

Pediatria atualize-se

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO



ANO 2 • Nº 2 • MAR/2017

A FALA E A FALTA DELA

Para qual profissional devemos encaminhar, e quais seriam os indícios de que algo não vai bem a ponto de valorizar o fenômeno observado. | **Pág. 4**

Foto: Depositphotos

O QUE OBSERVAR NAS CONSULTAS REGULARES

A saúde mental não é um campo à parte da saúde física, mente e corpo, pois todos estão intrinsecamente ligados desde o início. | **Pág. 7**

ELE NÃO FALA E NÃO RESPONDE AO CHAMADO: SERÁ AUTISMO?

É de suma importância que o diagnóstico seja feito o mais cedo possível, na medida em que as chances de um bom prognóstico são maiores. | **Pág. 11**

Atenção ao cuidado do bebê



prematura

Sociedade de Pediatria de São Paulo

MARÇO LILÁS

Campanha da SPSP para destacar a importância do seguimento diferenciado para os bebês prematuros

COMPARTILHE • PARTICIPE • APOIE

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo | Triênio 2016 – 2019

Diretoria Executiva

Presidente

Claudio Barsanti

1º Vice-presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

2º Vice-presidente

Marcelo Pinho Bittar

Secretária-geral

Maria Fernanda Branco de Almeida

1º Secretário

Sulim Abramovici

2º Secretário

Fábio Eliseo F. Alvares Leite

1º Tesoureiro

Mário Roberto Hirschheimer

2º Tesoureiro

Gláucia Veiga Corrêa

Diretoria de Publicações

Diretora

Cléa R. Leone

Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*

Antonio Carlos Pastorino

Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador desta edição

Saúde Mental

Informações Técnicas

Produção editorial

Texto & Arte Serviços Editoriais

Revisão

Rafael Franco

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Jornalista responsável

Paloma Ferraz (MTB 46219)

Periodicidade: bimestral

Publicação on-line: www.spsp.org.br

Contato Comercial

João Batista Vita Neto: joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira: malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção: paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466



Foto: Salvi Cruz

Ainda nos dias de hoje, em muitos centros universitários, a formação pediátrica tem por base um modelo terapêutico centrado na doença e na tecnologia. Esse modelo apresenta duas falhas estruturais:

1. Falta de ênfase na importância dos relacionamentos, entre a família e com o pediatra.
2. Falta de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil.

Assim, o primeiro texto deste número do *Atualize-se*, voltado à saúde mental, trata de uma situação comum nos consultórios: problemas no desenvolvimento da fala. Apesar de serem mais evidentes em torno dos 3 anos de idade, as bases desse pilar da comunicação já são lançadas logo na primeira fase da infância. Esse processo ocorre em tentativas e erros, assim como os outros atos de comunicação, como os gestos.

O texto está em excelente formato de discussão de dois casos clínicos com abordagens distintas, ambos com distúrbios da fala.

Já o segundo texto instiga o pediatra a se envolver mais com o desenvolvimento global da criança e o que observar nas consultas regulares da clínica pediátrica.

Enfim, relato diálogos que espero que não sejam mais reais nos dias de hoje:

- Doutor, meu filho tem 4 meses e não olha nos meus olhos!
- Ele é tímido!
- Doutor, meu filho tem 9 meses e não me abraça. Isso é normal?
- Sim, é normal!
- Doutor, meu filho tem 1 ano e não brinca com as outras crianças!
- Talvez ele seja tímido.

Se um lactente parece indiferente aos brinquedos e às pessoas da família, e posteriormente desenvolve hábitos repetitivos, é preciso uma rápida avaliação, pois pode ser autismo.

Com esse relato final, convido a todos para a leitura do terceiro texto, no qual o tema autismo é abordado.

Boa leitura!

