

Fernanda Prada Machado

**Problemas de linguagem oral e de alimentação:  
co-ocorrências na clínica fonoaudiológica**

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob orientação da Profa. Dra. Maria Claudia Cunha.

PUC - SP  
São Paulo  
2007

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Banca Examinadora

---

---

---

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos.

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local e Data:** \_\_\_\_\_

Dedico este trabalho à minha querida avó Ruth (*in memoriam*).

---

## ***Agradecimentos***

Tenho muito a agradecer e muitas são as pessoas que me ajudaram direta ou indiretamente especialmente nesses dois anos de mestrado.

Agradeço à minha orientadora Profa. Dra. Maria Claudia Cunha, pelo compromisso e atenção com a elaboração desta dissertação, pela disponibilidade, pelas leituras cuidadosas e principalmente pela confiança em meu percurso. Muito obrigada!

À Profa. Dra. Ruth Ramalho Ruivo Palladino, pelo acolhimento no Módulo, pelas valiosas pontuações no exame de qualificação e em muitos outros momentos também, por todos os ensinamentos, enfim.

À Profa. Dra. Fernanda Dreux Miranda Fernandes pelas colaborações no exame de qualificação.

Ao Prof. Dr. Rogério Lerner, pelas importantes contribuições na pré-qualificação e no exame de qualificação.

À Profa. Dra. Suzana Magalhães Maia e ao Prof. Dr. Luis Augusto de Paula Souza (Tuto), pelos espaços de discussões proporcionados que me possibilitaram grande crescimento.

Aos meus pais, Maria Theresa e João, pelo apoio irrestrito e investimento em minha formação, contribuição fundamental para que eu pudesse atingir meus objetivos.

Um agradecimento bastante especial ao meu pai pela leitura e revisão do texto e por me ensinar que “escrever é re-escrever”.

Às minhas irmãs, Flávia e Marina, por se interessarem em entender essa minha diferente escolha de vida.

À minha querida avó Lola, pelas velas acesas e por todo o carinho, sempre!

Aos amigos do grupo “Na Infância”, Ju, Carlos e Juli, pela amizade, pela escuta e por compartilharem dúvidas e inquietações.

Às minhas amigas, Juliana, Manuela, Janaina, Fernanda, Lucila e Milena, pelos papos, risadas e amizade.

Às amigas de longe, Consuelo e Emília, que com muito carinho me escutam e torcem por mim.

Às colegas do mestrado, em especial à Aline Garrido e à Luana Magalhães,  
pelo incentivo e experiências trocadas.

Ao CNPq, pela bolsa que viabilizou a realização desta dissertação.

*Introdução:* estudos fonoaudiológicos que tratam da co-ocorrência entre transtornos alimentares e de linguagem dão destaque aos aspectos subjetivos aí implicados. Esta dissertação teve por objetivo investigar as possíveis relações entre problemas de alimentação e de linguagem oral, do ponto de vista bio-psíquico. *Método:* foi realizado um estudo longitudinal de um caso clínico, visando averiguar e analisar as co-ocorrências dos problemas alimentares e de linguagem oral. Para tanto, foi realizada uma revisão da literatura a respeito de como a alimentação é tratada na clínica fonoaudiológica, foram levantadas também as contribuições teóricas da Medicina sobre a alimentação e seus transtornos. A teoria psicanalítica forneceu o embasamento necessário para estabelecer a relação entre alimentação e linguagem oral, a partir do conceito de oralidade. *Resultados:* o caso analisado configurou-se como emblemático das relações entre problemas de linguagem oral e de alimentação. *Conclusão:* os resultados indicam que não se deve ignorar a importância do aspecto funcional e fisiológico da alimentação, porém advertem-nos para a importância de se considerar a dimensão subjetiva dos sintomas alimentares, pela função constitutiva que a alimentação tem para o sujeito.

*Palavras chave:* fonoterapia, linguagem, comportamento alimentar, hábitos alimentares, terapia miofuncional

*Background:* Speech Therapy studies that concerns about the co-occurrence of feeding and language disorders emphasize the subjective aspects implied. This dissertation has had the objective to examine possible connections between feeding and language disorders, from the bio-psychic perspective. *Method:* it was carried out a longitudinal analysis of one clinical case aiming to find out and analyze the co-occurrence of feeding and language disorders. For this purpose a literature review about how feeding is dealt with in speech therapy clinics was carried out. Medical theory contributions about feeding and its disorders were also raised. Psychoanalyses theory provided the basis to establish the connections between feeding and language, from the orality concept. *Results:* the case analyzed was considered as emblematic of connections between feeding and language disorders. *Conclusion:* results indicate that the importance of functional and physiological aspects of feeding must not be ignored, but also give advise about the importance of considering the subjective dimension of feeding disorders, given its elemental function.

*Keywords:* Speech therapy; language; feeding disorders; eating disorders; eating habits; myofunctional therapy.

Introdução .....	2
Método.....	10
Capítulo 1. ....	12
Alimentação e Clínica Fonoaudiológica .....	12
Capítulo 2. ....	20
Alimentação: contribuições da Medicina .....	20
Capítulo 3. ....	24
Oralidade: o elo psicanalítico entre alimentação e linguagem .....	24
Capítulo 4. ....	32
O caso de Rafael .....	32
História .....	32
Rafael no discurso materno.....	34
Rafael no discurso paterno.....	37
Relação pais-filho.....	39
Rafael no <i>setting</i> terapêutico.....	41
Acompanhamento médico neurológico .....	44
A alimentação em cena.....	45
O refluxo gastroesofágico (RGE) em questão .....	49
As primeiras palavras .....	51
O deslizamento da queixa alimentar .....	53
A obliteração da escuta materna .....	55
O retorno da queixa alimentar.....	57
A introdução dos alimentos sólidos.....	58
Um “ <i>setting</i> ” para Ângela.....	61
Falar e comer.....	63
Considerações Finais.....	65
Referências Bibliográficas.....	68
Anexos.....	76
Termo de Consentimento.....	76
Parecer do Comitê de Ética.....	78

*“Em disciplinas como a nossa, o saber científico avança aos tropeços, fustigado pela contenda e pela dúvida. E deixa à metafísica a impaciência do tudo ou nada. Para que nosso empreendimento seja válido, não é necessário, em nossa opinião, que goze durante anos, e até os mínimos detalhes, de uma presunção de verdade. Basta que se lhe reconheça o modesto mérito de ter deixado um problema difícil numa situação menos ruim do que aquela em que o encontrou. Não devemos esquecer que na ciência não pode haver verdades estabelecidas. O sábio não é o homem que fornece respostas; é aquele que faz as verdadeiras perguntas”.*

**Claude Lévi-Strauss (1971/1991)**

---

## ***Introdução***

O estudo das relações entre linguagem e psiquismo, principalmente nos casos de autismo e psicose, sob a inspiração do referencial teórico da Psicanálise, foi a fonte que me forneceu elementos para abordar a alimentação de forma peculiar.

Na clínica e na literatura fonoaudiológica, observa-se a tendência de tratar-se o comer e o falar como aspectos distintos. Com pacientes que apresentam sintomas miofuncionais orais, por exemplo, a alimentação é abordada no que concerne às suas funções (sucção, mastigação e deglutição), com destaque para os efeitos das diferentes consistências alimentares sobre essas funções.

