

# **A abordagem fonoaudiológica no autismo infantil: um estudo sobre o trabalho terapêutico de linguagem**

Ana Carina Tamanaha\*  
Jacy Perissinoto\*\*

## **Introdução**

As alterações de linguagem são freqüentes em crianças diagnosticadas com distúrbios psiquiátricos.

Nessas patologias, invariavelmente, encontramos alterações relacionadas aos aspectos de comunicação verbal e não-verbal. Muitas vezes, esses aspectos são essenciais para o diagnóstico diferencial.

Nos casos identificados como pertencentes aos transtornos invasivos do desenvolvimento, mais especificamente no transtorno autista, podemos observar que uma das áreas mais afetadas e considerada como critério de classificação da patologia é o distúrbio da comunicação. Em seus aspectos morfológico, sintático e semântico.

O objetivo deste estudo é a caracterização do trabalho fonoaudiológico, partindo dos processos de avaliação e diagnóstico até o terapêutico. Tendo em vista a ênfase na linguagem, tomaremos como referência o estudo de um caso clínico e correlacionaremos os achados com a literatura.

## **Síntese do caso**

M.P.  
Idade: 9 anos  
Sexo: masculino  
Escolaridade: 2ª série

## **Anamnese**

Segundo o relato da mãe, até os 7 meses, o desenvolvimento de M. foi normal. No entanto, nessa época os pais começaram a reparar que a criança parou de interagir, não batia mais palmas e ria sozinha.

Aos 12 meses, parou de balbuciar. Não atendia mais às ordens verbais simples.

Começou a andar aos 14 meses, no entanto na ponta dos pés.

## **RESUMO**

O objetivo deste estudo foi a caracterização do trabalho fonoaudiológico, além do trabalho terapêutico.

Tendo em vista a ênfase no processo de linguagem dentro do quadro clínico do autismo infantil, tomaremos como referência o estudo de um caso clínico e correlacionaremos os achados com a literatura em questão.

## **PALAVRAS-CHAVE**

Desenvolvimento de linguagem, terapia fonoaudiológica, autismo infantil, autismo de alto funcionamento.

\* Fonoaudióloga, mestranda em distúrbios da comunicação humana pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-EPM). Aprimoramento em psiquiatria infantil pela Universidade de São Paulo (HCFMUSP). Aperfeiçoamento e especialização em Distúrbios da Comunicação Humana pela Unifesp-EPM.

\*\* Fonoaudióloga. Profa. Dra. Adjunta da disciplina dos Distúrbios da Comunicação Humana e do Depto. de Otorrinolaringologia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina (Unifesp-EPM).

Nesse mesmo período, perceberam que M. sorria menos, desinteressou-se pelos brinquedos, parava para observar apenas carros e ônibus circulando pelas ruas. Perdeu o interesse por brincadeiras que envolvessem outras crianças.

Em ambientes novos, atirava-se no chão, agitadamente, ou permanecia girando pela sala, realizando movimentos estereotipados com as mãos.

Quando queria algo, puxava as mãos dos adultos, mas não apontava diretamente o objeto solicitado.

Aos dois anos, não sabia o nome das coisas, então os pais procuraram um otorrinolaringologista e, após os exames, descartaram a possibilidade de perda auditiva.

A criança foi, então, encaminhada para avaliação neurológica na qual foi diagnosticado autismo infantil.

Iniciou-se o processo terapêutico fonoaudiológico e, aos três anos, começou a emitir palavras isoladas.

No mesmo período, entrou numa escola infantil, onde permaneceu por três anos. Nessa escola, a criança foi retida no pré por dois anos consecutivos.

Por motivos financeiros, M. mudou-se de escola e parou o atendimento fonoaudiológico. Atualmente, está na 2ª série de uma escola cuja proposta pedagógica enfatiza a inserção social de crianças com dificuldades diversas. O seu desempenho escolar tem sido satisfatório. Para o próximo ano letivo a escola espera retirar a criança da classe com rendimento pedagógico mais lentificado e incluí-la na série de desempenho normal.