Mário Cícero Falcão

EDITOR DA DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Sumário

4

A fala e a falta dela

por Eloisa Tavares de Lacerda

7

O que observar nas consultas regulares

por Cristiane da Silva Geraldo Folino

11

Ele não fala e não responde ao chamado: será autismo?

por Fátima Maria Vieira Batistelli

Fale conosco

www.spsp.org.br
pediatria@spsp.org.br

Siga a SPSP nas redes sociais!
[@SociedadeSPSP](https://www.facebook.com/SociedadeSPSP)

A FALA e a falta dela

Eloisa Tavares de Lacerda
Departamento de Saúde Mental – SPSP

CASO 1

Ele entra em meu consultório devagar, locomovendo-se sem coordenação. Sempre com a boca aberta, pega e deixa cair os objetos pela sala. Aos 3 anos ele vem encaminhado por sua fonoaudióloga, que me diz:

“Ninguém entende o que ele fala. Há um ano em tratamento comigo, todos continuam sem entender o que fala. É respirador bucal e troca quase todos os sons da fala. Um comportamento de “bebezão” birrento e manhoso me fez conversar com o pediatra que me encaminhou Mauro, porque desconfieei que ele deve começar uma análise e depois voltar para atendimento fonoaudiológico”.

De fato, é difícil entender o que Mauro fala, e ele se irrita com isso. De imediato, percebo que o que “atrapalha” essa fala não é um problema de aquisição de sua língua materna, pois, além dessa, digamos assim, desorganização fonética e fonológica, a construção das frases de Mauro também não ajuda a dar um sentido ao que ele parece querer comunicar, o que o irrita ainda mais. Mauro apresenta comportamentos de raiva e de choro frequentes. Se não é atendido imediatamente, berra e se joga no chão. Não tolera a frustração. Quando quer fazer algo que lhe interessa, mostra-se muito esperto para sua pouca idade e, ao reconhecer suas impossibilidades, chora e chuta o que estiver pela frente. Noto que, a cada vez que olha para sua mãe, incomodada com essas cenas, que para ela eram manha e falta de limites, a situação fica mais “incontornável”. Nesses momentos, “manha e falta de limites” me sugerem uma crise de angústia.

Durante o atendimento, fui percebendo que ele me parecia ser o mais incomodado com todas as situações, com as quais, muito fragilizado e sem recursos emocionais, não era capaz de lidar. Atenta àquelas falas entremeadas de gritos e gestos destrutivos, decidi tomá-las como apelos e fui nomeando-os para ele e sua mãe, pondo as frustrações em palavras

e falando-lhes desses afetos mais primitivos, desencadeados por tantas tentativas frustradas: “Ai, mamãe, eu não consigo pegar a canetinha e eu fico tão bravo que jogo ela longe!”, “Mamãe, por que ninguém entende o que eu falo?”, “Mamãe, não olha pra mim com cara brava que eu não aguento e aí eu chuto e berro!”. Nessas horas em que eu falava assim, Mauro se acalmava por se sentir compreendido e sua mãe, entrando nesse meu jogo, olhava para o filho com uma expressão mais doce e menos desanimada. Quando o pai veio trazê-lo e voltou a falar sobre lhe dar limites “bem rígidos para que ele aprenda!”, eu percebia na sua angústia gestos educativos, mas não simbólicos. Parecia pairar sobre Mauro o silêncio das palavras nessa fala desarranjada pelos precários mecanismos usados por ele para se sentir interagindo com o mundo a sua volta. Mais uma vez, emprestei a Mauro minha fala: “Papai, eu preciso de um limite que vem antes das palavras! Um limite que a Elô chama de contorno...”.

Esse tratamento psicanalítico com a presença constante de seus pais tinha também por objetivo ajudá-los a compreender o que se passava com seu filho, que, inicialmente, tinha tão poucos recursos emocionais para “estar no mundo” e organizar o enlaçamento entre ele e sua mãe. Um vínculo organizado e seguro entre a mãe e o bebê é a base para sua construção subjetiva, para sua possibilidade de estar no mundo na condição de falante; a linguagem é posta em circulação na relação da mãe com o bebê. É a experiência necessária ao ser humano para o nascimento da sua vida psíquica. Apesar de já existir um circuito de afeto operando entre a mãe, o pai e Mauro, isso se dava em um nível tão primário de desorganização que não havia falta de fala/linguagem, mas havia uma privação de sustentação subjetiva. Privação esta que não permitia a Mauro sentir-se existindo para alguém (preferencialmente para sua mãe). Portanto, foi o que sua fala e corpo desarticulados deram a ver/ouvir além das regularidades esperadas, precisamente no inesperado, que deman-

dava uma psicanalista e não uma fonoaudióloga.¹ Questão de encaminhamento, sim, mas também questão de sensibilidade da fonoaudióloga, que alertou o pediatra à questão da construção subjetiva, que não se reduz a uma avaliação de linguagem e que envolve todos aqueles que acompanham o desenvolvimento da criança.²

