



**Stephan Malta Oliveira**

**A Clínica do autismo sob uma perspectiva  
desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo  
no desenvolvimento da comunicação e da linguagem**

**Dissertação de Mestrado**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de  
Pós-graduação em Psicologia do Departamento de  
Psicologia da PUC-Rio.

Orientadora: Profa. Carolina Lampreia

Rio de Janeiro

Março de 2009



**Stephan Malta Oliveira**

**A Clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Departamento de Psicologia do Centro de Teologia e Ciências Humanas da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo assinada.

**Prof<sup>a</sup>. Carolina Lampreia**  
**Orientadora**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof<sup>a</sup>. Flavia Sollero de Campos**

Departamento de Psicologia – PUC-Rio

**Prof<sup>a</sup>. Renata Mousinho Pereira da Silva**

Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina - UFRJ

**Prof. Paulo Fernando Carneiro de Andrade**

Coordenador Setorial de Pós-Graduação  
e Pesquisa do Centro de Teologia  
e Ciências Humanas – PUC-Rio

Rio de Janeiro, \_\_\_/\_\_\_/2009.

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização do autor, da orientadora e da universidade.

## Stephan Malta Oliveira

Graduou-se em Medicina na Universidade Federal de Juiz de Fora, em 2000. Concluiu residência médica em psiquiatria no Instituto Philippe Pinel - RJ, em 2003. Médico-psiquiatra desde 2003

### Ficha Catalográfica

Oliveira, Stephan Malta

A Clínica do autismo sob uma perspectiva desenvolvimentista : o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem / Stephan Malta Oliveira ; orientadora: Carolina Lampreia. – 2009.

135 f. ; 30 cm

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Inclui bibliografia

1. Psicologia – Teses. 2. Clínica do autismo. 3. Engajamento afetivo. 4. Comunicação. 5. Terapia musical. I. Lampreia, Carolina. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Psicologia. III. Título.

CDD: 150

Ao Daniel, meu sobrinho-afilhado, que por meio do seu olhar, irradia brilho e  
alegria de viver

## Agradecimentos

A Deus, pela vida.

Aos meus pais, pela força e pelo amor, que sempre dispensaram a mim, pela cumplicidade.

À Fabi, pela construção diária do que chamamos “amor”...

À Carolina Lampreia, pelos ensinamentos, sobretudo, no que diz respeito à objetividade e clareza na elaboração de uma obra.

À Karla e ao Fred, pelo companheirismo, união e amizade.

À minha família, pelos valores de generosidade e respeito ao próximo, transmitidos.

Aos meus amigos de pós, em especial, à Dani, à Roberta, à Márcia, à Carol, à Mariana e ao Fernando.

À Bibinha, pelo afeto, pelos ensinamentos “não-verbais”.

A todos os meus amigos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para a minha formação e para a elaboração deste trabalho.

Aos meus pacientes, que tanto me ensinam, em especial, àquela que participou do trabalho, contribuindo de maneira ímpar para a sua construção, e à sua mãe.

À PUC-Rio, pelos auxílios concedidos.

## Resumo

Oliveira, Stephan Malta; Lampreia, Carolina (Orientadora). **A Clínica do Autismo sob uma Perspectiva Desenvolvimentista: o Papel do Engajamento Afetivo no Desenvolvimento da Comunicação e da Linguagem**. Rio de Janeiro, 2009. 135p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

O trabalho intitula-se “a clínica do autismo a partir de uma perspectiva desenvolvimentista: o papel do engajamento afetivo no desenvolvimento da comunicação e da linguagem”. Segundo a perspectiva adotada, o engajamento afetivo é fundamental para o desenvolvimento da intersubjetividade, da comunicação não-verbal e da comunicação verbal do ser humano. Dentro desta perspectiva, portanto, todas as alterações características do autismo, como o prejuízo na comunicação e nas interações sociais, bem como o padrão restrito e repetitivo de interesses e atividades, se devem, em grande parte, às alterações primárias no engajamento afetivo. O objetivo do trabalho foi a implementação de um programa de intervenção clínica para o autismo, que visa ao desenvolvimento do engajamento afetivo e da comunicação na criança autista. O trabalho com a música, dentro de um contexto de interação, constitui um dos pilares deste programa de intervenção. A importância deste trabalho consiste, sobretudo, no fato de que há uma similaridade entre elementos presentes na música e elementos presentes nas interações humanas. A implementação do programa de intervenção clínica para o autismo compreendeu duas partes: uma teórica e uma prática. A primeira buscou oferecer uma fundamentação epistemológica à implementação do programa, enquanto a segunda, que correspondeu à pesquisa de campo, consistiu na aplicação do programa de intervenção a uma criança autista, bem como em avaliar, se o programa proporcionou ou não, o desenvolvimento do engajamento afetivo e da comunicação, não-verbal e verbal, na criança, além de estabelecer se houve ou não, uma relação entre estes aspectos.

## Palavras-chave

Clínica do autismo, engajamento afetivo, comunicação, terapia musical.

## Abstract

Oliveira, Stephan Malta; Lampreia, Carolina (Advisor). **A Clínica do Autismo sob uma Perspectiva Desenvolvimentista: o Papel do Engajamento Afetivo no Desenvolvimento da Comunicação e da Linguagem.** Rio de Janeiro, 2009. 135p. MSc Dissertation – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

The title of this study is “the autism’s clinic under a developmental perspective: the effect of the affective engagement on the communication and language development”. According to the adopted perspective, the affective engagement is important for the development of the intersubjectivity, verbal and nonverbal communication of the human being. In this perspective, all the autism’s clinical features like impaired development of communication and social interaction, the restricted and repetitive patterns of interest and activities occur, especially, because of primary disorders at the affective engagement. The objective of this study was the implementation of a clinical intervention program that stimulates affective engagement and communication development in the autistic child. The work with music, in an interaction concept, is one of the pillars of this intervention program. The importance of this work is at the fact that there is a similarity between presenting elements in music and in human interaction. The clinical intervention program implementation for autism has two parts: one theoretic and one experimental. The first offers an epistemologic basis for the program implementation. The second is a field research which the intervention program was applied at an autistic child with the evaluation of the success or not of the program in developing the affective engagement, the verbal and nonverbal communication and to establish if there was or there was not a relation between them.

## Keywords

Autism’s clinic, affective engagement, communication, music therapy.

# Sumário

1. Introdução	9
2. O Desenvolvimento Típico da Linguagem	24
2.1. Engajamento Sócio-Emocional ou Engajamento Afetivo	25
2.2. Intersubjetividade	32
2.3. Intersubjetividade Primária – Interações Diádicas	35
2.3.1. Musicalidade Comunicativa .	36
2.3.2. Regulação Mútua	37
2.3.3. Sincronia, Simetria, Reciprocidade, Alternância de Turno, Contingência e Antecipação	38
2.4. Intersubjetividade Secundária – Interações Triádicas – Precursores da linguagem ou Linguagem Pré-Verbal	40
2.4.1. Imitação	41
2.4.2. Intenção Comunicativa, Proto-Declarativo e Proto-Imperativo	42
2.4.3. Sintonia do Afeto	44
3. O Desenvolvimento da Linguagem no Autismo	47
3.1. Histórico e Etiologia	48
3.2. Diagnóstico e Espectro Autístico	53
3.3. Sinais Precoces de Risco para o Autismo	55
3.4. As Alterações Propriamente Ditas no Desenvolvimento da Comunicação e da Linguagem no Autismo	57
4. Intervenções Clínicas para o Autismo	68
4.1. Integracionismo	69
4.2. Abordagem Desenvolvimentista Transacional	70
4.3. Programa Desenvolvimentista DIR	73
4.3.1. Considerações Gerais	73
4.3.2. Diretrizes	76
4.4. Terapia de Improvisação Musical	80
4.4.1. Considerações Gerais	80
4.4.2. Como Desenvolver o Engajamento Afetivo através da Música	86
5. Pesquisa de Campo	93
5.1. Introdução	93
5.2. Método	95
5.2.1. Participante	95
5.2.2. Procedimento	97
5.2.3. Resultados	101
Parte Descritiva	102
Análise dos Dados	109
5.3. Discussão	120
6. Considerações Finais	122
7. Referências Bibliográficas	132

## Introdução

Em 2003, iniciei um trabalho como psiquiatra no Instituto Municipal Nise da Silveira, no Rio de Janeiro, em que atendia a crianças e adolescentes. Esta unidade funciona como uma das referências de assistência à clínica da infância e adolescência no Estado. Atendia 40 crianças, aproximadamente, com o diagnóstico de autismo. Era meu primeiro contato com estas crianças desde que havia terminado a residência médica. Comecei a perceber, desde então, que se tratava de uma das condições mais intrigantes em Psiquiatria, até mesmo, em minha opinião, que o transtorno esquizofrênico. Intrigante e diria, até mesmo, enigmático. Isto por se tratar de uma alteração que chama muito a atenção de todos, que é a alteração no campo da interação social e, conseqüentemente, da construção dos significados, da fala, da linguagem, além de todos os comportamentos bizarros vistos nestas crianças. Alterações estas que, apesar de extremamente significativas, não encontram um substrato anátomo-patológico ou genético específicos que a justifiquem. Isto me fez começar a pensar sobre as questões etiológicas relacionadas ao autismo.

Por um lado, encontrava, na clínica, crianças com o referido diagnóstico, com famílias com precárias condições sócio-familiares e, por outro lado, observava crianças com famílias razoavelmente saudáveis, em minha opinião. Tais observações levavam-me a corroborar achados de pesquisas recentes que apontam para um importante componente genético na gênese do transtorno. No entanto, o componente genético, como abordado nesta dissertação, deve ser compreendido dentro de um processo de articulação com o meio social no qual há uma influência mútua entre ambos os componentes. Tal processo é próprio da visão construtivista, que será tratada mais adiante.

Todas estas questões que foram surgindo no decorrer do meu trabalho clínico, aliadas aos inúmeros desafios e dificuldades característicos deste, suscitaram em mim o interesse pela busca de uma literatura e de um corpo teórico que pudessem embasá-lo.

Trato, neste estudo, da Clínica do Autismo. Percebe-se a importância deste tema nos inúmeros artigos, publicações e trabalhos realizados nas últimas décadas, cada qual com seu referencial específico. A interação social constitui um dos pontos centrais desta clínica, visto que uma das características marcantes do transtorno é o prejuízo na comunicação e na interação social. Estes elementos, juntamente com um padrão estereotipado, restrito e repetitivo de comportamentos, interesses e atividades, constituem a tríade clássica do transtorno, de acordo com sua definição pela CID – 10 (2000) e DSM – IV- TR (2002). Entende-se, de acordo com as perspectivas teóricas que adoto como referencial para este trabalho, a perspectiva pragmática e a perspectiva desenvolvimentista, que a interação social é fundamental para o desenvolvimento da linguagem, uma vez que esta é concebida como sendo construída a partir das práticas sociais. Portanto, havendo um prejuízo no campo das interações sociais, no caso do autismo, haverá, conseqüentemente, um prejuízo no campo da linguagem. Enfatizo, desde já, que o termo linguagem, neste trabalho, remete à comunicação: não-verbal e verbal. Será dada, no entanto, uma ênfase maior à comunicação não-verbal, pois esta se encontra profundamente alterada no autismo e boa parte das crianças autistas podem ser consideradas como “crianças não-verbais”. Tratarei, de tal forma, mais especificamente, dos precursores da linguagem, representados pela comunicação não-verbal. Sempre que me referir a autismo, estarei referindo-me a todo o espectro autístico.

Trabalharei no que se refere às interações sociais, com a conceituação de engajamento sócio-emocional, ou engajamento afetivo, entendendo que a dimensão afetiva do ser humano ocupa um lugar primordial neste campo. Hobson (1993) define engajamento sócio-emocional, a partir de estudos realizados, de base observacional, como a responsividade afetivo-perceptual dos bebês a alguns aspectos da expressividade e comportamento relacionado ao afeto de outra pessoa. Afirma, ainda, que os bebês reagem com afetos coordenados às expressões corporais de outros e percebem algo do significado afetivo na expressividade corporal de seus parceiros comunicativos.

Utilizo como base teórica para a dissertação, como mencionado acima, a perspectiva pragmática de linguagem e a perspectiva desenvolvimentista<sup>1</sup>. Entendo que a perspectiva pragmática oferece uma base de sustentação filosófica e epistemológica – no que diz respeito à visão de sujeito e à construção da linguagem – às perspectivas construtivista-social<sup>2</sup> e desenvolvimentista, pertencentes ao campo da psicologia que, por sua vez, nortearão o trabalho clínico que será realizado na pesquisa de campo. A concepção pragmática, que se encontra no ramo da filosofia da linguagem, concebe o sujeito como sendo constituído a partir de práticas sociais e a linguagem, portanto, sendo anterior ao sujeito e o constituindo. O referencial que adoto dentro da pragmática é, sobretudo, aquele visto em Wittgenstein (1953), no qual o significado é dado pelo uso, de acordo com os diferentes contextos e as diversas práticas sociais. Tal referencial funciona como “pano de fundo” para este trabalho. A partir dele, se desenvolvem todos os demais referenciais adotados; referenciais estes, que se voltam mais especificamente para o campo da clínica. A perspectiva desenvolvimentista adotada, que apresenta uma visão construtivista-social, concebe a constituição do sujeito, segundo uma lógica de construção, na qual há uma complexa articulação entre as capacidades biológicas iniciais para o engajamento social e as interações sociais posteriores (Lampreia, 2004 e 2007). Ainda dentro do referencial desenvolvimentista, alguns autores com os quais trabalho, como Hobson (1993), Greenspan e Wieder (2006) e Stern (1992, 1995, 2002), consideram a dimensão afetiva como um aspecto fundamental neste processo de construção da linguagem e constituição do sujeito, podendo, por isto, ser considerado também como um referencial desenvolvimentista, que tem um enfoque afetivo.

Outras perspectivas que são frequentemente adotadas para a compreensão do autismo são a perspectiva cognitivista e a perspectiva comportamental. Na primeira, compreende-se que a constituição do sujeito é anterior à linguagem, uma vez que processos cognitivos são o que de fato,

---

<sup>1</sup> Sempre que me referir à perspectiva desenvolvimentista e aos autores desenvolvimentistas, compreenda-se que estarei mencionando a psicologia do desenvolvimento e seus respectivos autores que adotam uma visão construtivista-social, e não a psicologia do desenvolvimento e seus autores que têm uma compreensão cognitivista do desenvolvimento.

<sup>2</sup> Construtivista-social refere-se ao campo da Psicologia que compreende a constituição do sujeito bem como o desenvolvimento da linguagem enquanto um processo de construção que se dá a partir de interações sociais, opondo-se à perspectiva construtivista que tem uma concepção cognitivista, como é o caso da perspectiva piagetiana.

permitem o desenvolvimento da linguagem. Tal concepção é aquela encontrada na Teoria da Mente, como em Frith e Frith (2001). Nesta perspectiva, a ênfase recai sobre o aspecto cognitivo do ser humano, havendo uma dicotomização clara entre cognição e afeto, sendo este último praticamente ignorado. Já na segunda abordagem, na perspectiva comportamental, há certa compatibilidade com o referencial construtivista, no qual sujeito e linguagem são compreendidos dentro de um processo de construção. No entanto, a ênfase recai sobre o comportamento do ser humano apenas, o qual é visto, sobretudo, em termos de comportamentos condicionados, havendo pouca ou nenhuma referência à dimensão afetiva.

O objetivo desta dissertação é a implementação de um programa de intervenção clínica para o autismo, visando-se, com este, ao desenvolvimento do engajamento afetivo das crianças autistas, para, com isto, desenvolver a comunicação não-verbal e a comunicação verbal das mesmas, permitindo a sua entrada no campo do simbólico e, conseqüentemente, no campo da linguagem. Esta implementação consiste em uma parte teórica, que visa a oferecer uma fundamentação epistemológica a ela e uma parte clínica, correspondente à pesquisa de campo. O programa de intervenção que foi aplicado na pesquisa de campo tem como base pressupostos desenvolvimentistas. O mesmo foi adaptado ao nosso contexto (inclusive para o contexto do serviço público de nosso país), visto que os programas de intervenção que o fundamentam, foram desenvolvidos em contextos extremamente diferentes do nosso.

Uma das noções centrais deste programa de intervenção é a ideia de integracionismo (Trijsburg, Colijn e Homes, 2007), segundo a qual, há a possibilidade de se articular vários referenciais teóricos<sup>3</sup>, os quais podem ser aplicados à clínica, de acordo com a necessidade encontrada. O integracionismo surge como uma das conseqüências do pensamento oriundo da concepção pragmática de linguagem, como um uso pragmático de qualquer abordagem terapêutica que pareça útil para um determinado paciente e problema (Holmes e Bateman, 2002, citados por Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007). Dentro desta noção integracionista, alguns modelos desenvolvimentistas

---

<sup>3</sup> No integracionismo, não há uma preocupação de se articular referenciais teóricos que tenham compatibilidade quanto a seus pressupostos. No entanto, dentro da minha práxis, articularei apenas referenciais compatíveis em seus pressupostos.

de intervenção clínica para o autismo, como o modelo DIR de Greenspan, (2006), a perspectiva transacional de Prizant, Wetherby e Rydell (2000) e a terapia de improvisação musical, de Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts (1998), oferecerão uma base de sustentação teórico-clínica à implementação do programa de intervenção, sendo este último modelo mencionado, a base do programa.

Para realizar o objetivo mencionado e oferecer uma base de sustentação epistemológica à implementação do programa de intervenção, faz-se necessário realizar um estudo sobre as alterações na comunicação não-verbal e na comunicação verbal no autismo, conferindo uma ênfase às alterações no engajamento afetivo, consideradas primárias, dentro do referencial adotado. Contudo, para que se possa compreender tais alterações, faz-se necessário a realização de um estudo acerca do desenvolvimento típico do engajamento afetivo e da comunicação, ou seja, do desenvolvimento típico da linguagem. De tal forma, tratarei no capítulo 2 deste tema, com ênfase no desenvolvimento da comunicação não-verbal e verbal e no desenvolvimento do engajamento afetivo. Opto por este termo ao longo de toda a dissertação, que equivale a engajamento sócio-emocional. No capítulo 3, tratarei do desenvolvimento da linguagem no autismo, com ênfase sobre as alterações no engajamento afetivo, encontradas no transtorno, consideradas primárias para o desenvolvimento do mesmo, e sobre as alterações na comunicação não-verbal e comunicação verbal. O capítulo seguinte se refere aos modelos de intervenção clínica para o transtorno, de orientação desenvolvimentista, mencionados anteriormente, os quais fundamentam o programa de intervenção clínica que será aplicado na pesquisa de campo. O capítulo 5 destina-se à pesquisa de campo propriamente dita, e, finalmente, o capítulo 6, às considerações finais.

No capítulo sobre o desenvolvimento típico da linguagem, trato, inicialmente, do engajamento afetivo ou engajamento sócio-emocional. Considero que este aspecto perpassa todo o desenvolvimento do ser humano, estando, portanto, presente nas interações diádicas e interações triádicas, dentro da comunicação não-verbal. Corresponde a uma resposta emocional à expressividade do afeto de outra pessoa, como visto em Hobson (1993). Neste, desenvolvo as noções de afetos de vitalidade, encontradas em Stern (1992) e de coordenação afetiva (Tronick, 1989).

Em seguida, trato da noção de intersubjetividade, vista em Gómez (2006), em Trevathen e cols. (1998) – intersubjetividade primária e intersubjetividade secundária – e Stern (1992). Entendo que este aspecto também perpassa todo o desenvolvimento do ser humano e que todos os aspectos das interações que serão tratados com relação ao desenvolvimento da comunicação podem ser considerados como intersubjetivos. A intersubjetividade é fundamental para que ocorra o desenvolvimento da comunicação humana. Incluo, dentro do aspecto da intersubjetividade, o engajamento afetivo, o qual corresponde a uma apreensão dos estados afetivos internos<sup>4</sup> do outro. Gomez (2006) afirma que a intersubjetividade ocorre não apenas quando alguém olha para um objeto que está sendo segurado por outra pessoa, mas quando alguém pensa sobre o que a outra pessoa está pensando ou sentindo sobre um determinado objeto. Então, considera que, deste modo, ela estará sendo intersubjetiva. Desta forma, intersubjetividade envolve a apreensão dos estados subjetivos internos do outro (pensamentos, emoções, sentimentos e desejos) enquanto engajamento afetivo, envolve apenas a apreensão dos estados afetivos internos do outro (afetos e emoções). O engajamento afetivo possibilita o desenvolvimento da intersubjetividade, uma vez que a apreensão dos afetos e emoções é que possibilitará a apreensão dos sentimentos, pensamentos e motivações do outro<sup>5</sup>. Enfatizo que estes dois conceitos, engajamento afetivo e intersubjetividade, muitas vezes, confundem-se. Prefiro adotar a expressão wittgensteiniana “semelhanças de família” para tratar da articulação entre estes conceitos, acreditando que uma tentativa de estabelecer uma delimitação rígida entre eles seja inútil.

Quero deixar claro, como já mencionado, que enfatizarei, no processo de desenvolvimento da linguagem, a comunicação não-verbal, ou seja, os aspectos anteriores à comunicação verbal, uma vez que estes aspectos encontram-se marcadamente comprometidos no autismo. Compreendem tanto as interações diádicas, (precursor dos precursores) quanto às interações triádicas (precursores da linguagem ou linguagem pré-verbal). Deve-se

---

<sup>4</sup> Interno aqui, não se refere a uma concepção dualista interno-externo. Trata-se, na verdade, de algo que é passível de ser percebido diretamente.

<sup>5</sup> Trabalho com a distinção, feita por Damásio (2004), entre afeto/emoção e sentimento. Os primeiros seriam de ordem essencialmente corporal, enquanto o segundo, de ordem cognitiva, correspondendo a uma elaboração cognitiva dos afetos e emoções.

considerar todos estes elementos como pertencentes à dimensão da intersubjetividade e ao engajamento afetivo, já que ambos perpassam todo o desenvolvimento do ser humano. Desenvolvo, então, dentre as interações diádicas, a conceituação dos seguintes aspectos: musicalidade comunicativa, visto tanto em Trevarthen e Aitken (2001) quanto em Stern (2002); regulação mútua, visto em Stern (2002); sincronia, simetria, reciprocidade, alternância de turno, contingência e antecipação (Brazelton e Cramer, 1990 e Stern, 1992). Por outro lado, dentro das interações triádicas ou precursores da linguagem, tem-se: as imitações, a intenção comunicativa, os proto-imperativos, proto-declarativos, os quais fazem parte da denominada atenção compartilhada, vistos em Bates (1976) e a sintonia afetiva (Stern, 1992). Considero relevante também tratar da importância do engajamento afetivo e da capacidade da criança de compartilhar a atenção a um determinado objeto com outra pessoa, isto é, da atenção compartilhada (Stern, 1992), para o desenvolvimento da capacidade simbólica da mesma. Considero também a questão da passagem do ato ao gesto e deste ao símbolo (Lampreia, 2008).

Dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, para que se dê o adequado desenvolvimento da linguagem, é necessário que antes haja o adequado desenvolvimento das interações diádicas e interações triádicas, ou seja, da comunicação não-verbal. Isto é o que possibilitará a entrada da criança no campo do simbólico e o conseqüente desenvolvimento da comunicação verbal.

Enfatizo neste trabalho a dimensão afetiva do ser humano, o engajamento afetivo, por compreender ser este crucial para o desenvolvimento satisfatório dos aspectos referidos. Compartilho também da visão encontrada em alguns autores desenvolvimentistas, como Daniel Stern, Stanley Greenspan e Peter Hobson, de que alterações na dimensão afetivo-relacional das crianças autistas possuem um papel primordial para o desenvolvimento do transtorno. Uma das razões que considero sustentar esta hipótese é o fato de que, em determinadas crianças do espectro autístico, como aquelas com síndrome de Asperger, o desenvolvimento de certas capacidades cognitivas é muito mais evidente que o desenvolvimento de aspectos afetivo-relacionais, mesmo estas crianças sendo capazes de se expressarem verbalmente.

No capítulo 3, trato, especificamente, das alterações no desenvolvimento da linguagem, que ocorrem no autismo. Discuto as diversas formas de prejuízos relacionados ao engajamento afetivo, às interações sociais, à comunicação e à linguagem, encontrados neste transtorno, sobretudo os prejuízos na área da comunicação não-verbal.

Início o capítulo propondo uma breve discussão histórica acerca do autismo, bem como sobre questões de natureza etiológica. Descrevo as diversas formas de compreensão do autismo existentes nos primeiros anos de estudo, suas variações, até se chegar às formas de compreensão encontradas hoje. Leo Kanner (1943) foi quem descreveu os primeiros casos de autismo. Considerava o transtorno como um distúrbio autístico do contato afetivo. Segundo Trevarthen e cols., (1998), o próprio Kanner passou por mudanças ao longo do tempo com relação ao seu entendimento sobre a questão etiológica do transtorno. Primeiramente, sugeriu que todos os sintomas advinham de uma inabilidade inata destas crianças para o contato interpessoal, implicando que uma alteração no crescimento do cérebro seria o fator responsável. Mais tarde, Einsenberg e Kanner (1956) passaram a considerar tanto a presença de fatores genéticos e orgânicos quanto a presença de fatores psicodinâmicos na gênese do transtorno. Dentre os fatores psicodinâmicos, destacavam-se a friidez emocional das famílias de crianças autistas, bem como uma possível ligação a condições sociais favorecidas e a uma alta inteligência por parte dos pais destas crianças. Segundo estes autores, a característica patognomônica do transtorno seria uma “inabilidade das crianças em se relacionarem com as pessoas e situações, em um modo ordinário, desde o início da vida” (Einsenberg e Kanner, 1956, p. 556). Traço uma diferenciação entre algumas formas de compreensão da etiologia do autismo, encontradas na contemporaneidade, conferindo ênfase à perspectiva transacional.

Em seguida, conceituo o transtorno autístico, passando a estabelecer uma diferenciação entre o denominado autismo clássico e as inúmeras outras formas de apresentação clínica que se encontram dentro do espectro autístico. Deste modo, nas outras formas de autismo, como a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett, o autismo atípico e o autismo sem outra especificação, não há a necessidade do preenchimento completo de todos os critérios diagnósticos, quais sejam: o déficit na reciprocidade social e na comunicação, além do

padrão repetitivo e restrito de interesses e comportamentos. Nestas situações, há uma variação com relação tanto ao número de domínios afetados quanto ao grau do prejuízo (Lord e Risi, 2000).

Com relação às alterações na comunicação não-verbal, no pensamento simbólico e no jogo imaginativo (jogo de faz-de-conta), encontradas no autismo, enfatizo as alterações da ordem do engajamento afetivo. Estabeleço uma relação sobre o papel central que as alterações deste ocupam no desenvolvimento do transtorno. Trato dos sinais precoces para o autismo, nos quais se evidenciam um grande prejuízo da criança autista em coordenar sensações, emoções e ações motoras (Greenspan e Wieder, 2006). Hobson (1989, 1990c,d, 1993, a,b, citado por Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts, 1998), afirma que o déficit social observado no autismo se deve fundamentalmente a uma inabilidade destas crianças em responder emocionalmente a outros.

Hobson (2005) mostra, por meio de diversos estudos realizados, as alterações referentes ao engajamento afetivo das crianças com autismo. Afirma que as evidências sugerem que, para estas crianças, a coordenação intrapessoal de expressões pode estar prejudicada, o que tem óbvias implicações para o padrão das experiências pessoais e interpessoais das mesmas. Afirma também que um dos dados que corroboram a ideia de que os déficits emocionais constituem a alteração essencial do autismo é “a efetividade das intervenções que facilitam o engajamento afetivo entre crianças autistas e outros” (Hobson, 2005, p. 419).

O capítulo 4 é destinado às intervenções clínicas. Dentro da abordagem integracionista, tratarei dos modelos de intervenção que constituíram a base do programa de intervenção clínica, que foi implementado por meio desta dissertação. São eles: o Modelo DIR de Greenspan e Wieder (2006), a Perspectiva Desenvolvimentista Transacional de Prizant e cols. (2000) e a Terapia de Improvisação Musical (Trevarthen e cols. 1998). Este último modelo ocupa um papel central na intervenção. Por isto, a denominação do programa aplicado na pesquisa de campo – Modelo integracionista, de base desenvolvimentista-musical, para o autismo (MIDMA). Todos estes modelos têm em comum a perspectiva desenvolvimentista em que se baseiam. Todos

eles focam, em maior ou menor grau, o desenvolvimento do engajamento afetivo e das interações sociais das crianças com autismo.

Com relação à perspectiva desenvolvimentista transacional (Prizant e cols. 2000), transacional se refere às influências interdependentes e recíprocas entre a criança com autismo, o meio social e a interação entre o indivíduo e o ambiente ao longo do tempo (Sameroff e Fiese, 1990, citados por Wetherby e Prizant, 2000).

Prizant e cols. (2000) consideram seu modelo, assim como o modelo DIR de Greenspan e Wieder, como abordagens desenvolvimentistas sócio-pragmáticas, uma vez que buscam o desenvolvimento dos aspectos pragmáticos da linguagem, em um contexto de interações sociais. Referem que o foco de seu programa de intervenção é oferecer uma ajuda à criança para que a mesma comunique coisas que conheça ou emoções que sinta. Afirmam ainda que a experiência da linguagem é usada para mediar o pensamento e solucionar problemas, funcionando como uma provisão para a regulação emocional.

Os autores, ao citarem Greenspan (1997), referem que é através de trocas e sintonia afetiva que crianças aprendem a construir relações de confiança com outros, as quais oferecem a base para o crescimento social, cognitivo e comunicativo. Mencionam algumas características das abordagens desenvolvimentistas sócio-pragmáticas, quais sejam: focar sobre a comunicação social espontânea, dentro de uma estrutura mais flexível de atividades; ênfase sobre a construção de repertórios comunicativos multimodais, isto é, sobre fala, gestos, os quais capacitam a criança a ter uma variedade de estratégias para expressar intenções; contextos de aprendizagem, que envolvam atividades ou eventos, escolhidos por interesses e motivações da própria criança e a relevância de uma dada resposta da criança ser considerada em referência ao contexto, havendo o reconhecimento de que comportamentos não-convencionais da criança podem constituir legítimos esforços da mesma para se comunicar.

Prizant e cols. (2000) reconhecem uma importante diferença quanto aos objetivos de seu modelo de intervenção e o modelo DIR, dentro do *continuum* das abordagens desenvolvimentistas sócio-pragmáticas. Segundo os autores, o objetivo principal do modelo DIR é ajudar a criança a desenvolver níveis complexos de crescimento sócio-emocional, o qual é visto pelos

fundamentadores do programa como a base para o desenvolvimento comunicativo e da linguagem. Por sua vez, a perspectiva desenvolvimentista transacional foca principalmente sobre objetivos sócio-comunicativos específicos, sobre aumentar as habilidades da criança para expressar intenções comunicativas e emoções, em última instância, sobre o desenvolvimento das interações sociais.

Já o modelo DIR – Development, Individual Differences and Relationship – Modelo Desenvolvimentista, baseado na relação e na diferença individual, foi fundamentado por Greenspan e Wieder (2006). Como o próprio nome diz, trata-se de um modelo desenvolvimentista, baseado na diferença individual e na relação. Desenvolvimentista se refere ao nível de desenvolvimento em que se encontra a criança a ser tratada; individual ao modo como se dá o processamento sensorial em cada criança e no termo relação, percebe-se toda a importância conferida por este modelo às interações que são estabelecidas pela criança com suas figuras significativas.

Segundo Greenspan e Wieder (2006), o desenvolvimento da linguagem, da cognição e mesmo de formas complexas de pensamento, como o pensamento abstrato, ocorrem a partir de relações, nas quais existam trocas que sejam emocionalmente significativas. Claramente se vê neste referencial uma valorização da dimensão afetiva do ser humano e um foco sobre o desenvolvimento do engajamento afetivo.

Ambos os modelos, mencionados acima, tratam da importância de se desenvolver as interações sociais e o engajamento afetivo no autismo, mas carecem, a meu ver, de apontar caminhos de como se fazer isto. Tal papel cabe à terapia de improvisação musical (Trevarthen e cols., 1998), a qual constitui a base para o programa de intervenção implementado.

A terapia de improvisação musical trabalha com a noção de improviso, com a ideia de se permitir com que a criança possa fazer um uso improvisado dos instrumentos. Acredita-se que este trabalho com a música facilite a interação e a comunicação entre clínico e paciente, que a comunicação sustentada pela música pode ser utilizada para promover o desenvolvimento da comunicação emocional, desenvolvendo, por exemplo, a expressão corporal da criança, seus gestos em uma interação, bem como sua espontaneidade. (Trevarthen e cols. 1998).

Este modelo oferece alguns pressupostos básicos que foram trabalhados no programa de intervenção aplicado na pesquisa de campo, como por exemplo, o fato de vários elementos presentes nas interações humanas também se encontrarem presentes na música, como, por exemplo: a tonalidade, o tempo, o ritmo, a intensidade e mesmo o silêncio. Isto corrobora a ideia de que um trabalho realizado com música, tendo tal caráter de improvisação, possa facilitar o desenvolvimento da comunicação não-verbal, por parte do paciente, uma vez que todos estes elementos se encontram presentes na comunicação não-verbal humana. Outro pressuposto é a relação entre a presença de aspectos de repetição e de inovação, tanto nas frases musicais quanto nas respostas humanas em interações. A musicalidade comunicativa, como um importante elemento para o desenvolvimento da comunicação humana, é outro fator a ser explorado por este modelo de intervenção. Esse trabalha com a ideia de se criar um ambiente de interação musical com a criança autista, respondendo, por meio dos instrumentos musicais, às expressões comportamentais e expressões musicais das crianças, ou seja, às formas dinâmicas de expressão das mesmas (Pavlicevic, citada por Trevarthen e cols. 1998). O trabalho com a música é realizado com o intuito de, sobretudo, desenvolver aspectos da comunicação não-verbal da criança, como a sincronia, a reciprocidade, a alternância de turno, a contingência e a antecipação, uma vez que a interação musical se dá eminentemente pela via não-verbal.

No capítulo 5, foi tratada a pesquisa de campo, cujo método de pesquisa utilizado foi o método qualitativo do estudo de caso. Este consistiu na aplicação de um programa de intervenção clínica a uma criança com o diagnóstico de autismo, além de uma avaliação se o programa proporcionou ou não o desenvolvimento do engajamento afetivo e da comunicação por parte da criança. Foi avaliada também a relação entre o desenvolvimento do engajamento afetivo e dos demais aspectos da comunicação na mesma.

A pesquisa de campo foi realizada em um ambulatório de psiquiatria vinculado ao SUS. Consistiu no acompanhamento clínico a uma criança com o diagnóstico de autismo, uma vez que a outra criança, que participaria da pesquisa, não iniciou o trabalho. O diagnóstico foi feito mediante a aplicação da CARS – The Childhood Autism Rating Scale – (Schopler, E.; Robert, J.; Reichler, M.D. and Renner, B.R. 1988) – que consiste em uma escala utilizada

tanto para o diagnóstico do autismo quanto para a avaliação do grau do transtorno – bem como pelo emprego dos critérios diagnósticos da CID – 10 (2000) e DSM-IV-TR (2002).

Com relação ao procedimento da pesquisa de campo, a frequência de atendimento foi de uma vez por semana, com uma duração média de 50 minutos cada sessão. As primeiras 3 sessões foram realizadas sem o emprego da técnica referente ao programa, o que correspondeu à linha de base da pesquisa. Em seguida, iniciou-se a aplicação do programa de intervenção clínica, o qual possui dois conceitos-chave, norteadores do trabalho clínico: coordenação afetiva (Tronick, 1989) e sintonia afetiva (Stern, 1992), os quais serão discutidos mais detalhadamente ao longo da dissertação.