Aos sete anos de idade, foi reavaliada por outro neurologista e por uma psicóloga e ambos a consideraram portadora do quadro de tratamento autista (alto funcionamento). Foi sugerido que fizesse novamente avaliação fonoaudiológica e, a partir disso, a criança retomou o processo terapêutico fonoaudiológico, agora em atendimento semanal, com ênfase no trabalho de linguagem. Além disso, nesse mesmo período, M. iniciou psicoterapia numa abordagem que inclui o atendimento periódico dos pais e o trabalho individual com a criança.

### **Avaliação fonoaudiológica**

M. mostrou-se uma criança aparentemente eutrófica, simétrica e proporcionada, apresentando uma tendência a sobrepeso. Não observamos alterações físicas evidentes.

Locomoveu-se pela sala, no entanto observamos movimentos desarmônicos relacionados a sua postura tanto na locomoção quanto na sua posição estática, ou seja, quando sentado, por exemplo, invariavelmente apresentou uma inabilidade em adequar os limites corporais ao espaço físico. Essa inabilidade motora apresentou-se, ainda, quando utilizou o lápis em

atividades gráficas. A noção de demanda de força para apreensão no papel mostrou-se exarcebada. Movimentos estereotipados das mãos também foram verificados.

Manteve contato visual. Interagiu com as terapeutas, iniciando e mantendo diálogos, e não se recusou a realizar nenhuma das tarefas propostas. No entanto, observamos a necessidade do paciente em aterse a determinados assuntos, mantendo demasiadamente certos tópicos em seu discurso.

Utilizou o código lingüístico para se comunicar, e emitiu frases simples e complexas com enunciados, sintática e semanticamente corretos. Sua entoação foi bastante marcada, com variação melódica acentuada e repetitiva. Em algumas situações utilizou frases estereotipadas, como “você se lembra de mim?”. Nessas situações de comunicação, verificamos redução de expressões faciais condizentes aos diferentes contextos, ou seja, a criança apresentou dificuldades em utilizar mímica facial adequada, assim como outros sinais de comunicação não-verbais.

Utilizou interjeições ou narrou a ação executada, sugerindo auto-regulação.

Compreendeu ordens verbais, executando-as, no entanto seu desempenho, muitas vezes, apresentou-se insatisfatório devido à diminuída concentração na realização das tarefas.

Foi capaz de brincar acatando regras de jogos, com certa dificuldade em controlar sua inquietação, alcançando a dispersão em alguns momentos. Nessas atividades não conseguiu fornecer sentimentos implícitos aos personagens.

Na prova de definição de exame de linguagem TIPITI, suas respostas demonstraram utilização de critérios perceptuais de objetos, como tamanho, cor, forma e material, com o uso mínimo do critério função/ação, espontaneamente, como seria esperado para a sua idade. Esse último critério citado passou a ser utilizado pela criança a partir do modelo fornecido pelo adulto, de modo rígido.

Na prova de categorização do mesmo exame, necessitou de material concreto para responder. Suas respostas demonstraram a capacidade em acertar o objetivo que deveria ser excluído, no entanto, nas suas justificativas, invariavelmente utilizou a funcionalidade do objeto excluído, ao invés de fornecer a funcionalidade da classe semântica à qual os outros objetos pertenciam.

Em atividades de seqüencialização lógico-temporal (Baron Cohen, Leslie & Frith, 1986), foi capaz de ordenar as figuras corretamente, utilizando basicamente descrições em cada quadro. Além disso, observamos noção de causalidade.

Nas histórias (Happé, 1993) que envolviam sentimentos, emoções e intencionalidade dos personagens, a criança foi capaz de nomear tais sentimentos, mas foi

incapaz de explicar contextos que envolvessem, por exemplo, piadas, frases irônicas, segundas intenções, mentiras ou segredos.

Na leitura houve fluência, mas, ao final de todo o texto, tendia a fazer uso de entoação marcada.

Na escrita, não respeitou a fronteira vocabular, usou estrutura rígida no início das elaborações gráficas (Era uma vez...) e, invariavelmente, datou suas histórias. Utilizou letras de imprensa. O traçado mostrou-se firme. M. ainda apresentou uma fixação por desenhos, necessitando desenhar sempre algum personagem da atividade lúdica realizada antes de escrevê-la numa narrativa.