A análise de Mauro comigo foi um longo e penoso percurso para esses pais. Antes de poder dar contorno e contenção ao filho, inicialmente com gestos, colo, palavras, até chegar aos limites que as crianças psiquicamente mais organizadas podem receber e suportar, mesmo que reclamando, ambos ainda precisavam da psicanalista para contenção de suas angústias e para a compreensão de suas dificuldades com seu filho. O “colo simbólico” da psicanalista possibilitou que relacionassem suas angústias com algo muito traumático acontecido antes de a mãe engravidar e que repercutiu ao longo da gravidez e do primeiro ano de vida de Mauro, até o encaminhamento da fonoaudióloga.

CASO 2

“Lili ainda não fala nada. As sílabas são soltas e não querem dizer nada!”.

Frase da mãe no atendimento fonoaudiológico de sua menina de quase 3 anos e portadora de síndrome de Down.

A mãe está muito ansiosa com a ausência da fala, e noto que a preocupação com a falta da fala a impede de reconhecer que os sons que sua filha emitia já eram falas, e, conseqüentemente, não podia dar significado às poucas emissões de Lili, mesmo quando endereçadas a ela.³ A mãe conta que falava com a filha ininterruptamente. Notei que Lili era submetida a uma descarga verbal contínua. Tudo o que ambas faziam era verbalizado pela mãe de maneira ininterrupta, só a mãe perguntava, e ignorava as solicitações da menina. Lili pedia a nomeação de uma ação ou simbolizava nas brincadeiras, como “dar de mamar à bonequinha”, “colocá-la para dormir”, mas isso era ignorado, porque a mãe permanecia em uma postura de ensinar um determinado som e cobrar da filha a emissão correta. Em contrapartida, todas as verbalizações e verificações do desempenho de fala da filha eram ignoradas. Literalmente, uma conversa de surdos.

Expliquei-lhe que poderia ajudar sua filha a se apropriar do lugar “de falante” na relação com ela, já que Lili ficava sempre no lugar “do silêncio que não significava nada”. Apesar de questionar minha sugestão de “silenciar um pouco”, a mãe acabou se sentindo mais confortável em relação à filha. Chamei Lili para uma brincadeira de casinha e pedi à mãe que

só observasse a filha. Enquanto brincávamos, fiquei junto, fazendo tudo o que Lili propunha. Ela emitiu muitos sons, que tomei como endereçados a mim e fui significando-os como ações simbólicas das bonecas e dela com as bonecas. Lili me solicitava por meio de gestos, e logo passou a tentar imitar meus movimentos de fala.

E PARA QUEM ENCAMINHAR?

Acredito que na clínica, um não falante em franco processo de aquisição da fala/linguagem e já totalmente vinculado à sua mãe e aos seus outros adultos de referência (como no caso de Lili), um problema de fala pode ter um tratamento fonoaudiológico que não demande um psicanalista. No entanto, na clínica com um não falante, com sintomas de um funcionamento psíquico ainda muito precário e já marcado pelo sofrimento (que se mostra com a impossibilidade de dormir, recusa alimentar, refluxos significativos e, às vezes, até com defesas autísticas importantes), a clínica psicanalítica tem se revelado, na minha experiência, o encaminhamento mais adequado para o tratamento com pais e crianças. Mauro e muitos outros com alterações importantes de fala ou da falta dela, chegam à clínica psicanalítica cada vez mais cedo. Cada um à sua maneira, por conta de dificuldades de sua “fala sem fala” e de seus comportamentos de birra.

Penso ser ainda importante que se considere na clínica pediátrica a delicada constituição do aparelho psíquico do bebê no vínculo com sua mãe, matriz geradora de palavras e da inscrição na cultura, e penso que a psicanálise se presta muito bem para explicitar os efeitos sensoriais e afetivos no corpo do bebê. Os psicanalistas sabem que o processo de aquisição da linguagem ou, dito de outra maneira, o da fala em constituição, remete-nos imediatamente à formação do vínculo mãe-pai-bebê, que, em seus primórdios, passa necessariamente pelas experiências sonoras e rítmicas no corpo a corpo do bebê com sua mãe desde os seus sons iniciais (suas vocalizações e seus balbucios, além do choro, é claro), aqueles que ainda não são palavras, já são diretamente endereçados à sua mãe ou ao adulto de referência para aquela criança.