Já com pacientes que apresentam problemas de linguagem oral, a alimentação não costuma ocupar papel central, a não ser nos casos em que os aspectos miofuncionais orais ganham relevância pela relação estabelecida entre eles e as alterações que interferem na produção articulatória. De qualquer forma, mesmo nestes casos, a tendência é relevar os aspectos anatômicos e funcionais da alimentação.

Com pacientes disfágicos, a alimentação é focada na avaliação nutricional do paciente (necessidades calóricas e de hidratação), particularmente quando da passagem da alimentação por sonda para a via oral, com vistas a garantir que esse processo não implique em prejuízos à saúde do paciente. (FURKIM, 1999)

Também com bebês, a intervenção fonoaudiológica tem como principal objetivo garantir a possibilidade de o bebê alimentar-se por via oral, de forma funcional e segura. Busca-se assegurar que a hidratação, a nutrição e o ganho de peso sejam adequados, reduzindo assim os riscos de complicações pulmonares e, ao mesmo tempo, procurando proporcionar a melhor qualidade de vida possível. (HERDANDEZ, 2003)

Em síntese, para o fonoaudiólogo, a alimentação é objeto de interesse predominantemente nos casos de disfagias e de alterações anátomo-funcionais do sistema motor orofacial (associadas ou não à produção fonológica), além dos casos da clínica com bebês.

Contudo, meu interesse em estudar a relação entre alimentação e problemas de linguagem surgiu logo após a graduação, quando fiz um estágio na França, na *École Expérimentale de Bonneuil-sur-Marne*, fundada pela psicanalista Maud Mannoni. Essa instituição atende principalmente a crianças e adolescentes autistas e psicóticos os quais, freqüentemente, apresentam problemas de linguagem significativos.

Durante o período do estágio, tive a oportunidade de participar de produtivas discussões que articulavam teoria e prática, através de estudos de casos clínicos. Nessas, assim como em outras oportunidades de reflexão, tive

acesso aos referenciais teóricos e metodológicos da psicanálise lacaniana com crianças.

E, no contato cotidiano com essas crianças, durante esse período, as cenas de alimentação já me intrigavam.

Logo que retornei ao Brasil fiz o curso de aprimoramento do Laboratório de Investigação Fonoaudiológica dos Distúrbios Psiquiátricos da Infância, da Universidade de São Paulo, reconhecido centro de atendimento a pacientes autistas.

Simultaneamente, participei de um grupo de estudos sobre linguagem e psiquismo, no qual discutíamos questões relativas aos transtornos de linguagem à luz da teoria psicanalítica.

Paralelamente, desenvolvi também minha prática clínica numa instituição especializada no atendimento a pacientes autistas.

O conjunto dessas experiências, portanto, lançou em mim as sementes da questão que delimita o tema desta dissertação, na medida em que pude constatar (particularmente com esses pacientes) que algumas manifestações se repetiam de forma insistente. Refiro-me, em particular, aos problemas alimentares<sup>1</sup>.

Nesse sentido, observa-se que vários desses pacientes comem compulsivamente, chegando até mesmo à obesidade. Outros, comem pouco e/ou têm excessivas restrições alimentares.

---

<sup>1</sup>Na literatura médica os transtornos alimentares são considerados do ponto de vista nosológico, ou seja, como uma categoria diagnóstica. Neste trabalho, no entanto, o termo “problema alimentar” se referirá aos problemas que, de forma ampla, afetam a alimentação.

Ao longo do trabalho realizado na instituição anteriormente mencionada, investiguei empiricamente as condutas alimentares em pacientes autistas e psicóticos. A partir de minhas observações e registros escritos, realizei um estudo exploratório<sup>2</sup> com os 16 sujeitos que freqüentavam a instituição e pude verificar que os problemas alimentares eram freqüentes nessa população. A partir da classificação proposta por Palladino, Souza e Cunha (2004) – idiosincrasias alimentares, alterações de motricidade oral (mastigação e/ou deglutição), hiperfagia e hipofagia –, constatei que 94% dos sujeitos avaliados apresentaram pelo menos um desses problemas.

Esse estudo exploratório sistematizou as relações entre os quadros de autismo e psicose e os problemas alimentares. Mas tais problemas também podem ser observados na clínica com pacientes portadores de outros quadros clínicos nos quais se manifestam alterações de linguagem oral, como apontam Palladino, Souza e Cunha (2004), em trabalho que estuda essa co-ocorrência numa perspectiva bio-psíquica<sup>3</sup>.

Assim, como apontam os referidos autores, a co-ocorrência de problemas de linguagem e de alimentação sugere perturbações na zona oral<sup>4</sup>, conceituada a partir da teoria psicanalítica.

---

<sup>2</sup> Trabalho apresentado no XIII Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia, em co-autoria com Maria Claudia Cunha e Juliana de Souza Moraes Mori, sob o título “Avaliação e Classificação de Transtornos Alimentares nos Quadros de Autismo e Psicose” (2005).

<sup>3</sup> Utilizarei o termo “bio-psíquico” em diversos momentos deste trabalho, referindo-me ao corpo essencialmente humano em suas dimensões tanto biológicas (anátomo-fisiológicas) quanto psíquicas, ou seja, o termo propõe que não haja dissociação entre corpo e mente.

<sup>4</sup> Segundo Laplanche (1985), o termo oralidade foi introduzido na obra de Freud, mais precisamente nos “Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade”, funcionando como um exemplo arquetipo do apoio da pulsão na função (alimentar). Ou seja, ao mesmo tempo em que o funcionamento alimentar se satisfaz com o alimento, surge um processo erógeno da zona oral. Retornarei a essa questão mais adiante.

Nessa vertente, encontram-se também outros estudos fonoaudiológicos que tratam dos conteúdos subjetivos envolvidos nos processos de alimentação e de linguagem. (CUNHA, 1997; MARIOTTO, 2003; PUECH, VERGEAU, 2004; HONNET, 2004; PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004 e FERRAZ, 2006)

Adotar uma concepção que considera a linguagem como lugar de constituição da subjetividade, permite-nos interrogar o processo alimentar nesta direção. Isso porque, entende-se que, entre as funções da alimentação está a de estabelecer um laço entre a criança e o outro.

Considerando-se que, em casos de co-ocorrência de problemas de linguagem e de alimentação, são também observadas com frequência dificuldades no estabelecimento desses laços (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, 2004), parece-me que tal reflexão tenha relevância científica e clínica para o campo fonoaudiológico.

A esse respeito, Cunha (1997) relatou o caso de uma menina que apresentou precocemente, um sintoma alimentar: vomitava após ingerir qualquer alimento, desde os primeiros meses de vida, até por volta dos nove anos de idade. Mesmo quando os vômitos cessaram, os cuidados maternos com a alimentação e os sintomas digestivos continuaram. Além disso, outros sintomas surgiram, afetando também a motricidade oral. A partir da história de vida da criança e suas manifestações clínicas, dentre elas o retardo no processo de aquisição de linguagem oral, a autora pôde supor que, neste caso, os problemas alimentares representavam os conflitos inerentes ao laço mãe-filha e, assim, propôs uma intervenção terapêutica fonoaudiológica mais efetiva, considerando tais aspectos.