### **Processo terapêutico**

O trabalho terapêutico tem enfatizado as trocas comunicativas em atividades lúdicas com jogos que envolvam regras e vários participantes. Além disso, para garantia da compreensão das atividades, temos usado o desenho seqüencializado e a narrativa escrita em linguagem direta e indireta como recursos para registro.

Com o transcorrer do processo foram sendo inseridas situações em que a criança foi levada a perceber, a prever e a descrever possíveis desfechos para as atividades, bem como observar sinais de sentimentos nos diversos personagens em jogos com regras preestabelecidas, mantendo a contextualização da proposta inicial, ou em situações rotineiras propostas pelas terapeutas ou pela criança.

Foram trabalhados, ainda, situações de dramatizações com a finalidade de buscarmos a possibilidade de representação simbólica, associada à capacidade de se colocar em diferentes papéis e ocupações.

Essas situações de dramatização foram bastante exploradas e envolviam não apenas a representação concreta de uma ação, mas também buscavam a construção imaginária de todo o ambiente, como, por exemplo, a montagem de uma papelaria com seus materiais básicos. Além da elaboração de diálogos, da resolução de problemas e da ênfase no trabalho imaginativo com relação ao uso de sentimentos, intenções e emoções e da tentativa de se colocar no lugar do outro, tendo a oportunidade de se vivenciar a mesma situação sob pontos de vista diferentes.

Atualmente, observamos uma tendência à escrita mais espontânea. O interesse por revistas em quadros também foi utilizado dentro da sala de terapia como possibilidade de construir narrativas com ênfase nos diálogos.

O interesse por suas produções gráficas cresceu ultimamente. M. chegou a produzir legendas, nomes de editoras e de autores.

A leitura também tem sido trabalhada, embora a criança apresente uma leitura adequada, com o uso de entoações marcadas muitas vezes.

M. tem apresentado grandes progressos, avanços evidenciados não apenas nas sessões de terapia como também em seu desempenho escolar, tanto no que diz respeito à perspectiva pedagógica quanto aos aspectos sociais.

O paciente, atualmente, é capaz de contar fatos cotidianos contextualizados, tem a possibilidade de descrever pessoas sob o ponto de vista da adoção diversificada de papéis. E, mais do que isso, está chegando à adolescência, tendo a possibilidade de auto-regulação de comportamentos inadequados.

Hoje, é capaz de relatar verbalmente suas dificuldades, o que torna suas diferenças mais fáceis de serem exploradas positivamente.

É importante salientar também que dentro do processo terapêutico fonoaudiológico, um aspecto primordial é o contato estabelecido com a família. Desse modo, realizamos, periodicamente, discussões com os pais, já a fim de termos mais subsídios para nosso trabalho, bem como relatar cada avanço alcançado pela criança, para que os pais acompanhem e compartilhem cada um desses avanços.

Além disso, as dificuldades comportamental, relacional e de comunicação da criança são discutidas também com a psicóloga.

Os contatos com a escola são periódicos e visam à troca de informações sobre a criança e à integração dos trabalhos realizados individualmente e no grupo de classe.

### **Discussão**

O quadro clínico do autismo infantil foi descrito por Kanner (1943) como uma síndrome, caracterizada por perturbações das relações afetivas com o meio; solidão autística extrema; inabilidade no uso da linguagem para comunicação; presença de boas potencialidades cognitivas; aspecto físico aparentemente normal; comportamentos ritualísticos e início precoce do quadro em 11 crianças diagnosticadas por ele.

Atualmente, com a proposta de classificação feita pelo DSM-IV (1994), considera-se o transtorno autista como pertencente aos quadros de transtornos invasivos do desenvolvimento. Esse tipo de classificação baseia-se nos critérios diagnósticos na clínica e abrange três áreas básicas, a saber: interação social, distúrbio da comunicação e na atividade imaginativa e repertório restrito de interesses, além da observação do início dos sintomas que invariavelmente acometem os indivíduos precocemente.