A fala ou a falta dela é abordada de diferentes perspectivas, mas o encaminhamento do pediatra para uma ou outra clínica fará a maior e mais importante diferença. Isso porque sabemos que podemos pensar no funcionamento simbólico da linguagem e da fala em constituição com conhecimentos sobre a construção subjetiva da criança. Na psicanálise, da dependência absoluta do bebê à independência relativa, passando por um período embalado pelos ritmos corporais e da fala da mãe, com as melodias em sua entonação de voz quan-



Foto: paologhedini | Pixabay.com

do fala com ele e, ao mesmo tempo, ensaiando esse “jogo” de presença e ausência com ela;⁴ e também com os conhecimentos sobre o funcionamento do sistema sensório-motor oral da criança, como, por exemplo, na fonoaudiologia, que se ocupa dos distúrbios articulatorios, da motricidade oral e das doenças de linguagem, voz e audição. Com os casos, Mauro e Lili, meu objetivo foi tecer parâmetros dentro desses dois campos para pensarmos para qual profissional devemos encaminhá-los e quais seriam os indícios de que algo não vai bem a ponto de se valorizar o fenômeno observado.

REFERÊNCIAS

1. Lacerda ET. A angústia inicial de transitar entre duas clínicas ou o exercício da castração que a interdisciplinaridade requer. In: Atem LM. Cuidados no início da vida: clínica, instituição, pesquisa e metapsicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2008. p.162.
2. Lacerda ET. A intervenção do especialista na relação de uma criança não falante com sua mãe em tempos de constituição. *Distúrbios da Comunicação*. 2002;13:351-7.
3. Lacerda ET. O atendimento do bebê – o relato da clínica. In: Aragão RO. *Bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.151-63.
4. Golse B, Desjardins V. Corpos, das formas e do ritmo como precursores da emergência da intersubjetividade e da palavra no bebê (uma reflexão sobre os começos da linguagem verbal). *Rev Latinoam Psicopat Fund*. 2003;1:14-29.

O QUE OBSERVAR NAS *consultas regulares*

Cristiane da Silva Geraldo Folino
Departamento de Saúde Mental - SPSP

É importante salientar a importância da observação de alguns aspectos vinculados à saúde mental e suas implicações nas consultas regulares em pediatria. A saúde mental não é um campo à parte da saúde física, mente e corpo, pois todos estão intrinsecamente ligados desde o início.

As relações estabelecidas entre a criança e o seu meio oferecem as bases para a sua constituição psíquica e o seu desenvolvimento,¹ reverberando inclusive na arquitetura do cérebro em formação.² Para além de seu desamparo, o bebê nasce competente para entrar em contato e se apegar ao seu cuidador, e a qualidade dessa relação será decisiva para sua saúde mental e para sua vida como um todo.

O pediatra se torna o profissional fundamental no acompanhamento da família desde os primeiros tempos, o que exige desse profissional um olhar acurado para os sinais de que algo não caminha bem em algum momento da vida da criança e do adolescente.

Em virtude da plasticidade cerebral nos primeiros anos,² a criança pode responder positivamente, caso haja uma intervenção precoce quando algo não vai bem. Fato este que nos alenta e reitera nossa preocupação com o cuidado ampliado na infância.

COMO E O QUE OBSERVAR?

O bebê toca e impacta seu cuidador, então é importante observar:

- Como está se dando a “conversa” e a “dança” entre a criança e seu cuidador preferencial?
- Qual é o clima emocional desses encontros?
- Como os pais falam a respeito de seus filhos?

No início, quando um paciente e sua família chegam para uma consulta, não os conhecemos de fato, o que nos exigirá

uma postura de observadores receptivos e interessados naquela família em particular.³

Em um primeiro momento, a observação de alguns pontos não nos autoriza a diagnosticar nenhum quadro psicopatológico. No entanto, pode fornecer pistas pelas quais investigar e acompanhar de maneira integral quem nos procura, e, se for o caso, considerar o encaminhamento para um profissional especializado.

