apresenta o relato de um caso de um menino de 10 anos de idade, com autismo, que foi atendido em um hospital da Tunísia. O pai percebendo que o filho não falava, disse que a causa do mal que o afligia era a ação de um *rouhani*, um ser invisível que falava várias línguas. Como entre o seu povo (Cheileh) não existia alguém que soubesse falar a língua *rouhani*, era impossível falar com ele ou fazê-lo falar. Se encontrassem alguém capaz de entrar em contato com esse ser invisível, a criança ficaria livre do diálogo que a aprisionava.

Zorzi (1999) ao citar as características lingüísticas de crianças com autismo salienta a grande variedade de distúrbios desde a ausência de comunicação a alterações nos padrões de articulação e prosódia, atrasos significativos no desenvolvimento da linguagem, limitação do vocabulário e uso inapropriado das palavras, compreensão e expressão alteradas, inversões pronominais, alterações pragmáticas, ecolalia, entonação diferente da usual, apresentando um padrão típico, uso constante de imperativos, ausência de expressões de curiosidade.

Broca apud Parente (2002) em estudos sobre o hemisfério esquerdo do cérebro e sua ligação com a linguagem, aponta que algumas manifestações de pacientes com lesão da parte

² Jargões são palavras, frases ou abreviações usadas por um grupo de pessoas, mas que não são bem conhecidas fora deste grupo. No caso dos transtornos invasivos do desenvolvimento referem-se a palavras que são utilizadas pelos pacientes e que não são compreendidas por outras pessoas



posterior do lobo frontal assemelham-se à produção lingüística de crianças com autismo. Entre elas citas a redução e dificuldade na formulação de frases, repetição freqüente de uma mesma palavra: causando estereotipias (uso exclusivo de uma palavra) ou perseverações (repetições freqüentes de uma palavra) e, e, alguns casos repetição ocasional da mesma palavra dentro do discurso (palavras prediletas).

Scheurer (2002) aponta a ecolalia como um dos aspectos que mais chama a atenção, constituindo-se em uma repetição de palavras, de frases que alguém produziu, muito similar às do interlocutor, tanto na entonação quanto na estrutura. Essas ecolalias podem ser imediatas (imediatas à fala do outro) ou tardias (repetição de algo ouvido no passado). Repetições de propagandas de televisão e músicas ouvidas havendo muitas controvérsias sobre os aspectos comunicativos desse cantar. A autora comenta também que as ecolalias parecem ter função comunicativa; serviriam como atos de fala, como pedidos, afirmações, troca de turnos, etc, mas também podem ser resultantes de uma dificuldade de compreensão, considerada um aspecto comum entre esses sujeitos.

Barros (2005) aponta como principal objetivo da terapia fonoaudiológica dos portadores de transtornos invasivo do desenvolvimento, o favorecimento da linguagem do sujeito, pois a linguagem é a responsável pela tradução dos desejos e necessidades do paciente, do desenvolvimento das relações sociais, pelo compartilhamento de informações, além do uso da comunicação para o cumprimento das regras sociais.

A linguagem e suas manifestações verbais – como a fala – são pontos nos quais se focam as pesquisas salientando as alterações mais evidentes nos diagnósticos de transtornos invasivos do desenvolvimento..

6. Justificativa:

Atualmente com o advento da inclusão escolar, preocupa-nos o fato de pais, e principalmente professores receberem esses alunos com a expectativa de encontrarem alterações na linguagem que não podem trabalhadas e a crença de que estes alunos não têm a intenção de



comunicar-se. Como resultado poderemos ter profissionais investindo pouco na estimulação da comunicação destes alunos, confirmando a previsão de que tais sujeitos não se comunicam.

Com o objetivo de tentar mostrar que tais sujeitos tentam se comunicar e que a comunicação é possível, desde que se tenha a expectativa do desejo de comunicação e se tente compreender a linguagem utilizada por eles, utilizamos as verbalizações de crianças e adolescentes por nós atendidos com o diagnóstico de transtornos invasivos do desenvolvimento em Unidade de Especialidades no município de Guarujá, São Paulo.