De acordo com a proposta da CID-10, o autismo infantil é definido como um tipo de desordem abrangente do desenvolvimento anormal ou alterado que se manifesta até a idade de três anos e atinge três áreas de psicopatologia: interação social recíproca, comunicação e interesses restritos.

Correlacionando os dados referentes à anamnese, à avaliação e à abordagem terapêutica à literatura, muitas considerações podem ser realizadas.

No caso descrito, aparentemente os desvios do desenvolvimento já foram percebidos pela família no primeiro ano de vida, como proposto tanto no DSM-IV quanto na CID-10, em que um dos critérios utilizados para o diagnóstico é a evidência do início precoce do quadro.

Segundo os relatos dos pais, as alterações quanto à interação social foram evidenciadas já no primeiro ano de vida, como a perda do interesse pela presença de outras pessoas, a diminuição da responsividade para estímulos ambientais e a tendência ao isolamento. Kanner (1943) mencionou vários comportamentos inadequados com relação à sociabilidade no quadro de autismo infantil. O DSM-IV (1994) considera a dificuldade na interação social como critério diagnóstico essencial para o transtorno invasivo do desenvolvimento.

M., desde o início, apresentou inabilidade motora, caracterizada inicialmente pelo andar na ponta dos pés, e, à medida que a criança se desenvolveu, movimentos desarmônicos, relacionados à dificuldade em adequar seu limite corporal ao espaço físico.

Perissinoto (1992) e Antunes (1994) afirmaram que, ao contrário do que se pensa sobre a criança autista ser frágil e coordenada, devido a sua agilidade em rodar objetos, estudos recentes têm mostrado que existe mais freqüentemente um comprometimento no uso do próprio corpo e na manipulação e uso intencional dos objetos.

De acordo com o relato dos pais, movimentos estereotipados eram bastante acentuados nos primeiros anos de vida. Estereotipias motoras caracterizadas por balanceios de dedos, por exemplo, ainda podem ser observadas, no entanto com menor freqüência.

Szatmari e col. (1989) relataram que as manifestações, como estereotipias e afastamento social, tendem a desaparecer ou a diminuir com a idade.

Alterações relacionadas aos aspectos de comunicação não-verbal e verbal foram relatadas pelos pais e incluem desde o atraso na aquisição e desenvolvimento de fala até a falha na compreensão de ordens verbais, além do uso inadequado dos gestos como apoio para comunicação.

Autores como Howlin & Rutter (1987) enfatizaram a presença das distorções de vocalizações dos padrões de balbúcio dos bebês em conversas pré-lingüísticas típicas entre mães e bebês como sinais iniciais para o

diagnóstico. Perissinoto (1995) descreveu várias inadequações comportamentais relacionadas à aquisição de linguagem, que incluem dificuldades na reação ao som, às vocalizações, ao balbúcio e à diferenciação de choro.

O trabalho terapêutico tem enfatizado as trocas comunicativas para a busca da construção do processo de linguagem. Num primeiro momento, utilizamos a atividade lúdica como mediadora desse processo, principalmente, pela própria necessidade de se explorar a representação simbólica.

Fernandes (1996) relatou a necessidade da adoção do jogo como, principalmente, meio de interação entre paciente e terapeuta no trabalho clínico de linguagem. Segundo a autora, a atividade lúdica permite o compartilhamento de significados dentro de um contexto comunicativo.

Ungerer & Sigman (1981), Morgan (1986) e Jarrold e col. (1993) enfatizaram a importância do surgimento rudimentar da capacidade de representação simbólica em crianças autistas. De acordo com esses autores, na minoria de sujeitos que apresentam essa possibilidade, o jogo apresenta-se repetitivo, sem inovação, desprovido de fantasia.

Temos observado que M. tem apresentado a possibilidade de brincar numa proposta imaginativa, embora as atividades sejam bastante repetitivas.

O que evidenciamos ainda é uma transposição de personagens e/ou desenhos gráficos, anteriormente assistidos na televisão ou vistos em revistas, que são trazidos pela criança nas atividades propostas. No entanto, ao contrário do que ocorria no início do trabalho terapêutico, quando essa transposição de assuntos era trazida aleatoriamente e, portanto, tornava-se descontextualizada, hoje é possível pensarmos numa adequação em relação aos assuntos abordados e ao momento de exposições destes.