Ferraz (2006) estudou as queixas alimentares de crianças com distúrbios do apetite no contexto da clínica fonoaudiológica, entendendo que era preciso ultrapassar um olhar clínico voltado exclusivamente à funcionalidade do processo alimentar, tendo em vista a hipótese de que acontecimentos de ordem subjetiva propiciam condições para que os sintomas alimentares se estabeleçam.

Assim, a autora concluiu seu estudo, subsidiado pelo referencial teórico psicanalítico de Winnicott, afirmando que considerar a ocorrência de falhas relacionais quanto ao manejo da alimentação em períodos iniciais da vida, isto é, considerar tal dimensão subjetiva, pode levar a Fonoaudiologia a atentar para as questões envolvidas nas demandas de crianças que apresentam alterações nas funções orais alimentares. E, neste contexto, sugere que o ato alimentar é um processo complexo no qual interagem, indissociavelmente, aspectos funcionais e psíquicos do sujeito.

Nesta perspectiva, Abadie (2004) aborda os transtornos da oralidade em crianças pequenas, afirmando:

as causas dos transtornos alimentares são muito variadas e heterogêneas, podendo ser tanto orgânicas como psicogênicas. Em todos os casos, uma análise aprofundada permite traçar a história alimentar e médica da criança, além de possibilitar a compreensão e detecção de qual estágio do desenvolvimento oral foi perturbado ou não pode se desenvolver. (tradução minha) (ABADIE, Op. cit., p. 55)

Golse e Guinot (2004), respectivamente psiquiatra e psicomotricista, analisam a boca e a oralidade, estabelecendo relações entre ambos os elementos e suas funções no desenvolvimento infantil. Segundo os autores,

a oralidade não se resume à boca, e a boca não serve apenas aos destinos da alimentação. Região do corpo especificamente situada na interface do "dentro e o fora", a boca e seu funcionamento se encontram assim, implicados numa série de funções centrais dentro da ontogênese do sujeito (estabelecimento de vínculo, fase das pulsões, desmame, instauração da linguagem), e elas se revelam essenciais à compreensão, por exemplo, do desenvolvimento fetal assim como o sofrimento de crianças autistas. (tradução minha) (GOLSE e GUINOT, Op. cit., p. 23)

Ainda nessa vertente, Honnet (2004) apresenta um estudo de caso sobre a oralidade de uma menina que não apresentava problemas orgânicos, mas recusava-se a falar e a comer fora do contexto familiar.

Os transtornos alimentares como categoria diagnóstica, por sua vez, são discutidos na literatura sob diferentes perspectivas.

Na literatura médica, destaca-se a definição do CID-10 (1993), que, contempla a descrição de duas síndromes importantes e bem definidas: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Transtornos bulímicos menos específicos também merecem lugar, tal como a hiperfagia, quando ela é associada a perturbações psíquicas. Uma nota breve é fornecida sobre vômitos associados a tais perturbações, porém, estas duas síndromes excluem os transtornos de alimentação na infância.

Estes últimos, por sua vez, são descritos, no mesmo manual, como sendo um:

transtorno alimentar de manifestações variadas, usualmente específico da infância. Geralmente, ele envolve recusa de alimento e dengos extremos na presença de fornecimento adequado de comida, de alguém razoavelmente competente cuidando da criança e ausência de doença orgânica. Pode haver ou não ruminação associada (regurgitação repetida

sem náusea ou doença gastrointestinal). (CID-10, Op. cit., p.281).

É importante ressaltar que, inclusive na perspectiva médica, vemos que aparecem menções às perturbações psíquicas e à ausência de doença orgânica na descrição dos transtornos alimentares.

Neste trabalho, os problemas alimentares serão estudados sob inspiração do referencial teórico da Psicanálise, que considera que a relação entre a oralidade e a linguagem é um dos elementos fundamentais da constituição psíquica do sujeito.

Sendo assim, o objetivo desta pesquisa é investigar as possíveis relações entre problemas de alimentação e de linguagem oral, do ponto de vista bio-psíquico, através de um estudo de caso clínico.

Para tanto, na próxima seção será descrito o método utilizado neste estudo. No capítulo I será apresentada uma revisão da literatura a respeito de como, de modo geral, a alimentação é tratada na clínica fonoaudiológica. No capítulo II aparecem as contribuições teóricas da Medicina sobre a alimentação e seus transtornos. O capítulo III trata da relação entre alimentação e linguagem oral, a partir do conceito psicanalítico de oralidade. No capítulo IV será apresentado o estudo do caso clínico. Seguem-se, finalmente as Considerações Finais.

---

## **Método**

Esta pesquisa é de natureza clínico-qualitativa e, portanto,

busca dar interpretações a sentidos e a significações trazidos pelos sujeitos em estudo sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença, com o pesquisador utilizando um quadro eclético de referenciais teóricos para a discussão no espírito da interdisciplinaridade (TURATO, 2003, p. 242).

Nela, foi realizado um estudo longitudinal de caso clínico, visando averiguar e analisar as co-ocorrências dos problemas alimentares e de linguagem oral. Foram também analisados os seus efeitos no processo terapêutico fonoaudiológico, na singularidade do paciente analisado. Sendo assim, este procedimento não pretende generalizações estatísticas, mas analíticas.

### 1. Sujeito

Sexo masculino, três anos de idade, atendido em consultório. Apresenta problemas alimentares e de linguagem oral. O diagnóstico médico neurológico sugere que se trata de um caso incluído no espectro autístico.

## 2. Procedimento – Coleta e Registro de dados

Os dados foram coletados no decorrer de doze meses do processo terapêutico. O registro do material clínico foi realizado sistematicamente e por escrito, a partir de três eixos: linguagem, alimentação e psiquismo.

## 3. Critérios de Interpretação dos Resultados

A análise dos dados foi subsidiada

**3.1.** pela literatura fonoaudiológica acerca do processo de aquisição de linguagem, pautada numa concepção que articula funcionamento simbólico e funcionamento psíquico (CUNHA, 2004; PALLADINO, 2004)

**3.2.** pela articulação entre material clínico e referenciais teóricos dos problemas alimentares, tomados como “problemas na oralidade”. (FREUD, 1905/1996; ABADIE, 2004; GOLSE e GUINOT, 2004; PALLADINO SOUZA e CUNHA, 2004)

Vale ressaltar que o nome do paciente, assim como o de seus familiares, não serão revelados, de forma a preservar o sigilo, conforme acordado no termo de consentimento livre e esclarecido assinado pelos pais. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética<sup>5</sup> do programa de Estudos Pós-graduados em Fonoaudiologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, processo nº. 0035/20.

---

<sup>5</sup> Ver as cartas de consentimento e parecer em anexo.

## Capítulo 1.

---

### ***Alimentação e Clínica Fonoaudiológica***

A alimentação é tema freqüente no campo fonoaudiológico, seja exercendo papel central seja como coadjuvante. Por esta razão, cabe compreender esse cenário de forma ampla para, posteriormente, pontuar as peculiaridades que configuram o método clínico-terapêutico fonoaudiológico, inspirado pelo referencial teórico psicanalítico.

De modo geral, a alimentação é tratada no âmbito das funções do sistema estomatognático: sucção, mastigação, deglutição, fala e respiração.