O COMEÇO DA VIDA: DE 0 A 3 ANOS

O prazer é um importante indicador de uma relação mãe-bebê saudável. É claro que muitas vezes a mãe pode estar cansada, principalmente no começo, por estar sob o efeito da acomodação, tanto hormonal quanto subjetiva, que precisa fazer depois da vinda de um bebê; em geral, esse é um período bastante sensível para a mulher e para os pais.^{4,5}

O *baby blues* ou *blues da maternidade* se assemelha a uma tristeza, a mulher pode chorar e não se sentir preparada para enfrentar a envergadura da experiência de ser mãe. Surge por volta do terceiro dia após o nascimento e pode durar até 15 dias. Caso não ceda e/ou se intensifique, deve-se ter em mente a possibilidade da mulher estar entrando em um quadro mais sério, como uma depressão pós-parto. Pode haver um prejuízo relacional importante, muitas vezes manifestado de maneira aparentemente sutil, mas de consequências duradouras.

A criança encontra meios de reagir a esse impacto, pois nessa fase ela necessita que a mãe esteja sensivelmente conectada a ela, oferecendo-lhe o necessário nesse momento.⁴ Assim, não podemos negligenciar a falta de apoio social às mães, fundamental nesse momento em virtude do profundo remanejamento psíquico ao qual está sujeita com a vinda de um filho.⁵

A avaliação objetiva deve contemplar três vértices para a detecção de um distúrbio relacional precoce:⁶

1. Avaliação do bebê

Pesquisar a presença de distúrbios psicossomáticos recorrentes, distúrbios do sono e apetite, retardo do desenvolvimento ou crescimento e casos de bebês que são descritos como difíceis.

2. Avaliação da mãe

Os casos mais frequentes são de depressões do tipo leve a moderada, ocasionando uma dificuldade maior de detecção, uma vez que não aparece como uma queixa espontânea nas consultas. Podem apresentar perda de energia, interesse e capacidade de experimentar prazer, sentimentos de culpa, dificuldades de concentração, perda de apetite e de peso, um sentimento de incompetência frente ao bebê. Em casos mais graves, pensamentos de morte ou suicídio. Podem haver quadros associados, como uma ansiedade exacerbada, podendo mascarar a depressão. Essa é uma importante faceta da depressão pós-parto, pois inúmeras vezes ela pode se manifestar de maneira velada, ou seja, com as mães funcionando como se estivessem desconectadas de seus filhos, emocionalmente ausentes, mas exercendo mecanicamente suas tarefas com o bebê.

3. Avaliação do binômio mãe-bebê

Observar como se dá a relação entre eles, pois inúmeras vezes há dificuldades aparentes. Há vários instrumentos que podem ajudar na detecção de sinais de risco no início da vida.^{3,7,8} Salienta-se a seguir apenas alguns pontos de observação da qualidade da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida.³

Sustentação

Um importante indicativo é se a mãe sustenta adequadamente o bebê nos braços, se há proximidade corporal, se ela o toca e o acaricia. E também se há prazer no contato e não algo apenas mecânico.

Olhar

É importante perceber se a mãe sente prazer ao olhar para o bebê e se ele responde da mesma maneira à mãe, se oferecendo para ela (após os seis meses). Se há brincadeiras face a face, e se o bebê olha mais para rostos humanos do que para objetos.

Comunicação não verbal

Observar se a mãe apresenta expressão facial mais “teatral”, se olha frequentemente para o bebê, se brinca com ele e se ele interage com prazer. A criança toma iniciativas?

Comunicação verbal

Observar se a mãe fala de maneira peculiar com voz infantil, em ritmo mais lento, cantado, se estabelece diálogos vocais imaginários, nos quais responde de maneira lúdica no lugar do bebê.

Ritmidade

Observar se a mãe reconhece o ritmo de seu filho e cria com ele algo em conjunto. Aceita que seu filho responda em seu próprio tempo? Brinca de várias maneiras, e com ritmos diferentes?

Disponibilidade emocional

A mãe apresenta disponibilidade emocional? Observar se há um funcionamento “mecânico” da mãe, e se há algum tipo de sinal de depressão ou outro impedimento. Há sintoma afetiva na interação? E como é a interação com o pai? Ele aparece no discurso da mãe?

Regulação da excitação

O bebê recebe um nível adequado de estimulação no contato com os pais? A intensidade, o tempo e o modo da interação estão de acordo com o que expressa e necessita o bebê? Ele pode em alguns momentos se acalmar e ter prazer sozinho? Ele tem um objeto para se acalmar e tolerar a ausência da mãe?