Baron Cohen, Leslie & Frith (1985), Baron Cohen (1991) e Happe (1993) relataram em seus estudos a importância de se compreender o déficit social das crianças autistas como uma falha na capacidade metarrepresentacional.

Essa falha indica uma incapacidade na possibilidade de atribuir crenças, sentimentos intenções ou desejos nas outras pessoas, o que de certa forma ocasiona uma falha nas relações sociais e, conseqüentemente, no desenvolvimento da linguagem, uma vez que esses sujeitos apresentam dificuldades na compreensão das nuances do discurso alheio quando este envolve situações de ironia, piada e segundas intenções.

Baron Cohen (1997), aprofundando o estudo sobre a teoria da mente e suas implicações nos quadros de autismo infantil, afirmou que essa incapacidade de atribuição de intenções e sentimentos aos outros está vinculada a uma falha na leitura de sinais não

necessariamente verbais, mas principalmente de sinais comportamentais observados visualmente dentro de contextos específicos.

Deste modo, sujeitos autistas falham em compreender atos comunicativos verbais e não-verbais. Essa limitação está diretamente relacionada ao desenvolvimento da linguagem, uma vez que além das falhas de compreensão do discurso do outro, existe a alteração na atenção compartilhada e na leitura de sinais não-verbais implícitos na situação dialógica.

Esses aspectos relacionados à abordagem da teoria da mente são freqüentemente utilizados nas sessões de terapia, em situações de dramatização e mesmo em atividades lúdicas que envolvam personagens e contextos diversos.

Outro fator importante é o trabalho com relação à habilidade de leitura e de escrita. A escrita desde o início esteve presente, primeiro como uma garantia de recurso para registro do trabalho, mas sua finalidade principal era proporcionar uma adequação quanto à elaboração oral e, posteriormente, à ênfase no trabalho ortográfico.

Inicialmente, as narrativas somente eram construídas com a ajuda das terapeutas. M., embora tivesse compreendido a tarefa de reproduzir por escrito a atividade lúdica finalizada, tinha muita dificuldade na elaboração gráfica.

Invariavelmente, começava as redações com frases prontas, como "Era uma vez", ou trazia datas de conteúdos históricos, possivelmente aprendidos na escola e contextualizados, tornando a construção dialógica muito mais efetiva.

Finalizando, acreditamos ser importante salientar, novamente, a importância do contato estabelecido com a família e com a escola dentro do processo terapêutico fonoaudiológico.

Autores como Cooper, Moodley & Reynell (1978) e Tiegerman-Farber (1986) enfatizaram o papel fundamental que os pais exercem dentro desse atendimento, não apenas fornecendo subsídios para compreensão do quadro clínico, mas também compartilhando cada avanço da criança, servindo como co-autores do trabalho, uma vez que as técnicas utilizadas que objetivam o desenvolvimento da linguagem podem e devem ser adaptadas às situações do dia-a-dia.

Num sentido mais amplo, quando nos referimos ao quadro clínico do autismo infantil, observamos que a importância da presença familiar toma proporções ainda maiores, pois a adequação social que desejamos para os sujeitos autistas inicia-se com a compreensão e a utilização de regras sociais dentro do contexto familiar, com a inserção e adequação de comportamentos dentro de atividades cotidianas.

Além disso, o prolongamento desse trabalho de inserção de regras sociais terá sua continuidade na

vivência escolar. É na rotina escolar que a criança autista ampliará seus domínios sociais.

Moreno (1992), em seu relato sobre a experiência de ser mãe de um indivíduo autista, relatou as dificuldades em se estabelecer procedimentos de comunicação no cotidiano familiar. Tiegerman-Farber (1996) também enfatizou o uso de estratégias para facilitação de meios comunicativos e a necessidade de orientações periódicas à família, para que se estabeleça um programa de adequação da comunidade no contexto familiar.

Da mesma maneira, fornecer à escola subsídios para facilitação da inserção da criança autista na rotina escolar é, em nosso ponto de vista, fundamental.