Foram utilizados alguns objetos como bola, fantoches, blocos de montar, chocalho, pandeiro e violão, como meio de facilitar a interação entre terapeuta e a criança. Os instrumentos musicais, por sua vez, tiveram um papel ímpar neste trabalho.

Foi realizado também, na pesquisa de campo, um trabalho com a família da criança. Consistiu em um trabalho de orientação ao cuidador. Goodman e Scott (2004) afirmam que, em psiquiatria infantil, muito do trabalho para o benefício da criança é feito através dos pais, sendo o aconselhamento e o apoio parte do repertório básico de muitos clínicos, independentemente do transtorno da criança. Entretanto, um tempo maior de atendimento foi dedicado à própria criança.

Foram seguidas algumas diretrizes básicas de assistência, de acordo com os referenciais e modelos terapêuticos adotados, como, por exemplo: buscar contato de forma ativa com a criança, procurando se colocar no campo de visão da mesma, respeitando obviamente o seu limiar de tolerância (Alvarez, 1996); seguir o interesse da criança, utilizando objetos escolhidos por ela própria (Greenspan e Wieder, 2006); trabalhar dentro de um *continuum* facilitativo-diretivo (Prizant e cols. 2000), dando preferência no início do tratamento a estratégias facilitativas, ou seja, a estratégias que respeitem mais a escolha feita pela criança dos objetos e brincadeiras a serem realizados; utilizar instrumentos musicais de forma improvisada, sem qualquer compromisso didático, como meio de facilitar a interação com a mesma e de promover o

desenvolvimento do engajamento afetivo, da espontaneidade, da comunicação não-verbal, comunicação verbal e das variações de respostas por parte dela.

Foram utilizadas tanto medidas quantitativas quanto medidas qualitativas para a avaliação da evolução clínica da criança. As primeiras correspondem às medidas comportamentais, que são medidas susceptíveis a avaliações objetivas. As segundas correspondem ao que García-Pérez, Lee e Hobson (2007) denominam medidas intersubjetivas. A categoria qualitativa, a saber, o engajamento afetivo, é avaliada mediante a atribuição de pontos por parte do avaliador, em uma escala que vai de 1 a 5 pontos, segundo os autores mencionados. Na pesquisa de campo, foi considerada uma escala que varia de 1 a 3, sendo 1 para engajamento afetivo fraco, 2 para engajamento afetivo médio e 3 para engajamento afetivo forte.

Segundo os autores referidos, há uma maneira de se avaliar esta medida qualitativa, com certo grau de confiabilidade, mesmo considerando-se que esta avaliação passa, eminentemente, por vias subjetivas. García-Pérez, Lee e Hobson (2007) se valem das sensibilidades dos avaliadores humanos para estabelecerem taxas intersubjetivas, afirmando que os seres humanos são os únicos “instrumentos de medida” apropriados para avaliar estes aspectos das relações interpessoais. Utilizaram em sua pesquisa dois avaliadores independentes para cada participante. Mostram, com isto, que estas medidas intersubjetivas podem ser importantes para complementar as medidas de avaliação comportamental e que é possível se obter medidas qualitativas. Na pesquisa de campo, a avaliação das medidas qualitativa e quantitativas (categorias) foi feita apenas por mim.

As categorias foram anotadas em folhas de registro, ao final de cada sessão. Como visto anteriormente, o engajamento afetivo teve uma variação de 1 a 3. Já as categorias quantitativas, foram avaliadas em: ausente, presente sob indução (quando é necessário realizar duas ou mais atividades para se obter a atenção da paciente e o referido comportamento) e presente espontaneamente (quando é necessário realizar uma ou nenhuma atividade para se obter a atenção e o referido comportamento por parte da criança). A pontuação foi de 1 para ausente, 2 para presente sob indução e 3 para presente espontaneamente.

Passemos às diversas categorias que foram trabalhadas. Conforme mencionado, a categoria qualitativa é o engajamento afetivo. É importante

assinalar que esta medida se sobrepõe às medidas quantitativas, no contexto da avaliação, uma vez que os aspectos das interações ocorrem de um modo dinâmico e integrado.

As medidas quantitativas, por sua vez, foram divididas entre as interações diádicas e interações triádicas. Nas primeiras, encontram-se: olhar para a face, olhar para um objeto segurado por outra pessoa, contato ocular, sorriso responsivo, vocalizações não-referenciadas, vocalizações melódicas, reciprocidade, alternância de turno, contingência e antecipação. Nas segundas, tem-se: seguir o apontar, proto-declarativo, proto-imperativo, *timing*, imitações e fala referenciada.

As categorias foram utilizadas com a finalidade de se observar a evolução clínica da criança. Dentro dos resultados da pesquisa de campo, o período correspondente à intervenção clínica foi dividido em três fases correspondentes às mudanças no padrão interativo e de respostas da criança. Inicialmente, os resultados foram avaliados de forma descritiva, de como ocorreu o acompanhamento clínico e, posteriormente, foram avaliados por meio da análise dos dados, referentes às categorias registradas nas folhas de registro. Estes dados foram transcritos para figuras de colunas, de modo a facilitar a visualização e a interpretação dos mesmos. A escala CARS foi aplicada também ao final da intervenção, de modo a avaliar, neste momento, o grau do autismo da paciente submetida à pesquisa. No final do capítulo, foi tratado das discussões acerca do estudo de caso realizado.

A parte final da dissertação será destinada às suas considerações finais.

## 2

### O Desenvolvimento Típico da Linguagem

Na parte inicial do capítulo, trato do conceito de engajamento afetivo, conceito este que constitui ponto central para este trabalho. Como visto na introdução, compartilho da ideia de diversos autores desenvolvimentistas, de que o engajamento afetivo entre o bebê e seu cuidador<sup>6</sup> é fundamental para o adequado desenvolvimento do bebê, tendo participação crucial para o desenvolvimento da linguagem. De acordo com esta perspectiva, o engajamento afetivo é que permitirá que se dê, por parte da criança, o desenvolvimento da comunicação não-verbal, da passagem do ato ao gesto e, conseqüentemente, o desenvolvimento de sua linguagem verbal. Como será visto no capítulo seguinte, compartilho também da ideia de que as alterações no engajamento afetivo constituem ponto central para o desenvolvimento do transtorno autístico. Vale ressaltar mais uma vez que, dentro da visão construtivista-social que adoto, a linguagem é construída a partir das interações sociais.

Primeiramente, conceituo o engajamento afetivo e trato do modo como o bebê percebe os afetos em um campo relacional, segundo uma perspectiva de Daniel Stern. Em seguida, passo para a função de regulação do comportamento do bebê que o engajamento afetivo ocupa e posteriormente para a importância deste para o adequado desenvolvimento do ser humano.

Confiro uma ênfase maior ao engajamento afetivo neste capítulo, justamente por considerar que este aspecto perpassa todo o desenvolvimento do ser humano e que é, como referido, crucial para o desenvolvimento da linguagem. Além disto, é o engajamento afetivo entre bebê e seu cuidador que permitirá o desenvolvimento da intersubjetividade.

Na sequência do capítulo, trato do conceito de intersubjetividade primária, cunhado por Trevarthen e cols. (1998), que se caracteriza pelas interações diádicas mãe-bebê. Este período vai aproximadamente do nascimento do bebê até os 9 meses de idade mais ou menos. Dentro das

---

<sup>6</sup> Utilizo aleatoriamente os termos mãe e cuidador, ao longo do trabalho, conceituando este último, como a pessoa que exerce a função materna.

interações diádicas, desenvolvo as noções de musicalidade comunicativa, regulação mútua, sincronia, simetria, reciprocidade, alternância de turno, contingência e antecipação.

Na parte final do capítulo, trabalho o conceito de intersubjetividade secundária, o qual se caracteriza por relações triádicas, mãe-bebê-objeto. Tal período se inicia mais ou menos por volta dos 9 meses de idade. É a fase da atenção compartilhada, na qual o bebê já é capaz de compreender a intenção comunicativa de seus parceiros e capaz também de expressar suas próprias intenções comunicativas. Trato nesta parte das noções de imitação (Trevarthen e col. 2001), proto-imperativos e proto-declarativos, vistas em Bates (1976), bem como do conceito de sintonia afetiva, de Stern (1992).

## 2.1

### **Engajamento Sócio-Emocional ou Engajamento Afetivo**

O Engajamento sócio-emocional ou engajamento afetivo se dá dentro das interações sociais e perpassa todo o desenvolvimento do ser humano, possibilitando a entrada do bebê humano no campo da intersubjetividade. Buscarei, agora, uma tentativa de clarificação conceitual acerca do que Hobson (1993) denomina por engajamento sócio-emocional ou engajamento afetivo. O autor afirma que bebês têm responsividade afetivo-perceptual a alguns aspectos da expressividade e comportamento relacionado ao afeto de outra pessoa. Esta definição pode nos ajudar quanto à compreensão do que é de fato o engajamento afetivo.

Durante o primeiro ano de vida, os bebês começam a perceber afetos de outras pessoas por meio das ações e expressões corporais do outro. Há alguns estudos que demonstram as capacidades de reconhecimento das expressões emocionais de outras pessoas por parte dos bebês. Em um deles, por exemplo, há o reconhecimento, em torno da metade do primeiro ano de vida, de emoções características em expressões faciais fotografadas. Bebês reagem com afetos coordenados às expressões corporais de outros e, ao fazerem isto, percebem algo do significado afetivo na expressividade corporal de outros (Hobson, 1993). O autor acredita que, para o desenvolvimento precoce da compreensão interpessoal, há uma importância central de processos sócio-afetivos.

Uma importante implicação do estudo do engajamento afetivo nas relações precoces, entre bebê e seu cuidador, é com relação ao modo como se dá a construção do conceito de pessoas por parte dos bebês. Há um debate corrente sobre se nossos conceitos ou atitudes em relação a outras pessoas são simples consequências dos modos como pensamos sobre os outros, ou seja, se são derivados do funcionamento de determinadas estruturas cerebrais apenas, ou se nosso conceito de pessoas é, ao menos em parte, derivado de nossas atitudes interpessoais, ou seja, construído a partir das interações que estabelecemos com o outro. Dentro de uma perspectiva construtivista-social, o conceito de pessoas dependerá, sobretudo, de nossas atitudes interpessoais, ou seja, se dará a partir de uma construção social. Desta maneira, para compreender o que pessoas são, há a necessidade de se experienciar e compreender os tipos de relações que podem existir entre a própria pessoa e o outro, mais especificamente, relações baseadas em afetos/sentimentos. Logo, um indivíduo não teria uma adequada concepção do que é uma pessoa, se ele não pode experienciar, senti-la como tal, tratando esta pessoa como objeto. Formas específicas de comunicação interpessoal podem ser essenciais para a habilidade da criança constituir um tipo de conceito de pessoas, conceito este que deve levar em conta tais pessoas como tendo experiências subjetivas e que pretendem se comunicar com outros. Tal capacidade do bebê para construir um adequado conceito de pessoas se relaciona à sua capacidade para distinguir, desde muito cedo, objetos inanimados de seres humanos. Bebês humanos, por exemplo, têm uma preferência à face e aos sons humanos, estando, desde o nascimento, “equipados” para engajarem-se afetivamente com seu cuidador (Trevvarthen e cols., 1998).

Outro aspecto a ser tratado é como se dá a percepção, por parte do bebê, dos afetos de outras pessoas, em um campo relacional. Além dos afetos categóricos, como raiva, alegria, medo, etc., os bebês percebem certas propriedades expressas no comportamento do outro, de forma global e amodal. Percebem, por exemplo, a forma, o nível de intensidade, o ritmo, o movimento e o número expressos pelo comportamento do outro. São os denominados afetos de vitalidade (Stern, 1992). Estes, de certo modo, são percebidos pelo bebê antes mesmo que ele adquira a capacidade para perceber os afetos categóricos. O mundo inicial do bebê não é um mundo de cores e sons, mas um

mundo de números, formas e ritmos. Os afetos de vitalidade se relacionam a uma sobrecarga do comportamento e podem ser representados pela intensidade do comportamento. Além disto, podem estar presentes de forma amodal, por exemplo, uma entonação de voz de uma mãe pode ter a mesma sobrecarga ou o mesmo contorno de ativação que movimentos dos membros superiores do bebê. Em ambos os casos, portanto, trata-se do mesmo afeto de vitalidade. Estes podem, ainda, serem mais bem compreendidos por expressões como: crescendo, explosivo, desaparecendo, passando rapidamente, etc.

A diferença básica entre um afeto de vitalidade e um afeto categórico pode ser compreendida por meio do seguinte exemplo: quando uma pessoa se levanta bruscamente de uma cadeira, ela pode se levantar porque está com raiva ou desesperada (afetos categóricos), mas pode também ter se levantado apenas para pegar um determinado objeto. O bebê, então, perceberá enquanto um contorno de ativação daquele comportamento, o aspecto de explosividade do mesmo, o qual se caracteriza por ser um afeto de vitalidade (Stern, 1992). Inúmeros atos parentais, como, por exemplo, quando a mãe ergue o bebê, troca suas fraldas, arruma seu cabelo ou o cabelo do bebê, desabotoa sua blusa, busca a mamadeira, podem expressar afetos de vitalidade, embora não expressem em si afetos categóricos.

Outra característica da dimensão afetiva do ser humano, presente desde o nascimento, que deve sempre ser pensada em termos relacionais, é o tom hedônico dos afetos, o qual define um determinado afeto enquanto agradável ou desagradável.

A compreensão destes aspectos, presentes no engajamento afetivo, será fundamental para a compreensão posterior das relações afetivas humanas, uma vez que, os afetos de vitalidade, estarão sempre presentes, em quaisquer momentos do desenvolvimento humano, juntamente com os afetos categóricos e o tom hedônico dos afetos.

Passo agora para as funções do engajamento afetivo de promover a regulação, tanto do comportamento quanto dos estados afetivos do bebê, e de auxiliar o mesmo a atingir seus objetivos. O bebê utiliza dois modos para alcançar este estado de regulação. Um deles é autodirigido, no qual regula seu próprio estado. O outro modo é dirigido ao cuidador, e, neste, o bebê é dependente do engajamento com o outro para regular seu próprio estado

afetivo e seu comportamento, embora a regulação autodirigida seja também aperfeiçoada por meio do engajamento com o outro. De acordo com Tronick (1989), os bebês têm dois tipos principais de objetivos: 1 – o objetivo de buscar engajar-se socialmente e com objetos inanimados, mantendo proximidade com o cuidador, interagindo com outros e agindo sobre objetos; 2 – objetivos internos, como, por exemplo, manter a homeostase, estabelecer um sentimento de segurança, experienciar emoções positivas e controlar as emoções negativas. O autor afirma que, para atingir seus objetivos, o bebê processa a informação sobre seu estado corrente com relação àquele objetivo. Avalia se estava tendo sucesso ou falhando em atingir o objetivo e utiliza esta avaliação para guiar as ações que se destinam a atingir aquele objetivo ou para redirecionar seus esforços para isto. Esta avaliação significa a avaliação dos seus próprios estados afetivos. Quando, por exemplo, o bebê avalia, a partir de seus estados afetivos, que seu objetivo está sendo atingido, o resultado é um estado emocional positivo, de alegria ou interesse, o qual o motiva a buscar mais engajamento; quando, ao contrário, a avaliação é de que o objetivo não está sendo alcançado, o bebê experiencia emoções negativas. Deste modo, as emoções motivam e organizam o comportamento dos bebês. É por meio delas que estes regulam seu comportamento bem como suas interações com os outros.

Os bebês humanos não nascem completamente preparados para atingir seus objetivos e precisam do cuidador para isto. Suas capacidades são imaturas, limitadas e pobremente coordenadas. Entretanto, fazem parte de um sistema de comunicação afetiva, no qual seus objetivos são sustentados e suplementados pelo cuidador. Segundo Tronick (1989):

“Uma expressão afetiva do bebê funciona como uma mensagem que especifica a avaliação do mesmo se está tendo sucesso em atingir um objetivo. O cuidador lê esta mensagem e a usa para guiar suas ações de modo a facilitar que o bebê atinja seu objetivo. Gianino e Tronick (1988) definem estas expressões afetivas como comportamentos reguladores dirigidos ao outro, considerando sua função, a de regular o comportamento do parceiro do bebê”. (Tronick, 1989, p.113).

Entretanto, o bebê não é apenas dependente do cuidador para controlar os afetos negativos que ele experimenta. Ele possui vários comportamentos,

como retirar o olhar, se autoconfortar e se autoestimular (sucção do polegar, por exemplo), que servem para controlar seus afetos negativos. Retirar o olhar, por exemplo, reduz a frequência cardíaca durante o estresse e sugar o polegar pode diminuir sua ansiedade (Tronick, 1989). Estes comportamentos são denominados como comportamentos reguladores autodirigidos e funcionam para controlar e modificar os próprios estados afetivos do bebê.

Tanto os comportamentos autodirigidos quanto os comportamentos dirigidos ao outro, se realizados com sucesso, produzem a modificação de um estado emocional negativo do bebê para um estado emocional mais positivo. Este dado, como será visto mais adiante, tem profundas implicações para o desenvolvimento saudável do bebê (Tronick, 1989). Passemos a um exemplo dado pelo autor referido, de um comportamento por parte do bebê, dirigido ao outro, que obtém sucesso. Um bebê de 6 meses objetiva alcançar um objeto. Como ele não consegue, fica com raiva e ansioso. Ele retira o olhar do objeto e suga o polegar por um instante, acalmando-se. Mais calmo, olha novamente o objeto e tenta alcançá-lo. No entanto, seu esforço falha e ele fica com mais raiva. O cuidador assiste à cena por um momento e então conversa suavemente com o bebê. Este se acalma e com uma expressão de interesse, olha fixamente para o objeto e faz outro esforço para alcançá-lo. O cuidador então coloca o objeto dentro do alcance do bebê. Este apreende o objeto, o explora e sorri. Deste modo, pode-se perceber que o cuidador lê a expressão afetiva do bebê, usa esta informação para facilitar que o mesmo atinja seu objetivo e o ajuda a modificar seu estado emocional. O cuidador é, então, responsável pela reparação do comportamento do bebê, levando de uma falência a um sucesso de comportamento, bem como pela transformação simultânea de uma emoção negativa do mesmo em uma emoção positiva (Gianino e Tronick, 1988, citados por Tronick, 1989).

Segundo Stern (2002), os comportamentos da mãe e do bebê poderiam ser explicados como esforços mútuos para regular os estados transitórios do bebê, como, por exemplo: fome, alegria, excitação, entre tantos outros, dependendo da hora do dia e do contexto específico. Brazelton e Tronick (1980) oferecem-nos dois exemplos da função reguladora da díade mãe-bebê; um exemplo de sucesso e outro de falência da função reguladora. Em ambos os casos, os bebês são super-reativos. Entretanto, na primeira díade, a mãe

responde com intensa atividade, parecendo manter o mesmo grau de atividade do bebê. Na segunda díade, a mãe responde com falas suaves, tentando modular o comportamento do bebê. Os autores mostram que o melhor resultado evidenciado é justamente o da segunda díade. Pode-se inferir, deste modo, que a segunda mãe conseguiu compreender melhor as mensagens afetivas transmitidas por seu bebê.

Entro agora no modo como o engajamento afetivo contribui para o desenvolvimento positivo do bebê e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da comunicação não-verbal e da comunicação verbal do mesmo.

Os bebês modificam suas expressões e comportamentos afetivos a partir do que percebem das expressões e comportamentos afetivos de suas mães. Há uma contingência entre vocalizações e sorrisos dos bebês e sinais maternos específicos. Este tipo de coordenação mostra que as interações entre mães e bebês são sincrônicas, recíprocas e coerentes (Tronick, 1989).

O autor refere que uma boa interação é uma interação coordenada afetivamente, na qual ambos, cuidador e bebê, se movem em torno de um objetivo em comum. No entanto, afirma que, em bebês com menos de 1 ano de idade, tal coordenação aparece apenas em trinta por cento ou menos do tempo nas interações face-a-face e que as transições de estados coordenados afetivamente para estados mal-coordenados e novamente para estados coordenados, ocorrem a cada 3 a 5 segundos. Define a interação normal, mostrando que esta é caracterizada pelas frequentes passagens de estados mutuamente coordenados, afetivamente positivos, para estados mal-coordenados, afetivamente negativos e, novamente, para os estados de coordenação.

O sucesso ou não do desenvolvimento do bebê pode ser relacionado à qualidade das interações afetivas que este estabelece com seu cuidador, ao longo do tempo. Algumas crianças podem ser felizes e curiosas, outras tristes, evitativas ou frequentemente irritadiças, dependendo do funcionamento do sistema de comunicação afetiva do qual as mesmas participam, em especial, do balanço das experiências de sucessos e falências durante as interações sócio-emocionais (ibid, 1989). Estados interativos mal-coordenados são definidos

como um erro interativo e a transição de estados mal-coordenados para estados afetivamente coordenados, como uma reparação interativa.

“Em interações normais, os bebês experienciam períodos de sucessos e erros interativos bem como frequentes reparações destes erros. Emocionalmente, experienciam períodos de afetos positivos e afetos negativos e frequentes transformações de afetos negativos em afetos positivos; portanto, experiências de afetos negativos são breves...”... “Gianino e eu (Gianino e Tronick, 1988) consideramos que a experiência de sucesso e de reparação dos erros interativos que tipificam as interações normais tem diversas implicações sobre o desenvolvimento, levando a resultados positivos sobre o mesmo. A experiência da reparação interativa bem como a transformação dos afetos negativos em afetos positivos permitem ao bebê elaborar suas capacidades reguladoras comunicativas afetivas, autodirigidas e dirigidas ao outro, e a usá-las mais efetivamente, sendo capaz de manter o engajamento com o ambiente externo diante do estresse. Com o acúmulo e a reiteração do sucesso e da reparação, o bebê estabelece um núcleo de afetos positivos, com fronteiras mais claras entre o self e o outro. Com esta experiência, desenvolve uma representação de si mesmo como efetiva, de suas interações como positivas e reparáveis e do cuidador como confiável e fidedigno.” (Tronick, 1989, p. 116).

Períodos prolongados de erros interativos e falhas na reparação interativa estão relacionados a perturbações do desenvolvimento. Tal noção será tratada no capítulo seguinte.

Pretendo agora trabalhar a noção desenvolvida por Tronick (1998) sobre os estados de expansão diádica da consciência, que ocorrem a partir do engajamento afetivo. O autor traz um dos motivos pelo qual os seres humanos buscam fortemente estados de conexão emocional e intersubjetividade. Cada indivíduo, mãe e bebê, ou paciente e terapeuta, constituem um sistema auto-organizador, que cria seus próprios estados de consciência (ou estados de organização cerebral), os quais podem ser expandidos para estados mais coerentes e complexos, em colaboração com outro sistema auto-organizador. Esta hipótese é baseada sobre o modelo de regulação mútua (MRM) da interação mãe-bebê, do próprio autor, no qual processos de comunicação sócio-emocionais, micro-reguladores, geram ou falham em gerar estados diádicos de consciência (ibid, 1998). Portanto, as trocas sócio-emocionais entre mães e bebês ou entre todos os humanos têm o potencial para expandir o estado de consciência de cada um, envolvido na díade, com importantes consequências experienciais e para o desenvolvimento de ambos. Deste modo, há uma relação

entre períodos prolongados de sucessos interativos, ou de reparações interativas e a expansão diádica de estados de consciência.

Portanto, pôde ser visto nesta parte inicial do capítulo como o engajamento afetivo entre o bebê e seu cuidador exerce funções de extrema importância para que haja um adequado desenvolvimento da comunicação não-verbal do bebê e, por conseguinte, de sua comunicação verbal, uma vez que os frequentes sucessos e reparações interativas estimulam o bebê a buscar estabelecer cada vez mais trocas comunicativas. Para isto, o engajamento afetivo serve a funções de regulação tanto do comportamento do bebê, aprimorando o comportamento autodirigido e o comportamento dirigido ao outro, quanto dos seus próprios estados afetivos, facilitando com que este atinja seus objetivos.

Passo agora ao fenômeno da intersubjetividade. Em seguida, trato da intersubjetividade primária, que corresponde às interações diádicas e da intersubjetividade secundária, que corresponde às interações triádicas. Todos estes aspectos são cruciais para um adequado desenvolvimento da comunicação não-verbal da criança

## 2.2

### **Intersubjetividade**

O fenômeno da intersubjetividade é possibilitado pela experiência do engajamento afetivo, visto anteriormente. É de extrema importância para a compreensão dos demais fenômenos observados nas diversas formas de interação entre o bebê e seus cuidadores. É também de suma importância para o desenvolvimento da comunicação humana, uma vez que esta requer a apreensão dos estados subjetivos “internos” do outro, para que, de fato, ocorra. Tal apreensão é possível a partir das expressões comportamentais do parceiro comunicativo, que expressam seus estados subjetivos “internos”. A partir de uma compreensão desenvolvimentista, pode-se pensar em intersubjetividade não como uma simples compreensão do comportamento visível de uma outra pessoa, mas como uma compreensão do pensamento, emoção e do sentimento da outra pessoa, os quais são expressos pelo comportamento desta. O conceito de engajamento afetivo está intimamente relacionado ao de intersubjetividade,

uma vez que há, em ambos, uma apreensão dos estados afetivos internos do outro. De acordo com Gómez (2006), se alguém apenas olha um objeto que é segurado por outra pessoa, este alguém não está sendo intersubjetivo, mas se alguém pensa ou sente o que a outra pessoa pode estar pensando ou sentindo sobre um determinado objeto, então, certamente, estará sendo intersubjetiva. Afirma que um tipo mais complexo de intersubjetividade é aquele no qual ambos os sujeitos estão reciprocamente conscientes da consciência um do outro, que é a chamada “intersubjetividade de duas vias” (Gómez, 2006, p. 245). Logo, intersubjetividade, pode ser definida como a apreensão que uma determinada pessoa faz do estado subjetivo interno (pensamentos, afetos, sentimentos e motivações) da outra pessoa. Não se trata, portanto, de uma simples observação de comportamento.

Antes de me aprofundar na discussão acerca do fenômeno da intersubjetividade no ser humano, gostaria de traçar uma perspectiva etológico-evolucionista do mesmo, uma vez que tal fenômeno inicia-se em um período na filogenia, anterior ao aparecimento da espécie humana, segundo alguns autores, ainda que de uma forma rudimentar.

Stern (1992) refere que a natureza teria oferecido os caminhos e meios para os entrelaçamentos subjetivos dos indivíduos, os quais aumentariam o valor de sobrevivência dos mesmos. Estes entrelaçamentos subjetivos foram desenvolvidos nas espécies cooperativas superiores. A capacidade intersubjetiva nestas espécies é representada pelo que se denomina mecanismo de sinalização social. Este parece ter favorecido a seleção destas espécies, por meio da cooperação entre seus indivíduos, uma vez que espécies que tinham um maior potencial de cooperação entre seus indivíduos, tinham maior chance de sobrevivência que aquelas espécies cujos indivíduos não possuíam mecanismos para cooperarem entre si. De acordo com Trevarthen e Aitken (2001, p.18):

“os propósitos, experiências e emoções de um indivíduo, podem ser lidos por um outro indivíduo, através de sinais visíveis, audíveis, mecânicos e químicos. ... Dois indivíduos podem, portanto, potencializar uma ação, consciência e memória um do outro”.

Tal mecanismo nos seres humanos ocorre, sobretudo, em áreas subcorticais (ibid, 2001).

A intersubjetividade, assim como o engajamento afetivo, perpassa todos os momentos do desenvolvimento do ser humano. Entretanto, apresenta um salto qualitativo por volta dos 9 meses de idade, período que corresponde à fase de surgimento dos precursores da linguagem. Stern (1992), por exemplo, considera que o fenômeno da intersubjetividade começa a aparecer apenas neste período, no qual a criança já é capaz de coordenar meios e fins e compartilhar com o outro a atenção a um determinado objeto (atenção compartilhada, ver adiante). Opto, neste trabalho, em considerar tal fenômeno como presente desde o nascimento do bebê, compartilhando, portanto, a visão de Trevarthen e cols. (1998), de que este tem uma base inata para a intersubjetividade. Trevarthen e Aitken (2001) afirmam que bebês de poucas horas já são capazes de expressar capacidades comunicativas adaptadas para regulação psicológica eu/outro. Há duas formas de intersubjetividade, uma primária e outra secundária.

A intersubjetividade primária se caracteriza pelas interações diádicas, nas quais o bebê se engaja em interações com seu cuidador. As interações diádicas podem ser compreendidas como um precursor dos precursores da linguagem, uma vez que não há uma intenção comunicativa claramente definida aqui. Há, no entanto, uma forma de comunicação não-verbal, a qual é marcada por expressões faciais, movimentos corporais, sorrisos, variações na tonalidade da voz e contato ocular, sempre dentro de um contexto relacional. Compreendem as protoconversações (Trevarthen e cols. 1998). Situam-se nas interações diádicas: a musicalidade comunicativa, a regulação mútua, a sincronia, a simetria, a contingência, a reciprocidade, a alternância de turno e a antecipação. A intersubjetividade secundária se caracteriza pelas interações triádicas, ou seja, por interações mãe-bebê-objeto. Estas interações compreendem a protolinguagem, na qual ocorrem trocas comunicativas, também por meio de sinais comportamentais, que correspondem a expressões faciais, expressões corporais, contato ocular, sorrisos, vocalizações, além dos gestos (ibid, 1998). Dentro desta fase, tem-se: as imitações, a intenção comunicativa, os proto-declarativos e proto-imperativos, além da sintonia afetiva.

Tanto o engajamento afetivo quanto a intersubjetividade apresentam uma importante função no que diz respeito ao desenvolvimento da capacidade do bebê de explorar o mundo, ou seja, com relação ao desenvolvimento de sua autonomia. Desde períodos precoces do desenvolvimento, o bebê alterna seu interesse entre a busca pelo engajamento com outros e a busca por objetos. Por volta dos 6 ou 7 meses de idade, aproximadamente, ao mesmo tempo em que há a evidência do estabelecimento de um apego mais forte entre o bebê e o seu cuidador, há a elaboração de jogos mais vívidos com objetos (Trevarthen e Aitken, 2001). Um engajamento intersubjetivo satisfatório, portanto, pode ser a base para que o bebê se sinta mais seguro e se volte para a exploração do mundo ao redor, desenvolvendo, com isto, sua autonomia.

Acerca do relacionar-se subjetivo, Stern (1992) menciona que este “relacionar-se” deve ser compreendido como uma necessidade psicológica básica e que seu poder reforçador se relaciona muito provavelmente à satisfação de necessidades de segurança ou objetivos de apego. Afirma que os sucessos intersubjetivos podem resultar em sentimentos de maior segurança e que pequenos fracassos na intersubjetividade podem ser experienciados como rupturas totais em um relacionamento, o que seria visto, com frequência, na psicopatologia e na clínica. A capacidade intersubjetiva dos bebês tem a função de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento dos mesmos, uma vez que permite a eles se comunicarem de forma adequada com seus cuidadores, de modo que possam ter suas necessidades, tanto fisiológicas quanto afetivo-psicológicas, satisfeitas (ibid, 1992).

## 2.3

### **Intersubjetividade Primária – Interações Diádicas**

Como visto anteriormente, a fase da intersubjetividade primária, em Trevarthen e cols. (1998), inicia-se logo ao nascimento e vai até os nove meses de idade mais ou menos. Caracteriza-se pelas interações diádicas, mãe ou cuidador/bebê. Dentro das interações diádicas, tem-se: a musicalidade comunicativa, a regulação mútua, a sincronia, a simetria, a contingência, a reciprocidade, a alternância de turno e a antecipação. Trato, agora, de um destes precursores dos precursores da linguagem, a musicalidade comunicativa.

### 2.3.1

#### Musicalidade Comunicativa

Discuto, agora, a importância para o desenvolvimento do bebê, da musicalidade comunicativa, do tom melódico, da fala da mãe dirigida ao seu bebê, conhecida como manhês:

“a evidência é de que os bebês são seletivamente atraídos às narrativas emocionais da voz humana ... respondem com padrões rítmicos sincrônicos de vocalização, movimentos corporais e gestos a sentimentos musicais e poéticos expressos pela mãe. Quando bebês se tornam mais alerta, os sons e jogos de suas mães se tornam mais vívidos. Desenvolvem formas ritualizadas que são frequentemente repetidas e que conferem grande satisfação aos pais e bebês. O humor da mãe pode mudar com os estados de alerta e humor do bebê, reagindo de modo suavizante, acalmando os mesmos, quando estes estão cansados ou ansiosos. Os sons podem modular os estados emocionais dos bebês e a extensão com que eles se engajam na comunicação”. (Trevarthen e Aitken, 2001, p.12).

Tais considerações terão profundas implicações para a Clínica do Autismo, em que o trabalho com música tem uma reconhecida importância e será detalhado mais à frente nesta dissertação. Este trabalho constitui a base do programa de intervenção aplicado na pesquisa de campo.

Bebês reagem de maneira diferente a sons e a melodias diferentes. Jogos de sons estão associados com um aumento da atenção do bebê dirigida ao mundo externo e à atenção conjunta, enquanto sons de móveis levam a comportamentos mais autofocados por parte dos bebês. Além disto, geralmente, estes respondem melhor a falas de alta entonação, mais curtas no tempo e repetitivas (ibid, 2001).

Mais uma vez, as emoções, presentes na fala da mãe, participam do processo regulatório da díade, por meio da musicalidade comunicativa. Elas são responsáveis pelas inúmeras variações na tonalidade da voz e são, de algum modo, transmitidas aos bebês, sendo reconhecidas e apreendidas por estes. A entonação na fala dirigida aos bebês pode, de alguma forma, preparar o caminho para a entrada dos mesmos no mundo dos significados e das palavras, uma vez que estes começam a compreender, a partir do manhês, o significado afetivo das expressões. As mães usam sistematicamente diferentes frases melódicas para diferentes mensagens, como, por exemplo: “Preste

atenção”, em um determinado tom de voz ou “Ok, está tudo bem!”, em um outro tom (Stern, 2002).

### 2.3.2

#### **Regulação Mútua**

Trato, agora, dentro das interações diádicas, do mecanismo de regulação mútua da díade mãe-bebê. Tal mecanismo já foi trabalhado com maiores detalhamentos na parte do engajamento afetivo. Oferecerei apenas uma breve complementaridade, por considerar que este mecanismo é essencial nesta fase do desenvolvimento do bebê.

O conhecimento intuitivo implícito, tanto da mãe quanto do bebê, é fundamental para as trocas ocorridas entre estes nas interações diádicas, não-verbais. Na maioria das mães, o repertório de cuidados é efetivamente intuitivo, e este repertório não pode nem mesmo ser ensinado, apenas “desinibido” (Stern, 2002). Além disto, os bebês esquematizam padrões interativos bem antes de poderem falar. Antes mesmo de poder ser representado verbal e simbolicamente, o conhecimento interativo precoce dos bebês é de algum modo codificado em um registro não-verbal (ibid, 2002). Ao longo do primeiro ano de vida, o bebê emerge como um ser humano social e aprende, intuitivamente, a convidar sua mãe para uma brincadeira e a iniciar uma interação com ela; mantém e modula o fluxo da interação, bem como aprende a evitar ou encerrar o engajamento com sua mãe (ibid, 2002).

Após o nascimento do bebê, há um estado especial da mãe, que corresponde a uma nova organização psíquica da mesma, estado este que visa a atender às necessidades, fisiológicas e emocionais do seu filho (Stern, 1995). Tal estado é denominado “Constelação Materna”. Este, como o próprio autor reconhece, assemelha-se muito à definição de “preocupação materna primária”, encontrada em Winnicott (1956). A importância deste estado especial em que a mãe se encontra pode ser a de, justamente, fazer com que ela esteja mais bem preparada para ser receptiva às mensagens do seu bebê e, com isto, exercer de uma forma mais satisfatória o seu papel na função reguladora da díade.