A sucção, segundo Felício (2004), desempenha papel fundamental nos primeiros meses de vida de um bebê, pois garante o suprimento das suas necessidades nutricionais. O desenvolvimento motor-oral ocorre a partir da realização dos movimentos de sucção, o que estimula o crescimento ósseo e desenvolvimento das funções orais do bebê e a maturação dos movimentos dos lábios e da língua. Esta se manifesta à medida que a sucção é substituída por outras formas de alimentação.

A mastigação é o ato motor de morder, triturar e moer o alimento. Trata-se de um processo fisiológico extremamente complexo que envolve atividades neuromusculares que dependem do desenvolvimento do complexo craniofacial, do sistema nervoso central e da oclusão dentária. Tem como objetivos: fragmentar o alimento e prepará-lo para a deglutição e digestão; promover ação bacteriana sobre os alimentos para formar o bolo alimentar; proporcionar o desenvolvimento de ossos maxilares e manter o estímulo funcional dos arcos dentários. (CATTONI, 2004)

Já a deglutição é definida por Furkim e Mattana (2004), como um processo sinérgico composto por fases seqüenciais e harmônicas relacionadas entre si. Para que seja eficiente, esse ato depende de complexa ação neuromuscular, além da intenção do indivíduo de se alimentar.

Essa função tem como finalidade, segundo as mesmas autoras, nutrir e hidratar o indivíduo mantendo o seu estado nutricional e protegendo a via aérea. É associada também ao prazer alimentar, garantindo, assim, a sobrevivência do indivíduo. Para tanto, o alimento e/ou saliva devem ser transportados de forma segura e eficiente da boca até o estômago. Segundo a classificação das autoras, a deglutição ocorre nas seguintes fases: antecipatória, oral, faríngea e esofágica.

A fase antecipatória é aquela em que ocorrem mecanismos organizacionais para o ato alimentar. Inicia-se pela escolha do alimento e envolve o posicionamento, a administração e o ambiente da refeição.

Na fase oral ocorre a captação do alimento de acordo com o tipo do alimento e o utensílio utilizado. No momento em que o alimento é inserido na

cavidade oral, iniciam-se os movimentos mastigatórios bilateralmente, com o objetivo de formar um bolo coeso. Após o preparo, o bolo alimentar é posicionado sobre a língua para que ocorra a ejeção, ou seja, seu deslocamento para a região faríngea.

A fase faríngea é involuntária, caracterizada pela passagem do bolo da faringe até o esôfago. Nesta fase acontece a proteção das vias aéreas superiores pela elevação laríngea.

Na fase esofágica, por meio de ondas peristálticas, o alimento é direcionado até o estômago.

Nesse processo, a respiração é vital e deve ocorrer em coordenação com as outras funções do sistema estomatognático.

Compreendidas as funções do sistema estomatognático, podemos agora refletir como elas aparecem na clínica fonoaudiológica, nos casos de disfagia, alterações de mastigação e deglutição, alterações de linguagem oral e, especificamente, na clínica com bebês.

Segundo Furkim e Silva (1999), a disfagia orofaríngea deve ser entendida como um distúrbio de deglutição com sinais e sintomas específicos, caracterizados por alterações em qualquer etapa e/ou entre as etapas da dinâmica da deglutição. Pode ser congênita ou adquirida, após comprometimento neurológico, mecânico ou psicogênico e gerando prejuízos em diversos aspectos: nutricionais, de hidratação, no estado pulmonar, e nos prazeres alimentar e social do indivíduo.

A terapêutica fonoaudiológica para essa patologia, que tem como principal objetivo estabelecer a passagem da alimentação via sonda (nasal, oral ou gástrica) para a via oral de forma segura, sem risco de penetração laríngea ou aspiração traqueal, é realizada através de técnicas variadas.

Sobre as alterações de mastigação, Cattoni (2004) nos diz que estas podem ser de diferentes tipos: unilateral, bilateral simultânea, sem vedamento labial, com ruídos, com exagerada participação da musculatura periorbicular e com exagerada contração do músculo mental, rápida, lenta ou com movimentos mandibulares limitados.

Já as alterações de deglutição, segundo a mesma autora, podem ser: com interposição de língua, com participação exagerada de musculatura periorbicular, com ausência de contração do masseter, com movimentos compensatórios de cabeça, com contração do músculo mental e interposição do lábio inferior, com presença de ruídos ou de resíduos alimentares.

Fica claro, portanto, que, tanto nos casos de disfagia, como nas alterações de mastigação e de deglutição, a alimentação fará parte da intervenção terapêutica fonoaudiológica, focada nas funções do sistema estomatognático.

Pensemos agora nos casos de alterações de fala e nos transtornos fonológicos. Para Castro e Wertzner (2006), o transtorno fonológico

afeta a produção e/ou a representação mental dos sons da fala de determinada língua, podendo ter grande impacto tanto na articulação como no conhecimento internalizado de uma língua (CASTRO e WERTZNER, Op. cit., p. 01).

Dessa forma, as autoras ressaltam que se pode identificar os componentes fonético e fonêmico. A alteração fonética pode refletir uma inabilidade em articular os sons da fala, configurando-se como uma dificuldade de comunicação que envolve um componente motor. Já a alteração fonêmica, *pode afetar a maneira como a informação sonora é armazenada e representada pelo léxico mental ou acessada e recuperada cognitivamente* (CASTRO e WETZNER, Op. cit., p. 01).

Considerando-se as alterações fonéticas como inabilidades que envolvem o aspecto motor, fará parte do trabalho fonoaudiológico a intervenção quanto às alterações miofuncionais orais e, conseqüentemente, nas funções do sistema estomatognático. Aí então entre em cena o caráter funcional e fisiológico da alimentação.

Marchesan (2004) discute as alterações de fala de origem musculoesquelética, discorrendo sobre os aspectos a serem avaliados nesses quadros clínicos. A autora ressalta a importância de examinar-se a morfologia, o tônus e a mobilidade das estruturas moles da boca e da face, além da morfologia das estruturas duras. Além disso, enfatiza a importância de serem examinadas *as outras funções realizadas pela boca, como a mastigação e a deglutição colhendo dados sobre a respiração do paciente* (MARCHESAN, Op. cit., p. 298).

O pressuposto de que alterações de fala estejam de alguma forma, relacionadas às condições do sistema estomatognático é corrente em nossa área. Felício et al. (2003) investigaram as possíveis relações entre os distúrbios de fala e a história de aleitamento, hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva.

Afirmaram ainda, que tais fatores interferem no crescimento e desenvolvimento dos componentes do sistema estomatognático e nas suas condições miofuncionais. Nesse estudo, as autoras concluíram que os distúrbios de fala estão associados à maior duração do aleitamento artificial e da sucção não nutritiva em crianças pré-escolares com idades entre 6 e 7 anos.

Em síntese, a alimentação, em seu caráter funcional, faz parte tanto da avaliação, como da terapêutica fonoaudiológica nos casos de alterações de linguagem oral.

Já na clínica com bebês, a alimentação está sempre em cena, uma vez que as habilidades motoras orais parecem estar relacionadas com o tipo de alimentação do neonato. É a partir dos reflexos orais (especialmente de sucção) realizados nos primeiros meses de vida, que tais habilidades se aprimoram. Porém, além do tipo de alimentação (natural ou artificial) recebido pelo bebê, e da forma como ela é oferecida (seio materno, mamadeira, sondas nasogástrica ou orogástrica), a qualidade do contato inicial entre a mãe e seu bebê durante a alimentação, também tem relevância. (DELGADO e HALPERN, 2005).