Desse modo, buscamos estabelecer periodicamente discussões com os pais e a escola, pois, assim, temos os pais e a escola como observadores e ao mesmo tempo podemos proporcionar-lhes parâmetros de como lidar com as dificuldades comportamentais relacionais e de comunicação da criança.

## SUMMARY

The aim of this research was the characterization of speech and language's therapy in autism. We were based on a clinic case and we correlated the findings, comparing them to literature.

## KEYWORDS

Autism, high functioning autism, language, speech and language's evaluation.

## Bibliografia

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4ª edição, Washington, DC. Author, 1994.
2. ANTUNES, C.A.A. O perfil psicológico de crianças autistas. Temas sobre desenvolvimento. São Paulo: **Memnon**, 3, 15: 31-37, 1994.
3. BARON COHEN, S.; LESLIE, A & FRITH, U. Does the child have a "theory of mind?". **Cognition** 21: 34-46, 1985.
4. BARON COHEN, S.; LESLIE, A & FRITH, U. Mechanical behavioural and intencional understanding of stories in autistic children. **Journal of Developmetal Psychology** 4: 113-125, 1986.
5. BARON COHEN, S. Do people with autism understand what causes emotion? **Child developmental**. 62, 2: 385-95, 1991.
6. BARON COHEN, S. **Mindblindness: an essay on autism and theory of mind**. 1ª ed. London: MIT Press, 1997.
7. COOPER, J.; MOODLEY, M. & RENELL, J. **Helping language developmental**. 4ª ed., Baltimore: Edward Arnold, 1986.
8. FERNANDES, F.D.M. A terapia de linguagem. In: FERNANDES, F.D.M.; PASTORELLO, L.M. & SCHEUER, C.I. – **Fonoaudiologia em distúrbios psiquiátricos da infância**. São Paulo: Lovise, 1996. pp. 201-216.

9. HAPPÉ, F.E. Communicative competence and theory of mind in autism: a test of relevance theory. *Cognition* **48**: 101-119, 1993.
10. HOWLIN, P. & RUTTER, M. *Treatment of autistic children*. New York, Wiley, 1987.
11. JARROLD, C.; BOUCHER, J. & SMITH, P. Symbolic play in autism: a review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. **23**, 2: 281-307, 1993.
12. KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact – *Nervous Children* **2**: 217-250. 1943.
13. MORGAN, S. Autism and Piaget's theory: are the two compatible? *Journal of Autism and Developmental Disorders* **16**, 4: 441-457, 1986.
14. MORENO, S. **A parent's view of more able people with autism**. In: SCHOPLER, E. & MESIBOV, G.B. – High-functioning individuals with autism. New York: Plenus Press, 1992.
15. PERISSINOTO, J. **Psicose e neurose em crianças: um estudo quantitativo do desenvolvimento motor e da linguagem**. Tese de doutorado. Distúrbio da comunicação humana. Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 1992.
16. PERISSINOTO, J. **Distúrbio de linguagem**. In: SCHWARTZMAN, J.S.; ASSUMPÇÃO, F.B.J. – Autismo infantil. São Paulo: Memnon, 1995.
17. SZATMARI, P.; BERTOLUCCI, G.; BREMNER, R. & RICK, S. A follow up study of high functioning autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. **19**, 1989.
18. TIEGERMAN-FARBER, E. **Autism: learning to communicative**. In: BERSTEIN, D.K.; TIEGERMAN-FARBER, E. – Language and communication disorders in children. 4ª ed. Washington, Allyn and Bacon, pp. 524-573, 1996.
19. UNGERER, J.A. & SIGMAN, M. Symbolic play and language comprehension in autistic children. *Journal of the American Academy of Children* **20**: 318-337, 1991.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION **The ICD 10: classification of mental and behavior disorders**. Geneva, WHO, 1992.

**Endereço para correspondência:**

Ana Carina Tamanaha  
Rua Monsenhor Naline, 17 – Pq. Jabaquara  
04358-030 – São Paulo, SP  
Tel./Fax: (0XX11) 5031-5676  
E-mail: jacyperí@zaz.com.br / anacarina.otor@epm.br