CRIANÇAS COM MAIS DE 3 ANOS

Em uma criança maior, é importante observar:

- como se dá o relacionamento da criança com a família, as dificuldades de relacionamento em geral;
- se há dificuldades escolares;
- se ela aparenta certa apatia ou tristeza;
- se houve alguma mudança brusca de comportamento (alimentação, sono, etc.) após alguma mudança/perda na família.

ADOLESCENTES

A adolescência se caracteriza por um período de crise, pois o adolescente terá que lidar com uma série de perdas e remanejamentos. As mudanças pelas quais passa podem ocasionar sofrimentos e exigem uma nova acomodação. De maneira geral, essas perdas dizem respeito à imagem infantil, incluindo uma alteração importante na maneira como vê seu próprio corpo, podendo trazer um estranhamento, bem como a imagem que tinha de seus pais e, de modo geral, à identidade infantil.

Deixar de ser criança é um processo que exige uma elaboração tanto por parte do sujeito como de seus pais. É inerente à adolescência, mas dificuldades em processar essa passagem podem vir a deflagrar algo mais complicado.



Foto: Depositphotos

Devemos ter cautela com o diagnóstico em qualquer idade, considerando a linha tênue que muitas vezes divide uma instabilidade esperada e algo mais preocupante (ver Quadro 1).

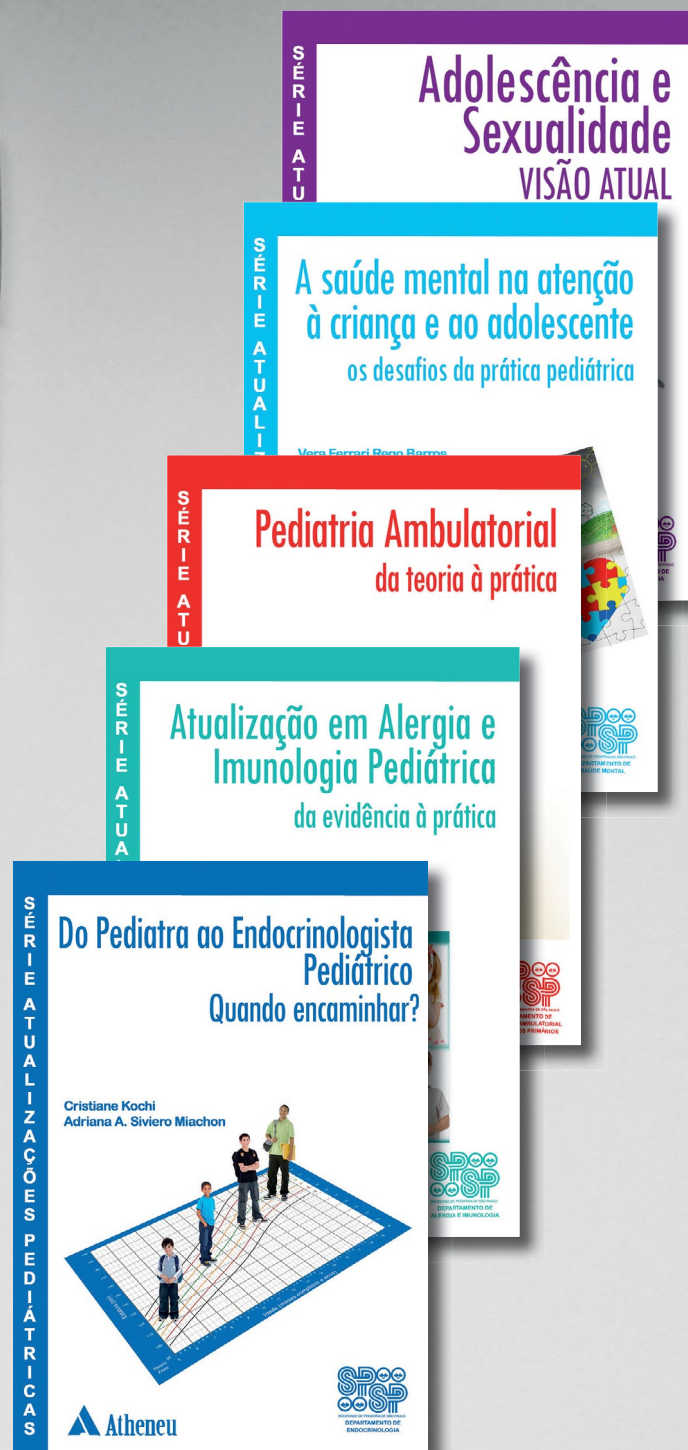
Quadro 1 – O que observar em adolescentes