Nesse contexto específico, a alimentação é tratada não só no âmbito funcional e fisiológico, mas também são destacados os aspectos subjetivos envolvidos no laço mãe-criança e sua importância para o desenvolvimento do bebê.

As considerações até aqui expostas revelam que o método clínico-terapêutico fonoaudiológico contempla tanto os sintomas relacionados às funções orais alimentares, quanto os problemas de linguagem oral.

No entanto, no presente estudo, o foco é especificamente a co-ocorrência de problemas de linguagem oral e de alimentação.

Nesse sentido, é preciso admitir-se que queixas de alimentação *strictu sensu* não são comuns em nossas atividades clínicas. Acontece com frequência que a alimentação faça parte da cena terapêutica como técnica de intervenção, para casos em que são identificados problemas motores orais; anatômicos e/ou funcionais relacionados às funções do sistema estomatognático (respiração, sucção, mastigação, deglutição e fala). Contudo, não é comum que sejamos procurados por pacientes com queixas alimentares tais como recusa alimentar, hiper-seletividade, hipofagia ou hiperfagia.

Mas, de acordo com Palladino, Souza e Cunha (2004), é comum que sintomas alimentares como os citados, sejam observados em pacientes que nos consultam com quadros importantes de linguagem oral como retardo de aquisição de linguagem, distúrbios fonêmico-fonológicos, entre outros. Ou seja, segundo esses autores a ocorrência de problemas alimentares é frequente em crianças que chegam ao fonoaudiólogo pela via das queixas de linguagem.

Nesses casos, de acordo com os mesmos autores, seria necessário deixar de lado a linearidade causal que associa problemas alimentares a fatores orgânicos, para interpretar e intervir nessa co-ocorrência.

É preciso pensar numa sobrederminação, ou seja, numa outra ordem de relações que justifiquem tais sintomas, como sugerem os autores. Isso significa supor a inexistência de uma causa única e primeira que explique os sintomas do paciente, mas sim que haja um conjunto de fatores (orgânicos, psíquicos e

sociais) que, articulados, sobredeterminam os sintomas. Ou seja, deve-se admitir em cada caso singular a existência de uma rede causal.

Submeter o raciocínio clínico a esse pressuposto, significa repensar a intervenção fonoaudiológica tradicional e tratar a alimentação a partir de outro referencial, que agrega conteúdos bio-psíquicos.

Isso não quer dizer que o fonoaudiólogo que se proponha a trabalhar com problemas de alimentação deva abrir mão de procedimentos técnicos na abordagem do sistema estomatognático. Ao contrário, é imprescindível que tenha substancial conhecimento da anatomia e das funções desse sistema, para que, a partir do conhecimento do mecanismo fisiológico da alimentação possa intervir de maneira eficaz.

Contudo, é preciso considerar também que, quando se lida com alimentação, estão implicados também aspectos subjetivos, os quais devem ser incorporados ao método clínico-terapêutico fonoaudiológico. Especialmente, ao nos defrontarmos com problemas alimentares.

Nesse sentido, apresento a seguir as contribuições teóricas advindas da Medicina e da Psicanálise, as quais servem de referência à compreensão da alimentação (e seus transtornos), levando-se em conta a dimensão subjetiva. Tal abordagem, como veremos mais adiante, permite agrupar os problemas alimentares e os problemas de linguagem oral numa terceira categoria: a dos transtornos da oralidade.

## Capítulo 2.

---

### ***Alimentação: contribuições da Medicina***

A literatura médica, especialmente a psiquiátrica, considera os transtornos alimentares como

síndromes comportamentais cujos critérios diagnósticos têm sido amplamente estudados nos últimos 30 anos. São descritos como transtornos e não como doenças, por ainda não se conhecer bem sua etiopatogenia”. (CLAUDINO e BORGES, 2000, p. 08)

Como já mencionado anteriormente, na Medicina os transtornos alimentares são considerados como entidades nosológicas, ou seja, como uma categoria diagnóstica. No entanto, neste trabalho o termo “problema alimentar” vem sendo empregado do ponto de vista sintomatológico, referindo-se aos problemas que, de alguma forma, afetam a alimentação, podendo também incluir aqueles descritos pela literatura médica (em seus manuais diagnósticos; CID-10 e DSM-IV). Este é o caso, por exemplo, dos quadros descritos na categoria *Transtornos Alimentares* do CID-10 (1993), que contempla a descrição de duas síndromes importantes e bem definidas: anorexia nervosa e bulimia nervosa.

Os *Transtornos alimentares sem outras especificações*, também descritos no CID-10, incluem, além da bulimia nervosa atípica e da anorexia nervosa atípica, a hiperfagia e vômitos associados a outros distúrbios psicológicos, pica em adultos e transtornos alimentares não especificados.  
(grifo meu)

Alguns trabalhos na literatura médica enfatizam a relação entre transtornos psíquicos e alimentares. Este é o caso do estudo de Martins e Sassi Jr. (2004) que afirmam que os transtornos afetivos, de ansiedade e os transtornos de personalidade, têm grande prevalência em grupos de pacientes com transtornos alimentares, apesar da frequência destas patologias ser muito variável.

Na literatura médica encontramos ainda os **distúrbios nutricionais** como categoria nosológica. Estes levam em conta a condição nutricional e incluem a desnutrição energético-protéica, baixa estatura, obesidade e sobrepeso.

Nesta vertente, vale destacar o trabalho realizado por Nóbrega et al. (2000) abordando a condição nutricional de mães e filhos, a partir da observação de que 30,5% das mães de crianças desnutridas tinham sobrepeso (ou eram obesas), e 54,2% eram eutróficas.

O pressuposto de que a desnutrição estaria relacionada apenas com a escassez de alimento determinada pela falta de recursos econômicos e sociais, não se confirmou. Ou seja, o estado nutricional de uma criança, após esses estudos, passou a ser compreendido a partir de outro ângulo.

A partir de então, a equipe de pesquisadores passou a investigar a relação entre o vínculo mãe-filho e a desnutrição. Tal relação foi confirmada, sendo que, grande parte das crianças desnutridas apresentava *fraco vínculo mãe-filho*. (NÓBREGA et al., Op. cit., p. 05)

A partir desses estudos, Nascimento et al. (2003) realizaram uma pesquisa buscando conhecer algumas características psicológicas de mães de crianças desnutridas e verificar a relação dessas características com o vínculo mãe-filho. A premissa da pesquisa era a de considerar o vínculo e a saúde mental maternos como fatores de risco para a desnutrição.

A conclusão a que chegaram os autores confirmou a premissa: de fato, a saúde mental materna é importante fator de risco para desnutrição. Houve correlação significativa entre a desnutrição e os quadros depressivos maternos que, segundo os autores, contribuem para transtornos no vínculo afetivo mãe-filho.

Levar em conta o vínculo afetivo mãe-filho nos quadros nutricionais é admitir que aspectos de ordem subjetiva estejam envolvidos nas condições de alimentação de um sujeito. Ou seja, a relação mãe-filho ganha destaque especial na compreensão do quadro apresentado pela criança.