Decidimos trabalhar com algumas verbalizações, de alguns pacientes atendidos em unidade pública de saúde destacando os limites do presente trabalho, seja pelo seu caráter muito restrito de suas pretensões, ou pela fase inicial em que se encontra.

7. Metodologia:

Selecionamos recortes de verbalizações de 6 sujeitos com idades entre 6 e 10 anos, encaminhados por profissionais da saúde, sendo a maioria médicos, alguns fonoaudiólogos, e outros psicólogos. Selecionamos dos 30 sujeitos atendidos, as verbalizações de apenas alguns sujeitos que pudessem representar os fenômenos que queremos discutir, o hiperônimo, palavras de predileção, a fala ecológica e o uso da entonação para representar várias palavras.

Todos os sujeitos passaram por avaliação com neuropediatras e chegaram até nós com o diagnóstico de transtornos invasivos do desenvolvimento.

Para iniciar o acompanhamento psicológico avaliou-se as crianças utilizando-se de anamnese com os pais, avaliação psicológica individual e verificação de exames realizados, tratamentos efetuados, leitura dos encaminhamentos e análise de cadernos e atividades escolares.

Os pais assinaram o termo de livre consentimento, sendo esclarecidos sobre a utilização da gravação das consultas, o objetivo da pesquisa, e a garantia de anonimato das crianças.



Em algumas ocasiões os pais estavam presentes no momento da consulta, outras vezes apenas a terapeuta e um paciente, e em outros momentos a terapeuta e mais de um paciente, dois ou três pacientes. Na exposição das gravações explicitaremos cada uma das situações utilizaremos T corresponde a terapeuta, P1 para primeiro paciente, P2 segundo paciente, e assim sucessivamente; no caso da mãe estar presente no momento da gravação esta será indicada por M.

8. Análise das gravações:

O que vamos mencionar aqui são fragmentos de algumas sessões individuais com H. Veio encaminhado por uma fonoaudióloga pois, apesar de estar em tratamento fonoaudiológico por 6 meses, não havia conseguido sair do estado de ecolalia imediata. Não apresentava interesse pela terapia fonoaudiológica, tendo muitos comportamentos de birra na entrada da consulta. Foi encaminhado com objetivo de ter alguns aspectos comportamentais trabalhados a fim de poder usufruir da terapia fonoaudiológica³

Na época da avaliação, a criança contava com 6 anos de idade, apresentava um retardo mental moderado, e não apresentava o brincar. Gostava de ônibus, fazendo a mãe levá-lo a passear nesse veículo nos finais de semana, sendo a única maneira de controlar suas birras violentas. Frequentava uma escola de educação infantil, sendo considerado isolado, não-falante, não participante da maioria das atividades, tendo constantes comportamentos de birra.

Após a avaliação constatou-se retardo mental moderado, interesse restrito por ônibus e caminhões e crises de birra ao não ser compreendido em suas necessidades. Decidiu-se então, por iniciar a terapia individual, uma vez por semana, com o objetivo de instalar uma comunicação, por menor que fosse, a fim de atender algumas necessidades da criança e estabelecer um contato com ela.

Passaremos agora a um recorte de uma consulta após 1 mês de acompanhamento psicológico;

³ É bastante freqüente a procura do serviço de fonoaudiologia, em primeiro lugar, principalmente no caso de crianças não-falantes.



T: Qual é o seu nome?

P1: Qual é o seu nome?

T: Qual é o seu nome?

P1: Qual é o seu nome?

M. Qual é o seu nome?

P1: Qual é o seu nome?

Sua verbalização, apesar de ter se iniciado, era caracterizada como marcadamente ecológica, pois produzia uma ecolalia imediata (Qual é o seu nome?), na qual reproduz a fala da terapeuta.

Mais um recorte de uma consulta individual 2 meses após o início do tratamento, com o mesmo paciente:

T: Qual é o seu nome?

P1: Qual é o seu nome?

T: Como você se chama?

P1: Chama.

Sua verbalização agora era ecológica, repetindo toda a frase falada pela terapeuta e outras vezes repetindo apenas a última palavra verbalizada pela terapeuta. Em função do retardo intelectual moderado e do estabelecimento de um bom contato com a terapeuta decidiu-se introduzir as palavras sim e não, a fim de possibilitar a compreensão de algumas frases pela criança.