Como visto, portanto, tanto o conhecimento relacional intuitivo, implícito, do bebê e da mãe, quanto o estado de constelação materna, são

fundamentais para que, de fato, ocorra o processo de regulação mútua, na díade mãe-bebê.

### 2.3.3

#### **Sincronia, Simetria, Reciprocidade, Alternância de Turno, Contingência e Antecipação**

Para facilitar a compreensão destes aspectos das interações diádicas, descreverei um breve recorte do modo como se processa a interação mãe-bebê, feito por Brazelton e Cramer (1990). Segundo estes, por volta de 1 a 8 semanas, os bebês começam a fazer uso das deixas sociais para prolongar seus estados de atenção ao outro e incorporar formas mais complexas de mensagens. Começam ativamente a prolongar a interação com um adulto significativo. Usam suas capacidades crescentes – sorrisos, vocalizações, expressões faciais e deixas motoras – para sinalizarem sua receptividade e desenharem suas respostas ao cuidador (ibid, 1990). Neste mesmo período, a mãe inicia seu aprendizado sobre seu bebê e reconstrói uma nova imagem de si mesma, assumindo um novo papel. Ela se volta não somente mais para as pessoas ao redor como também se torna altamente sensitiva às respostas do seu bebê. Aprende os limiares (tolerância), o temperamento e o estilo de resposta de seu filho, comparando seus ritmos, seus comportamentos aos do bebê, ela entra no seu mundo, oferecendo um incentivo para que ele entre também no dela. Portanto, cada membro da díade, aprende os ingredientes necessários de um sistema interacional prolongado (ibid, 1990).

A partir do recorte feito acima, fica mais fácil compreender as conceituações sobre as quais me refiro agora.

Na sincronia, a mãe ou cuidador, toma o primeiro passo. Ela busca sincronizar seu padrão de respostas ao padrão de respostas do bebê. Este, por sua vez, engajado em uma comunicação sincrônica, começa a perceber a mãe enquanto um ser responsivo e inicia sua contribuição ao diálogo. Ambos, mãe e bebê, aprendem a comparar e a ajustar o ritmo, a intensidade, o contorno de intensidade (afeto de vitalidade), a batida temporal e a duração das expressões comportamentais um do outro (Brazelton e Cramer, 1990).

Já a simetria na interação mãe-bebê não tem a mesma equivalência para um e outro. Obviamente, os bebês são mais dependentes, estando mais “à mercê” de serem ajustados por um adulto, o qual, normalmente, inicia a comunicação e escolhe o modo como ela ocorrerá. Simetria, neste tipo de interação, significa que as capacidades do bebê para prestar atenção, seu estilo, suas preferências e respostas também influenciam a interação. Simetria, portanto, no sentido de uma influência mútua entre cuidador e bebê. Em um diálogo simétrico, o cuidador respeita os limites do bebê, sendo, de tal modo, o responsável por permitir esta simetria. Deste modo, como o bebê também influencia a interação, cada membro da díade é responsável em adquirir e em manter a sincronia (ibid, 1990).

Na reciprocidade, a resposta de um dos parceiros reconhece certas propriedades de intensidade e padrão temporal no comportamento do outro (Stern, 1992). Há uma reciprocidade nas respostas de um e outro. Na alternância de turno, por sua vez, um dos parceiros comunicativos responde, para, em seguida, o outro responder.

A contingência se refere à proximidade temporal dos sinais de ambos, mãe e bebê. Os sinais do bebê são contingentes aos sinais do cuidador. Em períodos de atenção, começam a sinalizar às suas mães com sorrisos, vocalizações e expressões motoras. Estas, por sua vez, respondem contingencialmente, quase que imediatamente, quando podem ler as mensagens contidas nestes sinais. Ao responder, a mãe aprende sobre o sucesso ou falência de cada uma destas respostas, a partir do comportamento do bebê. Ela refina a contingência de suas respostas e desenvolve um repertório do que funciona e do que não funciona. As respostas contingenciais são ambas, cognitivas e emocionais. Mãe e bebê começam a perceber o padrão de respostas de um e outro, e as respostas contingentes de ambos começam a se tornar passíveis de predição (Brazelton e Cramer, 1990). Em seguida, o bebê começa a ser capaz de realizar a antecipação. Em uma interação diádica, na qual ele consegue mais ou menos perceber o valor preditivo do padrão de respostas maternas, torna-se capaz de antecipar. Por exemplo, a partir de determinados sinais maternos que apontam que ele será segurado no colo – como um determinado olhar da mãe, uma expressão facial ou uma batida de palma – imediatamente antecipa o que irá acontecer, esticando seus braços (ibid, 1990).

## 2.4

### **Intersubjetividade Secundária – Interações Triádicas – Precursores da Linguagem ou Linguagem Pré-Verbal**

A fase da intersubjetividade secundária, descrita por Trevarthen e cols. (1998), inicia-se por volta dos nove meses de idade. Caracteriza-se pelas interações triádicas, ou seja, por interações mãe-bebê-objeto. Neste período, começa a haver o desenvolvimento de uma intenção comunicativa por parte do bebê. Ele já é capaz de compartilhar a atenção a um objeto de interesse com um cuidador, de reconhecer que suas intenções podem ser transmitidas a outra pessoa e que estas produzem um efeito sobre o outro. Além disto, também já é capaz de compreender intenções comunicativas de outras pessoas. É nesta fase que começa a haver a entrada da criança no mundo dos símbolos, representado aqui pelos gestos, e esta fase precede o aparecimento da fala. A criança começa a fazer uso de gestos, os quais têm valor comunicativo. Como este período precede o aparecimento da comunicação verbal, é também conhecido como o período que corresponde à comunicação pré-verbal ou aos precursores da linguagem. Neste, torna-se evidente o desenvolvimento da atenção compartilhada (Stern, 1992) no qual o bebê é capaz de acompanhar o apontar e a linha de visão de outra pessoa. É também capaz de compreender as intenções comunicativas, tanto de si próprio quanto do outro.

É importante salientar que o engajamento afetivo, a capacidade intersubjetiva e a entrada na fase de atenção compartilhada são fatores primordiais para que a criança desenvolva sua capacidade simbólica e desenvolva a construção dos símbolos. De acordo com Lampreia (2008), a formação do símbolo, na verdade, inicia-se nas interações diádicas, até se desenvolver, de fato, no período da atenção compartilhada. A autora mostra, em seu trabalho, como se efetua a passagem do ato ao gesto, afirmando que, inicialmente, o que existe é apenas uma ação, ou sinal natural, quando, por exemplo, o bebê se esforça para alcançar um objeto. Apenas quando o bebê reconhece na mãe um “meio” para atingir este objetivo, apontando para ela (ver adiante, comportamentos proto-imperativos), é que se pode falar em gesto ou sinal convencional, uma vez que este ato passa a ser dotado de intenção

comunicativa. O gesto, portanto, surge na fase da intersubjetividade secundária.

A dimensão afetiva ocupa um importante papel neste processo, uma vez que o símbolo, invariavelmente, vem carregado por grande investimento afetivo, acompanhado, portanto, por um significado afetivo. Poderia, de certa forma, dizer que o símbolo nasce do afeto, ou, mais precisamente, de uma relação de afeto.

Dentro deste período, que é o período da atenção compartilhada, tem-se os comportamentos de imitação, intenção comunicativa, proto-declarativos, proto-imperativos e sintonia afetiva.

### 2.4.1

#### **Imitação**

Há uma discussão entre diversos autores sobre a capacidade dos bebês para realizarem a imitação. Alguns defendem a chamada imitação neonatal, afirmando que recém-nascidos já são capazes de imitarem, enquanto outros defendem a ideia de que o bebê humano nasce apenas equipado geneticamente para realizar a imitação, mas somente será capaz de fazê-lo a partir da sua interação com o outro ao longo do seu desenvolvimento. Trevarthen e col. (2001) e Meltzoff e Moore (1977, citados por Gallagher, 2000) compartilham da ideia de que as imitações já estão presentes desde o nascimento. Por outro lado, Piaget e Merleau-Ponty (1962/1964, citados por Gallagher, 2000) acreditam que, neste período, trata-se, na verdade, mais de atos reflexos que propriamente de imitação neonatal. Segundo estes, o processo da imitação se desenvolveria com o passar do tempo, em torno dos 8 a 12 meses de idade, tendo o ambiente (também, afetivo-relacional aqui) um importante peso neste processo. Concebem que a criança nasce com uma capacidade inata para desenvolver a imitação, mas que o desenvolvimento deste processo, em si, dependerá das trocas efetuadas entre ela e o ambiente que a cerca. Neste ponto-de-vista, imitações se encontram dentre os precursores da linguagem e não em um período anterior do desenvolvimento.

Compartilho da ideia vista nestes últimos autores, de que a imitação, enquanto uma reprodução exata do comportamento do outro, somente ocorre

na fase da intersubjetividade secundária, na qual a criança já é capaz de coordenar meios e fins, por exemplo, ao olhar para a expressão facial do outro enquanto realiza uma ação.

Ainda dentro das imitações, encontram-se os denominados “jogos de agrado”, nos quais a criança busca repetir comportamentos que ela reconhece ter previamente agradado algum adulto significativo (Trevarthen e col., 2001). Segundo os autores, as imitações servem a funções interpessoais, não apenas à aquisição de habilidades motoras e de expressão, e têm importantes implicações para o desenvolvimento da comunicação não-verbal da criança e, conseqüentemente, da linguagem. A partir da repetição de comportamentos de outro significativo, a criança começa a compreender o que este outro sente, bem como o que ele quer dizer. Imitação, desta maneira, serve também para qualificar uma relação de apego, possibilitando identificar uma pessoa individual como um objeto de afeto (ibid, 2001). Percebe-se que o componente afetivo-relacional se encontra presente também nas imitações, uma vez que as crianças têm, obviamente, preferência por imitar aquelas pessoas com as quais ela estabelece uma relação mais afetuosa ou uma “relação de apego”.

#### 2.4.2

#### **Intenção Comunicativa, Proto-Declarativo e Proto-Imperativo**

Estabeleço no início deste tópico, uma diferenciação conceitual entre intencionalidade e intenção comunicativa, distinção esta que considero ser de grande valia para este tema. Intencionalidade, de acordo com “os filósofos da mente”, refere-se ao fato da consciência se relacionar a um objeto. Intenção comunicativa, por sua vez, refere-se à coordenação entre meios e fins. Vejamos, adiante, como tais conceitos podem ser pensados em termos do desenvolvimento da comunicação humana.

Podemos pensar, com relação ao desenvolvimento da intenção comunicativa por parte dos bebês, em termos de um *continuum*. Este desenvolvimento ocorre ao longo de todo o primeiro ano de vida. Inicialmente, aparecem os atos reflexos, como o choro, por exemplo. Este comportamento se dirige ao cuidador e busca obter uma resposta por parte dele. No entanto, não

há nenhum caráter intencional neste ato, trata-se apenas de uma resposta puramente biológica, uma vez que sensações de fome ou dor, por exemplo, podem deflagrar tal comportamento de choro. Em um momento posterior do desenvolvimento, começa a haver o aparecimento de intenções rudimentares por parte do bebê. Nestas, os bebês fazem uso do próprio corpo para atingirem um determinado objetivo, o qual pode ser a apreensão de um objeto, por exemplo. Neste caso, podemos falar de intencionalidade, ou seja, a consciência do bebê já se relaciona a um determinado objeto. Entretanto, ainda não há uma coordenação entre meios e fins. Estes primeiros sinais comunicativos dos bebês, embora não tenham ainda um caráter intencional explícito, têm como consequência deflagrar determinados comportamentos por parte dos cuidadores, que, de alguma forma, visam a atender às necessidades básicas dos seus filhos, tanto fisiológicas quanto emocionais, ou ajudá-los, por exemplo, na obtenção de um determinado objeto.

Aproximando-se da outra extremidade do *continuum*, tem-se a intenção comunicativa propriamente dita, na qual há uma coordenação entre meio e fins. O aparecimento desta intenção, chamada de intenção comunicativa, ocorre por volta dos nove meses de idade. É nesta fase que temos os comportamentos de proto-imperativos e proto-declarativos. Dentro dos chamados proto-declarativos, a criança tem um determinado objetivo, uma intenção de fato, que é, na verdade, a atenção do adulto. Ela, então, aponta para um determinado objeto para compartilhar seu interesse por ele com o adulto, por exemplo, ao pegar uma bolinha e mostrá-la ao seu parceiro comunicativo. Já nos proto-imperativos, o objetivo da criança é obter um determinado objeto. Para isto, ela utiliza o adulto como um meio para atingir tal objetivo. Por exemplo, olha para um adulto e, em seguida, para o objeto de interesse, por diversas vezes, ou mesmo aponta para aquele objeto, demonstrando sua intenção de apreendê-lo (Bates, 1976).

A importância dos proto-imperativos e dos proto-declarativos é que ambos seriam uma porta de entrada para a comunicação verbal. Nesta fase em que surgem, a criança já é capaz de compartilhar com seu parceiro a atenção a um determinado objeto, daí a denominação fase de atenção compartilhada. É justamente a partir desta atenção compartilhada e da capacidade de reconhecer a intenção do outro e de expressar sua própria intenção, que a criança entra no

campo da comunicação verbal, iniciando o processo de nomeação, tanto dos objetos quanto das práticas sociais nas quais se engaja. Por exemplo, a criança, ao olhar para o cuidador e para um determinado objeto de interesse, sobre o qual compartilham a atenção, e reconhecer a intenção do cuidador de nomear aquele objeto para ela, consegue estabelecer uma relação entre o som emitido por seu cuidador e o objeto de interesse. No caso da nomeação das práticas sociais, a criança estabelece uma relação entre o som emitido por seu cuidador e a prática na qual estão engajados, como, por exemplo, a prática de “bater palminha”.

### 2.4.3

#### **Sintonia do Afeto**

Pretendo neste item do Capítulo 2 desenvolver a compreensão do conceito de sintonia afetiva, encontrado na obra de Daniel Stern (1992). Este afirma que existem três tipos de estados mentais que são de grande relevância para o fenômeno da intersubjetividade, que são: o compartilhar a atenção conjunta, o compartilhar intenções e o compartilhar estados afetivos. Como os dois primeiros estados foram vistos anteriormente neste trabalho, focarei principalmente sobre o compartilhar estados afetivos, ou, como refere o autor, sobre a “interafetividade”.

Segundo o autor, a sintonia afetiva encontra-se presente desde os períodos iniciais do desenvolvimento. No entanto, ela se torna mais importante, apenas a partir dos 9 meses de idade, período que corresponde à fase da intersubjetividade secundária (Trevarthen e cols., 1998) ou, simplesmente, ao início da intersubjetividade, segundo o próprio Stern (1992). Neste período, a criança já é capaz de coordenar meios e fins, de compartilhar a atenção a um determinado objeto com outra pessoa e de olhar para a expressão facial de um adulto enquanto realiza uma determinada ação, com a finalidade de saber se deve continuar realizando aquela ação ou não, de acordo com a expressão facial que observa, se trata-se de uma expressão de aprovação ou de reprovação.

A noção de sintonia afetiva remete, portanto, à fase da atenção compartilhada. Vale ressaltar que a sintonia afetiva ocorre, invariavelmente,

em uma situação de engajamento afetivo. Compartilho com a noção vista em Stern (1992) de que as trocas protolinguísticas realizadas pelo bebê são também trocas de afeto, não sendo possível uma separação clara entre as várias funções psicológicas, como, por exemplo, entre a cognição, a linguagem e o afeto. Todas estas funções devem, sim, dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, ser vistas de modo global, como em uma gestalt.

A fim de se compreender melhor o fenômeno da sintonia afetiva, penso ser necessário, estabelecer uma distinção entre esta e o processo da imitação. A diferença entre um aspecto e outro consiste principalmente no fato de que na sintonia afetiva não há uma reprodução exata do comportamento manifesto do outro. Há, sim, uma correspondência entre o comportamento da mãe e o comportamento manifesto do bebê. Tal correspondência deve ser pensada em termos de estados de sentimentos, de afetos e observada a partir dos comportamentos transmodais, não havendo uma repetição de comportamentos, como na imitação. É importante deixar claro que devemos sempre ter em mente que o comportamento representa a expressão de estados afetivos internos das outras pessoas. Nas trocas transmodais, por exemplo, uma expressão facial do bebê pode ser equiparada a uma vocalização por parte do cuidador, ou um gesto dos membros superiores do cuidador pode ser equiparado a movimentos de todo o corpo por parte do bebê. Portanto, não se trata de uma imitação exata do comportamento do outro e sim de uma troca afetiva. O que é igualado não é o comportamento da outra pessoa e sim algum aspecto do comportamento, o qual reflete o estado de sentimento da pessoa. A observação deste comportamento como “igualado”, representando uma sintonia afetiva na interação, pode ser feita mediante a observação dos contornos de ativação dos comportamentos dos parceiros da díade, ou seja, a observação dos afetos de vitalidade expressos. Por exemplo, um menino de 9 meses começa a bater com a mão em um brinquedo, a princípio com raiva e, gradualmente, com prazer, desenvolvendo um ritmo regular. A mãe, então, entra no ritmo do bebê e diz Kaaaa-bum; o Kaaaa, de forma mais prolongada, no elevar preparatório dos braços, e o bum, de modo mais curto no tempo, mas com maior intensidade, quando ele bate sobre o brinquedo (Stern, 1992).

Há três aspectos gerais de um comportamento que podem ser igualados, formando, assim, a base para a sintonia do afeto. São eles: a intensidade, o

“timing” e a forma. Tais dimensões podem ser divididas em seis tipos mais específicos de equiparação:

- “1-Intensidade absoluta, na qual o nível de intensidade do comportamento da mãe é o mesmo que o do bebê;
- 2-Contorno de Intensidade, no qual as mudanças de intensidade no tempo são igualadas;
- 3-Batida temporal, em que uma pulsação regular no tempo é igualada;
- 4-Ritmo, no qual um padrão de pulsações de ênfase desigual é igualado;
- 5-Duração, na qual o período de tempo do comportamento é igualado;
- 6-Forma, na qual algum aspecto espacial de um comportamento, que pode ser abstraído e remodelado em um ato diferente, é igualado.” (Stern, 1992, p. 130)

Em seguida, descreverei alguns experimentos realizados com o intuito de mostrar a presença de sintonia afetiva entre a criança e seu parceiro. Em um deles, por exemplo, é colocado um objeto que gera incerteza, sensação de ambivalência ao bebê, como um robô com luzes e som, do Star Wars. O bebê, então, na dúvida, aproxima-se ou não daquele robô, olha para sua mãe, e se esta sorri, ele se dirige ao brinquedo. Entretanto, se a mãe faz uma expressão facial de medo, o bebê tende a deixar aquele objeto (ibid, 1992). Em outro experimento, o bebê é afastado da mãe por alguns minutos. Quando a mãe retorna, este não se encontra tão alegre quanto no período anterior à breve separação. Se for mostrada uma foto com uma pessoa triste e outra alegre ao bebê, ele tenderá a escolher a foto da pessoa triste. Contudo, se este experimento for feito com o bebê alegre, sem a separação, tenderá a escolher a expressão facial de alegria. Parece, desta maneira, que o bebê reconhece, de algum modo, a semelhança entre seu estado afetivo interno e o estado do outro (Stern, 1992).

Outra importante distinção conceitual a ser feita é entre sintonia afetiva e empatia. A primeira ocorre largamente fora da consciência, quase automaticamente, enquanto a segunda envolve a mediação de processos cognitivos. A empatia consiste em quatro etapas, das quais a sintonia afetiva compartilha apenas a primeira, a etapa da ressonância do estado emocional. As demais etapas correspondem a processos eminentemente cognitivos e, portanto, dependentes da voluntariedade. Desta forma, para haver empatia, necessariamente deve haver sintonia do afeto, mas o inverso não se aplica (ibid, 1992).

### 3

## O Desenvolvimento da Linguagem no Autismo

Neste capítulo, trato dos desvios com relação ao desenvolvimento típico da linguagem, no caso específico dos desvios encontrados no autismo.

No autismo, há um prejuízo no desenvolvimento tanto das interações diádicas (das protoconversações) quanto das interações triádicas (da protolinguagem), ou seja, há um prejuízo na comunicação não-verbal. Todos estes prejuízos levam, de fato, a alterações no desenvolvimento da comunicação verbal e, conseqüentemente, no desenvolvimento da linguagem. Segundo a perspectiva desenvolvimentista com enfoque afetivo, a qual adoto, a hipótese é de que as alterações no engajamento afetivo da criança autista seja o pilar das demais alterações acima mencionadas.

Na parte inicial do capítulo, traço um breve histórico do autismo, a partir dos primeiros trabalhos escritos por Eisenberg e Kanner (1956). Trato de como era vista a questão etiológica, inicialmente, por estes autores e, em seguida, trabalho a questão etiológica a partir de uma perspectiva atual.

Posteriormente, defino o diagnóstico do autismo, segundo o DSM-IV - TR (2002), bem como o que é considerado como Transtorno Global do Desenvolvimento (TGD), de acordo com a CID-10 (2000). No TGD, encontram-se os seguintes transtornos: o autismo infantil, a síndrome de Asperger, a síndrome de Rett, o transtorno desintegrativo da infância, o autismo atípico e o autismo sem outra especificação.

Na parte final do capítulo, trabalho a questão dos sinais precoces que conferem risco para o autismo, bem como a questão das alterações propriamente ditas da linguagem no transtorno. Para se chegar a estas, trato das alterações no engajamento afetivo, nas interações diádicas e interações triádicas, ou seja, na comunicação não-verbal, no jogo simbólico, no pensamento abstrato e na comunicação verbal, as quais caracterizam o autismo.

### 3.1

#### Histórico e Etiologia

Neste início do capítulo 3, descreverei os vários modos de compreensão do transtorno autístico nas décadas que sucederam às primeiras descrições, tanto no que se refere à apresentação clínica quanto aos fatores etiológicos do transtorno. Em seguida, trarei à luz uma discussão sobre as questões etiológicas encontradas na contemporaneidade e as suas implicações para as alterações do engajamento afetivo e da linguagem no autismo.

O transtorno autístico ou autismo infantil foi inicialmente descrito por Leo Kanner (1943), a partir do relato de 11 casos de crianças que apresentavam, segundo o autor, “distúrbios autísticos do contato afetivo”. No seu texto original, o autor considera como uma característica patognomônica do transtorno, a inabilidade da criança para se relacionar de um modo ordinário com pessoas e com situações desde o início da vida. Algumas características que servem para auxiliar o diagnóstico foram observadas por Kanner (1943). Entre elas, temos: um isolamento autístico extremo antes do primeiro ano de vida, que na época servia como um importante dado para se diferenciar da esquizofrenia infantil, uma vez que nesta haveria uma retirada no contato após o primeiro ano; a falência da criança em usar a linguagem para o propósito da comunicação; o desejo obsessivo em manter a rotina, com uma acentuada limitação das atividades espontâneas; uma verdadeira fascinação por objetos, a qual contrastaria com a pobre capacidade para se relacionar com pessoas; e, finalmente, as boas potencialidades cognitivas das crianças, que eram consideradas como tendo boas aptidões de memórias. Esta última característica seria útil para distinguir o autismo das oligofrenias.

Alguns anos mais tarde da publicação original acerca do autismo, as características patognomônicas do transtorno passaram a ser duas, embora elas ainda se referissem a alterações no campo do relacionamento humano. Eram elas: o extremo autoisolamento da criança e a sua insistência obsessiva em manter a rotina. Tais características eram consideradas por Eisenberg e Kanner (1956) como sendo primárias no autismo, sendo todas as alterações no desenvolvimento da linguagem secundárias a elas. Portanto, já havia uma consideração, desde esta época inicial, que as alterações da linguagem no

autismo seriam resultantes de alterações nas interações sociais da criança. As crianças com retardo mental também poderiam apresentar uma tendência a preservarem a rotina, mas não ao isolamento. Além disto, outros casos de crianças que se desenvolviam normalmente até os 18 ou 20 meses de idade e depois apresentavam uma perda significativa no domínio do afeto, da linguagem, das interações sociais e das atividades normais, as quais também foram incluídos.

Os autores acima mencionados realizaram um estudo de *follow-up*, ou seja, um estudo prospectivo, de acompanhamento de 50 crianças autistas, por um período médio de 8 anos, e chegaram a algumas interessantes conclusões à época. Entre todas estas crianças, nenhuma delas manifestou alucinações. Elas apresentavam um prejuízo com relação à capacidade para estabelecer um contato social adequado, na consciência dos sentimentos de outros, bem como não distinguiam completamente pessoas de coisas. Um exemplo das duas primeiras características, tirado desta amostra de 50 crianças, é que uma delas foi chamada em seu colégio, para falar sobre um jogo de futebol que sua equipe faria. Ela, sabendo que sua equipe era pior e que perderia, chocou a assembleia ao verbalizar isto, que perderiam o jogo. Não entendia porque não poderia dizer a verdade, o que todos, de fato, sabiam. Um exemplo da não distinção entre pessoas e coisas é o de uma criança que, quando ia à praia com sua mãe, caminhava indistintamente sobre jornais, toalhas, pés, mãos, dorsos, etc. (Eisenberg e Kanner, 1956). Entre outras conclusões que os autores obtiveram a partir deste acompanhamento, foi a de que 50 por cento das crianças desenvolveram a linguagem até os 5 anos de idade, tendo algum tipo de ajuste escolar e social. Um terço destas crianças conseguiu adquirir um ajuste social mínimo à escola e à comunidade, mesmo sem tratamento psiquiátrico. Além disto, um fator significativo na melhora das crianças foi a receptividade e a tolerância da escola para com elas (ibid, 1956).

Outra importante condição estudada nas fases iniciais de investigação do autismo diz respeito à questão da etiologia do transtorno. Fatores orgânicos, genéticos e psicodinâmicos eram considerados. Dentro os fatores orgânicos, nenhuma das crianças observadas por Eisenberg e Kanner (1956) apresentou anormalidades físicas ao serem submetidas a exames pediátricos. Foi observada, pelos autores, uma relação de 4 meninos autistas para cada menina.

Em um estudo eletroencefalográfico de 28 casos, 21 deles foram negativos, 3 anormais e 4 indefinidos, o que não pode ser, de acordo com os mesmos, uma demonstração conclusiva da ausência de patologia do sistema nervoso central. Em outro estudo realizado com 200 pais de crianças autistas, apenas 6 apresentavam transtorno psiquiátrico clinicamente observável e apenas 1 tivera um episódio psicótico. Dentre os 400 avós e os 373 tios e tias, apenas 12 apresentavam doença mental. Os dados são, portanto, relativamente não-significativos. O que os autores sugerem, entretanto, é que certos traços de personalidade vistos na criança com autismo também seriam encontrados nos seus pais e avós, como, por exemplo, características de isolamento, sendo que nas crianças autistas haveria uma completa manifestação destes traços, enquanto nos pais e avós, apenas uma manifestação intermediária. Outra importante condição etiológica considerada foi com relação aos fatores psicodinâmicos. Dentre estes, destacavam-se a frieza emocional das famílias, bem como características obsessivas e de alta inteligência por parte dos pais das crianças autistas (ibid, 1956).

Contudo, Eisenberg e Kanner (1956), embora considerassem os fatores psicodinâmicos como importantes para o desenvolvimento do autismo, acreditavam que os mesmos não eram suficientes para isto. Pensavam que as crianças eram diferentes, pouco responsivas, desde o começo de sua vida extrauterina e que estas características faziam com que os pais tivessem dificuldades em reagir a elas.

Para concluir, Eisenberg e Kanner (1956) não consideravam o autismo como o resultado de um agente etiológico único. Afirmavam que a oposição entre hereditariedade e ambiente consistia, na verdade, em um erro, e que tais conceitos deveriam ser operacionalmente definidos, interpenetrando-se.

A questão etiológica, como vimos acima, sempre foi exaustivamente discutida com relação ao autismo. Muitos mitos marcaram os primeiros estudos sobre este tema, como, por exemplo, a ideia de que características emocionais dos pais das crianças com autismo seria um dos fatores responsáveis pelo desenvolvimento do transtorno. Tal consideração é diferente da constatação de que pais de crianças autistas podem apresentar alguns traços de personalidade comuns aos seus filhos.

Atualmente, a perspectiva etiológica mais aceita é que se trata, na verdade, de uma etiologia multicausal, como pensavam Eisenberg e Kanner (1956), tendo os fatores genéticos e biológicos um importante peso neste processo. O autismo pode, portanto, ser considerado um transtorno que tem uma importante base biológica.

De acordo com este modelo multicausal, vários fatores combinados produzem o que se denomina risco cumulativo. Tais fatores interagem criando susceptibilidades ao desenvolvimento do transtorno. De acordo com Greenspan e Wieder (2006), os sintomas do autismo podem ser compreendidos como uma trilha comum que tem diferentes nascedouros. Fazem uma analogia com a questão da febre ou reação inflamatória. Estas seriam efeitos comuns a inúmeras possíveis causas, uma vez que o corpo tem um número limitado de respostas a uma variedade de situações. Da mesma forma, o cérebro teria um número limitado de respostas a uma grande variedade de condições que o afetariam.

Na perspectiva transacional, considera-se a importância de cada ponto do desenvolvimento, tendo este determinado ponto uma considerável influência sobre o ponto seguinte. Desta maneira, a criança com predisposição ao autismo apresentaria vários fatores combinados, os quais produziram um risco cumulativo para o transtorno. Este risco aumentado levaria a alterações no campo do engajamento afetivo da criança, com alterações nos seus padrões de respostas às respostas do cuidador/parceiro comunicativo. Este, por sua vez, apresentaria dificuldades em responder a ela, não compreendendo bem os sinais, ou seja, as deixas da mesma. Todo o ambiente social que cerca a criança também teria esta dificuldade. Toda esta sequência culminaria em um determinado momento do desenvolvimento, nas características observáveis do transtorno autístico.

Como visto no parágrafo anterior, portanto, há uma participação ambiental no desenvolvimento do autismo também, uma vez que, pais ou cuidadores, pouco atentos às características idiossincráticas dos seus filhos – como hiporresponsividade, tendência a permanecerem quietos e a não buscar ativamente o contato com o outro – tenderiam a não oferecer os estímulos adequados ao desenvolvimento dos mesmos e, com isto, haveria a facilitação para o aparecimento do quadro clínico próprio do autismo.

Outra hipótese sobre a gênese do transtorno é levantada por Trevarthen e cols. (1998). Estes afirmam que se trata, na verdade, de alterações em um sistema funcional cerebral, o qual seria responsável pelas motivações da criança em direção à sociabilidade. Uma desordem neste sistema, portanto, faria com que a criança autista não buscasse ativamente o engajamento com os outros e apresentasse prejuízos significativos com relação à intersubjetividade, ou seja, ela teria grande dificuldade em apreender os estados subjetivos internos do outro. Este sistema cerebral é denominado pelos autores por Sistema motivacional (Motivating ou motives<sup>7</sup>).

Entre os principais fatores genéticos e biológicos que se relacionam ao autismo, de acordo com Assumpção Jr. e Kuczynski (2007), destacam-se: a concordância em gêmeos monozigóticos, que varia entre 36 a 92 por cento, em contrapartida à concordância em gêmeos dizigóticos, que é praticamente nula; uma maior frequência de distúrbios cognitivos e de linguagem entre os familiares de indivíduos com autismo; a chance de um irmão de uma criança autista também desenvolver o transtorno é de 2,7 por cento, o que é cerca de 50 vezes maior que na população em geral; os achados de pesquisas mostram que cerca de três a dez genes estão relacionados ao autismo e vários cromossomos também estão relacionados. Outros fatores importantes são a alta associação com deficiência mental, a alta incidência de convulsões em crianças autistas e anormalidades encontradas em exames de imagem cerebral (ibid, 2007).

Compartilho, com relação à etiologia do autismo, da noção encontrada na perspectiva desenvolvimentista, com enfoque afetivo, que é a de que se faz necessária, a combinação de muitos fatores de risco para o transtorno, para que se produza, de fato, as alterações no engajamento afetivo das crianças autistas. Estas alterações, por sua vez, fazem com que os cuidadores destas crianças tenham dificuldades em responder afetivamente a elas, em compreender suas deixas e sinais emocionais, devido à idiosincrasia destes. Todo este processo, portanto, dentro de uma lógica desenvolvimentista, transacional, culmina no desenvolvimento do autismo.

---

<sup>7</sup> Este Sistema Motivacional (Motivating), definido por Trevarthen e Aitken (2001), corresponde, na verdade, a uma área cerebral ligada a sistemas de emoções subcorticais. Este sistema estaria presente desde antes ao nascimento e regularia processos de maturação cerebral, de diferenciação cortical após o nascimento por meio da comunicação com o ambiente social (trocas afetivas com pessoas mais maduras e seus “cérebros mais experientes”). O mecanismo utilizado neste processo seria a plasticidade neuronal e a eliminação seletiva.

## 3.2

### Diagnóstico e Espectro Autístico

O diagnóstico do autismo é definido por critérios estabelecidos pelo DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2002) e pela CID-10 (Classificação Internacional de Doenças, 2000). De acordo com estes manuais diagnósticos, o transtorno autista se caracteriza por uma tríade, que compreende prejuízos na comunicação e na interação social, além de um padrão restrito e repetitivo de interesses e atividades, que se manifesta antes dos três anos de idade. Utilizo ambos os manuais, uma vez que há uma proximidade e complementaridade entre os critérios diagnósticos de ambos. Na definição do autismo, opto por utilizar o DSM – IV – TR (2002), por considerar tal definição mais completa. De acordo com este manual, é necessário para o diagnóstico do transtorno autístico:

“A - Um total de seis ou mais itens de (1), (2) e (3), com pelo menos dois de (1), um de (2) e um de (3).

1 – Prejuízo qualitativo na interação social, manifestados por pelo menos dois dos seguintes aspectos:

Prejuízo acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, postura corporal e gestos para regular a interação social;

Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados em termos de desenvolvimento;

Falta de tentativa espontânea de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (por exemplo, não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse);

Falta de reciprocidade social ou emocional.

2 – Prejuízos qualitativos na comunicação, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar pelos modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);

Em indivíduos com fala adequada, acentuado prejuízo na capacidade de iniciar ou manter uma conversação;

Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;

Falta de jogos ou brincadeiras de imitação social variados e espontâneos, apropriados ao nível de desenvolvimento.

3 – Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes aspectos:

Preocupação insistente com um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco;

Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não-funcionais;

Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (por ex.; agitar ou torcer mãos e dedos, ou movimentos complexos de todo o corpo);

Preocupação persistente com partes de objetos.

B – Atrasos ou funcionamento anormal em pelo menos uma das seguintes áreas, com início antes dos 3 anos de idade: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) jogos imaginativos ou simbólicos.

C – A perturbação não é mais bem explicada por transtorno de Rett ou transtorno desintegrativo da infância”. (DSM-IV-TR, 2002, p. 70.)

Atualmente, vêm sendo considerados diversos quadros clínicos, que se situam dentro do chamado espectro autístico. Não há, nestes casos, no entanto, a necessidade do preenchimento completo de todos os critérios diagnósticos, como há para o autismo, havendo uma variação tanto com relação ao número de domínios afetados quanto com relação ao grau do prejuízo (Lord e Risi, 2000).

Dentro do TGD, encontram-se os seguintes transtornos, de acordo com a CID-10 (2000): o autismo infantil; o autismo atípico; a síndrome de Rett; o transtorno desintegrativo da infância; a síndrome de Asperger e, ainda, o transtorno global não especificado do desenvolvimento.