Sono: dificuldades para dormir, insônia.
Alimentação: alteração de peso e apetite, anorexia/bulimia.
Comportamento: mudanças bruscas de comportamento/agressividade.
Perda ou abalo da autoestima.
Humor alterado, choro inesperado.
Vivência de prazer: perda de interesse em atividades antes prazerosas.
Comportamentos aditivos e de risco.
Tipo de vínculo que o adolescente tem com seus pais.

Fonte: Arquivo da autora.

REFERÊNCIAS

1. Winnicott DW. Teoria do relacionamento paterno infantil. In: Winnicott DW. O ambiente e os processos de maturação – estudos sobre o desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artmed; 1983.
2. Shonkoff JP. O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável. In: Tremblay RE, Barr RG, Peters RV, Boivin M, editors. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2010. p.1-5.
3. Guerra V. A intervenção precoce e a orientação inicial da família. In: Barros VFR, editor. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2016. p.349-56.
4. Winnicott DW. A preocupação materna primária (1956). In: Winnicott DW. Da pediatria à psicanálise – obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago; 2000. p.399-405.
5. Folino CS. O exercício da maternidade. In: Barros VFR, editor. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2016. p.49-56.
6. Brum EH. A depressão materna e suas vicissitudes. Psychê. 2006;10(19).
7. Lerner R, Nascimento AS, Tocchio AB. O que observar na anamnese e consultas regulares: sinais de risco. In: Barros VFR, editor. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2016. p.93-102.
8. Crespim GC. Os sinais de sofrimento precoce. In: Crespim GC. A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004. p.47-76.



Confira os livros da
Série Atualizações Pediátricas
no portal da SPSP

www.spsp.org.br

ELE NÃO RESPONDE AO CHAMADO: *será autismo?*

Fátima Maria Vieira Batistelli
Departamento de Saúde Mental - SPSP

Temple Grandin em seu livro autobiográfico intitulado “Uma menina estranha – autobiografia de uma autista” escreve:

Na qualidade de criança autista, a dificuldade em falar era um dos meus maiores problemas. Embora eu entendesse tudo o que as pessoas diziam, minhas respostas eram muito limitadas. Eu tentava, mas na maior parte das vezes não saía nada. Era parecido com o que ocorre na gagueira: as palavras simplesmente não saiam. (p. 24)¹

Gritava sempre, reagia com violência a barulhos e, no entanto, em outras ocasiões, dava a impressão de ser surda. Quando eu tinha 3 anos, a minha mãe levou-me a um neurologista para ser examinada. O eletroencefalograma e o exame de audição deram resultados normais. (p. 26)¹

Temple Grandin nos conta que mesmo escutando e entendendo o que lhe diziam, sentia-se impossibilitada de falar, dando assim a impressão de ser uma criança com déficit auditivo. E que essa dificuldade não aparecia isolada. Outros comportamentos que a diferenciavam de uma menina de 3 anos também estavam presentes. Continuando com seu relato ela nos diz:

Mas não era apenas a ausência da fala que preocupava a minha mãe. Minha voz era inexpressiva, com pouca inflexão e nenhum ritmo. Isso já bastava para me marcar como uma pessoa diferente... Os olhos esquivos – tão característicos de muitas crianças autistas – eram outro sintoma do meu problema. E havia outros sinais indicadores. Eu me interessava pouco pelas outras crianças, preferindo meu mundo interior. (p. 28)¹

Seja qual for a razão, eu gostava de girar meu corpo ou fazer rodar moedas ou tampas de latas, horas a fio. Intensamente entretida com o movimento da moeda ou da tampa que girava, não via e nem ouvia nada. Era como se eu fosse surda. Nem mesmo um barulho forte e repentino conseguia me assustar ou fazer-me sair do meu mundo. (p. 29)¹