O ato de alimentar uma criança, para Spada (2005), não se restringe apenas a uma atividade nutritiva, mas está intimamente relacionado às atitudes que a mãe assume, uma vez que a criança não é satisfeita apenas pelo alimento.

As pediatras Madeira e Aquino (2003) afirmam que, embora a alimentação seja voltada para a sobrevivência, é principalmente um ato de relacionamento do indivíduo com o mundo. Enfatizam que a relação que o indivíduo estabelece com a alimentação é fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, quando bebê, criou com a mãe, com a família e com todos que estavam a seu redor.

As mesmas autoras destacam a importância de se observar o apetite de crianças que apresentam distúrbios alimentares. Segundo elas o termo *apetite*, que significa desejo de comer, é derivado não só de necessidade orgânica, mas de sensações agradáveis ligadas ao ato de comer. A fome, por sua vez, é caracterizada por sensação orgânica, física, por *urgência* de alimentos. A fome leva a comer alimentos de qualquer espécie. Já o apetite faz com que a pessoa continue a comer mesmo que não sinta fome. O apetite, prosseguem as autoras, pode ser considerado como *um mediador entre os impulsos e/ou sinais fisiológicos e os fatores psicossociais* (MADEIRA e AQUINO, Op. cit., p. 04)

Estudos como os citados reforçam a importância de se considerar a dimensão subjetiva da alimentação, inclusive na perspectiva médica que tradicionalmente se ocupa dos fatores orgânicos envolvidos nos quadros alimentares.

Assim, serão apresentadas a seguir, contribuições psicanalíticas acerca da importância da alimentação no processo de constituição psíquica.

## Capítulo 3.

---

### ***Oralidade: o elo psicanalítico entre alimentação e linguagem***

Conceituar a oralidade auxilia-nos a articular as questões do comer e do falar. Para tanto, é necessário que se esclareça a relação entre estas duas instâncias, a qual vai além da fisiologia da alimentação e da fonação, cujo pilar é o conceito de oralidade. Para compreender tal conceito podemos iniciar por pontuar as diferentes funções da boca.

Sabemos que a boca (órgão) desempenha várias funções simultaneamente: é responsável pela respiração, pela alimentação, pela fonação e é também lugar de manifestação de afeto (GOLSE e GUINOT, 2004; ABADIE, 2004).

Quando abordamos essas funções, em termos da oralidade, temos que ultrapassar a dimensão biológica da boca e considerar também sua dimensão subjetiva. Isso porque, aprendemos com Freud (1905/1996), nos “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, que a alimentação é simultânea à erogenização da zona oral - exemplo clássico da manifestação sexual infantil. Manifestação

essa que, segundo o autor, *nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais* (FREUD, Op. cit., p.171), ou seja, pode nascer apoiada na função alimentar.

O processo erógeno surge do prazer experimentado no ato da amamentação, pelo fluxo de leite morno, pelo contato dos lábios com o mamilo (ou aquilo que o substitui), pelo contato físico da mãe que embala o bebê e pela voz materna. Há enfim, uma série de elementos que proporcionam prazer para o bebê aliado à sensação de saciedade dada pelo alimento. Deste modo, o laço mãe-bebê tem na oralidade elementos fundamentais para sua instauração.

Segundo Freud (Op. cit.) a boca vai constituindo-se como zona erógena<sup>6</sup> inicialmente apoiada numa função vital (a alimentação), para depois tornar-se independente dela. Ou seja, a princípio a satisfação da zona erógena está associada à satisfação da necessidade de alimento. Posteriormente o bebê passa a buscar o prazer vivenciado em outras situações, dissociadas da nutrição. Isso acontece quando, por exemplo, começa a chupar o dedo ou levar objetos à boca.

Nesse sentido, Teperman (2005) afirma que não é só de leite que o bebê se nutre quando mama, mas também de *significantes*, e que este momento o marca para além de suas necessidades alimentares, a partir daquilo que o outro – como tesouro dos significantes – antecipa e significa para ele. Ao fazer isso, a mãe não está apenas alimentando o filho com vistas ao

---

<sup>6</sup> Segundo Freud (1905/1996), zona erógena é “uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa” (FREUD, Op., cit., p. 172)

desenvolvimento funcional de seu corpo, mas sobretudo está colocando a criança na ordem da linguagem, da instância simbólica.

Teperman (Op. cit.) chama a atenção para o que está em jogo na relação mãe-bebê quando este aceita ou recusa os alimentos. Segundo a autora, é possível ler estas situações na observação de uma das operações relativas à função materna: alternar-se em presença e ausência. É também possível inferir como esta função operou observando a maneira como a criança se comporta nos momentos de alimentação.

A autora prossegue afirmando que o momento em que ocorre a introdução dos alimentos sólidos (por volta dos 6 meses), é muito importante, pois coincide com o início do processo de desmame, quando a mãe começa a ausentar-se mais freqüentemente. Dessa forma, a possibilidade de o bebê aceitar outros alimentos permite que a mãe possa recuperar outros investimentos como os profissionais, pessoais, entre outros.

A alternância presença/ausência da mãe é uma operação simbólica e sua função ultrapassa a presença ou ausência física. Esta operação costuma coincidir com o primeiro semestre da vida do bebê e introduz importantes elementos para que depois possa ocorrer a separação. A ausência (que também pode ser operada em presença) *é uma abertura no tempo, um intervalo dado pela mãe na espera de que seu bebê, aí, possa emergir enquanto sujeito do desejo e da linguagem* (Sales, 2005, p. 118)

Neste sentido, vale refletir sobre o processo de desmame e suas implicações psíquicas para o bebê.

Freitas (2005) afirma que o desmame é uma forma de abrir um espaço na díade mãe-bebê e permitir um lugar à função paterna, ou seja, um terceiro. Assim, torna-se possível que o alimento exerça esta função, a partir do momento em que a mãe o oferece à seu filho no lugar dela mesma como algo da ordem de um objeto externo. Em outras palavras: o alimento aparece no lugar da falta materna. A autora indaga se a não ocorrência desse processo configuraria falha na função paterna.

Nas relações iniciais com seu bebê, a mãe provê tudo aquilo de que ele precisa para sobreviver, ou seja, satisfaz suas necessidades. Aparentemente, isso depende do bebê, que ao chorar vê suas necessidades atendidas. Mas há um momento em que percebemos que não é do bebê que depende esse jogo e sim, da mãe. É ela, de acordo com Mariotto (2003), quem vai inscrever nessa relação sua função de *marcar uma alternância entre presença e ausência ante o apelo do filho por apaziguamento* (MARIOTTO, Op. cit., p. 269).

O oferecimento de satisfação depende daquele que responde ao chamado. É este quem determina, então, quando e como fazê-lo instituindo um intervalo entre o chamado e sua possível satisfação e o bebê terá que lidar com isto.

Segundo Lacan (1956) *apud* Mariotto (2003) essa passagem é conhecida como *operação de frustração* e constitui-se como uma das operações fundamentais operadas pelo agente materno, pois permite que o organismo biológico do bebê passe, não mais a funcionar reflexamente, mas seja submetido a uma ordem terceira que regula os laços humanos, o simbólico. Ou seja, o corpo do bebê deixa de funcionar a partir do registro de

necessidade e passa a funcionar no registro do desejo. E é exatamente sobre esse intervalo, sobre o objeto ausente que as palavras são introduzidas, colocando o bebê na ordem da linguagem.