O autismo atípico normalmente se manifesta após os três anos de idade e caracteriza-se por um desenvolvimento perturbado, não apresentando um comprometimento suficiente de um ou de dois dos três domínios psicopatológicos característicos do autismo (comunicação, interação social e comportamento restrito e estereotipado). Frequentemente é acompanhado por um retardo mental grave (CID 10, 2000).

A síndrome de Rett ocorre no sexo feminino. Há um desenvolvimento inicial aparentemente normal, seguido de uma perda parcial ou completa da linguagem, da marcha e do uso das mãos. Manifesta-se aproximadamente entre os 5 e 30 meses de idade e segundo Assumpção Jr. e Kuczynski (2007), caracteriza-se por uma desaceleração do crescimento craniano, retardo mental profundo e forte associação com quadros convulsivos.

No transtorno desintegrativo da infância, há um início de desenvolvimento completamente normal até o aparecimento do transtorno, geralmente antes dos 24 meses. Em um período de alguns meses, há a perda das habilidades anteriormente adquiridas em vários domínios do desenvolvimento, como uma perda do interesse pelo ambiente, condutas

motoras estereotipadas, repetitivas e maneirismos. Há um predomínio no sexo masculino (CID 10, 2000 e Assumpção Jr. e Kuczynski, 2007).

A síndrome de Asperger também se manifesta geralmente antes dos 24 meses de idade. O indivíduo com esta síndrome apresenta uma alteração qualitativa da interação social, além de um padrão de interesses e atividades, restrito, estereotipado e repetitivo. No entanto, diferentemente do autismo infantil, este quadro frequentemente não é acompanhado por retardo mental ou por alterações na articulação da fala, embora a linguagem possa ser comprometida, uma vez que normalmente há um uso inadequado da mesma. Os indivíduos são, em geral, desajeitados e há uma baixa associação com quadros convulsivos, além de um predomínio no sexo masculino (CID 10, 2000 e Assumpção Jr. e Kuczynski, 2007).

Já o transtorno global do desenvolvimento não especificado, segundo Assumpção Jr. e Kuczynski (2007), tem idade de início variável, um predomínio no sexo masculino, um comprometimento na sociabilidade, com um bom padrão comunicacional e pequeno comprometimento cognitivo.

### 3.3

#### **Sinais Precoces de Risco para o Autismo**

Nesta parte do capítulo 3, começo a trabalhar mais especificamente a questão das alterações no engajamento afetivo e na linguagem da criança autista. Entretanto, opto por mencionar alguns sinais precoces de risco para o autismo, antes de entrar nas alterações específicas da linguagem. Estes sinais precoces são da ordem do engajamento afetivo e das interações diádicas, dentro da comunicação não-verbal. É importante salientar que, diz-se risco, pois o diagnóstico de autismo ainda não pode ser feito apenas a partir destes sinais. As crianças que desenvolverão autismo poderão apresentar vários ou apenas alguns destes sinais precoces de risco, ou mesmo, uma minoria delas, ter um desenvolvimento inicial normal, apresentando alterações apenas tardiamente.

Um dos primeiros sinais de risco para o autismo que pode ser observado diz respeito à coordenação entre emoções, sensações e as ações motoras. Por exemplo, um bebê com desenvolvimento típico, ao escutar uma voz suave de sua mãe, volta sua cabeça, para vê-la melhor. Um bebê com risco

para autismo, por sua vez, encontrará dificuldades em voltar sua cabeça para a mãe, diante da mesma situação. Ele terá também dificuldades em utilizar os movimentos propositalmente, na regulação e coordenação dos mesmos, em sincronizar seus movimentos com os do cuidador (Greenspan e Wieder, 2006).

Outro sinal precoce de risco, segundo os autores mencionados, que também se relaciona à incapacidade da criança em coordenar suas experiências sensoriais, emocionais e motoras, diz respeito à dificuldade do bebê em demonstrar sentimentos de prazer e alegria em uma interação, por meio de sorrisos e expressões faciais ou corporais. Os bebês são capazes de vivenciar estas emoções, mas encontram grande dificuldade em expressá-las. Isto dificulta a leitura pelos cuidadores do seu comportamento e, conseqüentemente, prejudica a sustentação da interação, que tende, de tal modo, a ser mais breve que aquela vista no desenvolvimento típico, há uma dificuldade do bebê em iniciar e sustentar a interação (ibid, 2006). Estes fatores contribuem para que a capacidade para estabelecer coordenação afetiva (Tronick, 1989) e sintonia afetiva (Stern, 1992) esteja profundamente prejudicada nestes bebês, bem como a capacidade para o engajar intersubjetivo (Trevvarthen e cols., 1998).

Todos estes sinais, portanto, referem-se a alterações no engajamento afetivo da criança, que levam a alterações nas interações diádicas, como, por exemplo, a alterações em todos os aspectos destas, como, por exemplo, na simetria, na sincronia, reciprocidade, alternância de turno, contingência, na antecipação e na autonomia. Há uma dificuldade do bebê em reconhecer os padrões de comportamento do seu cuidador e vice-versa. Torna-se mais difícil, então, perceber o valor preditivo do comportamento do parceiro comunicativo, o que prejudica, portanto, os comportamentos de antecipação.

Dentro da perspectiva desenvolvimentista adotada, todas estas alterações no engajamento afetivo da criança (coordenar emoções e ações motoras e expressar emoções), que resultam em alterações nas interações diádicas, são vistas como nucleares para o desenvolvimento do autismo. Toda esta seqüência de comprometimento leva, por sua vez, a alterações em estágios mais avançados do desenvolvimento. A entrada na fase da atenção compartilhada é prejudicada e todos os aspectos encontrados neste período, que corresponde ao período das interações triádicas, como o seguir a linha de visão

e o apontar do cuidador, o desenvolvimento da intenção comunicativa, dos comportamentos proto-declarativos e proto-imperativos, bem como a sintonia afetiva, são profundamente prejudicados. As soluções de problemas pela criança autista, em uma interação social, também se encontra prejudicada. A criança consegue, geralmente, sustentar cinco ou seis canais de trocas sócio-emocionais, “mas não os trinta canais, frequentemente, necessários para a solução do problema” (Greenspan e Wieder, 2006, p.32). Além destas alterações, de acordo com os autores referidos, na conexão sensorio-afetivo-motora, na expressão emocional e no reconhecimento de padrões comportamentais, há também o desenvolvimento de alterações na formação de um sentido de self (ibid, 2006).

### **3.4**

#### **As Alterações Propriamente ditas do Desenvolvimento da Comunicação e da Linguagem no Autismo**

Todas estas alterações, que serão apresentadas a seguir, têm como consequência alterações tanto nas interações diádicas quanto nas interações triádicas, como visto anteriormente, ou seja, alterações na comunicação não-verbal das crianças com autismo. E todas, em última instância, resultam em alterações na comunicação verbal.

Dentro de uma perspectiva desenvolvimentista, com enfoque afetivo, a hipótese é de que todas estas alterações são devidas às alterações primárias no engajamento afetivo da criança autista. Nesta concepção, não faz sentido separar conceitualmente, nos anos precoces do desenvolvimento, os aspectos cognitivos dos aspectos afetivos da função psicológica. Estes devem ser pensados indissolúvelmente nas fases iniciais do desenvolvimento. Além disto, os vários níveis de pensamento, como, por exemplo, o pensamento abstrato, surge a partir do modo como os sujeitos são afetados pelas pessoas e pelos objetos ao redor, a partir do que sentem nestas relações (Hobson, 2005 e Greenspan e Wieder, 2006).

Os sintomas primários do autismo podem ser considerados os seguintes: dificuldade em mostrar empatia; em interagir socialmente, compreendendo, lendo e respondendo às deusas emocionais do outro; dificuldade em fazer inferências, pensando de maneira abstrata e em engajar-se afetivamente com

outros. Tais características correspondem às diferenças marcantes entre as crianças com autismo e aquelas com desenvolvimento típico. Todos os demais aspectos do transtorno, como a ecolalia, a inversão pronominal, os comportamentos autoestimuladores, autoagressivos, repetitivos e estereotipados das crianças são vistos como secundários (Greenspan e Wieder, 2006).

Em seguida, descrevo algumas evidências que corroboram a ideia de que o engajamento afetivo encontra-se marcadamente alterado nas crianças com autismo. Hobson (2005) se refere a alguns estudos que utilizam relatos parentais retrospectivos e mostram como as crianças com autismo, nos primeiros anos de vida, mantinham-se isoladas, falhavam em atrair a atenção do outro para sua própria atividade, apresentavam um prejuízo no sorriso responsivo e contato ocular, bem como um “olhar vazio”. Além disto, não se engajavam em atividades de alternância de turno com o cuidador, não usavam sons de modo comunicativo, não esticavam seus braços para serem seguradas, não dirigiam sentimentos de raiva ou ansiedade a outras pessoas, não mostravam objetos a outros, não alternavam o olhar entre um objeto de interesse, fora do alcance e um adulto, não procuravam compartilhar seu prazer com outra pessoa e não expressavam prazer em jogos com outros (ibid, 2005). Todos estes dados se relacionam a alterações no engajamento afetivo entre a criança e seu parceiro comunicativo bem como a alterações em aspectos da comunicação não-verbal da criança autista.

O autor referido menciona ainda vários estudos observacionais e experimentais que também corroboram a noção de que o engajamento afetivo encontra-se prejudicado no autismo. Nestes estudos, as crianças com autismo mostravam níveis menores de afetos positivos que as crianças sem autismo, principalmente, em situações de atenção compartilhada, ou seja, em situações de engajamento com outra pessoa e um objeto. As crianças, sem autismo, por exemplo, expressavam quase todos os seus afetos positivos em torno de outras pessoas enquanto as crianças com autismo expressavam afetos positivos menos frequentemente e, principalmente, em situações de autoabsorção (ibid, 2005). Em um dos estudos, não houve uma diferença significativa entre a frequência de contato ocular e de sorrisos entre as crianças com autismo e aquelas com desenvolvimento típico em um contexto de interação. No entanto, uma

diferença marcante foi observada na combinação entre o sorriso e o contato ocular em um ato único, uma vez que as crianças com autismo apresentavam muito menos esta combinação no contexto de interação, parecendo não pretenderem comunicar sentimentos (ibid, 2005). Em outros estudos, relacionados à atenção compartilhada, um adulto fingia que se cortava e se machucava com um brinquedo que era dado às crianças. Os indivíduos com autismo praticamente não olhavam para o adulto e continuavam a brincar com o objeto por longos períodos de tempo, diferentemente das crianças com retardo mental e com desenvolvimento típico, que hesitavam em utilizar o brinquedo (Hobson, 2005). Tais estudos mostram, portanto, alterações no autismo que se relacionam à compreensão das atitudes emocionais de outros em torno de objetos e de eventos no mundo.

Outro experimento, relatado pelo autor acima mencionado, mostra como os sinais das crianças com autismo são idiossincráticos, que embora expressem significados emocionais, não são generalizáveis. Foram registradas em gravações vocalizações de crianças com retardo mental e de crianças com autismo, referentes a contextos específicos. Em seguida, estas gravações foram mostradas às mães das crianças. Inicialmente, as gravações com as vocalizações das crianças com retardo mental mostrou que as mães destas reconheciam claramente o contexto a que cada vocalização se referia, mas tinham dificuldades em reconhecer qual era a vocalização de suas próprias crianças. Quando foram mostradas as gravações com as vocalizações tanto das crianças com retardo mental quanto das crianças com autismo, às mães das crianças autistas, estas reconheciam de imediato o contexto ao qual se referiam as vocalizações de seus próprios filhos, assim como as vocalizações das crianças não autistas. No entanto, tiveram dificuldade em reconhecer o contexto ao qual se referiam as vocalizações das outras crianças autistas, que não as suas (Hobson, 2005). Este dado mostra a idiossincrasia dos sinais emocionais das crianças autistas.

Algumas questões com relação ao engajamento afetivo da criança autista devem ser desmitificadas; uma delas é com relação à incapacidade delas em estabelecer uma relação mais íntima, mais calorosa com outros (Greenspan e Wieder, 2006). Estes autores afirmam que assumimos sem nenhuma dificuldade, que um sorriso de um bebê de 4 meses de idade para sua mãe ou

para seu pai, geralmente, reflete um profundo sentido de engajamento do mesmo. Entretanto, propõem que pensemos o seguinte: se quando vemos uma criança de dois anos e meio de idade, com autismo, correndo para os braços de sua avó, ou quando outra criança, também autista, expressa um grande e caloroso sorriso ao ver sua mãe, se elas, de fato, não estão apresentando um comportamento que indica uma experiência de intimidade e prazer nas relações, com suas avó e mãe, respectivamente. Referem, a partir de alguns relatos de pais de crianças autistas, que seus filhos se tornam, muitas vezes, extremamente dependentes deles e que, a partir desta dependência, torna-se possível ajudá-los a se tornar um pouco mais independentes, um pouco mais autônomos (ibid, 2006).

Atualmente, a tendência é considerar que a habilidade da criança autista para estabelecer vínculos mais íntimos e afetuosos com um parceiro comunicativo se situa dentro de um *continuum*. Esta habilidade, na verdade, desenvolve-se a partir da experiência de prazer das crianças nas relações afetivas com outras pessoas.

Outro mito é com relação à leitura de emoções nos comportamentos das outras pessoas. Evidências mostram que quando crianças com autismo veem expressões de emoção em uma face humana, geralmente, processam a informação em uma parte diferente do cérebro que as crianças com desenvolvimento típico, normalmente, o fazem. Isto pode nos levar a acreditar que se trata, na verdade, de uma alteração na neurofisiologia cerebral. Entretanto, quando os indivíduos com autismo são encorajados a olharem para a face do adulto que expressa uma determinada emoção, são ativadas as mesmas áreas cerebrais que são ativadas naquelas crianças com desenvolvimento típico, o que nos leva a concluir que a informação é processada do mesmo modo, em ambos os casos (Greenspan e Wieder, 2006). Este dado mostra a tendência das crianças com autismo em não olharem para a face humana, mais que propriamente uma alteração na fisiologia cerebral das mesmas.

Uma importante consequência das alterações do engajamento afetivo no autismo pode ser vista com relação à construção de conceitos, principalmente de conceitos que dependem profundamente das experiências afetivas interpessoais. Um exemplo que Hobson (1993) nos oferece e é bastante

ilustrativo, é sobre um jovem com síndrome de Asperger que fala, além do inglês, alemão, mas não consegue compreender o significado da palavra amigo; mais que compreender, não consegue apreender tal conceito. A interpretação feita pelo autor é de que o conceito de amigo não pode ser definido por características que possam ser observadas por alguém que “esteja do lado de fora”, meramente assistindo o comportamento. Somente é possível apreender o significado da palavra amigo quando se experiencia algo como um engajamento com outros, que apenas amigos fazem. Reconhece-se, então, o tipo de coisa a que a palavra amigo se refere. Este exemplo, portanto, nos mostra a importância das relações interpessoais para a construção e a compreensão dos significados dos termos; relações estas que passam, evidentemente, por vias afetivas. O significado do termo amigo só pode, desta maneira, ser compreendido quando se tem uma experiência emocional acerca do que é, de fato, ter uma amizade, se ter um amigo. O conceito só é compreendido a partir de práticas sociais específicas, quando se está inserido em determinadas “formas de vida”, valendo-me, aqui, de uma expressão wittgensteiniana. As crianças autistas verbais terão, obviamente, uma dificuldade maior em compreenderem o significado das palavras, uma vez que sua participação nos diversos jogos e práticas sociais está profundamente comprometida, em muito, pelas alterações no engajamento afetivo. Evidentemente, termos que se relacionam a jogos sociais, a práticas em que o engajamento afetivo tem um papel-chave, serão de mais difícil compreensão pelas crianças com autismo, ou que se enquadram dentro do espectro autístico, que aqueles termos que se referem apenas a objetos do mundo físico e não dependem tanto das relações afetivo-interpessoais para serem apreendidos.

A hipótese, dentro da perspectiva desenvolvimentista, é de que estas alterações no engajamento afetivo da criança autista levam a alterações nas interações diádicas e, posteriormente, a alterações nas interações triádicas. Com relação às alterações nas interações diádicas, ou seja, na fase da intersubjetividade primária, verifica-se uma falência na função reguladora da díade mãe-bebê, tanto com relação à regulação do estado afetivo quanto com relação à função de regulação do comportamento do bebê. Há também alterações no reconhecimento e na resposta aos sinais emocionais de ambos os parceiros da díade, o que interfere em aspectos como a reciprocidade, a

alternância de turno, a sincronia, a contingência, a antecipação e o *timing* de resposta. Há uma dificuldade de ambos os parceiros em reconhecerem o valor preditivo dos padrões de respostas contingenciais um do outro. A ritmicidade da interação é quebrada.

As alterações nas interações diádicas encontradas no autismo devem ser diferenciadas daquelas encontradas em situações, nas quais há uma falência na função reguladora da díade, do ponto-de-vista da mãe, como nos casos de depressão materna pós-natal ou qualquer outro comprometimento emocional da mãe. Nestes casos, são encontradas alterações qualitativas na interação mãe-bebê semelhantes àquelas vistas nas crianças com autismo. Entretanto, neste último caso, tais alterações podem aparecer mesmo quando o cuidado materno é afetuoso, empático e sensível às necessidades emocionais e fisiológicas da criança, o que corrobora a ideia de que alterações genéticas e biológicas na criança com autismo possuem um peso considerável na gênese do transtorno.

Alguns relatos obtidos de pais de crianças autistas sobre o desenvolvimento inicial das mesmas mostram que, algumas destas, não choravam no primeiro ano de vida e raramente demandavam atenção. Outras choravam com grande frequência ou tinham problemas na alimentação e no sono. Outros relatos indicaram uma ausência de interesse no contato social e na voz humana. Eram relatados também sorrisos, expressos pela criança, porém não diante de uma abordagem social (Trevarthen e cols. 1998).

Como tem sido sugerido, estas alterações na responsividade emocional da criança autista, frequentemente, leva a efeitos perturbadores da resposta materna. Algumas análises da interação mãe-bebê, no autismo, mostram baixas para o “*holding*”, para o tato e para o contato ocular, quando comparadas a interações mãe-bebê típicas. Foram observadas também em estudos prospectivos, alterações na comunicação receptiva e na comunicação expressiva, além de alterações no contato ocular durante uma interação, em mães de crianças com 3 meses de idade, que, mais tarde, desenvolveriam o autismo, mesmo estas mães sendo caracterizadas como possuindo um estilo interativo adequado e apropriado (ibid, 1998). A ideia, então, é de que tais características do comportamento materno resultam de um comportamento estranho do bebê, o qual falha em prover um *feedback* positivo à sua mãe, fazendo com que esta responda a ele de maneira inapropriada. Tal *feedback* é

essencial para o estabelecimento de uma interação mãe-bebê saudável (ibid, 1998).

Passemos agora, a partir de uma visão desenvolvimentista, às alterações no campo da intersubjetividade secundária, encontradas no autismo, ou seja, às alterações das interações triádicas, das interações mãe-bebê-objeto, que são compreendidas como uma continuidade do processo que se inicia nas protoconversações. Tais alterações, na fase da atenção compartilhada, como será visto mais adiante, são decisivas para o desenvolvimento dos prejuízos subsequentes na função simbólica e para os prejuízos no jogo imaginativo e no pensamento abstrato da criança autista.

Há uma discussão entre as diversas escolas teóricas que abordam o autismo sobre qual seria o déficit primário do transtorno. Algumas correntes, como a perspectiva cognitivista, consideram que o déficit primário é, na verdade, uma alteração na função cognitiva de atribuir estados mentais e intenções aos outros. Portanto, as alterações primárias do autismo se iniciariam neste período da atenção compartilhada. No entanto, a perspectiva adotada neste trabalho, que é a perspectiva desenvolvimentista, considera que as alterações vistas neste período são apenas uma consequência das alterações já existentes anteriormente, a saber, alterações no engajamento afetivo e nas interações diádicas da criança. Passemos ao estudo dos déficits das crianças autistas nesta fase do desenvolvimento, sob esta última perspectiva considerada.

De acordo com Carpenter e Tomasello (2000), as crianças com autismo interagem com outros de uma maneira fundamentalmente diferente daquela que as crianças típicas fazem. Geralmente, elas não compartilham ativamente interesse e atenção com outros, nem respondem aos sinais de outros para compartilhar interesse e atenção com elas. Há déficits, por exemplo, em aspectos como o olhar referencial, isto é, na alternância de olhar entre um objeto e um adulto; no apontar e mostrar declarativo; em olhar para onde o outro está olhando e apontando, ou seja, em acompanhar a linha de visão do outro e com relação à referenciação social, ou seja, elas não seguem o olhar do adulto nem suas expressões faciais para influenciar seu próprio comportamento com relação a um novo objeto (ibid, 2000). Não se trata de déficits específicos, uma vez que as crianças com autismo podem apresentar o contato ocular em

diferentes situações, mas falham significativamente em apresentar tal comportamento nas situações de atenção compartilhada. Ainda, segundo os autores mencionados, as crianças com autismo, frequentemente não combinam as expressões de afetos positivos dos adultos com o olhar dos mesmos. Afirmam que, embora elas, com grande frequência, realizem gestos de modo imperativo, para solicitar objetos ou ações a um adulto, raramente realizam gestos de modo declarativo, para compartilhar interesse sobre um determinado objeto. É importante enfatizar que, mesmo os comportamentos proto-imperativos das crianças autistas encontram-se comprometidos em comparação com as crianças com desenvolvimento típico, embora pareçam menos comprometidos que os comportamentos proto-declarativos.

As alterações da atenção compartilhada no autismo, somadas às alterações no engajamento afetivo, resultam em alterações na compreensão das intenções comunicativas dos outros, bem como em alterações nos jogos de imitação. Alguns estudos realizados com autistas de alto funcionamento, por exemplo, mostram que eles tinham dificuldade em imitar uma pessoa que mostrava uma das mãos com a palma voltada para a criança. Geralmente, a criança com autismo, imitava a pessoa exatamente como ela via aquele gesto, ou seja, abria uma de suas mãos, também com a palma voltada para si própria, e não para a outra pessoa (Carpenter e Tomasello, 2000).

Um comprometimento nesta fase da intersubjetividade secundária levará invariavelmente, a um comprometimento na construção dos símbolos e, conseqüentemente, na aquisição da linguagem. Tanto o engajamento afetivo quanto a atenção compartilhada são fundamentais para que a criança consiga compreender um determinado símbolo. Isto porque, dentro da perspectiva sócio-pragmática, a linguagem é vista enquanto uma construção social. Por exemplo, a criança precisa compartilhar socialmente determinadas ações e um mundo ao redor, estar inserida em uma determinada “forma de vida”, segundo Wittgenstein (1953), para poder compreender a que, de fato, corresponde um determinado símbolo. Por exemplo, quando um adulto diz uma palavra para uma criança, referindo-se à ação de uma pessoa, imagina-se, como pode a criança saber que ele está falando da ação que ela realiza e não da própria pessoa, ou de uma parte do corpo da pessoa, ou mesmo da cor da sua pele? É preciso, desta maneira, que a criança já esteja previamente inserida naquela

prática social específica, que já compreenda aquela prática, em um registro não-verbal, para poder compreender que o adulto se refere, na verdade, à ação da pessoa. Portanto, acompanhar a linha de visão do outro e compartilhar um mundo em comum com outra pessoa são fundamentais para que se dê todo este processo, da mesma forma que compartilhar estados intersubjetivos, perceber, sentir o que o outro está sentindo, compreender a intenção comunicativa do outro, também são elementos fundamentais neste processo de formação e reconhecimento dos símbolos, uma vez que o estado afetivo interno do outro também indica o que ele está referindo por meio de suas expressões. Desta forma, estar inserido em uma prática social específica envolve tanto a compreensão dos estados subjetivos internos quanto a compreensão da intenção comunicativa do outro. Além disto, este estado afetivo interno, expresso pelos sinais comportamentais da outra pessoa, indica o tom hedônico do afeto que se relaciona ao símbolo, ou seja, indica se aquele símbolo se refere a uma pessoa, a um objeto ou a uma ação, que é agradável ou desagradável. Um afeto positivo, ou um afeto negativo, ou, ainda, apenas um afeto de vitalidade, geralmente, vincula-se ao símbolo. Em outras palavras, o símbolo traz invariavelmente carregado consigo um significado afetivo.

Tratarei, agora, das alterações na função simbólica, encontradas no autismo, que se manifestam pelos prejuízos observados nos jogos-de-faz-de-conta. Tais prejuízos evidenciam também as alterações do pensamento abstrato, comum no transtorno. Antes de passar às alterações específicas do jogo simbólico, estabelecerei um breve comentário acerca de como se efetua a manipulação de objetos favoritos pelas crianças autistas.

Objetos favoritos podem ser definidos como aqueles que a criança escolhe para ter sob sua posse, que a ocupam e a absorvem no tempo. Eles podem ser diferenciados de outros brinquedos por, normalmente, a criança não utilizá-los em brincadeiras convencionais, mantendo-os, frequentemente, próximos ao corpo ou à boca. Podem ser chamados também de objetos de apego (Trevvarthen e cols., 1998). Estes objetos têm uma importante função na formação simbólica da criança, pois são as primeiras substituições de um objeto por outro que a criança faz e, esta substituição, é marcada por grande investimento afetivo. Pode-se inferir que a criança se relaciona com seu objeto favorito como se estivesse se relacionando com suas figuras de apego. Este

fenômeno, na verdade, precede a representação de coisas, objetos e ações, por meio de palavras (ibid, 1998). Pode-se perceber a importância da experiência afetiva neste processo. Segundo os autores acima referidos, este uso é mais comum entre as crianças pré-escolares, uma vez que as crianças escolares preferem usar brinquedos de animais, por exemplo, mais como uma companhia social que propriamente como um objeto favorito.

As crianças autistas também apresentam objetos favoritos, embora, normalmente, façam um uso idiossincrático dos objetos, principalmente daqueles que, frequentemente, são usados em jogos convencionais. Têm uma preferência por objetos manufaturados, ferramentas, objetos elétricos, os quais costumam excitá-las e não acalmá-las (Trevvarthen e cols. 1998).

Retomando as consequências das alterações qualitativas do engajamento afetivo e da atenção compartilhada no autismo, trato das alterações do jogo simbólico no transtorno. O jogo simbólico envolve o jogo de substituição, quando, por exemplo, a criança usa uma banana como se fosse um telefone ou um microfone; o jogo de agente, quando a criança oferece comida a uma boneca com o próprio braço da boneca e o jogo imaginativo, no qual há a criação de objetos ou pessoas, que não tenham nenhuma representação no ambiente físico imediato da criança (Trevvarthen e cols., 1998). Rogers, Cook e Meryl (2005), diferenciam os jogos sensório-motores, que envolvem a simples manipulação dos objetos como um meio para a maturação de esquemas de ações, dos jogos simbólicos, que são definidos como um jogo, no qual elementos ausentes são representados através de objetos, gestos e da linguagem. As crianças com autismo apresentam um menor comprometimento nos jogos sensório-motores que nos jogos simbólicos (ibid, 2005). Trevvarthen e cols. (1998, p. 130), sobre as crianças autistas, afirmam que elas *“têm uma verdadeira fascinação pela simples presença dos objetos bem como por suas características sensoriais, (...) mais que por seus significados simbólicos e culturais”*. Frequentemente, elas se engajam em atividades repetitivas. Os jogos-de-faz-de-conta, as substituições de objetos, embora, possam ocorrer, são qualitativamente mais pobres que os jogos realizados pelas crianças com desenvolvimento típico. Ainda quando as crianças autistas apresentam algum tipo de jogo simbólico, estes são repetitivos e estereotipados, havendo uma ausência na variação de diferentes atos dentro do jogo. Como consequência

deste prejuízo na função simbólica, as crianças autistas também apresentam um déficit no pensamento abstrato, percebendo o mundo de maneira literal, com dificuldades em compreender as regras convencionais. Todas estas alterações resultam, em última análise, em alterações na comunicação verbal do autismo. Aquelas crianças, portanto, que desenvolvem a fala, os chamados autistas verbais, frequentemente apresentam um uso inadequado da linguagem, com dificuldades no emprego de vocábulos apropriados ao contexto, bem como no uso e na compreensão de metáforas. Outras alterações características da comunicação verbal no autismo correspondem à inversão pronominal e à ecolalia.

Passemos, agora, aos modelos de intervenção clínica para o autismo, os quais oferecem fundamentação teórico-clínica ao programa de intervenção aplicado na pesquisa de campo.

## 4

### Intervenções Clínicas para o Autismo

Inicialmente, neste capítulo, tratarei da noção de integracionismo, a qual norteia meu trabalho clínico com o autismo, uma vez que utilizo, na pesquisa de campo, mais de um programa de intervenção clínica como referencial para meu trabalho. No integracionismo, há um uso de diversos referenciais teóricos, de acordo com a demanda clínica específica. Em meu trabalho, articulo três modelos de intervenção distintos, todos pertencentes ao referencial desenvolvimentista. Entre eles, tem-se: o modelo de intervenção desenvolvimentista DIR de Stanley Greenspan e Wieder (2006); a Perspectiva Desenvolvimentista “Transacional”, de Prizant, Wetherby e Rydell (2000) e a Terapia de Improvisação Musical, de Trevarthen e cols. (1998). Este último modelo constitui a base do programa de intervenção implementado neste trabalho.

Dentre os programas desenvolvimentistas de intervenção clínica no autismo, tratarei primeiramente dos dois primeiros modelos mencionados. O modelo de intervenção DIR, de Greenspan e Wieder (2006), trata basicamente da importância de se buscar desenvolver o engajamento afetivo nas crianças autistas, com o intuito de desenvolver secundariamente as interações diádicas e interações triádicas destas crianças, bem como a comunicação não-verbal e a comunicação verbal das mesmas. Já o modelo transacional, por sua vez, tem como foco o desenvolvimento das interações sociais da criança autista, uma vez que, dentro de uma perspectiva construtivista-social, estas são fundamentais para o desenvolvimento da linguagem, já que, nesta concepção, a linguagem é vista enquanto uma construção social. Ambos os modelos, oferecem, sobretudo, um enfoque teórico sobre o que fazer para ajudar o desenvolvimento da criança autista, focando o desenvolvimento das interações sociais e o engajamento afetivo.

Em seguida, trato da terapia de improvisação musical, que constitui a base do meu trabalho clínico com as crianças autistas. Esta tem um peso maior no programa de intervenção clínica que foi aplicado na pesquisa de campo. A

importância deste modelo clínico de assistência é que ele não trata apenas da necessidade de se desenvolver o engajamento afetivo e a interação social das crianças, como fazem os modelos citados anteriormente, mas, mais que isto, mostra como desenvolver o engajamento afetivo das crianças autistas, oferecendo, de tal modo, uma técnica para isto. Mostra o que se deve fazer e como trabalhar clinicamente, mediante o uso de instrumentos musicais, em um contexto relacional, para, de fato, obter o desenvolvimento das interações sociais e, principalmente, o desenvolvimento do engajamento afetivo destas crianças.

#### 4.1

### **Integracionismo**

O integracionismo se refere à possibilidade de se articular vários referenciais teóricos no trabalho clínico. Tal articulação deve ser feita, quando o clínico julgar necessário, em um determinado contexto clínico, ampliar a eficácia de um ato de intervenção clínica. Deve avaliar o que um determinado paciente demanda em uma situação clínica particular.

Atualmente, tem sido reconhecido, cada vez mais por clínicos e pesquisadores, a importância da integração em psicoterapia. Uma pesquisa recente com terapeutas holandeses mostrou que terapeutas com diferentes orientações primárias usavam toda uma série de intervenções em graus variados (Trijsburg et al., no prelo, citado por Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007). Lambert (2004, citado por Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007) afirma, em um estudo realizado, que cerca de metade a dois terços dos terapeutas, preferem oferecer a seus pacientes várias intervenções das principais escolas teóricas do que uma única modalidade. Existem atualmente algumas sociedades que apoiam a ideia da integração em psicoterapia, como: a Society for the Exploration of Psychotherapy Integration – sociedade para a exploração da integração em psicoterapia – SEPI; e a Society of Psychotherapy Research – sociedade de pesquisa em psicoterapia – SPR. (Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007).

“A integração prática seria, na verdade, um uso pragmático de qualquer abordagem terapêutica que pareça útil para um determinado paciente e problema. Tal prática caracteriza o trabalho de clínicos maduros, de qualquer convicção básica, que se sintam livres para emprestar elementos de outras orientações, quando a necessidade clínica assim o requerer”. (Holmes e Bateman, 2002, citados por Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007, p. 139)

É importante salientar que dentre os “integracionistas”, há aqueles que compartilham da ideia de que é fundamental se ter uma base firme em uma forma específica de psicoterapia, e, ao mesmo tempo, estar aberto para incorporar perspectivas e práticas de outras escolas. (Trijsburg, Colijn e Holmes, 2007). É esta forma de integracionismo que adoto para meu trabalho clínico, sendo a terapia de improvisação musical a base para o meu trabalho, e o modelo DIR e o modelo transacional utilizados como abordagens complementares. Todas estas abordagens que utilizo, no entanto, têm um mesmo referencial teórico: o referencial desenvolvimentista.

É importante enfatizar ainda a necessidade de se utilizar combinações de intervenções específicas que, de fato, se mostraram efetivas na pesquisa empírica ou que sejam reconhecidas por nossas práticas clínicas e sociais.

Passemos agora ao modelo desenvolvimentista transacional de intervenção clínica para o autismo.

## 4.2

### **Abordagem Desenvolvimentista Transacional – Prizant, Wetherby e Rydell (2000)**

Como o próprio nome deixa claro, este modelo de intervenção clínica para o autismo adota uma perspectiva transacional com relação à compreensão do desenvolvimento do ser humano. Nesta perspectiva, o desenvolvimento da criança é visto como um processo que envolve uma complexa interação entre a criança e seus cuidadores ao longo do desenvolvimento da mesma. Os resultados em qualquer ponto do desenvolvimento são vistos como uma consequência de um jogo dinâmico entre o comportamento da criança, com suas variáveis constitucionais, a resposta dos cuidadores a este comportamento e as variáveis ambientais, as quais influenciam tanto a criança quanto o cuidador. Há uma ênfase sobre a influência recíproca do ambiente social, da

responsividade dos parceiros comunicativos e da própria competência comunicativa da criança (Wetherby e Prizant, 2000).

Esta abordagem foca, sobretudo, o desenvolvimento das interações sociais, para que, desta maneira, haja o desenvolvimento da comunicação não-verbal e verbal. A dimensão afetiva também é considerada neste modelo de intervenção, porém não tanto quanto o modelo DIR. Os fundadores desta abordagem (Prizant, Wetherby e Rydell, 2000) consideram que ela se situa dentro do que denominam abordagens desenvolvimentistas sócio-pragmáticas. Incluem também nestas a abordagem DIR, de Greenspan e Wieder (2006). São desenvolvimentistas porque trabalham em torno do processo de desenvolvimento da criança, sob uma perspectiva transacional; sociais, pois compreendem a linguagem enquanto uma construção social e, por isto, focam o desenvolvimento das interações sociais; e pragmáticas, porque visam ao desenvolvimento do aspecto pragmático da linguagem nas crianças autistas, ou seja, ao desenvolvimento do aspecto comunicativo nas mesmas.

As abordagens desenvolvimentistas sócio-pragmáticas focam a capacidade da criança de tomar iniciativa, a espontaneidade na comunicação da mesma, além de trabalhar com a noção de que se deve, inicialmente, buscar seguir o foco de atenção e as motivações da criança com autismo. Utilizam, para isto, atividades naturais ou semi-estruturadas, com estruturas flexíveis de atendimento, buscando a aproximação com as interações naturais, as quais possibilitam o desenvolvimento da linguagem no desenvolvimento típico. Diferentemente do modelo DIR, que foca sobre o desenvolvimento do engajamento afetivo, a abordagem desenvolvimentista transacional foca sobre o desenvolvimento de habilidades sócio-comunicativas mais específicas, como, por exemplo, o desenvolvimento da capacidade da criança para expressar intenções comunicativas e emoções, de um modo cada vez mais elaborado, o que resultaria em um sentido crescente de competência social e em um aumento na capacidade de regulação emocional (Prizant e cols., 2000).