Um exemplo do início desta abordagem segue neste recorte de consulta:

T1: Seu nome é H. sim

P1: Seu nome é H. sim.



T!: Sim

P1: Sim

T: Seu nome é H. sim

P1: Sim.

O mesmo procedimento foi utilizado para o conceito de não. Após 4 meses de intensivo treinamento, efetuado pela terapeuta e repetido exaustivamente pelos pais do paciente, vejamos agora um recorte de uma consulta, antes dele ser encaminhado novamente à fonoaudióloga para dar continuidade à instalação da fala.

T: Seu nome é H?

P1: Sim

T: Seu nome é J?

P1: Não.

T: Você quer o ônibus?

P1: Sim.

T: Você quer ir embora?

P1: Não.

Comentário:

Esse paciente com ausência de fala e posterior aparecimento de ecolalia imediata é um típico caso que desnorteia o ouvinte, sejam eles pais, profissionais da saúde ou da educação. Se o ouvinte não tiver a expectativa de estabelecer uma maneira de chegar até esse paciente, e insistir para que uma forma de comunicação se estabeleça, o paciente passa a apresentar uma ecolalia que possui um caráter de fixidez, permanência e imobilidade. Com o tempo os adultos e outros



ouvintes desistem de instigá-lo a falar, acreditando que ele não fala, prejudicando uma melhor relação com esse sujeito, acarretando maior isolamento, sofrimento e crises de birra.

Passemos a examinar o caso do paciente de nº 2, que se utilizava de uma expressão em várias situações diferentes. Trata-se de um menino com 6 anos de idade, aluno da 1ª série do ensino fundamental de uma escola particular. Segundo os relatos dos pais e da escola, não respondia ao ser chamado, corria pela casa, tinha medo de outras crianças só aceitando a presença do irmão de 9 anos de idade. Gostava de carros de fórmula 1 sabendo identificar cada um deles pela marca e nome do corredor. Jogava vídeo-game e reagia com birra violenta quando não conseguia terminar o jogo, ou não conseguir passar de fase.

Na avaliação demonstrou potencial intelectual normal, escrevia os nomes de montadoras e pilotos de fórmula 1, utilizava-se apenas de letra de forma, e reagia violentamente quando não conseguia terminar uma tarefa por mim solicitada. Aparecia ecolalia imediata, repetindo frases ditas pela terapeuta, como também frases de comerciais da televisão, com predileção por propagandas de bancos. Decidimos inicialmente trabalhar com sua fala individualmente e após uma melhora significativa da relação com a terapeuta, introduzi-lo em terapia com mais uma criança, até que pudesse participar de um grupo maior.

Examinemos um recorte de consultas iniciais.

T: Você acabou a tarefa?

P1: Passar de fase. Passar de fase. (gritando)

T: Você sabe fazer a tarefa?

P1: Passar de fase. Passar de fase. Passar de fase. (gritando)

Outro recorte de uma consulta após 1 mês de atendimento:

T: Você já acabou? (a tarefa)

P1: Passar de fase (calmo)



T: Ah, estou vendo que já está quase acabando.

P1: Passar de fase. (calmo)

T: Olha você acabou. Parabéns.

P1: Passar de fase (sorrindo).

Comentário:

Esse paciente utilizava a expressão “passar de fase”, que aprendera com o irmão ao jogar vídeo-game, para expressar que estava difícil, ou ainda não havia terminado uma tarefa, Nessa ocasião a expressão era verbalizada com nervosismo e gritando. Quando estava satisfeito com seu desempenho, ou quando estava conseguindo terminar uma tarefa, o “passar de fase” era verbalizado calmamente. Ao terminar com sucesso uma tarefa utilizava o “passar de fase” com um sorriso final. A professora com base nessa informação, ou seja sabendo o que significava cada tipo de “passar a fase” relatou que melhorou sua disposição em atender as necessidades do aluno.