Quando a mãe passa a atribuir significados aos gestos do bebê e, assim, passa a não responder a todas as suas solicitações com satisfação imediata, começa a inscrever o sujeito na ordem do desejo, uma vez que aposta que haja intenção nesses gestos, acreditando na possibilidade de dali advir um sujeito.

O outro assume, portanto, papel fundamental na constituição do sujeito que é o de inseri-lo no universo simbólico.

Pensar na articulação entre linguagem e alimentação é considerar a estreita relação que existe entre o falar e o comer, isto é, tomar a oralidade como um dos elementos essenciais para a constituição subjetiva ancorada na instauração do laço entre mãe e bebê.

Pode-se afirmar, portanto, com Puech e Vergeau (2004), que existem alguns mecanismos subjetivos que se iniciam nas cenas iniciais de alimentação do bebê e que são fundamentais para o advento da linguagem. Alguns exemplos disso são: o laço mãe-bebê que se institui na amamentação, a sensação de prazer que o *mamar* proporciona, o estabelecimento da noção dentro-fora, a importância das alternâncias fome-saciedade, presença/ausência, entre outros.

Thibault (2006) coloca a língua como órgão chave da oralidade, discorrendo sobre a sua importância no período inicial da vida do bebê, ao

desempenhar a sucção e a deglutição e, posteriormente, com a maturação neuropsicológica, o refinamento gnoso-prático que ocorre por ocasião da mastigação dos alimentos e da articulação dos fonemas.

A boca, neste sentido, assume importante papel quanto ao estabelecimento de um limite do dentro e do fora, ou seja, o eu e o não eu, paralelamente a outro papel, qual seja, o de uma *linha de demarcação progressiva* entre o registro da necessidade e o registro do desejo. (GOLSE e GUINOT, 2004)

Assim, fica clara a importância da experiência da falta no advento da linguagem e o papel da ausência no nascimento do objeto e das representações que daí derivam.

Se considerarmos a linguagem como propõe Palladino (2004), como um funcionamento de natureza simbólica, que encontra sua excelência numa dada língua – o que equivale a dizer que a fala existe como tal porque alguém assim a reconhece – podemos pensar numa articulação entre os sintomas de linguagem e os de alimentação.

Segundo Palladino, Souza e Cunha (2004), a criança quando nasce é tomada na interpretação do outro, ou seja, o adulto supõe que os sons e movimentos da criança têm um sentido que lhe é endereçado. Isso acontece pela certeza que o adulto tem de que o corpo da criança funciona como o seu, num movimento de identificação.

Ao considerar a palavra como um campo indeterminado, que só ganha determinação na escuta do outro, estamos atuando na ordem do simbólico, na

ordem da linguagem. Palavras e gestos só ganham estatuto de palavras e gestos porque são endereçadas a alguém e porque alguém se oferece como endereço desses atos.

Pensemos no bebê e no modo através do qual as mães costumam falar com eles, conhecido como manhês – modo particular de falar caracterizado por uma entonação com grande variedade de picos prosódicos, sintaxe simplificada, repetições de sílabas, uso de diminutivos, evitação de grupos consonantais e uso de um registro vocal mais forte. (JERUSALINSKY, 2004)

A riqueza da prosódia e musicalidade da fala da mãe, segundo Jerusalinsky (2004), convocam o bebê e ele então, responde dirigindo seu olhar, com movimentos corporais e sorrisos. O bebê responde à prosódia materna, porque não pode ainda efetivamente entender o que lhe é dito, além do supra-segmento da fala.

Essa produção, perfeitamente observável em bebês pequenos, vem demonstrar, conforme apontam Jerusalinsky (Op. cit.) e Laznik (2004), que a voz é um objeto oral primordial, ou seja, a voz é um objeto da pulsão oral, que produz laço com o outro.

É por isso que, segundo Jerusalinsky (Op. cit.), ainda que o bebê de poucos meses não possa entender o sentido do que está sendo dito, dado que ele não nasce com a língua previamente inscrita, ele começa a ser tomado no funcionamento da linguagem, na ordem simbólica.

Sabemos também que, na cena da amamentação, assim como em outras tantas, a linguagem ocupa lugar de destaque, dada a natureza da

interação mãe-bebê. Isso porque enquanto o bebê mama, há troca de olhares, sua mãe conversa com ele, dá significado aos seus gestos e o toma como interlocutor.

Palladino, Souza e Cunha (2004), em artigo sobre os problemas de linguagem e de alimentação em crianças, trazem uma importante reflexão acerca da frequência com que tais problemas co-ocorrem na clínica da infância, pensando sobre a *sobredeterminação que a ordem simbólica lhes impõe* (p. 96) e esclarecendo a relação entre corpo, mente e linguagem.

Tal relação se manifesta quando se observa a co-ocorrência entre problemas de linguagem e de alimentação:

parece que a boca não advém órgão, no sentido de se tornar um espaço regido simbolicamente, no corpo organizado, daí não funcionar direito: as palavras se perdem, os alimentos se perdem, no excesso ou na falta (PALLADINO, SOUZA e CUNHA, Op. cit., p. 103)

No próximo capítulo apresento um estudo de caso clínico, no qual a co-ocorrência entre problemas de linguagem e de alimentação é marcante.

## Capítulo 4.

---

### ***O caso de Rafael***

Neste capítulo será apresentado o estudo longitudinal do caso de Rafael<sup>7</sup>, que chegou ao meu consultório aos 3 anos e meio, trazido pela mãe. Esta enunciou a seguinte queixa: “ele não fala e não come”.

#### **História**

Rafael nasceu após 42 semanas de gestação, com 3,5 Kg. Teve icterícia neonatal e ficou na UTI por três dias. Seu Apgar foi 6 no primeiro minuto e 8 no quinto, o que sugere que evoluiu bem em termos peri-natais.

Ângela, a mãe, pediu aos médicos para ficar no hospital até que o bebê também pudesse ter alta, pois não queria “deixá-lo sozinho”. Foram para casa cinco dias após o nascimento. Rafael começou a ser amamentado dois dias após o nascimento, pois a mãe não tinha leite. Ao sair da maternidade, já mamava normalmente.

---

<sup>7</sup> Os nomes utilizados são fictícios.

Rafael mamou até por volta dos 6 meses, quando sua mãe voltou a trabalhar. Nesse momento, já comia alimentos pastosos. Foi então que começou a apresentar um primeiro sintoma: vomitava tudo o que ingeria.

Dada a insistência dos vômitos, a irmã de Ângela chamou-lhe a atenção para a anormalidade do fato, afirmando também que achava Rafael “esquisito” em relação à idade (8 meses).

Como, nesta época, Ângela estava insatisfeita com a conduta do pediatra responsável por Rafael, pois este dizia que não deveria preocupar-se com o quadro do filho, resolveu buscar outro médico.