Esta forma de abordagem é também conhecida como o modelo SCERTS. SC, na língua inglesa, corresponde a Social-Communication, ER significa emotional regulation e TS, transactional support. Portanto, o modelo SCERTS foca sobre a comunicação social, a regulação emocional e o suporte transacional da criança autista, como estratégias primárias de intervenção.

Com relação à comunicação social, a abordagem busca criar estratégias que possibilitem à criança com autismo expressar intenções comunicativas, sendo capaz de dirigir seu comportamento ao outro, de modo a atingir um objetivo desejado (ibid, 2000). Para isto, obviamente, deve-se levar em consideração toda a sequência do desenvolvimento, ajudando a criança a passar de um nível não-simbólico a um nível simbólico, dentro do *continuum* da comunicação. Expressões motoras da criança e vocalizações devem ser vistas como meios de se buscar a comunicação de intenções, ainda que estes meios sejam idiossincráticos. Tais comportamentos devem, desta maneira, ser considerados passíveis de significação pelo terapeuta ou pelo cuidador.

Na regulação emocional, deve-se levar em consideração tanto a regulação dirigida a si mesmo quanto a regulação dirigida ao outro. Na primeira, a criança utiliza comportamentos autorreguladores, como a retirada da atenção ao parceiro ou mesmo os comportamentos estereotipados. Na segunda, ela busca o contato com o outro para regular seu próprio estado emocional. O modelo SCERTS deve buscar a criação de estratégias que aumentem a capacidade autorreguladora da criança autista bem como deve promover a regulação da excitação da mesma por meio da interação, por exemplo, através de uma vocalização suave, calma, dirigida à criança, ou mesmo através de uma música tranquila. O terapeuta deve, portanto, levar em consideração todos estes aspectos no seu trabalho clínico.

Finalmente, o suporte transacional implica em levar em consideração todos os parceiros que venham entrar em contato com a criança, como, por exemplo, os pais, os pares, os educadores, outros familiares e os profissionais de saúde. Neste suporte transacional, os parceiros são vistos como “facilitadores” do desenvolvimento da criança, e devem reconhecer o seu papel ativo nas interações, respondendo de um modo também ativo e flexível aos esforços comunicativos e às reações da mesma nas trocas sociais (Prizant e cols., 2000). Nesta perspectiva, um momento específico das trocas sociais é visto como tendo um importante impacto sobre o momento subsequente e, assim, sucessivamente.

Passemos agora à abordagem desenvolvimentista DIR, de Greenspan e Wieder (2006), a qual foca mais especificamente sobre o desenvolvimento do engajamento afetivo das crianças autistas. Nota-se que, estas duas abordagens,

apenas trazem a importância de se buscar desenvolver as interações sociais e o engajamento afetivo da criança autista, mostrando o quanto isto é necessário para que haja o posterior desenvolvimento da linguagem na criança. Entretanto, não mostram, detalhadamente, como isto deve ser feito. Este papel caberá ao modelo de intervenção clínica que será tratado no final deste capítulo, que é a terapia de improvisação musical (Trevarthen e cols. 1998).

### **4.3**

#### **Programa de Intervenção Desenvolvimentista DIR – Greenspan e Wieder (2006)**

O Modelo DIR, fundamentado por Stanley Greenspan e Wieder (2006), significa: abordagem desenvolvimentista baseada no relacionamento e na diferença individual. “Desenvolvimentista” se refere ao nível de desenvolvimento em que a criança se encontra, de acordo com os seis níveis descritos pelos autores. “Diferença individual” se refere ao modo único como a criança processa a informação, ou seja, o processamento sensorial individualizado realizado pela criança e “baseado no relacionamento”, refere-se à importância da aprendizagem de relacionamentos, que permite a uma criança progredir em seu desenvolvimento.

##### **4.3.1**

#### **Considerações Gerais**

O modelo DIR foca principalmente os aspectos nucleares do desenvolvimento, que são o relacionamento, o pensamento e a comunicação, trabalhando com as emoções e o afeto das crianças. Este modelo não é uma simples terapia ou programa de intervenção; mais que isto, é um modo de compreender como cada criança é única e propor, a partir desta compreensão, a orquestração de um programa compreensivo de tratamento (Greenspan e Wieder, 2006).

Dentro deste programa compreensivo de tratamento, há a possibilidade de haver um trabalho com mais de um modelo de intervenção e com vários profissionais – dentre eles, um terapeuta ocupacional, um fonoaudiólogo, um

psicólogo, um psiquiatra e um fisioterapeuta – todos seguindo os mesmos pressupostos encontrados no modelo DIR. Este, por sua vez, tem a função de fazer com que todas estas intervenções e todos estes profissionais trabalhem de maneira integrada.

O modelo compreensivo DIR tem três princípios básicos, a saber: ajustar as interações às características constitucionais de cada criança; construir interações espontâneas e considerar as emoções como parte destas interações (ibid, 2006). Tal abordagem utiliza nosso conhecimento acerca do desenvolvimento humano para orquestrar os diferentes componentes do programa de intervenção. Além disto, visa a desenvolver as capacidades de relacionamento, comunicação e pensamento da criança com autismo, buscando obter, com isto, o desenvolvimento do uso social da linguagem, da atenção compartilhada, dos sinais sociais e emocionais complexos bem como da capacidade da criança para fazer inferências (ibid, 2006).

Como um modo de fazer valer os princípios básicos desta forma de abordagem, há três componentes que funcionam como uma pedra angular para a intervenção: a noção de que a linguagem e a cognição, tanto quanto as habilidades sociais e emocionais, são aprendidas através de trocas emocionalmente significativas; a ideia das características únicas de processamento sensorial e planejamento motor da criança e de que todas as áreas do desenvolvimento são inter-relacionadas (Greenspan e Wieder, 2006).

Com relação ao primeiro componente, sabe-se que tanto a mente quanto o cérebro crescem mais rapidamente nos primeiros anos como o resultado das interações emocionais dos bebês com seus cuidadores. Emoções levam, inclusive, ao desenvolvimento do pensamento abstrato. Por exemplo, para aprender conceitos como justiça, a criança deve ter tido primeiramente a experiência emocional de ter sido tratada com justiça ou com injustiça. Do contrário, ela não consegue apreender o que o conceito significa (ibid, 2006). *“Linguagem, cognição e os conceitos matemáticos de quantidade são todos aprendidos através de experiências interativas emocionalmente significativas. Em outras palavras, emoções são a força que nos permitem aprender”.* (Greenspan e Wieder, 2006, p. 38).

Segundo os autores, o trabalho com crianças com necessidades especiais deve ser feito também dentro do contexto da família e da

comunidade, uma vez que é nestes contextos que relações emocionais importantes acontecem.

Outro componente que funciona como uma pedra angular do modelo DIR é a questão da singularidade do processamento sensorial e do planejamento motor da criança autista. As crianças com autismo respondem diferentemente aos vários estímulos, como aos sons e ao tato, diferindo, por exemplo, com relação ao processamento auditivo e de linguagem, ao processamento visuo-espacial, ao planejamento motor e às habilidades de sequenciação. Com relação a esta última, ela pode, por exemplo, realizar ações de apenas um ou dois passos, como bater repetidamente um brinquedo sobre o chão (1 passo), ou colocar um carrinho de brinquedo na garagem e retirar, repetidas vezes (2 passos). As alterações no planejamento motor e na sequenciação de ações podem ser vistas nos comportamentos repetitivos da criança. Com relação ao processamento sensorial, algumas são hiper-reativas e outras hiporreativas. As primeiras, por exemplo, podem ser pouco tolerantes a um determinado som, a ponto de tapar os ouvidos com as mãos ou de retirar o objeto sonoro da mão da pessoa que o está segurando. As últimas, por sua vez, sendo pouco reativas, buscarão mais o tato, o toque e mais barulho. Podem se tornar autoabsorvidas. Tais características correspondem a um padrão biológico das crianças com autismo (Greenspan e Wieder, 2006).

O tratamento neste caso deve se efetuar a partir da compreensão do perfil único de processamento sensorial da criança, buscando-se – pais e profissionais – ajustar o ambiente a este perfil singular. Uma criança, por exemplo, que é super-reativa aos sons e se torna superestimulada em uma sala cheia pode aprender melhor em um canto da sala, onde haja uma quantidade menor de estímulos.

Por fim, o terceiro componente-chave do modelo DIR é a noção de que todas as áreas do desenvolvimento são inter-relacionadas. Diferentemente de concepções mais antigas, este modelo compreende os vários aspectos do desenvolvimento, como o aspecto motor, o aspecto da linguagem, o aspecto cognitivo bem como o aspecto sócio-emocional, funcionando de modo integrado, trabalhando todos juntos, enquanto uma totalidade.

### 4.3.2

#### Diretrizes

O modelo DIR tem como uma de suas principais diretrizes ajudar a criança com autismo completar os diversos estágios do desenvolvimento.

O primeiro estágio é marcado pela noção de regulação e interesse no mundo externo. Bebês, desde o nascimento, voltam-se ao mundo externo e aprendem a reconhecer determinados padrões, diferenciando, por exemplo, o som da voz e o cheiro da mãe do som e cheiro de outras pessoas. Dependendo das respostas do cuidador, o qual aprende a reconhecer as características individuais de seu bebê, as interações serão prazerosas ou desconfortáveis para o mesmo. Se forem prazerosas, o bebê tenderá a se interessar ainda mais pelo mundo ao redor; do contrário, se não forem prazerosas, tenderá a se retirar, voltando-se para si próprio (Greenspan e Wieder, 2006).

O segundo estágio corresponde ao engajamento e relacionamento propriamente ditos. Nele, os bebês investem cada vez mais no contato com pessoas e começam a distinguir entre seus cuidadores primários e outras pessoas. Começam a reconhecer os padrões de voz e das expressões faciais dos seus cuidadores, padrões estes que refletem as intenções e sentimentos dos mesmos. Distinguem interações prazerosas daquelas não prazerosas bem como aprendem a buscar e a separar as interações humanas do interesse por objetos inanimados. A criança com autismo apresenta alterações qualitativas em buscar o engajamento com seu cuidador e com outras pessoas. Alguns pais tentam forçosamente virar a cabeça da criança para a sua face, tentando obter a atenção da mesma. Segundo o modelo DIR, esta atenção deve ser buscada com o “coração”, partindo do princípio que a criança deseja estar em relação com o outro, mas não sabe como (ibid, 2006).

O terceiro estágio é o da intencionalidade e da comunicação de duas vias. As emoções começam a ser expressas em sinais comunicacionais. Os cuidadores aprendem a ler e respondem aos sinais dos bebês e estes leem e respondem aos sinais dos cuidadores. Por exemplo, uma criança sorri para sua mãe e esta sorri de volta. Deste modo, a criança sorri novamente esperando receber um novo sorriso da mãe. Há, de fato, uma comunicação sem palavras (ibid, 2006).

O quarto estágio é marcado pela solução de problemas, regulação do humor e formação de um sentido de self. Inicia-se, mais ou menos, por volta dos nove meses de idade, quando a criança entra na fase de atenção compartilhada. Ela aprende a usar padrões que envolvem uma sequência de três a quatro passos para adquirir um resultado desejado. Uma criança, quando toma um cuidador pela mão, por exemplo, para procurar por um brinquedo, compreende múltiplos elementos de um padrão, que incluem reconhecer suas próprias necessidades emocionais e seus próprios desejos, os padrões de ação que estão envolvidos na obtenção do brinquedo, os aspectos visuo-espaciais envolvidos bem como os padrões que são utilizados para ganhar a atenção do cuidador e trabalhar com ele em torno de um determinado objetivo (Greenspan e Wieder, 2006). Todo este processo ocorre a partir de interações espontâneas emocionais. No autismo, como a criança normalmente se retira do contato ou tem dificuldade em interagir com seu cuidador, este reconhecimento de padrões se torna extremamente prejudicado, o que compromete, conseqüentemente, a capacidade para a solução social de problemas. Na questão da regulação do humor, a criança aprende a modular sentimentos intensos, como raiva e tristeza, que aparecem nas interações, a partir da sinalização emocional. Aprende, por exemplo, antes que uma determinada sensação atinja uma intensidade muito alta, a apontar um determinado alimento quando está com fome. Um cuidador, sensitivo, por sua vez, responde rapidamente, oferecendo o alimento à criança ou fazendo um sinal para que ela possa esperar. Ainda neste estágio, há a formação de um sentido de self, uma vez que a criança aprende a reconhecer uma variedade de padrões, como seus próprios sentimentos e desejos, as respostas do cuidador, seus próximos sentimentos, desejos e ações. Identifica, deste modo, um eu e um você, um sentido integrado de self interagindo com um sentido integrado de um outro. Reconhece um eu que experiencia emoções positivas e um eu que experiencia emoções negativas, como sendo partes de uma única pessoa e, um “outro bom” e um “outro que pode produzir raiva”, também como partes de uma mesma pessoa (ibid, 2006).

O estágio cinco é marcado pelo aparecimento dos símbolos e do uso de palavras e ideias. Palavras, agora, substituem ações. Finalmente, o estágio seis

corresponde ao pensamento lógico, ao pensamento abstrato e a um crescente sentido de realidade.

Para ajudar a criança com autismo a desenvolver bem em todos estes estágios do desenvolvimento, o primeiro passo que o modelo propõe é buscar obter o engajamento com ela. Dentre as técnicas de engajamento, é proposto, inicialmente, seguir o interesse da criança, por mais bizarro que possa parecer. Se, por exemplo, uma criança fica batendo um brinquedo sobre o chão, deve-se tentar sentar ao lado dela e procurar encontrar um sentido naquela brincadeira, tentando “mergulhar” no mundo da criança. Outra condição a ser considerada para se obter o engajamento com a mesma é aprender a reconhecer o perfil único de processamento sensorial dela. Se a criança é hiper ou hiporreativa, por exemplo, adequando as respostas a este perfil identificado.

Após ter-se conseguido seguir uma linha de interesse da criança, deve-se buscar expandir os interesses desta pelo mundo ao redor. Isto deve ser feito buscando-se fazer com que a criança obtenha prazer no engajamento. Várias alternativas podem ser tentadas, sempre respeitando os limites de cada criança, até que uma atividade prazerosa seja realizada. Esta atividade, que pode ser um pular de mãos dadas ou simplesmente rasgar vários pedaços de papel, deve ser prazerosa, para ambos, terapeuta ou cuidador e criança.

Outra diretriz desta abordagem que deve ser mencionada, que é de grande importância, é a participação dos pais ou dos cuidadores no tratamento. Todas as estratégias que visam a obter o engajamento afetivo da criança autista, seguindo sua linha de interesse, devem ser feitas em casa, pelo cuidador ou outros familiares. Daí advém o termo “*Floortime*”, que está vinculado ao modelo DIR e significa “o momento de sentar com a criança no chão, ao lado dela”, para, assim, entrar no mundo da mesma. Esta ideia parte do princípio que as crianças se desenvolvem mais em ambientes naturais de interação, no seio de suas próprias famílias e comunidades, o que não impede, entretanto, que interações semi-estruturadas possam também ser utilizadas dentro do programa terapêutico.

O programa de intervenção DIR, com o intuito de permitir à criança com autismo desenvolver um sentido dela própria como um indivíduo intencional e interativo, e de ajudar à mesma desenvolver suas capacidades cognitivas, sociais e de linguagem, e de fazer com que ela possa progredir

através dos seis estágios fundamentais do desenvolvimento, pode ser visualizado, a partir de uma pirâmide (Greenspan e Wieder, 2006).

Nesta pirâmide é que há, de fato, a orquestração entre todos os dispositivos terapêuticos que são colocados a favor da criança autista, sendo esta orquestração mais uma importante diretriz da abordagem DIR. Na base da pirâmide, há a necessidade de se estabelecer relações seguras, estáveis, protetoras com a criança, em um ambiente que inclui serviços básicos e de suporte à família, oferecendo uma alimentação adequada à mesma, além do cuidado médico geral e do estabelecimento de um contato emocional e físico com a criança. Um pouco acima na pirâmide, tem-se a importância de que a criança estabeleça relações verdadeiras e fidedignas com seus cuidadores e pares, seja em casa, no contexto escolar ou em creche. Mais acima, a necessidade de propiciar práticas e interações que sejam apropriadas ao nível de desenvolvimento funcional da criança, bem como às suas diferenças individuais com relação à reatividade e ao processamento sensorial, planejamento motor e sequenciação de ações. Finalmente, no ápice da pirâmide, deve haver a integração entre todas as formas de intervenção clínica, como, por exemplo, entre a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, os programas educacionais, a fisioterapia, a psicologia e as abordagens biomédicas (ibid, 2006).

Como visto, neste capítulo, há uma noção geral acerca da importância de se desenvolver o engajamento afetivo da criança autista, desenvolvendo-se, com isto, todos os demais aspectos da comunicação e linguagem, além dos aspectos cognitivos, como o pensamento lógico e abstrato. Utilizo, no entanto, este modelo em meu trabalho clínico, apenas como um referencial teórico, uma vez que, em minha opinião, carece em mostrar como deve ser feito o desenvolvimento do engajamento afetivo, afinal de contas que técnica se deve utilizar para esta finalidade.

#### 4.4

#### **Terapia de Improvisação Musical – Trevarthen, Aitken, Papoudi and Robarts (1998)**

É importante deixar claro desde já que meu trabalho clínico com a música não deve ser entendido como musicoterapia, uma vez que não sou musicoterapeuta. Justamente por isto, nesta dissertação, evitarei o emprego do termo musicoterapia, optando por utilizar simplesmente terapia musical. O que me faz levar adiante o trabalho com a música na clínica do autismo é minha experiência amadora com instrumentos de percussão e cordas (bateria e violão), aliada à minha experiência como psiquiatra. Logo, dentro de uma concepção integracionista, utilizo a terapia de improvisação musical como a base para meu trabalho clínico, articulada, porém, com outros modelos de intervenção. Embora utilize os instrumentos musicais como peças-chave em meu trabalho, utilizo também outros objetos, como bola, fantoches e brinquedos de montar no processo terapêutico, diferentemente da musicoterapia ou terapia de improvisação musical aplicadas isoladamente.

Busco com o modelo da terapia de improvisação musical, como referido anteriormente, oferecer um meio de como promover o engajamento afetivo da criança autista, para o posterior desenvolvimento da comunicação não-verbal e da comunicação verbal, procurando, portanto, através deste modelo clínico de assistência, o desenvolvimento das interações diádicas e das interações triádicas na criança.

##### 4.4.1

#### **Considerações Gerais**

A Terapia de improvisação musical ou “interativa” deve ser distinguida da simples estimulação com música por meio de instrumentos. Ela provê uma base, na qual é estabelecida uma relação mútua entre terapeuta e paciente e o desenvolvimento da relação permite que mudanças ocorram, tanto na condição do paciente quanto na forma que a terapia toma. A comunicação sustentada pela música é utilizada para encorajar e acentuar tanto a expressão corporal quanto os gestos em uma interação. Este modelo tem sido adotado como um

método para aumentar a empatia, cooperação e o aprendizado de crianças autistas, em especial para atuar nas desordens emocionais do transtorno. Além disto, o uso de sons e música dentro de uma relação entre cliente e terapeuta, pode proporcionar um bem-estar físico, mental, social e emocional (Trevarthen e cols. 1998). A terapia de improvisação musical que encoraja a expressão musical espontânea e o uso interativo da música por meio de técnicas de improvisação é importante para desenvolver a comunicação emocional (ibid, 1998). Pode-se perceber, de imediato, neste modelo clínico, a estreita relação entre música e emoção.

Vários instrumentos podem ser utilizados neste trabalho, incluindo instrumentos de percussão, piano e instrumentos de corda (Odell-Miller, 2005). Na pesquisa de campo, que será descrita no capítulo seguinte, foi utilizado basicamente um instrumento de percussão (pandeiro), um instrumento de corda (violão), o chocalho e o xilofone.

A base lógica subjacente à improvisação musical é que fazer música de forma ativa reflete o estado atual do paciente, o que, por sua vez, conduz-nos, ao longo do processo terapêutico, a um entendimento sobre as mudanças internas, externas e interpessoais do mesmo. Há, portanto, uma clara relação entre a expressão musical do paciente e o seu estado motivacional subjacente. Determinados padrões de expressão musical, por exemplo, como frases binárias repetitivas, podem representar “defesas” do paciente, enquanto um padrão rítmico irregular pode representar a expressão de sentimentos de angústia e de caos (Odell-Miller, 2005). No entanto, na terapia musical, inicialmente, mais que compreender os estados motivacionais dos pacientes que se relacionam às suas expressões musicais, o terapeuta deve buscar facilitar a expressão e a espontaneidade dos mesmos, bem como tentar estabelecer com estes algum contato inicial.

Neste método de improvisação, uma experiência intensa imediata do “aqui-e-agora” é proporcionada pela terapia. As interações são “executadas” nas improvisações e é fundamental que o terapeuta participe ativamente desta interação (Odell-Miller, 2005). Em nosso cotidiano, há uma inegável relação entre os elementos presentes na música e os elementos presentes nas interações. Por exemplo, em ambos, temos a dimensão da tonalidade, do tempo, do ritmo, da intensidade e mesmo da pausa e do silêncio. Quem

trabalha com clínica sabe muito bem da importância do silêncio em momentos apropriados, o qual pode facilitar enormemente que se estabeleça uma sintonia com o paciente, bem como contribuir para eliciar uma resposta afetivo-comportamental do mesmo. Todos estes elementos mencionados, na verdade, expressam estados de afetos e emoções em nossas constantes trocas com o meio.

“Os impulsos para caminhar, respirar, para o batimento cardíaco, processos autonômicos e todos aqueles aspectos da expressividade que se manifestam por meio de movimentos, considerando-se todas as variações tonais de nossas vozes, formam uma hierarquia musical ou orquestração que promovem a autorregulação e a auto-organização. Toda esta expressividade se relaciona a estados de sentimentos e à sua transmissão a outras pessoas. Tom e ritmo são intrínsecos ao nosso funcionamento inato e aparecem na música. A musicalidade inerente ou responsividade inata à música encontra-se universalmente em cada pessoa, seja ela treinada musicalmente ou não. A musicalidade é universal e ultrapassa culturas, parecendo se manter mesmo diante de significativos déficits intelectuais ou neurológicos. Todo indivíduo, não importa o quão “perturbado” emocionalmente ele esteja, pode mostrar alguma forma de resposta à música” (Trevarthen e cols, 1998, p. 176).

A terapia musical neste sentido é utilizada para fazer com que a criança se engaje cada vez mais nas interações, de forma espontânea. Contribui para que a mesma aperfeiçoe seus comportamentos autorreguladores, dirigidos a si mesma e ao outro, bem como construa um sentido de self-na-relação (ibid, 1998). Esta forma de terapia faz com que a criança autista possa encontrar liberdade e segurança na música.

Há várias pesquisas realizadas, por diversos autores, que mostram a eficácia da terapia musical na clínica do autismo. Tais pesquisas mostram como o trabalho com a música pode contribuir para diminuir a resistência das crianças à interação, tornando-as mais responsivas, para aumentar os comportamentos pró-sociais, adaptativos e socialmente aceitáveis das mesmas, sua consciência de si e do outro, bem como de sua interação com o ambiente. Além disto, mostram que este trabalho pode levar a aumentos no contato ocular, na vocalização, na comunicação, no jogo compartilhado espontâneo, no sentido de self e no uso de pronomes de forma adequada, por parte da criança (Trevarthen e cols., 1998).

Os principais objetivos da terapia de improvisação musical consistem no desenvolvimento do engajamento afetivo da criança autista, no desenvolvimento de aspectos da comunicação não-verbal e no desenvolvimento da comunicação verbal das mesmas. Busca-se, com este trabalho, o desenvolvimento dos seguintes aspectos, presentes nas interações diádicas e interações triádicas, vistos anteriormente: da musicalidade comunicativa, como visto em Stern (1992) e Trevarthen e Aitken (2001), da reciprocidade, alternância de turno, da sincronia, da simetria, contingência, antecipação e autonomia, como vistos em Stern (1992) e Brazelton e Cramer (1990), da imitação, da atenção compartilhada, da intenção comunicativa (Bates, 1976) e da sintonia afetiva (Stern, 1992). Outros objetivos mais gerais da terapia de improvisação musical consistem em criar experiências de relações por meio da música, desenvolver a expressividade em um contexto relacional, através do envolvimento emocional, desenvolver um sentido de *self*-na-relação (Stern, 1992), promover a auto-organização e a autorregulação afetiva da criança, por meio do engajamento musical (Trevarthen e cols., 1998).

O envolvimento emocional na terapia de improvisação musical consiste em se buscar criar um ambiente, no qual haja um compartilhar de estados afetivos entre terapeuta e paciente, ou seja, um engajamento afetivo entre os mesmos, sabendo-se que este compartilhar precede as formas mais elevadas de relações cooperativas, como a simbolização e a linguagem (ibid, 1998). Afetos de vitalidade e sintonia afetiva, vistos anteriormente, em Stern (1992), são aspectos marcantes da terapia musical. Em cada uso do instrumento musical pela criança, em cada vocalização da mesma, ou mesmo na pausa e no silêncio, em cada expressão facial, há um afeto de vitalidade presente marcado pelos contornos de ativação das expressões da mesma. Como modular estes afetos, expressos pelo comportamento da criança, é uma tarefa a ser desempenhada pelo clínico na relação terapêutica, o qual deve procurar desenvolver um estado de sintonia afetiva com a mesma. Ainda, outro objetivo da terapia é buscar, por meio das variações e improvisações nos padrões musicais construídos ao longo do processo de interação musical com a criança, promover uma variação no seu padrão de respostas, tornando-o mais flexível.

Trevarthen e cols. (1998) afirmam que a vitalidade fundamental, a qual é marcada pelos processos dinâmicos do engajamento afetivo e de extrema

importância, tanto para o crescimento emocional e cognitivo quanto para a integração da personalidade da criança, encontra-se profundamente alterada na criança com autismo. Esta apresenta modos de expressão de sua vitalidade, quase imperceptíveis ou idiossincráticos, de tal modo que se torna difícil a compreensão destes modos de expressão por parte de outras pessoas (ibid, 1998). No entanto, embora haja um considerável déficit da intersincronia e do engajamento afetivo nas crianças autistas, na expressividade de sua vitalidade, certa resposta a estímulos musicais se mantém, mostrando que a musicalidade inata destas crianças, encontra-se, ao menos parcialmente, preservada (ibid, 1998).

É em cima desta musicalidade preservada que a terapia de improvisação musical deve atuar, oferecendo estímulos apropriados para que a criança possa responder. Busca-se desenvolver na mesma, por meio da interação musical, um sentido temporal, ou *timing*, uma assimilação de variações e mudanças nas expressões, por meio das variações nas batidas e nos tons dos instrumentos, com respostas de improvisação e criatividade, favorecendo a flexibilidade do comportamento; oferecer, deste modo, estratégias criativas que possam substituir gradativamente os comportamentos obsessivos e estereotipados das crianças (ibid,1998). Com isto, presume-se ser possível desenvolver as capacidades da criança autista para a interação social, bem como o engajamento afetivo da mesma.

O trabalho com música, como já mencionado, é utilizado para promover mudanças no estado afetivo bem como no comportamento da criança. A criança com autismo pode apresentar comportamentos estereotipados e repetitivos, ou mesmo comportamentos de evitação, como um meio para regular, por exemplo, estados de excitação ou como uma maneira que encontra para responder aos complexos estímulos do seu ambiente, sobretudo estímulos sócio-emocionais, que, para ela, podem ser demasiado intrusivos. Uma das principais características do transtorno autístico são justamente as alterações da ordem do processamento sensorial, tendo a criança, geralmente, uma tolerância muito baixa aos estímulos. Através da terapia musical, do som e do silêncio, o terapeuta pode fazer acontecer um “novo tom de sentimento” (Trevarthen e cols. 1998, p. 179) na criança, produzindo modificações na experiência subjetiva da mesma. Com isto, pode haver

modificações nos padrões de comportamentos da criança, os quais podem passar de um padrão repetitivo, estereotipado ou evitativo de comportamento, para um padrão mais flexível, que apresente uma maior variação e mudança em suas respostas frente aos estímulos sócio-emocionais. Desta forma, há um aumento na espontaneidade da criança com autismo.

No entanto, para que tal mudança de estado subjetivo, motivacional e de padrão de comportamento da criança autista possa ocorrer, muitas das vezes, é necessário que o contato por meio da música, retorne a um experienciar subjetivo básico que, embora também seja intersubjetivo, volta-se, principalmente, para a percepção que a criança tem de si própria (Trevarthen e cols., 1998). É necessário, desta forma, criar mecanismos que permitam a ela apenas perceber o som, o silêncio, o timbre, “sentir a música”, percebendo as próprias sensações corporais. Com isto, desenvolve-se a representação de um esquema corporal de self (ibid, 1998). Após este primeiro passo, com relação ao experienciar subjetivo, e após muitos retornos a este estágio ao longo do processo terapêutico, o foco do trabalho pode novamente se voltar para propiciar à criança uma vivência eminentemente intersubjetiva (ibid, 1998).

Outra característica importante da terapia musical é que nela a criança autista pode encontrar segurança através dos padrões musicais que são passíveis de predição, que se mantêm ao longo de um determinado período, e, ao mesmo tempo, pode vivenciar uma tensão e um aumento na ansiedade, nas situações de antecipações não esperadas, de improvisações, inovações, que fazem parte da interação musical. Esta vivência pode ajudar a criança a aprender a lidar com as inúmeras variações e mudanças que se encontram presentes no dia-a-dia da vida, dentro do contexto das relações interpessoais.

Há muitas similaridades entre os elementos presentes na interação mãe-bebê e aqueles presentes na terapia de improvisação musical. Desta maneira, a partir desta forma de tratamento, é possível vislumbrar a possibilidade de desenvolvimento daqueles aspectos que não se desenvolveram nas relações primárias da criança com autismo, sobretudo, aspectos que se referem à comunicação não-verbal da mesma.

Processos dinâmicos das interações, como o engajamento afetivo, que estão no cerne do desenvolvimento da comunicação nos bebês, também se

encontram presentes na terapia musical. Esta é marcada pela espontaneidade e pela capacidade de adaptação, por meio de técnicas de improvisos (ibid, 1998).

Há uma concordância entre as pesquisas sobre o desenvolvimento típico da criança e a terapia musical, no sentido que as primeiras apontam para a importância dos modos empáticos e afetivos de interação, de tal modo que conferem significados afetivos às relações. De tal forma, a terapia musical utiliza os mesmos princípios das recentes pesquisas desenvolvimentistas, valendo-se da música em um contexto relacional, enquanto um fator de mediação, para promover o desenvolvimento da comunicação emocional no autismo.

As similaridades entre as interações precoces mãe-bebê e a terapia de improvisação musical são percebidas também nos aspectos de tempo e ritmo, presentes em ambas. O início da interação e comunicação social é marcado por um espectro de fenômenos rítmicos e tons expressivos, os quais são mais bem descritos pelo uso de uma terminologia musical (Trevarthen e cols., 1998). Nas interações mãe-bebê, há características de improvisação musical. Nestas, mãe e bebê ajustam o tempo, as formas e energias emocionais de suas expressões, para obterem intersincronia (ibid, 1998). Nas crianças autistas, é justamente esta intersincronia, assim como a flexibilidade, que estão prejudicadas. Um dos objetivos, portanto, da terapia musical, é desenvolver estas propriedades, fazendo com que a criança passe a expressar-se musicalmente, de maneira mais flexível e espontânea, de modo a ampliar os seus padrões e as suas possibilidades de resposta (ibid, 1998).

#### 4.4.2

#### **Como Desenvolver o Engajamento Afetivo através da Música**

Com relação à técnica utilizada na terapia de improvisação musical, os instrumentos são empregados com o intuito de facilitar o estabelecimento de algum tipo de contato com a criança. Esta escolhe o seu instrumento espontaneamente. O terapeuta, por sua vez, com outro instrumento, busca equiparar os ritmos, as variações de tons, a batida temporal, a intensidade e os contornos de ativação expressos pela criança, mediante o uso do seu instrumento de escolha, ou mesmo expressos apenas pelo comportamento da

mesma. Com isto, tenta-se estabelecer uma harmonia com a criança autista, buscando-se criar um estado de coordenação afetiva com a mesma. Como visto anteriormente, este estado de coordenação afetiva, no qual terapeuta e a criança se movem em torno de um objetivo em comum, no caso, a interação musical, facilita o desenvolvimento do engajamento afetivo por parte da criança, ao promover a transformação de afetos negativos em afetos positivos na mesma. Esta, desta forma, passa a buscar mais o engajamento, uma vez que começa a ter uma representação das interações como positivas e reparáveis (Tronick, 1989). Com isto, presume-se que possa iniciar-se o processo de desenvolvimento tanto da comunicação não-verbal quanto da comunicação verbal na criança autista.

O terapeuta, assim como nos demais programas de intervenção desenvolvimentistas discutidos acima, deve buscar uma região de contato com a criança em trabalho e criar um ambiente emocional para a interatividade. Para isto, deve se valer do uso da música, dos sons e dos diversos instrumentos musicais. Deve, também, estar atento ao tempo, ao ritmo, às pausas, bem como à capacidade daquela criança para a expressividade musical, além de procurar seguir a atenção, o interesse e a atividade da mesma. O trabalho com a música pode oferecer à criança uma ampla gama de possibilidades de experiência emocional e a improvisação pelo terapeuta deve ser feita livre de quaisquer restrições de formas musicais convencionais.

Valendo-se da questão da regulação do comportamento, bem como da regulação dos estados afetivos da criança, através do engajamento afetivo, que foi discutida anteriormente nesta dissertação, o trabalho com a música pode ser pensado a partir dos mesmos pressupostos. Por exemplo, o uso de um instrumento musical por parte do terapeuta, pode ser feito de maneira a modular um determinado estado afetivo, expresso pelo comportamento da criança. No caso de comportamentos que expressam afetos de vitalidade marcados por grandes sobrecargas, por grande intensidade, o terapeuta pode, por exemplo, modular este comportamento por meio de frases musicais mais suaves, com menor intensidade. Ao contrário, por exemplo, se a criança expressa, por meio de algum instrumento, ou mesmo sem a mediação da música, pela expressão comportamental apenas, um estado de baixa atividade e de isolamento, o terapeuta pode, por meio dos instrumentos, ajudar na

regulação do seu comportamento, emitindo sons que tenham uma maior sobrecarga e um maior contorno de ativação, de modo a tentar chamar a criança para o engajamento.

Um dos conceitos que contribuem para que possamos pensar como pode ser feito um trabalho terapêutico por meio da música é o de formas dinâmicas de expressão, desenvolvido por Pavlicevic (1995, citada por Trevarthen e cols., 1998). Representa um modo do sujeito se expressar, que pode aparecer enquanto uma expressão musical e/ou uma expressão comportamental/emocional, em contextos relacionais. Formas dinâmicas musicais, por exemplo, podem se manifestar através de diferentes modalidades de expressão, de modo transmodal, portanto. Aparecem na fala e canto, no uso dos instrumentos musicais, nas respostas motoras-cinestésicas de gestos e dança, e mesmo no silêncio.

Nas crianças autistas, as expressões destas formas dinâmicas podem ser rígidas e fragmentadas. A falta de flexibilidade nas respostas pode resultar em isolamento. O que se busca, então, com o trabalho por meio da música, é estabelecer relações mais flexíveis, promovendo improvisações e inovações nos padrões musicais previamente estabelecidos, balanceando com os extremos de rigidez e fragmentação de resposta da criança. O clínico, além disto, deve aprender a ler as formas dinâmicas de expressão do paciente, por mais idiossincráticas que sejam, respondendo a elas (Trevarthen e cols., 1998).