Vejamos outro paciente que à época em que foi encaminhado tinha 6 anos e 7 meses, apresentava linguagem oral, porém segundo relato dos pais e relatório da escola, a única fala se restringia a repetir á exaustão (dos ouvintes) sobre os periquitos que tinha em casa, o que estava dificultando seu desempenho escolar e seu relacionamento com os pais.

Observemos um primeiro recorte de sua fala.

T: Bom dia , você foi a escola ontem?

P1: Eu tenho três periquitos, um azul, um amarelo e um lavaqueijo.

T: Você foi à escola?

P1: Eu tenho três periquitos, um azul, um amarelo e um lavaqueijo.

T: Você tem três periquitos?

P1: Eu tenho três periquitos, um azul, um amarelo e um lavaqueijo.



Ele podia ficar 45 minutos (o tempo de uma consulta) repetindo esta frase sem alguma modificação. Tentamos descobrir o que era o lavaqueijo, porém seus pais e a professora não tinham informação sobre o que poderia representar. Descobri que ele havia iniciado a utilização dessa expressão após uma aula sobre insetos e larvas. Pensei então que ele talvez pudesse estar se referindo a larva e acrescentando o queijo.

Iniciei uma outra consulta com a seguinte questão, pensando em comprovar se lavaqueijo vinha de larva e se era possível mudar um pouco sua frase predileta.

T: Bom dia tudo bem?

P1: Eu tenho três periquitos, um azul, um amarelo e um lavaqueijo.

T: O que é lavaqueijo?

P1: A lavaqueijo mata o piolho, o piolho parece um escorpião. Quando o escorpião morde a cobra, ela não morre. A cobra mata o escorpião. A cobra parece uma lavaqueijo.

T': E o bicho da seda você conhece?

P1: O bicho da seda é uma lagarta que não é nojenta, é branca e limpinha.

Mostrei a ele um livro sobre animais, principalmente com aves e seus alimentos, inclusive alguns larvas, minhocas e passamos o restante da consulta a conversar sem muita repetição sobre animais. Após esse episódio a professora foi orientada a se utilizar de algumas tarefas incluindo animais como tema, e o progresso do paciente foi muito bom. Ainda conta sobre seus periquitos azul, amarelo e a lavaqueijo, porém conseguiu sair da fase de frase de predileção exclusiva.

Comentário:

A repetição de uma frase com uma expressão desconhecida (lavaqueijo) estava impossibilitando aos pais e professora iniciar e manter um diálogo com o paciente. A partir do momento que a estranheza da frase provocou novas perguntas, o paciente também apresentou novas frases e pode se desenvolver melhor. Até o momento não sabemos o significado da lavaqueijo, porém apesar dela, respeitamos a fala do menino (como se fosse uma palavra



estrangeira que nós não conhecíamos, e não uma palavra estranha que ele falava). A aceitação da frase, sem estranhamento por parte do ouvinte ou interrupção do diálogo, permitiu ao paciente continuar a falar, desenvolvendo sua fala de maneira mais eficiente.

Passaremos a relatar o caso que mais chamou a nossa atenção no atendimento de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento. Tratava-se de 2 pacientes, um deles com 7 anos de idade e outro com 9 anos de idade, e potencial cognitivo acima da média. Os dois do sexo masculino, com mais de 4 meses de acompanhamento psicológico, sendo que no momento dessa gravação já tinham um bom contato entre eles e com a terapeuta. Desenvolvi atividades juntos, durante as consultas, e seu relacionamento era tão bom, que provocou o relacionamento entre os pais dos meninos. Interessante também que eram os dois únicos casos que eram acompanhados pelos pais e não pelas mães. Nessa consulta em particular, além dos dois pacientes, resolvi introduzir mais um menino, então com 5 anos de idade, por não apresentar fala alguma. Resolvi colocá-lo com a dupla, altamente falante a fim de servirem de modelo para o menor.

T: Meninos este aqui é o P1. Ele ainda não fala.

P2: Ah! Um artista.

T: Um artista? Não entendi.

P3: Cara branca (fazendo movimentos circulares no rosto). Branco e preto (fazendo sinal de listras pelo tórax e abdômen). Chapéu preto.

T: Ah! Um mímico?

P2 e P3: (ao mesmo tempo): - Isso.