O relato tão claro e ilustrativo de Temple Grandin, semelhante ao trazido por pais de crianças que apresentam dificuldades semelhantes, mostra-nos que a ausência da fala e a não resposta ao chamado do outro, não são os únicos comportamentos que nos impactam. Eles sempre vêm acompanhados de algumas ou de muitas outras dificuldades: ausência de contato visual, que várias vezes sugere um olhar “vazio”, “perdido no nada”, como se nos atravessasse; não se relacionam com as pessoas, nem mesmo com os mais próximos; assustam-se com barulhos muito altos e agudos; gostam de girar objetos ou de girarem o corpo no próprio eixo. Algumas crianças apresentam rituais obsessivos, tais como: empilhar objetos em cantinhos, ou colocar brinquedos sempre na mesma ordem ou da mesma cor, carregar consigo objetos duros ou de uma cor preferida, sem usá-lo com nenhuma intenção lúdica, os denominados “objetos autísticos”.² Podemos observar ainda movimentos rítmicos e repetitivos das mãos, os chamados “*flappings*”, ou balanceio rítmico do próprio corpo, entre outros.

Esse “modo de estar no mundo” que essas crianças nos trazem não se limita a uma questão apenas de déficit auditivo ou de fala, mas diz respeito a um comprometimento das estruturas dialógicas e, portanto, da constituição do sujeito e da intersubjetividade. Estamos no território do autismo ou dos autismos, pois existem várias formas de manifestações.

Os transtornos do espectro autista constituem um conjunto muito heterogêneo de desvios no desenvolvimento psíquico, cuja etiologia, ainda desconhecida, é considerada como multifatorial, em que podem coexistir aspectos orgânicos, psíquicos e ambientais. Devemos considerar ainda os estudos da epigenética, que têm chamado a atenção para os fatores, inclusive do ambiente geral e emocional da criança, que podem interferir até mesmo na expressividade genética.³

Do ponto de vista psicodinâmico, os Transtornos do Espectro Autista podem ser entendidos, segundo a psicanalista Frances Tustin (1990),² como “uma interrupção precoce

macia do desenvolvimento cognitivo e afetivo, embora o desenvolvimento físico de crianças autistas seja geralmente normal”. Dessa maneira, a capacidade de construir vínculos, tanto com a realidade externa quanto com a interna, fica deveras prejudicada. Os comportamentos autísticos observados têm como finalidade evitar toda relação humana e, assim, essas crianças se impedem de receber do ambiente humano os ingredientes necessários para o processo de desenvolvimento emocional e cognitivo.

E COMO AJUDAR ESSAS CRIANÇAS E SUAS FAMÍLIAS?

É de suma importância que o diagnóstico seja feito o mais cedo possível, na medida em que as chances de um bom prognóstico são maiores. Hoje em dia, contamos com instrumentos importantes na detecção precoce de autismo, como é o caso aqui no Brasil dos Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI)⁴ e, na França, o Enquete Nationale sur le Développement du Nourrisson, Centres de Protection Maternelle et Infantile du Département et l'Association Preaut, de Marie-Christine Laznik- Penot.

E QUANTO AO TRATAMENTO DESSAS CRIANÇAS?

Sabemos que é possível optar por caminhos que visem apenas a eliminação ou o alívio de muitos dos comportamentos autísticos, como é o caso da terapia comportamental ou da terapia medicamentosa, cada uma na sua especialidade. Por outro lado, o trabalho psicanalítico, além de também se preocupar com os sintomas, está principalmente interessado em que essas crianças possam se subjetivar e compartilhar a dimensão humana e social do mundo que as cerca. “Não como meros repetidores de comportamentos aceitáveis e adaptativos, mas, sim, como sujeitos de sua própria história.”⁵

REFERÊNCIAS

1. Grandin T, Sciarano MM. Uma menina estranha – Autobiografia de uma autista. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
2. Tustin F. Barreiras autísticas em pacientes neuróticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
3. Batistelli FM. Ele não fala e não responde ao chamado – é autismo? In: Barros VFR, editor. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2016.
4. Kupfer MC. A pesquisa IRDI resultados finais. In: Lerner R, Kupfer MCM (orgs). Psicanálise com criança: clínica e pesquisa. São Paulo. Escuta; 2008.
5. Batistelli FM, Amorim ML, et al. Atendimento psicanalítico do autismo. São Paulo: Zagodoni; 2014.



A REVISTA AGORA TEM NOVO SITE!



rpped.com.br