O trabalho com a música pode ser utilizado também em crianças autistas para desenvolver a comunicação de duas vias. Os processos musicais dinâmicos contribuem para que se dê a emergência de um sentido de self na criança bem como de um sentido de self com outro, de um eu em relação com outro, uma vez que o trabalho é feito levando-se em consideração as respostas da criança dentro de um contexto de interação (ibid, 1998 e Stern, 1992).

Com relação às formas dinâmicas de expressão, alguns dos seus principais componentes são o som e o silêncio, que, como mencionado anteriormente, encontram-se presentes tanto nas interações humanas quanto na música. Silêncios experienciados ativamente, em um contexto musical de improvisação, também contribuem para que a consciência de si da criança possa emergir. Pesquisas realizadas por Beebe (1985, citado por Trevarthen e cols. 1998), sobre o tempo interpessoal e o desenvolvimento social do bebê,

demonstram a importância do comprimento do silêncio da mãe em eliciar respostas de vocalização no bebê. Logo, fazendo uma transposição para o contexto clínico, o terapeuta deve ser capaz de respeitar os silêncios da criança, dando espaço à emergência de suas expressões. Deve suportar e criar os impulsos iniciais, de modo a facilitar o contato inicial com a mesma. O uso das técnicas utilizadas na terapia musical pode contribuir para o desenvolvimento da comunicação emocional compartilhada, fazendo com que a criança tolere minimamente um contato afetivo, mesmo que ainda de modo evasivo, de tal forma que a comunicação de duas vias possa ser desenvolvida no “passo” e no estilo individual de cada criança (Trevarthen e cols., 1998).

O contexto de interação musical é alternado por momentos em que há uma coordenação afetiva entre terapeuta e paciente e momentos em que ocorre um colapso, quando a coordenação entre ambos se perde. Busca-se, então, reestabelecer o estado de coordenação, em um nível sensório-motor-afetivo, por meio de um trabalho dinâmico relacional, embora seja difícil, inicialmente, obter-se este estado com uma criança com autismo. A coordenação afetiva, como visto anteriormente, é de grande importância para o desenvolvimento do engajamento afetivo da criança autista, uma vez que ao proporcionar à mesma experiências frequentes de estados emocionais positivos, faz com que ela busque cada vez mais o engajamento. Estados de coordenação afetiva podem cursar ou não com estados de sintonia afetiva. Esta distinção, bem como a importância de tais estados para o programa de intervenção clínica aplicado na pesquisa de campo, serão discutidas em maiores detalhes no capítulo seguinte.

Um dos importantes métodos de avaliação da criança autista, utilizado nos processos de terapia musical, é o chamado Perfil de Musicalidade Empática (Profile of empathic musicality – POEM), que foi desenvolvido por Jacqueline Robarts (Trevarthen e cols., 1998). Este método é mencionado apenas a título de ilustração, uma vez que o mesmo não foi utilizado na pesquisa de campo. É empregado, sobretudo, para avaliar as particularidades e idiosincrasias de cada criança, para, com isto, permitir que se trace um programa terapêutico individualizado, com objetivos específicos para cada uma, dependendo do seu nível de desenvolvimento. Além disto, busca observar as formas dinâmicas de expressão da criança, identificando detalhes do seu *timing* interpessoal em relação aos seus estados motivacionais, por exemplo, a

relação entre um determinado tempo de resposta ou não-resposta da criança e seu estado motivacional subjacente (Trevvarthen e cols. 1998). O POEM busca também observar elementos rítmicos expressivos da criança, os quais mostram se a mesma está engajada ou não. Define progressos ao longo da terapia, que vão desde o engajamento afetivo inicial básico, até as formas mais elaboradas de comunicação, incluindo a simbolização e a linguagem verbal, além de apresentar um perfil empático-musical do paciente (ibid, 1998).

Na parte final deste capítulo, exemplifico algumas técnicas da terapia de improvisação musical mencionadas anteriormente, a partir de quatro ilustrações clínicas. Duas delas mencionadas por Brown (1994, citado por Trevarthen e cols., 1998) e outras duas experienciadas em minha prática clínica.

Brown (1994, citado por Trevarthen e cols., 1998) exemplifica de que maneira a terapia musical pode contribuir para o desenvolvimento do engajamento afetivo, da comunicação não-verbal e da comunicação verbal da criança autista. Na sessão número 1, com uma criança, a qual denomina Colin, mostra como um contato inicial pode ser feito através da música. O paciente entra na sala de mãos dadas com sua mãe e olha para o terapeuta. Este aplica algumas batidas sobre um tamborim, mas Colin não manifesta qualquer reação. O terapeuta começa então a cantar suavemente, tentando ganhar a atenção do paciente e, imediatamente, Colin começa a gritar e a bater um de seus pés sobre o chão, demonstrando raiva. O terapeuta tenta, então, comparar a intensidade e as características emocionais tonais-rítmicas do grito e da batida de pé de Colin. Começa a se comunicar com o menino a partir do piano, usando uma harmonia intensa, dissonante, em um tom menor, o que parece ressonar e reconhecer algo da tensão emocional e do pathos em seus sons (Trevarthen e cols., 1998, p. 192); o terapeuta repete esta estratégia por mais duas vezes e pausa, com o mesmo comprimento de tempo, da frase que tinha usado. Percebe, então, que o grito de Colin estava tanto na tonalidade da música vinda do piano quanto mostrava elementos tonais-rítmicos mais claramente definidos e próximos do som do piano. A batida de pé começava a adquirir uma organização emocionalmente expressiva (ibid, 1998).

Outro exemplo, do mesmo autor, em seu tratamento com Colin, é o da sessão 40, na qual ele tenta obter uma separação do paciente de sua mãe,

entrando na sala apenas com o mesmo, diferentemente das sessões anteriores. Colin relutou em iniciar a sessão e quando o terapeuta começou a cantar, ele respondeu: “agora não, Jackie!”, e imediatamente começou a bater em um tambor, no prato e em várias cadeiras que tinham na sala. O terapeuta não reagiu a isto e respondeu ao seu humor, tocando com um pulso temporal lento, em um tom menor, nas teclas do piano (ibid, 1998, p. 199). O terapeuta refletia seus sentimentos musicalmente e verbalmente, cantando como Colin se sentia naquela sala, sem sua mãe. As expressões de reconhecimento e compreensão do paciente alternavam com expressões ambivalentes de raiva e tristeza. Tanto o pulso da música quanto suas sonoridades, harmonias, bem como a expressão verbal do terapeuta refletindo os estados de sentimentos do paciente, pareciam conter os sentimentos de Colin. “*Sua crescente estabilidade emocional e sua habilidade para autorregular seus sentimentos também o ajudavam a refletir sobre si próprio naquela situação desagradável*” (ibid, 1998, pp. 199, 200). Colin, então, tocou e cantou um “*goodbye*” (adeus) no piano, de um modo mais vigoroso, mais vívido, em resposta aos padrões expressivos iniciados pelo terapeuta (ibid, 1998).

Cito agora dois exemplos que também mostram como a terapia musical pode favorecer a regulação do comportamento e dos estados afetivos das crianças autistas. Ambas as situações ocorreram em meu trabalho clínico, com duas crianças, uma com o diagnóstico de autismo e a outra com o diagnóstico de Síndrome de West, uma doença relacionada ao autismo.

No primeiro caso, a menina R., apresenta Síndrome de West, uma doença neurológica que se caracteriza por espasmos musculares e cuja apresentação clínica é compatível com os transtornos globais do desenvolvimento. Na segunda vez que a atendi, R. entrou na sala extremamente agitada, fazendo birra, com a mãe puxando sua mão. Imediatamente ao entrar, a paciente se joga no chão e ali permanece, gritando, chorando e batendo seus pés sobre o chão. Tento falar suavemente para ela se acalmar, o que é em vão. Em seguida, sento na minha cadeira, pego o cavaquinho e começo a tocar uma frase musical de duas notas, com um pulso temporal bem lentificado. Repito esta frase por várias vezes enquanto a paciente continua em agitação. Aos poucos, R. vai se acalmando, diminuindo seus gritos e seus movimentos com as pernas, levanta-se lentamente, olha para mim e se aproxima.

Inesperadamente, coloca-se entre minhas pernas e encosta no cavaquinho. Continuo tocando a mesma frase. R., então, olha para mim e sorri. Fica assim por algum tempo enquanto vario a frase musical, aumentando o pulso e variando tanto o ritmo quanto a tonalidade da expressão musical. R. parece gostar. Entrego-lhe, então, um pandeiro e peço para bater. Ela bate com a palma de uma das mãos e sorri novamente. Quando, após algum tempo, digo que a sessão terminou e que deverá ir com sua mãe, faz um pouco de manha, reclama e ameaça chorar, mas aceita sair sem grande resistência. Mostra-se serena neste momento.

O outro caso é de um menino, J.V., com o diagnóstico de autismo. J.V. entra na sala com a mãe, dizendo “oi, doutor”. Imediatamente, procura o cavaquinho e o pega, demonstrando grande interesse por música e, na sequência de seus atendimentos, demonstra apresentar um considerável progresso com relação ao seu engajamento afetivo. Começa a tocar o cavaquinho e a vocalizar melodicamente. A mãe refere que ele está cantando uma música da igreja que frequentam, embora seja muito difícil compreender o que ele está cantando, pois praticamente emite apenas as vogais em seu canto. Pego o pandeiro e começo a tocar um ritmo, tentando igualar o pulso (temporal) e a intensidade da expressão de J.V. Em um dado momento, oferece-me o cavaquinho e pega o pandeiro. Eu começo a tocar de modo improvisado o cavaquinho, variando o ritmo e aumentando gradativamente o pulso. J.V. começa a bater com as duas mãos espalmadas sobre o pandeiro e a me acompanhar. Aumenta tanto a intensidade quanto o pulso de sua batida, também gradativamente, juntamente comigo. Sinto que ele está me acompanhando e aumento ainda mais. J.V responde. Em um dado momento, ele apresenta um comportamento que representa simetria, tomando a iniciativa na regulação da interação e começa a diminuir o pulso e a intensidade de sua frase musical. Imediatamente, eu o acompanho, diminuindo também o pulso da frase que vinha fazendo no cavaquinho. J.V reduz ainda mais um pouco, quando o som já está muito baixo e pára de tocar. Continuo tocando baixinho e também paro, encerrando, assim nosso arranjo improvisado. Sua mãe bate palmas e, em seguida, eu e ele também batemos palmas.

## 5

### Pesquisa de Campo

#### 5.1

##### Introdução

A pesquisa de campo consistiu em uma pesquisa de estudo de caso. Vários fatores contribuíram para que fosse escolhido o método de estudo de caso, ao invés de realizar uma pesquisa de análise estatística. Portanto, trata-se de um trabalho que segue a metodologia qualitativa de pesquisa. Dentre estes fatores, encontra-se, sobretudo, a possibilidade de detalhamento que se pode obter com o estudo de caso, detalhamento este, que pode ser aplicado posteriormente a uma variedade maior de situações. Yin (2005) afirma que o estudo de caso permite que as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real sejam preservadas. Além disto, considera um erro estabelecer uma hierarquia entre este método de pesquisa e outros métodos utilizados nas ciências sociais, como, por exemplo, os experimentos que restringem a metodologia de estudo de caso apenas à fase exploratória de uma investigação. Afirma que o estudo de caso pode, sim, ser utilizado tanto para propósitos exploratórios, quanto para propósitos descritivos e explanatórios.

Como modelos de estudos de caso, utilizo, de forma integrada, os tipos de estudo intrínseco e instrumental. Segundo Stake (1994), no estudo de caso intrínseco, o que interessa é apenas o próprio caso, devendo haver um minucioso detalhamento do mesmo, enquanto no estudo de caso instrumental, o caso serve, na verdade, ao aperfeiçoamento de uma dada teoria e a algumas generalizações, quando possível.

O presente estudo de caso consistiu na aplicação de um programa de intervenção clínica para o autismo a uma criança com o diagnóstico do referido transtorno. Além disto, por meio do estudo de caso, foi avaliado se houve o desenvolvimento de aspectos como o engajamento afetivo, a comunicação não-verbal e a comunicação verbal na criança submetida ao programa, bem como foi avaliada também a relação entre o desenvolvimento do engajamento afetivo

e o desenvolvimento dos vários aspectos da comunicação, não-verbais e verbais, de modo a corroborar a hipótese trabalhada nesta dissertação, de que as alterações do engajamento afetivo são primárias no autismo. Este trabalho pode ser visto como um projeto-piloto para a aplicação futura do programa de intervenção.

O programa de intervenção foi desenvolvido a partir de alguns programas de intervenção existentes hoje, que são os programas referidos no capítulo anterior, os quais adotam um referencial desenvolvimentista. Este programa de intervenção foi adaptado para o emprego em nosso país, inclusive, como será visto na pesquisa, para o emprego no serviço público de saúde. A lógica deste modelo de assistência é a perspectiva integracionista, na qual se articulam três modelos de intervenção, como visto anteriormente: a perspectiva transacional, o modelo DIR e a terapia de improvisação musical, sendo esta última a base principal do programa.

O objetivo deste programa de intervenção foi desenvolver o engajamento afetivo da criança autista, para que houvesse, de acordo com o referencial trabalhado, o desenvolvimento das interações sociais e da comunicação não-verbal, ou seja, das interações diádicas e interações triádicas, bem como da comunicação verbal da mesma. A perspectiva transacional e o modelo DIR mostram a importância de se desenvolver as interações sociais e o engajamento afetivo, respectivamente, enquanto a terapia de improvisação musical é utilizada justamente por apresentar o modo de como se fazer isto, ou seja, por mostrar como desenvolver os aspectos mencionados.

Trato agora do método empregado no estudo de caso realizado. Primeiramente, trato da criança-participante da pesquisa. Em seguida, do procedimento realizado bem como do contexto onde a intervenção foi realizada. Posteriormente, trato dos resultados da pesquisa. Estes, para facilitar a compreensão, foram divididos em uma parte descritiva e uma parte referente à análise dos dados propriamente dita. Tanto em uma parte quanto em outra, o período referente à intervenção foi dividido em três fases, de acordo com a evolução clínica da paciente. Os dados obtidos foram transcritos para figuras de colunas, de modo a facilitar a compreensão dos mesmos. Na parte final do capítulo, esboço as conclusões da pesquisa.

## 5.2

### Método

#### 5.2.1

#### Participante

A ideia inicial foi aplicar o programa de intervenção clínica, dentro do trabalho de campo, a duas crianças com o diagnóstico de autismo. No entanto, não houve possibilidade de realizar o trabalho com uma das crianças escolhidas, em virtude da não resposta de sua mãe em tempo hábil. Optei, então, por realizar o trabalho apenas com uma única criança, com o diagnóstico referido. Toda a estrutura da pesquisa, o modo como foi realizada, entretanto, manteve-se.

A escolha da criança que participou do trabalho foi feita por mim, a partir de alguns critérios: a idade da criança, o histórico negativo de tratamento prévio, a não utilização pregressa e presente de psicofármacos por parte da criança, além da disponibilidade da mãe em participar do programa.

Chamarei a criança por T., a fim de manter a identidade desta em caráter confidencial. Esta nasceu no dia 05/01/2005, tendo 2 anos e 6 meses no dia da primeira avaliação feita por mim. Veio encaminhada para mim por uma neurologista, que trabalha no mesmo serviço no qual foi realizada a pesquisa, com uma suspeita de “autismo”. A mãe de T., a quem chamarei por E., assinou um termo de consentimento, com relação à participação de sua filha na pesquisa de campo, com todos os esclarecimentos pertinentes.

A paciente tem duas irmãs que, na época do primeiro atendimento a T., em julho/2007, tinham 7 e 5 anos de idade. A mãe de T. havia se separado do pai da paciente, o Sr. A, cerca de três meses antes da data referida. Conta que, durante a gestação de T., teve muitos problemas com o pai desta, que ele chegou a ser “ameaçado” e teve que se mudar para outra cidade, próxima à que viviam. Relata que decidiu se separar do pai de T., sendo um dos motivos principais, o alcoolismo (sic) deste. E. nega que tenha havido qualquer complicação clínica durante a gestação de T. ou mesmo ter feito uso de psicotrópicos ou qualquer outro medicamento sem prescrição médica. Fez o acompanhamento pré-natal regularmente. T. nasceu de cesariana, a termo.

Segundo relato de E., a paciente teve seu desenvolvimento inicial praticamente “normal”. Percebia somente que a filha não “sorria muito” e era “muito séria”. “Uma vez, comentei com minha mãe, a T. é tão séria”, afirmou. Não se lembra se a paciente fazia contato ocular ou não, durante o primeiro ano de vida. Refere que somente percebeu alguma alteração nela, quando esta tinha mais ou menos um ano de idade, pelo fato de não ter desenvolvido a fala.

E. começou a trabalhar em um supermercado, quando T. tinha mais ou menos 1 ano e dois meses de idade. Correspondeu ao período em que ela começou a andar. Como “trabalharia o dia todo”, a sra. E. deixou sua filha, neste período, com vizinhos, até os 2 anos e 2 meses da mesma. T. chegou a ficar, ao longo do ano, com cerca de 4 “vizinhos diferentes”. Quando completou 26 meses, a Sra. E. conseguiu colocá-la em uma creche municipal, na qual permanecia durante o período da manhã e da tarde. O Sr. A. mantém contatos esporádicos com as filhas, inclusive com T. Mesmo quando as vê, permanece por pouco tempo com elas. A sra. E. relata também que tem “medo” de deixar suas filhas com ele, “medo de que algo ruim possa acontecer com elas”.

E. relata que suas duas outras filhas sempre foram “normais” e que se sente muito triste com a condição de T. Afirma que gostaria que ela “fosse como as outras crianças” e tem o desejo de que ela, algum dia, possa “namorar, ler, escrever”...

T. não apresenta controle de esfíncteres e se alimenta sozinha, porém, com as mãos. Ao longo de todo o processo de acompanhamento clínico com a paciente, realizei um trabalho de orientação à Sra. E., com relação ao desenvolvimento da autonomia de sua filha, para que ela pudesse ensiná-la a realizar o controle esfincteriano e a se alimentar com o uso de talheres. Outra orientação dada foi com relação à importância dela ter um tempo diário para poder brincar com T., cerca de uma hora mais ou menos. Porém, E. sempre se mostrou muito resistente a isto, dizendo que não sabe como brincar com ela, que prefere deixá-la “assistindo a DVDs”.

Quando completou 3 anos de idade, T. começou a frequentar a escola, sendo assistida pela equipe de educação inclusiva da rede municipal. Ao final da intervenção, tinha 3 anos e 9 meses.

## 5.2.2

### Procedimento

O programa de intervenção clínica, o qual denomino por “modelo integracionista de base desenvolvimentista-musical para o autismo” (MIDMA), foi aplicado a T. após a realização do que chamei sessões de linha de base, na qual houve o atendimento clínico à paciente, sem que, no entanto, houvesse a aplicação do programa. Foram três sessões, que tiveram uma duração média de 30 minutos, sendo a primeira realizada com um intervalo de um mês para a segunda sessão e as demais, com um intervalo de apenas uma semana. A partir do quarto atendimento, houve o início da aplicação do programa de intervenção clínica.

Foram realizados 32 atendimentos ao longo de um período de 14 meses. Nos primeiros 6 meses, o intervalo entre as sessões foi semanal enquanto nos últimos 8 meses, o intervalo foi quinzenal. As razões para esta modificação na proposta inicial do programa, que era de atendimentos semanais, foram devidas a fatores relacionados às condições de trabalho, mais especificamente, às condições de trabalho no contexto do serviço público de nosso país.

A duração média das sessões clínicas foi de 50 minutos, sendo, mais ou menos, 35 minutos dedicados exclusivamente à criança e 15 minutos a um trabalho em conjunto com T. e sua mãe. O diagnóstico de transtorno autista ou autismo infantil foi realizado por mim, a partir dos critérios estabelecidos pelo DSM-IV-TR (2002) e pela CID-10 (2000), bem como pela aplicação da CARS – The Childhood Autism Rating Scale – (Schopler, E.; Robert, J.; Reichler, M.D. and Renner, B.R., 1988), uma escala que serve tanto a propósitos diagnósticos quanto à avaliação do grau do autismo da criança. Utilizei-a, neste trabalho, no início da intervenção e no final da mesma.

Com relação à técnica utilizada no programa de intervenção, um dos princípios básicos consiste na busca de contato com a criança de forma ativa (Alvarez, 1996). Dentro da perspectiva desenvolvimentista, as atividades realizadas inicialmente devem seguir o foco de interesse da criança. Os objetos utilizados foram folha de papel, caneta, bola, fantoches e instrumentos musicais, como violão, pandeiro, chocalho e xilofone. Estes últimos tiveram uma grande relevância neste trabalho clínico. Foram considerados os principais

meios utilizados para se estabelecer algum tipo de vínculo com a criança. Além disto, foram empregados também com o objetivo de se buscar obter tanto uma coordenação afetiva quanto uma sintonia afetiva com a criança. Desta maneira, pôde haver uma contribuição não só para o desenvolvimento do engajamento afetivo como para o desenvolvimento da comunicação não-verbal e comunicação verbal da criança autista.

Estes dois últimos conceitos mencionados, coordenação afetiva (Tronick, 1989) e sintonia afetiva (Stern, 1992), são considerados conceitos-chave para a intervenção. A coordenação afetiva ocorre quando se responde às expressões, musicais ou comportamentais da criança, sem que haja equiparação transmodal, seja por intensidade, por tempo ou por tonalidade; o que há de fato, é um “mover junto com criança, em torno de um objetivo em comum” (Tronick, 1989), objetivo este que pode ser a própria interação musical, ou mesmo a construção por ambos, terapeuta e criança, de uma determinada frase musical. No caso da sintonia afetiva, responde-se às expressões da criança por meio de uma equiparação transmodal, ou seja, por equiparações que se dão por meio de modalidades diferentes de expressões (pandeiro/vocalização, violão/pandeiro, vocalização/movimento de membro superior), igualando-se um ou mais dos seguintes aspectos: intensidade, tempo e tonalidade. Considerando-se o fato de que ambas as situações, de coordenação afetiva e sintonia afetiva, ocorrem em situações de engajamento afetivo, na qual há trocas de sinais emocionais entre ambos os parceiros comunicativos de uma idade, presume-se que tais situações contribuam para o aumento do engajamento afetivo da criança.

Ainda dentro da técnica do programa de intervenção, fez-se necessário um trabalho com os cuidadores também, no sentido de oferecer um suporte, uma orientação no que diz respeito de como lidar com as particularidades e as necessidades da criança.

Algumas categorias foram construídas de modo a facilitar a análise do que ocorreu em cada sessão clínica. Estas categorias correspondem a medidas qualitativas e quantitativas de avaliação, e foram registradas em folhas de registro, preenchidas ao final de cada atendimento. Todas estas podem ser consideradas categorias quantitativas, uma vez que avaliam objetivamente o comportamento da criança, à exceção de uma delas, que tem um caráter

qualitativo. As folhas de registro foram preenchidas tanto na linha de base da pesquisa quanto posteriormente nas sessões que já correspondiam à aplicação do programa. Com isto, foi possível avaliar aquelas categorias que já estavam presentes antes da aplicação do programa de intervenção e aquelas que apareceram depois. A avaliação de todas as categorias foi feita por mim.

A categoria de caráter qualitativo é justamente o engajamento afetivo. Há um problema com relação a este dado empírico, uma vez que sua avaliação passa eminentemente por vias subjetivas, podendo haver mais discordâncias nestes casos que naqueles em que a avaliação é basicamente objetiva, como acontece com as categorias quantitativas. De acordo com García-Pérez, Lee e Hobson (2007), os seres humanos são os melhores “instrumentos” para a avaliação das categorias qualitativas, como é o caso do engajamento afetivo. Esta categoria, diferentemente dos autores acima referidos, que a pontuaram em uma escala que varia de 1 a 5, foi classificada em uma escala de variação de 1 a 3 apenas, de modo a facilitar a comparação com os outros dados, referentes às categorias quantitativas, que também variam de 1 a 3, como será visto posteriormente. Deste modo, 1 é utilizado para representar um engajamento afetivo fraco; 2, um engajamento afetivo médio e 3, um engajamento afetivo forte.

As categorias quantitativas de avaliação são as seguintes:

Nas interações diádicas:

- 1- Olhar para a face: a criança direciona o olhar para a face da outra pessoa, não especificamente para os olhos da outra pessoa;
- 2- Olhar para um objeto segurado por outra pessoa: a criança direciona o olhar para um objeto que outra pessoa tenha pegado ou lhe mostrado;
- 3- Contato ocular: a criança olha especificamente para os olhos da outra pessoa;
- 4- Sorriso responsivo: a criança sorri em resposta a um sorriso de outra pessoa ou simplesmente dentro de uma interação;
- 5- Vocalizações não-referenciadas: a criança emite sons que não têm um valor referencial, não se referem aparentemente a nenhum objeto específico;
- 6- Vocalizações melódicas: a criança emite sons também não-referenciados a um dado objeto, mas de maneira melódica;

- 7- Reciprocidade: a resposta de um dos parceiros reconhece certas propriedades de intensidade e padrão temporal do comportamento do outro. (Stern, 1992);
- 8- Alternância de turno: a criança espera a resposta do outro para então responder;
- 9- Contingência: compreende uma relação temporal próxima, e dependente, entre o comportamento de um dos parceiros e a resposta do outro (Stern, 1995);
- 10- Antecipação: a criança adianta o que irá ocorrer (quando, por exemplo, a criança estica seus braços reconhecendo que a outra pessoa já está preparada para pegá-la).

Nas interações triádicas:

- 1 - Seguir o apontar: a criança direciona seu olhar para onde o dedo da outra pessoa está indicando, não para o dedo da outra pessoa;
- 2 - Proto-declarativo: a criança aponta para compartilhar seu interesse pelo objeto com outra pessoa (Bates, 1976);
- 3 - Proto-imperativo: a criança aponta para um determinado objeto para pedir este objeto a outra pessoa (Bates, 1976);
- 4 - Imitação: a criança repete de maneira idêntica um gesto feito por outra pessoa, não apenas igualando a forma, mas sim realizando o mesmo gesto;
- 5 - *Timing*: uma pulsação regular no tempo é igualada (Stern, 1992), quando, por exemplo, um determinado comportamento da mãe e um determinado gesto do bebê obedecem à mesma batida temporal;
- 6 - Som referenciado (fala): a criança pronuncia um determinado som que se refere a um objeto específico.

Todas as categorias quantitativas foram colocadas também em uma escala, que varia de 1 a 3. Estas pontuações foram anotadas nas folhas de registro. 1 representa uma ausência do comportamento ao qual a categoria se refere; 2 à sua presença por indução, ou seja, à sua presença a partir da instigação do terapeuta, quando o comportamento ocorre após a realização de duas ou mais atividades para que se obtenha a atenção da paciente e o referido

comportamento, e 3 representa a presença espontânea daquela categoria, quando se realiza uma ou nenhuma atividade para se conseguir a atenção da paciente e o comportamento referido. A razão para se atribuir uma valoração maior à presença espontânea da categoria que à sua presença por indução, está sustentada por todo o referencial teórico adotado neste trabalho. Pode-se presumir que; se a criança realiza espontaneamente um determinado comportamento, ela terá uma maior chance de reproduzir este comportamento em um contexto diferente daquele onde o comportamento foi inicialmente manifestado. Por outro lado, se a criança realiza um determinado comportamento apenas por indução, presume-se que a probabilidade dela reproduzir este comportamento em outro contexto, que não o da manifestação inicial, é bem menor. Um dos grandes problemas enfrentados pelos diversos modelos de assistência clínica ao autismo é justamente este, o de não haver a reprodução dos comportamentos realizados durante os atendimentos clínicos, por parte da criança, em um contexto diferente daquele onde o comportamento foi trabalhado.

Outra fonte de evidências utilizada para a coleta de dados foi o registro detalhado, em caráter descritivo, sobre cada sessão clínica, realizado por mim, imediatamente após o término das mesmas.

Os resultados da pesquisa serão divididos em uma parte descritiva e uma parte de análise dos dados, levando-se em consideração a linha de base da pesquisa, bem como as três fases da intervenção. A parte descritiva visa à qualificação do dado empírico. Os dados, obtidos a partir das folhas de registro, serão apresentados em figuras de colunas, para que se facilite a interpretação dos mesmos.

### **5.2.3**

#### **Resultados**

Nesta parte do capítulo, trato, especificamente, dos resultados obtidos com a pesquisa de campo. Inicialmente, discuto os resultados, tanto da linha de base quanto da intervenção, a partir de um viés eminentemente descritivo. Em seguida, passo à avaliação dos resultados em ambos os períodos, a partir da

análise dos dados, que será feita por meio de figuras de colunas. A parte descritiva visa a qualificar o dado empírico.

Divido todo o período relacionado à intervenção clínica em três fases, correspondentes a algumas alterações no comportamento e repertório interativo de T.. A primeira fase corresponde a uma aproximação entre terapeuta e paciente, à iniciação dos primeiros jogos interativos e a uma familiarização de T. com os instrumentos musicais, bem como à aquisição pela mesma, de algum padrão rítmico; na segunda, há um aumento do repertório interativo da paciente e uma variação no seu padrão rítmico; e, a terceira fase, corresponde à manutenção deste padrão rítmico, a uma nova ampliação do repertório interativo da paciente, bem como ao aparecimento da primeira vocalização referenciada.

## **PARTE DESCRITIVA**

### **LINHA DE BASE – Sessões de 1 a 3**

T. foi encaminhada à equipe de saúde mental do serviço onde a pesquisa foi realizada, onde eu trabalho, por uma neurologista do próprio serviço, que suspeitou que se tratava de um caso de autismo. Foi atendida inicialmente, em um grupo de recepção do serviço, por uma psicóloga e por uma assistente social. A queixa principal referida nesta avaliação foi de “atraso na fala”. Tendo sido confirmada a suspeita inicial de autismo por parte das duas profissionais referidas, T. foi encaminhada a mim para avaliação.

Atendi pela primeira vez a paciente, no dia 05 de julho de 2007. Realizei uma entrevista inicial com a mãe, a sra. E., sobre a história clínica e a história sócio-familiar de T. Ao final do atendimento, traçamos o plano de tratamento para a paciente. Conversei com a mãe sobre o projeto de pesquisa e esta consentiu que a filha participasse, sem demonstrar resistência. Transmitia um tom esperançoso com a possibilidade de algum tipo de tratamento para a filha. Combinamos, neste dia, que a pesquisa e, conseqüentemente, o acompanhamento clínico a T., iniciaria dentro de um mês, no dia 01 de agosto de 2007. O diagnóstico havia sido feito por mim neste atendimento, baseado nos critérios diagnósticos do DSM-IV - TR (2002) e da CID-10 (2000) e,

mediante a aplicação do CARS, que foi aplicado por mim a T.. O resultado obtido foi de 37 pontos, o que confirmou o diagnóstico previamente estabelecido de autismo infantil ou transtorno autista, sendo considerado, a partir desta escala, como um autismo severo. T. pode ser considerada uma criança autista não-verbal, uma vez que não apresenta o desenvolvimento da fala referenciada, restringindo-se apenas a vocalizações que não possuem um valor referencial, em seguida, tal diagnóstico foi comunicado à sra. E..

Durante esta primeira consulta, T. mexeu em vários objetos que se encontravam na sala de atendimento, como, por exemplo, em folhas, carimbo, canetas, etc. Em um dado momento, ofereci-lhe uma caneta e um papel. A paciente hesitou um pouco, parecia que não tinha prestado atenção na minha oferta. Entretanto, após algum tempo, pegou a caneta e fez vários rabiscos sobre a folha de papel. Não direcionou o olhar para mim em nenhum momento do atendimento, embora o tenha feito para a mãe, uma única vez, quando cantou e bateu palmas para ela. Ainda assim, T. não sustentou o contato ocular com sua mãe.

As sessões referentes à linha de base da pesquisa, foram realizadas nos dias 01/08/07, 08/08/07 e 15/08/07, correspondendo às sessões 1, 2 e 3, respectivamente. Os objetos utilizados foram apenas caneta, folhas de papel e carimbo nas duas primeiras sessões e instrumentos musicais, como violão, pandeiro e chocalho, além de bola, na terceira sessão. Na primeira delas, a paciente utilizou o carimbo, apertando-o sobre uma folha e, posteriormente, sobre o chão. Utilizou também a caneta, fazendo rabiscos sobre uma folha. Direcionou o olhar para mim apenas uma vez ao longo da consulta, de forma espontânea, porém não sustentou o contato, que foi extremamente breve. Em um momento do atendimento, T. buscou a bolsa da mãe. Esta a colocou em um lugar de difícil alcance para ela. A paciente então aplicou tapas sobre a mãe e chorou. E. deu a bolsa à filha que a virou sobre o chão, colocando todos os objetos para fora. Na segunda sessão, ocorreu também um episódio no qual T. se mostrou estressada, por querer ficar com a mãe, ao lado de fora da sala. No entanto, quando a chamei para entrar na sala, aceitou e logo se acalmou. No terceiro atendimento da linha de base, já utilizei os instrumentos musicais. T. se encontrava calma nesta sessão, seu comportamento expressava contornos de ativação de baixa intensidade. Emitia algumas vocalizações, inclusive,

melódicas, em um tom suave, baixo. Estas vocalizações, no entanto, não se dirigiam a mim. Não parecia se interessar pelos instrumentos musicais. Entretanto, quando lhe mostrei o violão, dirigiu-se a ele, passou uma das mãos sobre as cordas, não emitindo sons. Mostrava-se tímida neste contato inicial com o instrumento. Em seguida, toquei o pandeiro, colocando-me no campo de visão da paciente. Após um determinado tempo, quando já havia deixado de tocar o pandeiro, T. bateu com suas mãos sobre o mesmo. Posteriormente, joguei a bola para ela e pedi para que jogasse para mim também. T., no entanto, arremessou-a para a parede, não respondendo ao que lhe havia pedido. Sorriu quando eu chutei a bola contra a parede. Direcionou o olhar algumas vezes para mim, porém, também sem sustentar o contato ocular.

Ao longo dos atendimentos realizados nas sessões de linha de base, permanecia um tempo maior com T., cerca de 20 minutos, e os 10 minutos restantes com ela juntamente com sua mãe. Nestas sessões, o engajamento afetivo que houve entre mim e a paciente foi relativamente fraco. Encaminhei-a, após estas sessões, para tratamento fonoaudiológico.

## **INTERVENÇÃO CLÍNICA – MIDMA**

O programa de intervenção clínica correspondeu às sessões 4 a 32 do acompanhamento clínico. Utilizei aleatoriamente o termo programa de intervenção ou MIDMA nesta dissertação, para me referir ao programa aplicado na pesquisa de campo.

Para facilitar a compreensão do leitor de como se deu o acompanhamento clínico de T. durante a aplicação do MIDMA, dividi este acompanhamento em três momentos: o primeiro correspondeu às sessões de 4 a 13 e foi marcado pela familiarização de T. com os instrumentos musicais; o segundo momento correspondeu às sessões de 14 a 22, sendo marcado por uma pequena variação no padrão rítmico da paciente e o terceiro momento foi da sessão 23 à sessão 32, tendo sido marcado por uma regularidade maior no aumento do engajamento afetivo e pelo aparecimento da primeira vocalização referenciada da paciente.