T: Não, ele não é um mímico, ele ainda não aprendeu a falar, mas vai falar logo, logo.

P2: Tá bom.

P1: Sorri para todos.

**Comentário:**

Este caso chamou muito a nossa atenção por comprovar em parte aquilo que desejamos mostrar, a criança com diagnóstico de transtornos invasivos do desenvolvimento quer se comunicar, utiliza-se de expressões que parecem ao ouvinte, estranhas, desconexas, porém há um significado e sentido no que expressa,. Este caso ilustra isso de forma clara. O paciente 2 utiliza-se do hiperônimo artista, na tentativa de dizer mímico, um hipônimo. O paciente 3, compreende o sentido da palavra utilizada pelo companheiro e utiliza-se de gestual e imagens descritivas, agindo como um intérprete, para que eu compreenda o colega dele. Se há essa compreensão de um ao falar do outro, será que todos os portadores de transtorno invasivo do desenvolvimento utilizam-se desses mesmos mecanismos?

Considerações finais

Esperamos que esse estudo tenha demonstrado a nossa hipótese inicial de que os pacientes com transtornos invasivos do desenvolvimento utilizam-se de hiperônimos, fala ecológica que pode ser interrompida, ou pelo menos amenizada, Em função do pequeno número de casos analisados, e alcance do estudo, se este servir para instigar nos leitores o interesse em estudar o tema, ou mesmo o lidar em sala de aula com essas crianças e jovens, o nosso objetivo terá sido alcançado.

A linguagem humana é uma das maiores aquisições do ser humano e portanto, as pessoas com transtornos invasivos do desenvolvimento devem ter o seu direito de comunicar-se respeitado e incentivado.

Bibliografia:

AMERICAN Psychiatric Association. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM – IV**. Porto Alegre: Artemed, 1995. 4ª Edição

AVELAR, Telma; CARVALHO, Glória. **Os efeitos da interpretação do adulto na fala da criança autista**. In: III Conferência de Pesquisa sócio-cultural. Campinas: 2000.



BARROS, Cláudia.G.C. **A fonoaudiologia aplicada aos portadores de TID.** In: Transtornos invasivos do desenvolvimento: 3º milênio. Walter Camargo Jr e colaboradores. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional pra Integração da Pessoa portadora de Deficiência, 2005.

BOSA, Cleonice. **Autismo: atuais interpretações para antigas observações.** In. Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002.

BOTTING,N; CONTI-RAMSDEN, G. **Autism, primary pragmatic difficulties, and specific language impairment: can we distinguish them using psycholinguistic markers?** Dev. Med. Child Neurol, 2003.

CARVALHO, G.M.M.; RÊGO, F.L.B.; LIMA, D.M. **Aquisição da linguagem e a verbalização ecológica do autista.** In. Psyché, dez, ano/vol.VII, número 12. Universidade São |marcos. SP. PP.159-174.

CASTAÑO, J. **Bases neurobiológicas del lenguaje y sus alteraciones.** Revista Neurologia, 2003; 36/8, p.781-785.

PARENTE, Maria A. de M. P. **Organização cerebral das funções cognitivas envolvidas na sociabilização.** In: Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PEREIRA DE CASTRO, M.F. **Língua materna: palavra e silêncio na aquisição de linguagem.** In: Silêncios e Luzes: sobre a experiência psíquica do vazio e da forma. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

ROCCA, C.C.A.; SCHEURER ,C.; ASSUMPÇÃO JR, F.B. **Avaliação neuropsicológica na síndrome de Asperger: estudo de múltiplos casos.** In: Infanto: revista de neuropsiquiatria da infância e adolescência, 2000 (Vol.8, nº1, p.34-43)

SCHEURER, Claudia. **Distúrbios da linguagem nos transtornos invasivos do desenvolvimento.** In. Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002

TUCHMAN, Roberto; RAPIN, Isabelle. **Autismo: abordagem neurobiológica.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

VASQUES, Carla K. . **Transtornos globais do desenvolvimento e educação: análise da produção científico-acadêmica.** In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), 2008, Caxambú. Anais da 31ª Reunião Anual da Associação Nacional de Pós Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), 2008. p. 1-15