## **SESSÕES DE 4 A 13 – FAMILIARIZAÇÃO COM OS INSTRUMENTOS MUSICAIS – O “PIU-PIU”**

Nestas sessões, houve um gradativo aumento da familiaridade de T. com os instrumentos musicais utilizados (pandeiro, violão, chocalho e xilofone). Nas primeiras sessões, a paciente estabelecia um contato ainda tímido com os instrumentos, mas, logo, foi se familiarizando com os mesmos. Seu instrumento de preferência era, sem dúvida, o violão. Inicialmente, T. utilizava tanto o pandeiro quanto o violão, expressando sons com um padrão rítmico irregular, o que poderia representar algum grau de desorganização psíquica da paciente. Entretanto, logo no início do trabalho clínico, começou a desenvolver uma expressão musical, que tinha um padrão rítmico com pulsações regulares, em um período de tempo. Contudo, este padrão era repetitivo e simples, no qual T. emitia apenas uma nota no violão e batia com apenas 1 toque no pandeiro.

Em uma das sessões, na sessão 9, mais especificamente, ocorreu uma situação de modulação do estado afetivo de T. por meio da interação musical. Ela evacuou na fralda, chamou sua mãe que, imediatamente a levou ao banheiro. Ao retornar à sala de atendimento, a paciente se recusou a ficar, querendo sair, encontrar com sua mãe. Chorou, mostrando-se irritada. Peguei então o violão e toquei uma frase musical, de baixa intensidade, suave, com um pulso temporal lento. Em seguida, T. começou a se acalmar, retornando ao engajamento. Uma situação, que ocorreu na sessão 7, ilustrou uma interação, marcada pelo estabelecimento, de minha parte, de uma sintonia afetiva com ela. T. emitia sons melódicos, parecia muito à vontade e alegre na consulta. Acompanhei-a com o pandeiro, procurando igualar sua vocalização, em intensidade e tempo, através das batidas no pandeiro. Vocalizei melodicamente também. Ela, em seguida, aumentou a intensidade de sua vocalização. Aumentei, então, a intensidade de minha batida no instrumento também.

Nestas sessões, T. apresentava um contato ocular mais prolongado e sorria responsivamente, ou seja, de modo articulado com a interação, sempre que eu tocava duas canções para ela, no pandeiro: “meu pintinho amarelinho” e “atirei o pau no gato”. Na primeira canção, demonstrava sentir um prazer maior quando cantava “piu-piu” e, na segunda, quando cantava “miau”. Em ambas,

havia um aumento do engajamento afetivo entre mim e ela. T. fazia também algumas imitações, a partir destas músicas, como “bater as asas” e fazer gestualmente “piu-piu”, com as mãos, ambas no “pintinho amarelinho”.

A paciente realizava, neste primeiro momento de aplicação do MIDMA, com grande frequência, um jogo de abafar e soltar as cordas do violão, enquanto eu o tocava. Gostava também de fazer rabiscos em folhas de papel, por vezes, rabiscando a mesa. Gostava que eu desenhasse com ela, segurando sua mão.

Iniciou acompanhamento fonoaudiológico neste período, embora tal acompanhamento tenha se dado de maneira irregular. Também neste período, a Sra. E. conseguiu um benefício do INSS para T..

## **SESSÕES DE 14 A 22 – VARIAÇÃO NO PADRÃO RÍTMICO E NO REPERTÓRIO INTERATIVO**

Nestas sessões, um novo repertório de interações foi construído entre mim e T.. Passamos a trabalhar também com blocos de construção. T. passou a se interessar muito por estes blocos, alternando seu interesse entre eles e os instrumentos musicais, sobretudo o violão. Geralmente, brincava com os blocos, tentando enfileirá-los, embora eu tentasse fazer com que ela os colocasse um sobre o outro. Fazia desta maneira e tentava lhe mostrar. Em algumas situações apenas, T. chegou a empilhar um bloco sobre o outro, empilhando dois blocos e deixando o terceiro cair. No entanto, sua preferência era em enfileirá-los.

Outro repertório construído neste momento do programa de intervenção foram as situações nas quais eu contava de 1 a 10 e falava todo o alfabeto para T. Às vezes, o fazia utilizando um instrumento musical, o pandeiro ou o violão. Nestes momentos, a paciente voltava sua atenção para mim, sustentava o contato ocular e sorria responsivamente. Ainda mantinha sua atenção quando eu tocava as músicas referidas anteriormente. Em uma das sessões, T. se interessou por um fantoche que utilizei. Eu abria e fechava sua boca, como se o fantoche estivesse conversando com ela e dizia “oi T., como você está, quer brincar comigo?” Ela tentava pegar a boca do fantoche, que se abria e fechava.

Houve um aumento também neste período do acompanhamento, da ligação afetiva entre mim e T. Logo quando eu abria a porta da sala de atendimento para chamá-la, ela imediatamente olhava para mim, sorria e manifestava um desejo de entrar logo no local, expressando um comportamento de antecipação, com relação ao início da consulta. Percebi que seu reconhecimento da minha presença havia aumentado, ou seja, que houve um aumento, ainda que parcial, da consciência do outro de T. Houve também um aumento na consciência de si da paciente, sobretudo, de sua consciência corporal, uma vez que ela começou a dançar, algumas vezes, quando eu tocava o violão, ou quando se encontrava diante de um espelho. Estes momentos, geralmente, coincidiam com um aumento no engajamento afetivo entre nós dois.

Estas sessões foram marcadas por alternâncias no engajamento afetivo. Embora se pôde evidenciar um aumento progressivo do mesmo ao longo do acompanhamento clínico, em algumas sessões, ele se encontrava de modo “fraco”. Estabeleço alguma relação entre minha disponibilidade para o atendimento, como, por exemplo, não ter nenhum outro paciente à minha espera para ser atendido, enquanto estava com T., e o engajamento afetivo entre nós. Tais fatores que, provavelmente, interferem no engajamento afetivo serão discutidos mais detalhadamente no final deste capítulo, na parte que cabe às discussões da pesquisa. Em uma das sessões, houve uma relação direta entre um baixo engajamento afetivo e o fato de T. estar em estado febril.

Paralelamente ao novo repertório de interações que foi construído, T. passou a apresentar uma variação no seu padrão de expressão musical, ainda que fosse pequena. Passou a expressar um padrão rítmico regular, com uma pequena variação, introduzindo 2 ou 3 notas na frase musical, tocadas no violão.

## **SESSÕES 23 A 32 – AS PRIMEIRAS VOCALIZAÇÕES COM ALGUM VALOR REFERENCIAL**

Neste período, houve um espaçamento das consultas para uma frequência quinzenal, devido a fatores relacionados ao número de pacientes que eu atendia na Instituição onde foi realizada a pesquisa.

Nestas sessões, o engajamento afetivo se manteve forte, em praticamente todas elas. Em apenas uma não houve uma boa conexão afetiva entre mim e T. Em uma das sessões, na de número 23, T. apresentou um comportamento de sintonia afetiva, ao igualar em intensidade, com movimentos de seus membros superiores, a intensidade de minha vocalização, quando disse “e x do que que é, é xuu-xa”, ao cantar a música do abc da Xuxa. Ela esticou seus braços no momento em que prolonguei a vocalização do “u”, com a mesma intensidade. Outra situação marcada por um forte engajamento afetivo neste período ocorreu em uma interação musical. T. pegou o violão, colocou-o sobre seu colo e começou a expressar uma frase rítmica, repetitiva, com uma pequena variação, de 2 a 3 notas. Emitia tons mais graves. Peguei o pandeiro e comecei a tocá-lo, procurando equiparar a expressão da paciente em pulso temporal e intensidade. T. começou a aumentar a intensidade de sua expressão musical, acompanhei-a, aumentando também a intensidade de minha expressão no pandeiro. Introduzi alguma variação na frase, com algumas novas pulsações no pandeiro, mantendo o mesmo pulso. Em seguida, T. se levantou, começou a vocalizar melodicamente, a dançar, fazendo movimentos estereotipados com os braços, O engajamento afetivo, neste momento, aumentou. Eu cantava, tocando o pandeiro, “1, 2, 3...” e, ela tentava repetir, dizendo “ci, qua, cê”. Posteriormente, T. se dirigiu novamente ao violão, tocando uma frase musical com uma menor intensidade e com um pulso temporal mais lento. Diminuí também a intensidade da minha expressão no pandeiro, bem como desacelerei o pulso. Fomos diminuindo ainda mais ambos os aspectos da frase, até encerrarmos a mesma. Nesta situação de interação musical, T. sustentou o contato ocular comigo por um bom tempo.

O repertório de interações realizado nas sessões referentes às duas fases anteriores se manteve nesta fase de aplicação do programa. Continuava a contar de 1 a 10 para ela e a cantar todo o alfabeto, ganhando sua atenção. No entanto, as situações nas quais eu cantava “o pintinho amarelinho e atirei o pau no gato” passaram a não ser mais muito atrativas para T. Seu interesse pelas atividades relacionadas a desenhos aumentou consideravelmente neste período. Gostava de desenhar, colocando a caneta em minha mão, para que eu a ajudasse a desenhar, segurando sua mão. Por vezes, eu desenhava o sol, e

repetia “sool”, árvore, casa, e T. sorria responsivamente, sentia prazer nesta prática.

Houve o desenvolvimento também de características de apego da paciente por mim. Em uma situação, quando abri a porta da sala, a vi do lado de fora e, em seguida, fechei a porta, pois ainda não era o horário da consulta, T. começou a chorar, pois queria entrar logo na sala.

Em uma das últimas sessões, T. insistiu para que eu desenhasse com ela, querendo que eu escrevesse o “a,e,i,o,u” e vocalizasse tais vogais. Tentei mudar este jogo interacional, mas a paciente não aceitou. Escrevi, então, estas letras segurando na mão de T. Fizemos isto por umas 20 vezes. Em um dado momento, ela vocalizou com muita clareza “a,e,i,o,u” e escreveu em uma folha o A, o I, o O e o U. Tentou escrever o E, mas não conseguiu, saindo apenas um risco. Fez isto por apenas uma vez.

Em boa parte das sessões deste período do MIDMA, T. vocalizou “chaau”, prolongando o “a”, em um contexto adequado. Quando terminava a consulta, ela saía com sua mãe da sala e eu dizia “tchau T.”, ela acenava e proferia o “chaau”, caracterizando, deste modo, uma vocalização referenciada.

No início desta fase, houve a interrupção do tratamento fonoaudiológico da paciente e, no final, encaminhei-a para acompanhamento com a terapia ocupacional.

Ao final da aplicação do MIDMA, T. foi submetida novamente à aplicação do CARS, apresentando, neste momento, um escore de 34, o que caracteriza um autismo moderado.

## **INTERVENÇÃO CLÍNICA – MIDMA – ANÁLISE DOS DADOS**

Os dados obtidos, a partir das folhas de registro, foram colocados em figuras de colunas para facilitar a interpretação dos mesmos. A primeira figura corresponde ao engajamento afetivo; a segunda, ao contato ocular e sorriso responsivo; a terceira aos comportamentos de reciprocidade, antecipação e contingência e a quarta, à imitação e fala referenciada. Estas categorias foram colocadas em cada uma destas figuras, inicialmente, para facilitar a visualização das mesmas. As quatro últimas figuras correspondem aos grandes grupos nos quais foram colocadas todas as categorias. O primeiro grupo,

correspondente à figura 5, foi denominado “interações diádicas – comportamentos faciais”, uma vez que os comportamentos sobre os quais a figura se refere ocorrem eminentemente com a expressão de sinais faciais; o segundo (figura 6) corresponde às “interações diádicas – vocalizações”; o terceiro (figura 7), às “interações diádicas – comportamentos corporais”, uma vez que se refere a comportamentos que ocorrem, sobretudo, com a expressão de sinais corporais (aqui, também se incluem os sinais faciais, no entanto, o corpo, como um todo, tem um importante lugar na expressividade da criança, que não se restringe apenas à face); e o quarto grupo (figura 8), por sua vez, corresponde às “interações triádicas – atenção compartilhada”. No eixo horizontal de cada figura, encontram-se as sessões de 1 a 32. As colunas correspondem às diversas categorias, qualitativa e quantitativas; o eixo vertical, por sua vez, corresponde a uma gradação com relação às categorias; 1 para categoria ausente; 2 para categoria presente sob indução e 3 para categoria presente espontaneamente, no caso das categorias quantitativas. Considerarei a categoria presente sob indução quando o comportamento ocorreu após a realização de duas ou mais atividades (pegar o violão, a bola, etc.) para se obter a atenção da paciente e o referido comportamento. A categoria presente espontaneamente ocorreu quando foi realizada apenas uma ou nenhuma atividade para se obter a atenção da paciente e o comportamento referente à categoria. No eixo vertical, à direita, situa-se a escala correspondente à categoria qualitativa, ou seja, ao engajamento afetivo, que varia de 1 a 3, sendo 1 para engajamento fraco, 2 para engajamento médio e 3 para engajamento forte. Esta categoria foi colocada na primeira figura, para facilitar sua visualização e, em todas as últimas quatro figuras, para facilitar a comparação entre ela e as demais categorias. Considerarei que uma categoria foi desenvolvida pelo programa de intervenção, apenas se apareceu a partir da sessão 6. Caso, uma categoria tenha aparecido nas duas primeiras sessões de aplicação do MIDMA, considerarei que a mesma já estava presente antes da intervenção.

Passemos à análise de cada figura, considerando as três fases da intervenção.

Tratarei, inicialmente, da categoria qualitativa, o engajamento afetivo. Em seguida, passarei à análise dos resultados das categorias quantitativas, de acordo com cada figura.

O engajamento afetivo se manteve no nível fraco no período correspondente à linha de base da pesquisa. Na primeira fase da intervenção, apresentou na maioria das sessões, um nível médio, aparecendo em apenas uma como forte, na sessão 7. Na segunda fase, o engajamento afetivo apareceu como forte em 4 sessões e na última fase em 7 sessões, correspondendo a um aumento nos comportamentos espontâneos por parte da paciente. Houve, portanto, um aumento do engajamento afetivo de T. ao longo da intervenção.

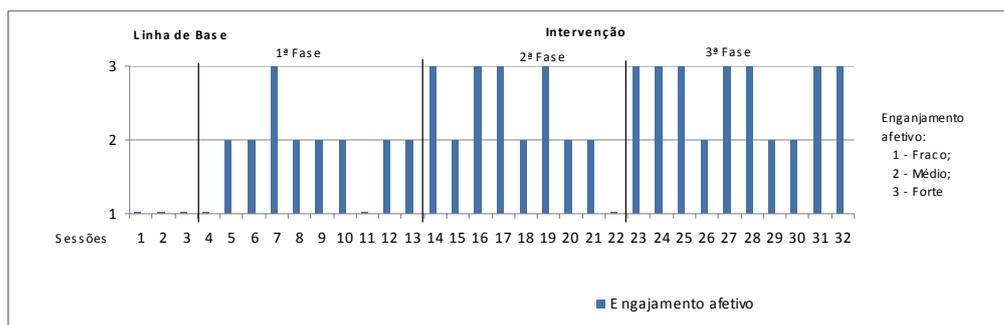


Figura 1 – Engajamento Afetivo

O comportamento de “olhar para a face”, já havia aparecido na linha de base, espontaneamente. No entanto, correspondia a um comportamento extremamente pobre, do ponto-de-vista qualitativo. Apareceu apenas uma vez, em cada uma destas sessões, e seu tempo de duração era praticamente insignificante. Na primeira fase da intervenção este comportamento apareceu espontaneamente em 7 sessões, sobretudo, nas situações em que se cantava “piu-piu” e “atirei o pau no gato”. Na segunda fase, também apareceu espontaneamente em 7 sessões, também nas situações descritas anteriormente e quando se contava de 1 a 10 e se falava o alfabeto a T.. Neste período, sua frequência e duração já estavam maiores que no período anterior. Na terceira fase da intervenção, tal comportamento apareceu espontaneamente em 10 sessões, mantendo uma frequência e duração maiores. Aparecia, principalmente, quando se desenhava juntamente com T..

O comportamento de olhar um objeto segurado por outra pessoa somente apareceu na linha de base, sob indução, ou seja, quando se instigou a paciente a responder por duas ou mais tentativas, ao se mostrar repetidamente um determinado objeto à paciente, como por exemplo, o violão. Na primeira e

segunda fase da intervenção, tal comportamento começou a aparecer de forma espontânea em algumas sessões, havendo um aumento ainda maior na terceira fase, na qual apareceu espontaneamente em 10 sessões.

O comportamento de contato ocular se assemelha ao de olhar para a face, com relação à linha de base da pesquisa. Apareceu nas três sessões espontaneamente, no entanto, de uma maneira qualitativamente pobre, com pouca duração e apenas uma ou duas vezes nestas sessões. Na primeira fase, já houve um aumento na sua frequência e duração, aparecendo espontaneamente em três sessões, nas situações do “piu-piu” e “atirei o pau no gato”. Na segunda fase, apareceu espontaneamente em 6 sessões e na terceira fase em 9 sessões, havendo também, em ambas, um aumento na frequência e duração.

O “sorriso responsivo” apareceu em apenas uma sessão da linha de base espontaneamente, apenas uma vez na sessão, também de modo pobre do ponto-de-vista qualitativo. Na primeira fase da intervenção, apareceu apenas sob instigação, quando se cantava piu-piu e atirei o pau no gato por mais de uma vez. Na segunda fase, apareceu espontaneamente em duas sessões, nas mesmas situações que havia aparecido na fase anterior, além dos jogos interativos de contar de 1 a 10 ou de se cantar o “alfabeto da Xuxa” para a paciente. Na terceira fase, apareceu em 9 sessões, espontaneamente. Houve também ao longo de toda a intervenção um aumento na frequência e na duração deste comportamento (ver figura 2, abaixo e figura 5, pág. 116).

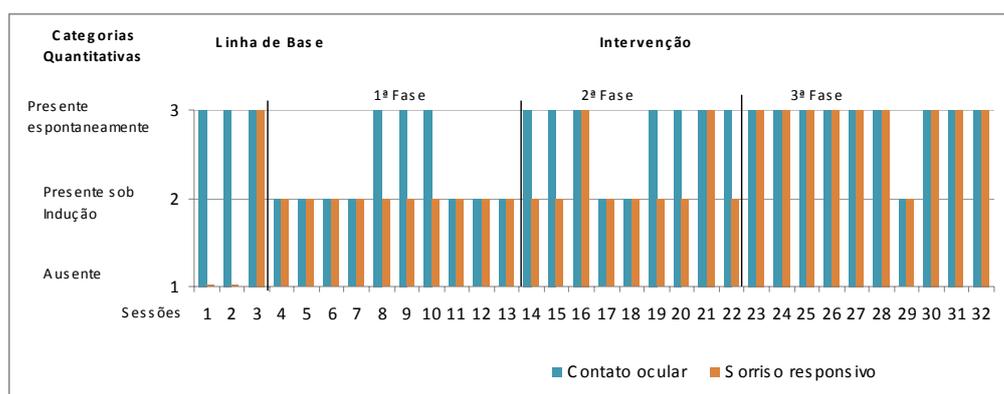


Figura 2 – Contato Ocular e Sorriso Responsivo

As vocalizações não-referenciadas apareceram em duas sessões da linha de base, espontaneamente. Na primeira fase da intervenção apareceram

espontaneamente também em duas sessões. Na segunda fase, em 7 sessões e na terceira em todas. Este comportamento, diferentemente daqueles descritos anteriormente, aparecia também em situações nas quais não havia uma interação entre terapeuta e paciente, em momentos de autoabsorção desta. Houve também um aumento na frequência e duração do mesmo ao longo da intervenção.

A vocalização melódica também já havia aparecido na linha de base da pesquisa, com duração e frequência baixas. Nas primeira e segunda fases da intervenção, apareceu espontaneamente em 4 sessões e na última fase em todas. Diferentemente do comportamento anterior, não apareceu sob indução, apenas espontaneamente. Aparecia também em momentos de autoabsorção de T. (ver figura 6, pág. 117).

Os comportamentos de reciprocidade e contingência foram considerados em conjunto, em virtude da própria similaridade na definição dos mesmos. Ambos apareceram espontaneamente, em uma sessão da linha de base, no comportamento de sorriso responsivo. Na primeira fase da intervenção, tais comportamentos apareceram em todas as sessões, sob indução. Na segunda fase, apareceram espontaneamente em 5 sessões e, na última, em todas as 10 sessões. Foi considerado que sempre que houve sorriso responsivo, também houve reciprocidade e contingência, mas nem sempre que houve contato ocular, uma vez que, quando este era qualitativamente pobre, não se considerou haver ambos os comportamentos mencionados. Outras situações em que os comportamentos de reciprocidade e contingência apareceram foram nas brincadeiras com a bola, nas interações musicais, nos jogos de fazer desenhos e nas músicas que T. gostava de ouvir.

O comportamento de antecipação somente começou a aparecer, a partir da segunda fase da intervenção, em 5 sessões neste período. Aparecia, por exemplo, quando T. se levantava para correr em direção à sala, imediatamente após eu abrir a porta, antes mesmo que a chamasse para entrar, e, quando tocava “piu-piu”, ela batia as asas antes mesmo que eu cantasse “ele bate as asas...”. Novamente, tal comportamento não apareceu nas sessões subsequentes, voltando a aparecer nas últimas 4 sessões (ver figuras 3, abaixo, e 7, página 118).

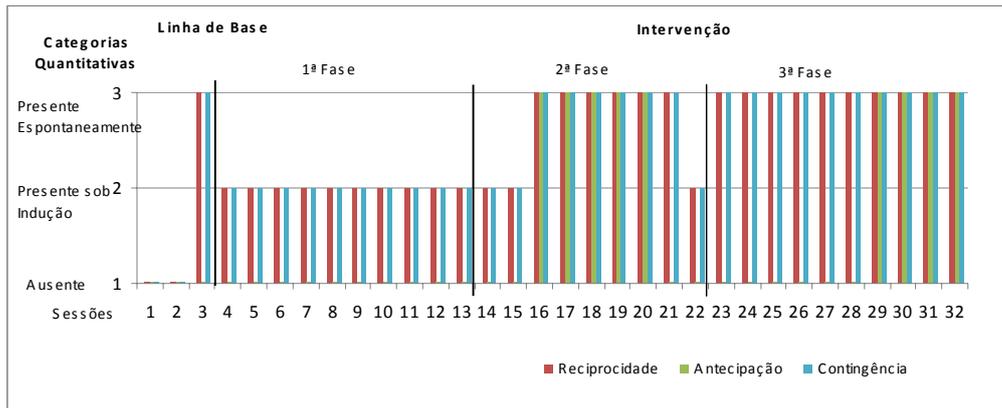


Figura 3 – Reciprocidade, Antecipação e Contingência

O comportamento de alternância de turno apareceu em apenas duas sessões, na sessão 10 e na sessão 20, nas situações de brincar com a bola (ver figura 7, pág. 118).

O *timing* também apareceu em apenas duas sessões, quando T. conseguiu igualar a duração e o pulso temporal da minha expressão musical. Em uma das sessões, T. igualou por meio de um movimento estereotipado dos seus membros superiores e, na outra sessão, por meio de vocalizações melódicas. Este comportamento já se encontra dentro das interações triádicas.

O comportamento de imitação apareceu pela primeira vez apenas na sessão 7. Na primeira fase da intervenção, apareceu 1 vez espontaneamente e 2 vezes sob indução. Aparecia, principalmente, nos jogos de cantar o “piu-piu”, quando T. fazia movimentos de “piu-piu” com uma das mãos, ou “batia as asas” com os braços. Na segunda fase, apareceu 3 vezes sob indução e 2 vezes espontaneamente. Na terceira fase, apareceu espontaneamente em 6 sessões, não aparecendo sob indução.

Outro comportamento novo foi o da fala referenciada, que apareceu apenas no último terço da intervenção, em 5 sessões. Correspondeu à palavra “tchau” quando se encerrava a sessão e T. respondia ao meu “tchau” (ver figuras 4, abaixo, e 8, página 119).

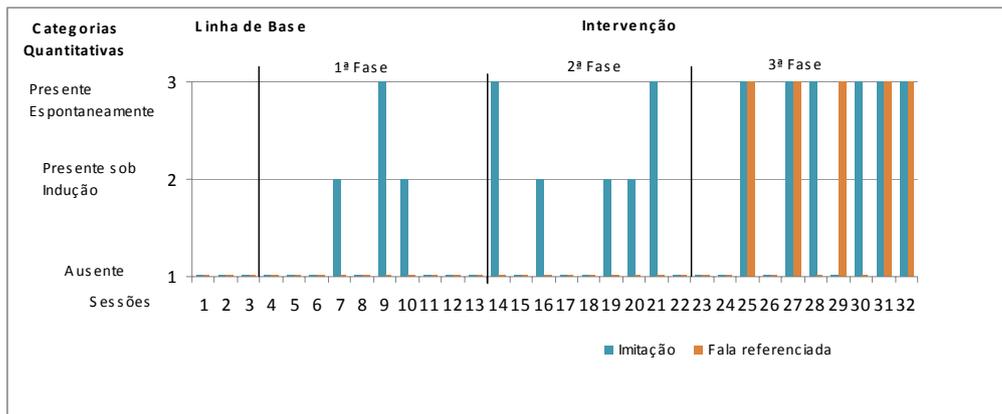


Figura 4 – Imitação e Fala Referenciada

Os comportamentos de seguir o apontar, proto-declarativo e proto-imperativo, não foram desenvolvidos com o programa de intervenção, MIDMA.

O desenvolvimento dos comportamentos de *timing*, imitação e fala referenciada mostra que, de alguma forma, T. se encontra em um período de transição, da fase das interações diádicas para a fase das interações triádicas, embora, ainda, de forma incipiente.

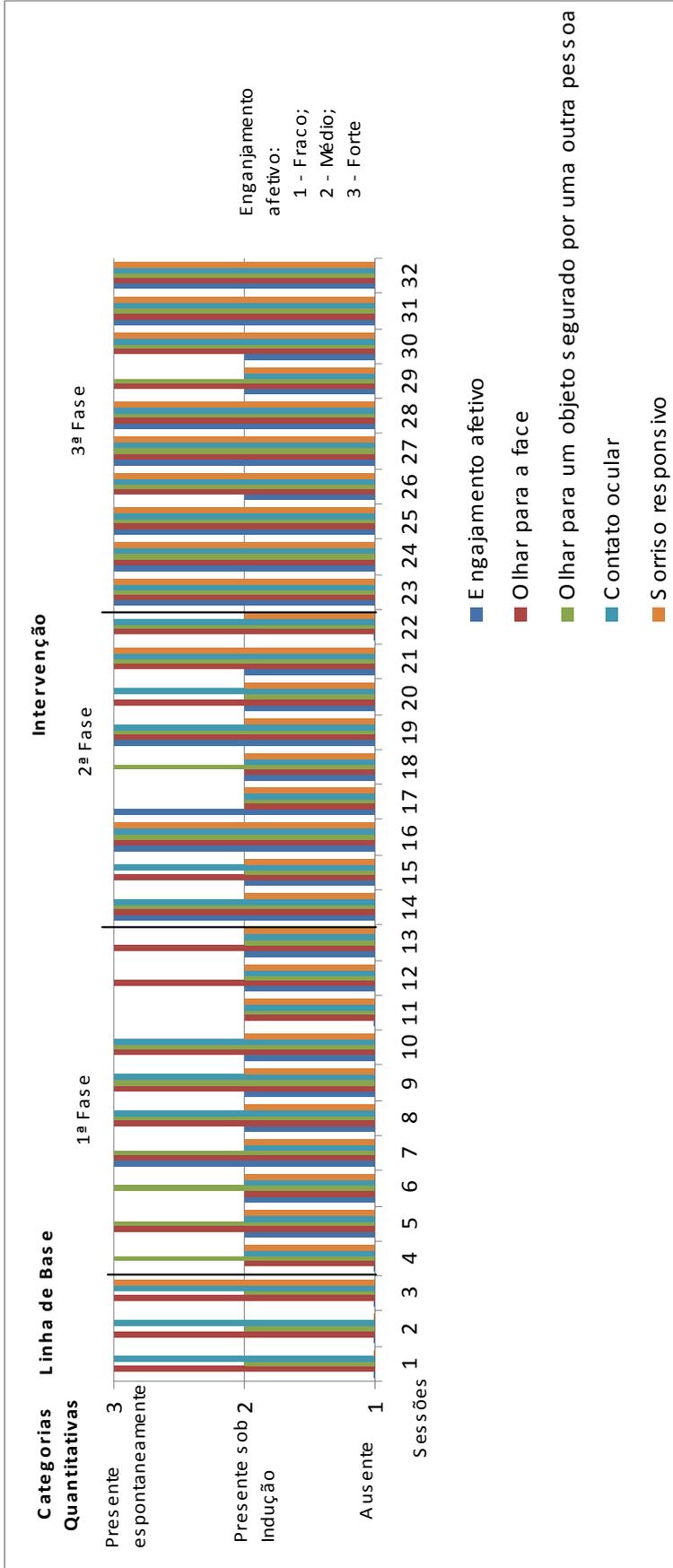
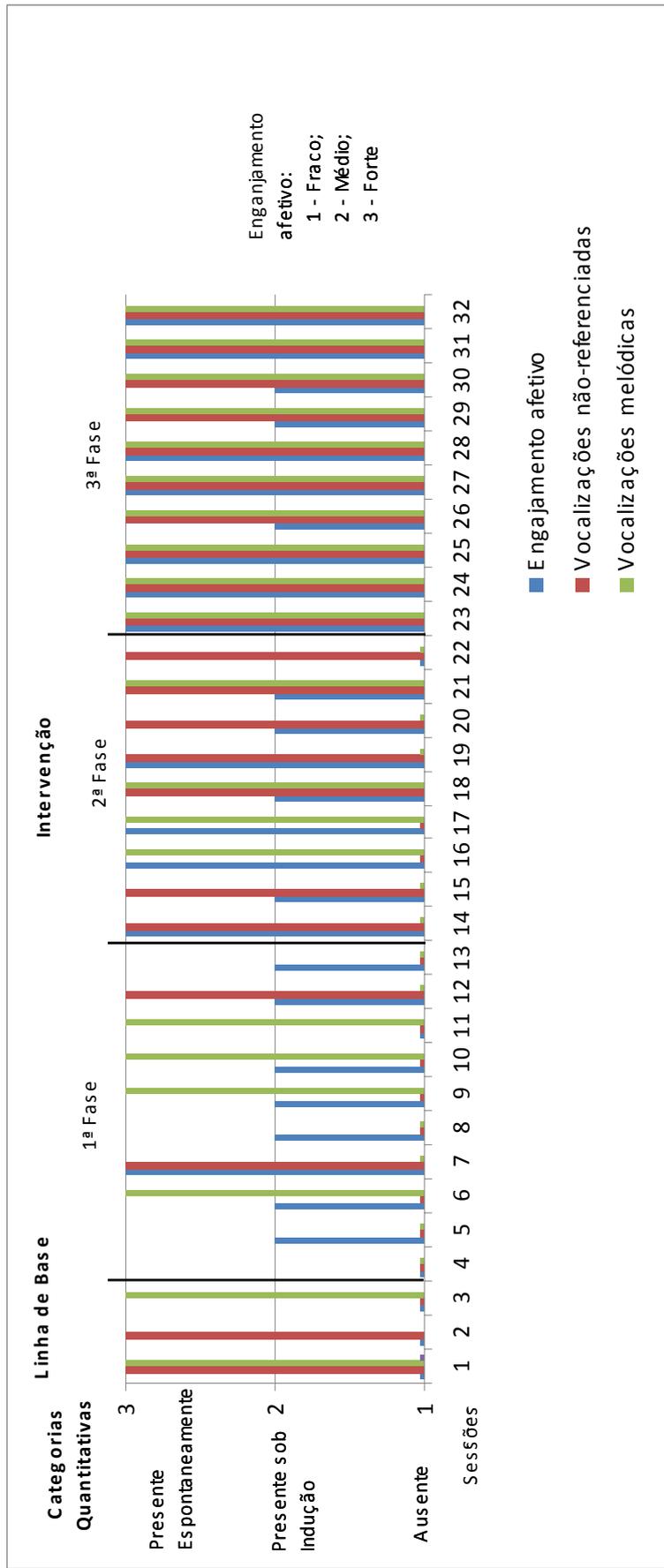
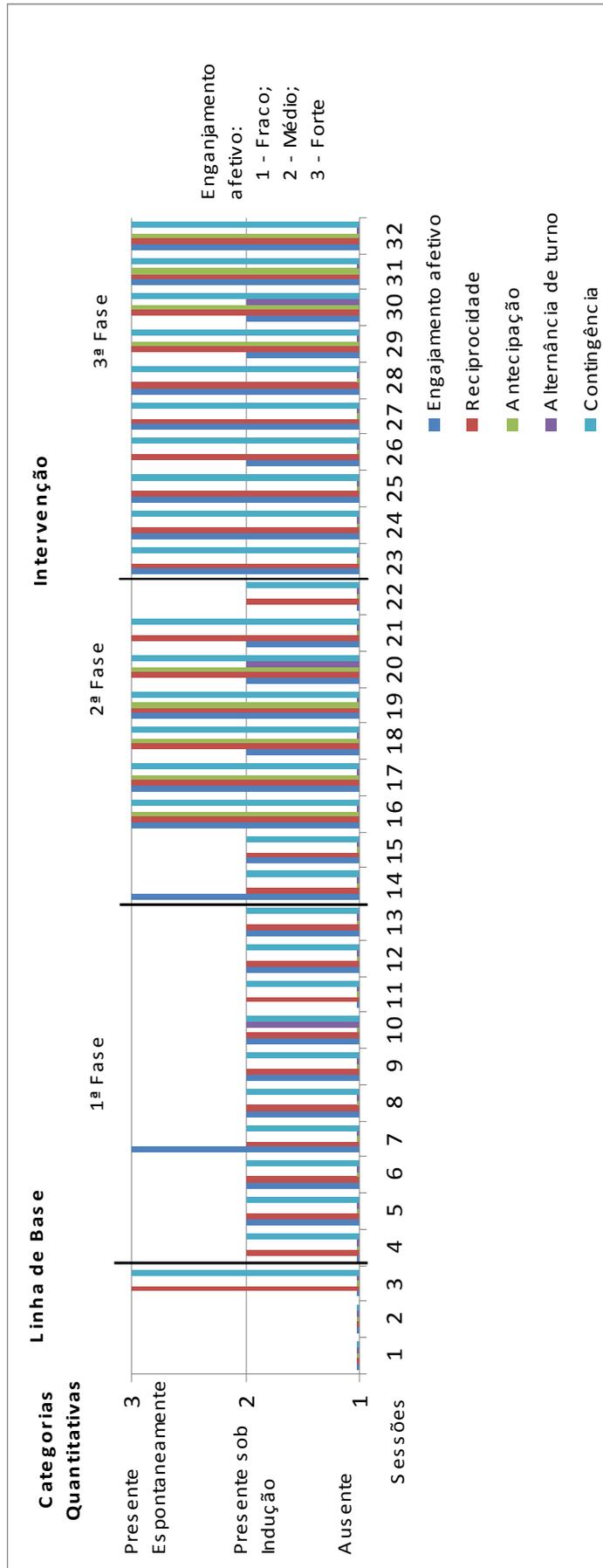


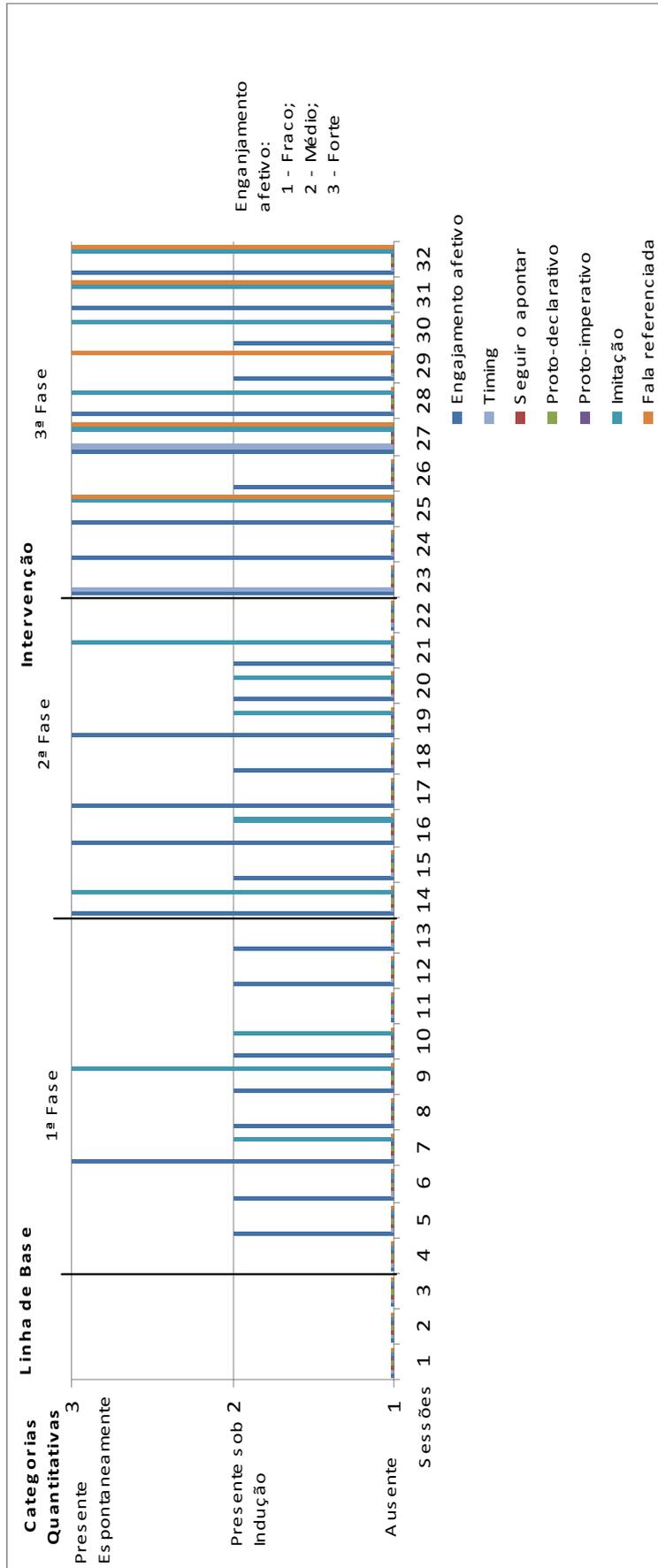
Figura 5 - INTERAÇÕES DIÁDICAS – COMPORTAMENTOS FACIAIS



**Figura 6 - INTERAÇÕES DIÁDICAS – VOCALIZAÇÕES**



**Figura 7 - INTERAÇÕES DIÁDICAS – COMPORTAMENTOS CORPORAIS**



**Figura 8 - INTERAÇÕES TRIÁDICAS – ATENÇÃO COMPARTILHADA**

### 5.3

#### Discussão

Antes de passar às conclusões que se pode tirar da pesquisa de campo realizada, gostaria de mencionar alguns fatores que influenciaram os resultados. Um deles foi uma alteração no estado fisiológico da paciente, que se encontrava com febre em uma das sessões, na sessão 22 mais precisamente. Estabeleço uma relação direta entre este fator e o nível de engajamento afetivo nesta sessão, que se manteve em 1. Outro fator a se considerar é que a pesquisa de campo se desenvolveu no contexto de um dos serviços públicos de nosso país, em meio a outros atendimentos clínicos que se dão no cotidiano e que não se incluíam na pesquisa. Um fator a se pensar é, se quando havia mais pacientes para serem atendidos, esperando ao lado de fora da sala, se tal condição interferia no engajamento afetivo entre terapeuta e paciente, sobretudo, na disponibilidade do terapeuta para se engajar.

Passo, agora, às conclusões propriamente ditas da pesquisa. O trabalho de campo mostrou que a aplicação do MIDMA a uma criança com o diagnóstico de autismo foi importante para aumentar a frequência e a duração de comportamentos como, olhar para a face, olhar para um objeto segurado por outra pessoa, contato ocular, sorriso responsivo, vocalizações, não-referenciadas e melódicas, contingência e reciprocidade, bem como para aumentar a ocorrência espontânea de tais comportamentos. A aplicação do programa desenvolveu os comportamentos de antecipação, imitação e fala referenciada. Estes dados mostram que houve um considerável desenvolvimento das interações diádicas, por parte da criança submetida à pesquisa, bem como uma incipiente entrada da mesma na fase das interações triádicas. A pesquisa mostra também que o MIDMA contribuiu para o desenvolvimento do engajamento afetivo de T.

No que diz respeito a uma análise da relação entre o desenvolvimento do engajamento afetivo e o desenvolvimento dos demais comportamentos referidos acima, se for feita uma análise pontual, ou seja, sessão por sessão, não se verifica uma relação direta entre um e outros. No entanto, se esta análise for feita levando-se em consideração todo o período da intervenção, ou seja, as 29 sessões correspondentes à aplicação do programa, verificar-se-á uma

relação direta entre o desenvolvimento do engajamento afetivo e o desenvolvimento de todos os comportamentos trabalhados, à exceção da alternância de turno, *timing*, proto-imperativo, proto-declarativo e seguir o apontar, que não foram desenvolvidos com a intervenção. Este dado corrobora a ideia de que o engajamento afetivo desempenha um importante papel com relação ao desenvolvimento das interações diádicas e interações triádicas, ou seja, com relação ao desenvolvimento dos precursores da linguagem e dos precursores destes; um importante papel no desenvolvimento da comunicação não-verbal e da comunicação verbal.

Além disto, a intervenção contribuiu para uma diminuição da severidade do grau do autismo de T., representada pela redução do escore do CARS de 37 para 34, o que corresponde a uma modificação de um autismo severo para um autismo moderado.

Com o exposto acima, percebe-se que a aplicação do MIDMA foi efetiva em desenvolver o engajamento afetivo e aspectos da comunicação não-verbal da criança submetida à pesquisa, bem como em reduzir a severidade do grau do autismo da criança. Entretanto, faz-se necessário que este programa de intervenção clínica seja aplicado a outras crianças com o diagnóstico de autismo, em um número quantitativamente significativo, para que a eficácia de tal programa seja, de fato, avaliada e sua efetividade confirmada. Para um aumento na efetividade e reconhecimento da eficácia do programa, algumas mudanças com relação ao procedimento podem ser feitas, como, por exemplo, aumentar a disponibilidade do terapeuta em atender a criança, evitando que pessoas não-participantes da intervenção, permaneçam esperando ao lado de fora da sala e, por vezes, batam à porta, solicitando informação, o que pode, com isto, interferir na sessão clínica. Outra mudança importante a ser pensada é com relação ao aumento na frequência semanal das sessões, podendo-se aumentar para duas ou três sessões por semana, mantendo-se o tempo de duração das mesmas, em torno de 40 a 50 minutos cada.

## Considerações Finais

Este trabalho teve como intuito a implementação de um programa de intervenção clínica para o autismo, o qual foi denominado como MIDMA. Este programa de assistência teve como objetivo o desenvolvimento do engajamento afetivo, da comunicação não-verbal e da comunicação verbal de uma criança autista. Para fornecer uma base de sustentação epistemológica à implementação do programa, foi necessário realizar um estudo acerca de como se dão as alterações tanto do engajamento afetivo quanto da comunicação, de uma forma geral, no autismo. E, para melhor compreender estas alterações, foi necessário um estudo acerca de como ocorre o desenvolvimento do engajamento afetivo, da intersubjetividade, da comunicação não-verbal e da comunicação verbal no desenvolvimento típico, para, em seguida, se poder compreender os desvios deste desenvolvimento. Foi realizado também um trabalho de campo, o qual consistiu na aplicação deste programa de intervenção clínica (MIDMA) a uma criança com o diagnóstico de autismo, avaliando-se se houve o desenvolvimento dos aspectos acima mencionados na criança, bem como se houve uma relação entre o engajamento afetivo e os demais aspectos da comunicação.

Deste modo, no capítulo 2, foi tratado de como se efetua o desenvolvimento típico da linguagem. Dentro da perspectiva desenvolvimentista adotada, o engajamento afetivo ocupa um papel crucial no que se refere ao desenvolvimento posterior das interações sociais e da comunicação no ser humano. Tal referencial tem um enfoque afetivo, portanto. Esta perspectiva situa-se dentro de uma perspectiva mais abrangente, que é a perspectiva pragmática e construtivista-social, segundo as quais a linguagem é compreendida como se desenvolvendo a partir de uma construção social, além de possuir um caráter de ação.

Pôde-se entender no trabalho, o engajamento afetivo ou engajamento sócio-emocional, a partir das conceituações estabelecidas por Hobson (1993), como uma troca de sinais emocionais entre ambos os parceiros de uma díade

comunicativa. Estes sinais correspondem a expressões comportamentais de ambos e expressam os estados afetivos internos dos mesmos. Tal aspecto do desenvolvimento, como pôde ser visto, perpassa todos os demais aspectos da comunicação não-verbal e da comunicação verbal. Dentro do engajamento afetivo, foi trabalhado também o conceito de coordenação afetiva, de Tronick (1989). De acordo com o autor, em situações de coordenação afetiva entre o bebê e seu cuidador, há a experiencição de afetos positivos por parte do bebê, e na passagem de estados de não-coordenação para estados de coordenação, ocorre a transformação de estados afetivos negativos em estados afetivos positivos no mesmo. Tal conceito representou um dos conceitos-chave do programa de intervenção clínica.

Outro conceito trabalhado e de grande importância para a dissertação, foi o conceito de intersubjetividade, sobretudo aquele desenvolvido por Trevarthen e cols. (1998). De acordo com os autores, o fenômeno da intersubjetividade, que representa a apreensão do estado subjetivo interno do outro, pode ser dividido conceitualmente em uma fase primária e em uma fase secundária. A primeira ocorre do nascimento até os nove meses de idade, mais ou menos, e caracteriza-se pelas interações diádicas, pelas protoconversações entre mãe e bebê. Por sua vez, a segunda inicia-se mais ou menos por volta dos nove meses e caracteriza-se pelas interações triádicas, mãe-bebê-objeto, pela protolinguagem, correspondendo à fase da atenção compartilhada. Como no engajamento afetivo, foi visto que a intersubjetividade (a qual engloba o próprio engajamento afetivo, ou seja, a apreensão dos estados afetivos internos do outro) também perpassa todos os demais aspectos do desenvolvimento humano, sendo fundamental para que ocorram. Foi visto também que, em Stern (1992), a intersubjetividade torna-se mais importante, apenas a partir dos nove meses de idade, não havendo, desta maneira, uma separação conceitual entre intersubjetividade primária e intersubjetividade secundária para este autor.

Dentro das interações diádicas, foi trabalhada a questão da musicalidade comunicativa (Trevarthen e Aitken, 2001), presente na interação mãe-bebê, e a importância desta, assim como do chamado “manhês”, para o adequado desenvolvimento da criança. Mostrou-se a importância das variações na tonalidade da voz de suas mães, já que elas correspondem a diferentes estados afetivos das mesmas, havendo, desta maneira, a transmissão de um significado

afetivo aos bebês. Tal aspecto, como foi visto, teve uma importante implicação para o programa de intervenção clínica desenvolvido. Outro aspecto trabalhado nas interações diádicas, foi a noção de regulação mútua, encontrada em Stern (2002), focando, principalmente, a função da díade mãe-bebê na regulação tanto do comportamento quanto dos estados afetivos do mesmo. Além disto, foi visto como se desenvolvem na criança, a partir do engajamento afetivo e da intersubjetividade, aspectos como sincronia, simetria, contingência, reciprocidade, alternância de turno e antecipação. Todos estes aspectos se desenvolvem em situações de interações sociais.

Dentro das interações triádicas, trabalhou-se o desenvolvimento do comportamento de imitação pelas crianças. Foi considerado tal comportamento como pertencente à fase da atenção compartilhada, na qual a criança já é capaz de coordenar meios e fins. Foi discutida, também, a questão do desenvolvimento da compreensão e da expressão da intenção comunicativa pela criança, a partir de um *continuum* que vai desde os atos reflexos, passando pela intencionalidade, até as intenções comunicativas propriamente ditas, nas quais já há a coordenação entre meios e fins. Foram desenvolvidas as noções de proto-imperativos e proto-declarativos, a partir de Bates (1976), bem como a noção de sintonia afetiva, visto em Stern (1992). A sintonia afetiva é outro conceito-chave para o MIDMA e, juntamente com a ideia de coordenação afetiva, é responsável pelo desenvolvimento do engajamento afetivo da criança autista, como visto no trabalho de campo. Coordenação afetiva e sintonia afetiva ocorrem dentro de uma situação de engajamento afetivo, invariavelmente.

Na parte final do segundo capítulo, foi mostrada a importância da intersubjetividade e da atenção compartilhada no que diz respeito à formação dos símbolos e ao desenvolvimento da capacidade simbólica da criança e, conseqüentemente, a importância de tais aspectos para o desenvolvimento da comunicação verbal da mesma. Discutiu-se também a questão da passagem do ato em gesto (Lampreia, 2008).

Todos os aspectos do desenvolvimento foram apresentados de uma maneira inter-relacionada, na qual um aspecto é de importância crucial para o desenvolvimento do outro, dentro de um contexto de engajamento sócio-emocional.

No capítulo 3, foi traçado um breve comentário histórico acerca do autismo, a partir dos primeiros estudos realizados por Kanner (1943) e Eisenberg e Kanner (1956), bem como considerações acerca da etiologia do transtorno, considerando-se a perspectiva transacional como a mais plausível, havendo uma complexa articulação entre uma importante base biológica e condições ambientais. Nesta perspectiva, um ponto do desenvolvimento é de suma importância para o que ocorrerá no ponto subsequente do mesmo. Foram feitas, ainda, considerações acerca do diagnóstico e do espectro autístico.

Entretanto, seguindo a proposta deste trabalho, foi dada uma ênfase significativa às alterações no engajamento afetivo, na intersubjetividade e na comunicação encontradas no autismo. Deste modo, foram apresentados alguns estudos, descritos por Hobson (2005), que mostram evidências dos prejuízos que as crianças autistas apresentam, por exemplo, para se engajarem afetivamente com outros. Tais prejuízos correspondem a desordens na expressão emocional, na conexão entre sensações, emoções e ações motoras (Greenspan e Wieder, 2006), no processamento sensorial, o que compromete como um todo, o engajamento afetivo da criança.

Segundo Trevarthen e cols. (1998), a característica primordial do autismo é uma dificuldade da criança em se manter em um engajamento intersubjetivo com outros. Os autores consideram que uma área específica do cérebro destas crianças, a qual denomina MIF (Motives Intrinsic Formation) – Formação de Motivos Intrínsecos – seria a responsável pelos prejuízos vistos no autismo com relação aos impulsos e motivações para a sociabilidade. Devido a estas alterações, as crianças autistas seriam, precocemente, pouco responsivas aos estímulos sociais. Tal visão tem um caráter inatista, como visto, mas foi de grande valia para o estudo realizado.

Dentro da perspectiva desenvolvimentista adotada, as alterações no engajamento afetivo (sócio-emocional) e na intersubjetividade da criança autista, são fundamentais para o desenvolvimento das demais alterações encontradas no transtorno, tanto no que diz respeito às alterações das interações diádicas e interações triádicas, na comunicação não-verbal, quanto no que se refere às alterações no desenvolvimento da capacidade simbólica e da comunicação verbal. Como foi visto, há um prejuízo nestas crianças, em sincronizarem seus movimentos com os movimentos de seus cuidadores, em

reconhecerem padrões de respostas contingentes dos mesmos e responderem, por antecipação, a estes padrões. Há uma dificuldade em iniciar, modular, sustentar e encerrar uma interação, em função dos sinais emocionais idiossincráticos destas crianças. Mesmo naquelas consideradas verbais, há um grande prejuízo na compreensão dos significados das palavras, de acordo com os contextos específicos, havendo a presença de características como ecolalia e inversão pronominal. Tal aspecto denota a profunda alteração na capacidade simbólica das crianças autistas, um marcado prejuízo na compreensão dos significados dos termos, em geral, em contextos específicos, sobretudo na compreensão de significados que remetem à experiência afetiva.

No capítulo 4, dentro de uma perspectiva integracionista, que corresponde a um uso pragmático na clínica, de diversos referenciais teóricos, segundo a demanda clínica específica, foi realizado um estudo acerca de três abordagens terapêuticas para o autismo, as quais constituíram o referencial teórico-clínico para o programa de intervenção clínica (MIDMA) implementado na dissertação. As três abordagens foram: a perspectiva transacional (Prizant e cols., 2000); o modelo DIR (Greenspan e Wieder, 2006) e a terapia de improvisação musical (Trevarthen e cols., 1998).

Na perspectiva transacional, foi abordada a questão da importância de se desenvolver as interações sociais da criança autista, para, com isto, desenvolver sua comunicação. Tal programa de intervenção, como o próprio nome diz, situa-se sob uma perspectiva transacional, a qual compreende o processo de desenvolvimento como o resultado de uma complexa articulação entre o comportamento da criança, a resposta dos cuidadores a este comportamento e as variáveis ambientais, tendo um determinado ponto do desenvolvimento, uma influência ímpar sobre o ponto seguinte do mesmo. Outra estratégia da intervenção é focar sobre a expressão de intenções comunicativas e de emoções, por parte da criança.

No modelo DIR, trabalhou-se a importância de se desenvolver o engajamento afetivo da criança com autismo, para o posterior desenvolvimento da comunicação. Para isto, preconizou-se a importância de se utilizar ambientes naturais de intervenção, como, por exemplo, o trabalho feito por cuidadores com os seus próprios filhos. Outra questão importante foi o foco em proporcionar interações que fossem prazerosas à criança, promovendo, com

isto, o desenvolvimento de sua espontaneidade e de sua comunicação emocional.

Os dois programas acima referidos funcionaram como referenciais complementares ao MIDMA. O referencial de base para o programa de intervenção implementado foi a terapia de improvisação musical.

Neste modelo, enfatizou-se: a estreita relação entre a música e as expressões de estados motivacionais e estados afetivos internos da criança; a relação entre os elementos que se encontram presentes na música e os elementos presentes nas interações humanas, como: ritmo, intensidade, tonalidade, *timing* e silêncio; a relação entre os aspectos de repetição e de improvisação, presentes tanto nas frases musicais quanto nos padrões de respostas humanos. O programa forneceu fundamentos de como estabelecer estratégias de respostas às expressões comportamentais e expressões musicais da criança, propiciando, com isto, a construção de uma relação terapêutica marcada pela interação musical. Mais que mostrar a importância de se desenvolver as interações sociais e o engajamento afetivo da criança autista, este referencial teórico-clínico, mostrou como se fazer isto, ou seja, de que maneira se pode utilizar estratégias para estabelecer um vínculo com a criança e desenvolver a comunicação emocional da mesma.

O capítulo 5 correspondeu à pesquisa de campo, que consistiu em aplicar um programa de intervenção clínica, nomeado como MIDMA, a uma criança com o diagnóstico de autismo, T.. Foi avaliado se o programa proporcionou o desenvolvimento do engajamento afetivo e de aspectos da comunicação não-verbal e da comunicação verbal na criança, bem como se houve uma relação entre o engajamento afetivo e os demais aspectos da comunicação, de modo a corroborar a hipótese trabalhada ao longo de toda a dissertação, que fundamenta o programa de intervenção (MIDMA), de que o engajamento afetivo constitui um elemento central no desenvolvimento da comunicação e linguagem humana e que alterações neste levam às alterações da comunicação, da interação social e da linguagem, encontradas no autismo.

Portanto, o objetivo do programa de intervenção foi desenvolver o engajamento afetivo, a comunicação não-verbal (interações diádicas e interações triádicas) e a comunicação verbal de T.. Para isto, a metodologia de trabalho clínico com a criança, foi fundamentada por dois conceitos-chave:

coordenação afetiva (Tronick, 1989) e sintonia afetiva (Stern, 1992). Estratégias de intervenção clínica marcadas pela coordenação afetiva ou pela sintonia afetiva foram utilizadas para desenvolver o engajamento afetivo da criança, uma vez que ambos os processos correspondem a situações de engajamento afetivo. Desta forma, estabelecia-se uma interação com a criança, de tal modo que se procurava responder, por meio dos instrumentos musicais, às expressões comportamentais e musicais de T., seja por equiparação de tonalidade, intensidade e *timing* (sintonia afetiva e coordenação afetiva) ou sem equiparação (coordenação afetiva apenas).

Ao longo das 29 sessões de aplicação do MIDMA, verificou-se um aumento progressivo do engajamento afetivo de T., sobretudo no último terço da intervenção. Verificou-se, também, um aumento na espontaneidade, duração e frequência de comportamentos como olhar para a face, olhar para um objeto segurado por outra pessoa, contato ocular, sorriso responsivo, contingência e reciprocidade. Houve, com o programa de intervenção, o desenvolvimento de comportamentos como: antecipação, imitação e fala referenciada. Portanto, houve um desenvolvimento tanto das interações diádicas quanto das interações triádicas de T., principalmente das primeiras. Pôde-se constatar uma relação entre o desenvolvimento do engajamento afetivo e o desenvolvimento de alguns aspectos da comunicação, acima mencionados, o que parece confirmar a hipótese de que as alterações no engajamento afetivo da criança autista representam um aspecto primordial no que diz respeito ao desenvolvimento posterior das alterações na comunicação não-verbal e na comunicação verbal encontradas no transtorno. Esta relação, entretanto, não pôde ser vista pontualmente ao longo da aplicação do MIDMA, caso fossem avaliadas as sessões isoladamente. Tal relação pôde, de fato, ser observada ao se avaliar a aplicação do programa como um todo, ao longo de todas as 29 sessões.

Vale a pena salientar alguns pontos negativos e alguns pontos positivos, relacionados à aplicação do MIDMA. Como discutido na conclusão da pesquisa de campo, uma das limitações do trabalho realizado nesta pesquisa é justamente o fato do programa de intervenção clínica ter sido aplicado a apenas uma criança com o diagnóstico de autismo. Para comprovar a eficácia do programa de intervenção bem como ratificar a hipótese de que alterações no engajamento afetivo representam um fator primário no desenvolvimento do

transtorno autístico, faz-se necessária a aplicação deste programa de intervenção clínica a crianças com o diagnóstico de autismo em uma amostra que seja estatisticamente significativa.

Como ponto positivo relacionado à aplicação do MIDMA, destaca-se, principalmente, além dos resultados obtidos, referidos anteriormente, o fato de que a técnica empregada neste modelo de intervenção passou a ser aplicada por mim, naturalmente, de uma maneira não racional, ou seja, sem que “eu me desse conta”, em meu trabalho clínico cotidiano, a outras crianças com o diagnóstico de autismo, que não participaram da pesquisa de campo. Esta “incorporação” da técnica referente ao MIDMA à minha prática clínica contribuiu para uma maior qualificação desta práxis. Nestes casos, muitas vezes, foi preciso fazer uma adaptação do programa, modificando-se alguns pontos referentes à sua estrutura, como, por exemplo, a frequência e a duração das sessões. Tais modificações foram necessárias em virtude desta “incorporação” do programa, ter sido trabalhada, também, no contexto do serviço público de nosso país. Entretanto, os princípios básicos, norteadores do MIDMA, bem como a técnica da intervenção, puderam ser aplicados a estas outras crianças.

Com relação às perspectivas futuras da implementação deste programa de intervenção clínica para o autismo, foi salientada a necessidade deste programa ser aplicado a um número significativamente maior de crianças diagnosticadas com autismo, bem como a possibilidade de se modificar o padrão estrutural do mesmo, como, por exemplo, aumentando a frequência das sessões para 2 ou 3 sessões por semana. Tais questões nos levam a pensar sobre a necessidade de se comprovar e aumentar a eficácia do programa de intervenção. Outra perspectiva futura, a ser levada em consideração é, sem dúvida, a contribuição que tal programa de intervenção clínica (MIDMA) pode oferecer no sentido de propiciar uma clínica do autismo mais qualificada.

Gostaria de tecer, agora, alguns comentários sobre o objetivo principal desta dissertação, que foi a implementação de um programa de intervenção clínica para o autismo. Considero que há, sem dúvida nenhuma, críticas a se fazer à tentativa de implementar tal programa. Uma das críticas que considero extremamente pertinentes diz respeito, de alguma forma, ao que foi discutido anteriormente, com relação às limitações da pesquisa de campo realizada. Não

foi possível, embora também não tenha sido a proposta deste trabalho, a realização de uma metodologia de pesquisa quantitativa de base eminentemente empírica. Entretanto, permito-me afirmar que a implementação deste programa de intervenção, nomeado MIDMA, teve uma base de sustentação epistemológica extremamente consistente.

Dentro da perspectiva pragmática, sob a qual todo este trabalho realizado se situa, pois se trata, dentre as perspectivas adotadas, daquela de maior abrangência, poderia dizer do “pano de fundo” deste trabalho, há algumas peculiaridades a se considerar com relação à ideia de produção de conhecimento científico. Segundo tal perspectiva, os conceitos científicos terão maior ou menor validade, de acordo com as regras estabelecidas pelos “jogos de linguagem” que uma comunidade científica específica possui (Silveira e Rohenkohl, 2008). Estes autores, afirmam que:

“uma maneira pela qual um conceito passa a ser largamente utilizado é sua capacidade para fornecer boas explicações, propor novos problemas e possibilitar previsões. Qualquer conceito que não forneça o alargamento do conhecimento já adquirido parece não despertar qualquer interesse em uma comunidade científica” (Silveira e Rohenkohl, 2008, p. 296).

Sabe-se que em nosso contexto contemporâneo e ocidental, há uma grande valorização das pesquisas de base empírica, experimentais, que os conceitos científicos construídos segundo estes modelos possuem grande validade. Entretanto, ainda de acordo com a pragmática, há uma impossibilidade de se separar o Real da cultura<sup>8</sup>, ou melhor, o dado empírico, dos valores e crenças culturais. Desta forma, para cada dado empírico, objetivo, faz-se possível a construção de mais de uma inferência e mais de uma argumentação, as quais devem apontar para a solução de problemas existentes no contexto a partir do qual foram construídas, orientando-se pelos valores referenciais deste mesmo contexto.

Esta dissertação, a meu ver, apresenta, no que se refere à fundamentação teórico-epistemológica do programa de intervenção clínica (MIDMA), uma base eminentemente observacional, oriunda dos estudos

---

<sup>8</sup> Sobre a visão não-representacionista de linguagem e a noção de verdade contextual encontradas na pragmática, ver Oliveira e Lampreia (2008, pp. 16-23).

realizados em psicologia do desenvolvimento. Acredito que as inferências e argumentações, expostas ao longo de todo este trabalho, contém uma riqueza particular no que se refere à compreensão da condição humana, além de oferecerem uma proposta extremamente abrangente para esta compreensão, uma vez que conferem à dimensão afetiva do ser humano a sua devida importância. Tais argumentações e inferências se orientam por alguns dos principais valores referenciais de nosso contexto, valores estes que norteiam nossas vidas, quais sejam: a importância da comunicação, da linguagem, das relações interpessoais e do “engajar-se com o outro”, para que possamos construir e viver em um mundo melhor.

## Referências bibliográficas

ALVAREZ, A. (1996). Addressing the element of deficit in children with autism: Psychotherapy which is both Psychoanalytically and Developmentally Informed. In: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. SAGE Publications. London, Thousand Oaks and New Delhi, Vol. 1. No. 4. pp.525-537.

ASSUNÇÃO Jr., F.B. e KUCZYNSKI, E. (2007). Autismo – Conceito e Diagnóstico, Em: *Autismo Infantil. Novas Tendências e perspectivas* (Assunção Jr., F.B. e Kuczynski, E. (Orgs)). pp. 1.17. São Paulo: Atheneu.

BATES, E. (1976). Pragmatics in The Sensorimotor Period. In: *Language and Context. The Acquisition of Pragmatics*. New York: Academic Press.

BRAZELTON, T.B. and CRAMER, B.G. (1990). The earliest relationship: Parents, Infants and the Drama of Early Attachment. Reading Mass, Addison Wesley/Merloyd Lawrence.

BRAZELTON, T.B. and TRONICK, E.(1980). Preverbal Communication between Mothers and Infants. In: Olsen, D.R. (org) *The social foundations of language and thought: Essays in honor of I.S. Bruner*. N.Y.; London: W.W. Norton.

CARPENTER, M. and TOMASELLO, M. (2000). Joint attention, cultural learning, and language acquisition. Implications for children with autism. In: Wetherby, A. M. e Prizant, B. M. *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective*. Baltimore, MA: Paul H. Brooke, p. 31-54.

DAMÁSIO, A. (2004). *Em busca de Espinosa: prazer e dor na ciência dos sentimentos*. São Paulo: Companhia das Letras. 358p.

DSM-IV-TR (2002). *Manual diagnostic e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Dayse Batista, 4. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

EINSENBERG, L. and KANNER, L. (1956). Early Infantile Autism, In: *American Journal of Orthopsychiatry*, XXVI, 3, p. 556 a 566 . 2007.2

FRITH, U. and FRITH, C. (2001). The Biological Basis of Social Interaction, in: *Current Directions in Psychological Science*. Vol. 10. No. 5. Published by Blackwell Publishers Inc.

GALLAGHER, S. (2000). Phenomenological and experimental research on embodied experience. Presented at *Atelier phenomenology et cognition*. Phénoménologie et Cognition Research Group. CREA. Paris.

GARCÍA-PÉREZ, R.M.; LEE, A. and HOBSON, P. (2007). On Intersubjective Engagement in Autism: A Controlled Study of Nonverbal Aspects of Conversation, In: *J Autism Dev Disord.* 37: p. 1310-1322. 2007.2

GÓMEZ, J.C. (2006). Do concepts of intersubjectivity apply to non-human primates?, In: *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny: studies in emotion and social interaction.* Edited by Stein Braten. Universitetet i Oslo.) p. 245-259. 2007.1

GOODMAN, R. e SCOTT, S. (2004). *Psicoterapia Interpessoal Em: Psiquiatria Infantil* – Editora Roca. (Publicação original. 1997).

GREENSPAN, S. and WIEDER, S. (2006). *Engaging Autism – Using the Floortime Approach to Help Children Relate, Communicate and Think.* Published by Da Capo Press.

HOBSON, P. (1993). The Emotional Origins of Social Understanding. In: *Philosophical Psychology*, Vol 6, Issue 3.

———. (2005). Autism and Emotion, In: Volkmar, F.R.; Paul, R. and Klin, A. (Orgs) – *Handbook of Autism And Pervasive Developmental Disorders. Diagnosis, Development, Neurobiology and Behavior.* Vol. 1, Terceira edição – Published by John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. p. 406-422. 2007.1

KANNER, L. (1943). Autistic Disturbances Of Affective Contact, In: *Nervous Child*, 2, p. 217 a 250. 2007.2

LAMPREIA, C. (2004). Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. Em: *Psicologia: Reflexão e Crítica.* Vol.17, n. 1. Porto Alegre.

———. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo, Em: *Estudos de Psicologia*, Vol.24, No.1 – PUC-Campinas. (2007) p. 105-114. 2007.1

———. (2008). O processo de desenvolvimento rumo ao símbolo: uma perspectiva pragmática. Em: *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 60. n. 2. Retirado no World Wide Web: <http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>

LORD, C. and RISI, S. (2000). Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Young Children, In: Wetherby, A.M. and Prizant, B.M. (Orgs) – *Autism Spectrum Disorders. A Transactional Developmental Perspective.* Vol. 9. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co. p.11-30. 2007.2

ODELL-MILLER, H. (2007). *Arteterapias/Musicoterapia.* Em: *Compêndio de Psicoterapia de Oxford* ( G.O. Gabbard, J.S. Beck e J. Holmes). Porto Alegre-Artmed. Publicação original (2005).

OLIVEIRA, S.M. e LAMPREIA, C. (2008). A noção de Verdade no Empirismo Lógico e na Pragmática: Implicações para a Clínica Psi. Em:

Revista Pessoas e Sintomas: Verdade e Realidade – Crianças em Risco. N.4, pp. 16-23. Braga, UCP.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (2000). Organização Mundial de Saúde – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), edusp. vol,1 p. 303-379. 2007.2

PRIZANT, B.M; WETHERBY, A.M. and RYDELL, P.J. (2000). Communication Intervention Issues for Children with Autism Spectrum Disorders. In: Autism Spectrum Disorders. A Transactional Developmental Perspective (Wetherby, A.M. e Prizant, B.M). Vol.9. pp. 1-7. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

ROGERS, S.; COOK, I. and MERYL, A. (2005). Imitation and play in autism. In F. Volkmar, A., Klin, R. Paul, & D. Cohen (Eds.), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders. Diagnosis, Development, Neurobiology and Behavior. Vol. 1, Terceira edição – Published by John Wiley and Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. p. 406-422. 2007.1

SCHOPLER, E.; ROBOT, J.; REICHLER, M.D. and RENNER, B.R. (1988). CARS. The Childhood Autism Rating Scale – Published by: WPS, Western Psychological Services.

SILVEIRA, R.A.T. e ROHENKOHL, G. (2008). O que aconteceu com a Psicologia? Em: Pragmatismos, Pragmáticas e Produção de Subjetividades. Orgs (Arruda, A.; Bezerra Jr., B. e Tedesco, S.). Rio de Janeiro: Garamond.

STAKE, R.E. (1994). Handboock of Qualitative Research - N. Denzin & Lincoln, Y. Eds., Sage, Londres.

STERN, D. (1992). O Mundo Interpessoal do Bebê – Uma visão a partir da Psicanálise e da Psicologia do Desenvolvimento. Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre - Artes Médicas. Publicação original (1985).

———. (1995). The Motherhood Constellation, in: The Motherhood Constellation, A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy. Published by BasicBooks.

———. (2002). Introduction, In: The First Relationship – Infant and Mother – Harvard University Press. Cambridge, Massachusetts. London, England.

TREVARTHEN, C.; AITKEN, K.; PAPOUDI, D. and ROBARTS, J. (1998). Children with autism. Diagnosis and Interventions to Meet Their Needs. (2nd Edition) London: Jessica Kingsley.

TREVARTHEN, C. and AITKEN, K.J. (2001). Infant Intersubjectivity: Research, Theory, and Clinical Applications, in: J. Child Psychol. Psychiat. Vol.42, No.1, pp. 3-48 – Cambridge University Press.

TRIJSBURG, R.W., COLIJN, S. and HOLMES, J. (2007). Integração em Psicoterapia, em: Gabbard, G.O., Beck, J.S. and Holmes, J. - Compêndio de Psicoterapia de Oxford . Porto Alegre . Artmed. Publicação original (2005).

TRONICK, E.Z. (1989). Emotions and Emotional Communication in Infants. In: American Psychologist, vol.44, N. 2, p. 112-119. University of Massachusetts.

———. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the process of Therapeutic Change. In: Infant Mental Health Journal, V.. 19(3), pp. 290-299. Michigan Association for Infant Mental Health.

WETHERBY, A.M. and PRIZANT, B.M (2000). Introduction to Autism Spectrum Disorders. In: Autism Spectrum Disorders. A Transactional Developmental Perspective (Wetherby, A.M. and Prizant, B.M). Vol.9. pp. 1-7. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.

WINNICOTT, D.W. (1956). Preocupação Materna Primária. Textos Seleccionados – Da Pediatria à Psicanálise. Trad.Jane Russo. Rio de Janeiro. Francisco Alvez Editora.

WITTGENSTEIN, L. (1953). Philosophical investigations. (Anscombe, G.E.M., trans.). Oxford: Basil Blackwell

YIN, R.K. (2005). Estudo de Caso. Planejamento e Métodos. 3 ed. São Paulo: Bookman Editora.