Rafael passou, então, a ser acompanhado por uma pediatra que iniciou a investigação dos vômitos e do atraso no desenvolvimento neuro-psico-motor. Solicitou exames clínicos, a partir dos quais emitiu o diagnóstico de refluxo gastroesofágico, quando Rafael tinha 2 anos e 6 meses. O exame EED (esôfago, hiato, estômago e duodeno) evidenciou “refluxo gastroesofágico até o terço médio do esôfago”. O laudo do exame aponta ainda “ato de deglutição normal, esôfago de calibre, elasticidade e pregueado mucoso conservados”.

Desde então Rafael passou a tomar medicamentos digestivos regularmente (Label e Motilium).

A cintilografia da região esofágica foi realizada aos 3 anos e 7 meses e teve como resultado, novamente: “refluxo gastroesofágico no terço médio do esôfago”.

Simultaneamente, a pediatra o encaminhou para a APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de São Paulo. Lá, Rafael realizou exame

genético (estudo cromossômico – cariótipo) com pesquisa de X-frágil, que teve resultado normal, isto é, negativo para a síndrome. Porém, foi encaminhado ao Instituto de Biociências da Universidade de São Paulo, para investigação de mutação do gene *FMR1*. No resultado deste exame lê-se: “Fica afastada a possibilidade de tratar-se da síndrome do cromossomo X-frágil, devida à expansão da repetição CGC da região 5’ não traduzida do gene *FMR1*, com 98% de segurança”.

Após os resultados dos exames, a geneticista da APAE encaminhou Rafael para atendimento fonoaudiológico e, já no início do atendimento, foi realizada avaliação audiológica, além de ter sido ele encaminhado para uma neuropediatra.

O exame de Emissões Otoacústicas teve resultado normal “emissão otoacústica por estímulo transiente presente em todas as frequências bilateralmente exceto em 1KHz à OD (orelha direita)”.

### **Rafael no discurso materno**

Ângela chegou para a primeira entrevista trazendo em mãos uma pasta repleta de exames e laudos e começou a contar-me e a “mostrar-me” – não sem angústia –, toda a história do seu filho único e o seu périplo por diversos profissionais.

Disse-me que Rafael estava “fazendo coisas que não fazia antes”, tais como: levar todos os objetos à boca, balançar as mãos e bater no próprio peito quando está nervoso. Perguntou-me se o filho iria “entender” e se iria falar.

Ângela estava casada há nove anos, quando procurou atendimento fonoaudiológico. Ela e seu marido haviam planejado o melhor momento para engravidar, buscando a ocasião em que consideraram haver condições financeiras para ter um filho.

Relatou que tudo correu bem na gestação e que Rafael nasceu com 42 semanas, depois de um trabalho de parto longo e sofrido para ela, por falta de dilatação pélvica. Rafael nasceu bem, porém demorou dois dias para ser amamentado.

Sobre os primeiros momentos da relação mãe-filho, contou-me que não tinha leite e que o bebê “não pegava o seio”, por isso foi preciso a estimulação manual por parte das enfermeiras, o que acabou por ferir-lhe o bico do seio. Contou-me também que, quando finalmente Rafael conseguiu mamar, ela sentiu muita dor (por causa dos ferimentos) e que era necessário “segurar em alguém” enquanto amamentava o filho, tamanha era a dor que sentia. Esse processo doloroso durante a amamentação durou ainda alguns dias, mesmo depois de voltarem para casa, pois os ferimentos demoraram a sarar.

Considero os elementos acima de máxima importância para a compreensão dos sintomas alimentares apresentados pela criança desde idade bastante precoce. Não podemos desconsiderar a maneira como ocorreram as primeiras mamadas, ao refletir sobre o modo como se constituiu a cena de alimentação para Rafael, desde bebê.

Rafael foi amamentado até por volta dos 6 meses, quando a mãe voltou a trabalhar, deixando o filho com uma tia. Nesse momento, ele já comia alimentos variados, sempre amassados, oferecidos pela mãe. Mas quando ela

se ausentou, começou a apresentar o sintoma alimentar: vomitava tudo o que comia. Por esse motivo a mãe, vinte dias após seu retorno ao emprego teve que renunciá-lo, nunca voltando a trabalhar.

É interessante notar que os vômitos começaram a aparecer simultaneamente à primeira separação mãe-filho e a solução materna foi abandonar o emprego e voltar a dedicar-se exclusivamente ao filho.

Uma questão inicial se coloca: como ocorreu o processo de desmame, quando da ausência da mãe e a sua substituição pela tia? Penso que aí podem existir elementos que auxiliem a compreensão do que se passou, na alternância da mãe em presença e ausência, até que ela se visse obrigada a responder com sua presença integral.

Segundo o relato materno, Rafael só se alimentava de líquidos e alimentos bem cozidos (amassados ou liquidificados). Durante as refeições, caso encontrasse algum pedaço sólido de alimento, cuspiam-o ou tirava-o da boca com a mão. Já não vomitava, mas tomava medicamentos digestivos regularmente. A hipótese sustentada pela mãe era a de que ele tinha “medo de engolir”.

A angústia de Ângela ficou evidente quando descreveu a dificuldade que enfrentava cotidianamente nas situações de alimentação do filho. Apesar das suas tentativas, Rafael recusava os alimentos menos pastosos ou sólidos e essa recusa já se iniciava quando ele olhava para a comida, antes mesmo de ingerí-la. Então, chorava, gritava, batia a cabeça nos objetos e não comia. Dizia a mãe: “só vendo pra você entender como é”. Além disso, Rafael recusava-se a comer sozinho.

Ao mesmo tempo em que eu percebia a angústia de Ângela, suas condutas sugeriam ambigüidade, já que parecia existir certo prazer no fato de ser ela a única pessoa “autorizada” a alimentar o filho. Nem o pai conseguia. “Ele só come comigo”, dizia ela sorrindo.

Ao fim desta primeira entrevista, fiquei com a seguinte impressão: Ângela havia narrado o percurso diagnóstico e a sua imensa dificuldade em lidar com o filho, isto era tudo que conseguia falar sobre ele.

### **Rafael no discurso paterno**

Após dois meses de atendimento, o pai aceitou um de meus convites e compareceu para a sessão junto com a mulher e o filho. Rafael permaneceu no colo do pai por grande parte do tempo. Assim que chegaram, a mãe disse “eu não agüento, ele é muito manhoso com o pai”. Pedi ao pai que me falasse sobre o filho, mas ele pareceu incomodado e ficou em silêncio. Ângela disse-lhe “fala homem, o que você acha dele?” e continuou “ele acha que Rafael não melhorou nada com a escola” (que freqüentava havia apenas um mês).

O pai, então, comentou que tinha muito pouco tempo para brincar com Rafael em função de seus horários de trabalho (trabalhava durante a noite e dormia durante o dia) e que realmente não via nenhuma evolução no comportamento do filho desde que havia começado a freqüentar a escola. Disse que “o problema maior é que Rafael não pede as coisas, puxa pelo braço, mas não pede”. Disse que estava muito ansioso: queria que o filho

falasse. Mas afirmou que gostava muito dele e por isso, às vezes, acabava fazendo tudo o que ele queria, antes mesmo que pedisse.

Além deste, o problema com a alimentação também o afligia. Achava que ele tinha medo de engolir, (“tem alguma coisa na garganta”) e relacionava ao fato de ele próprio (pai) engasgar com muita frequência. Em certo momento, perguntou-me se não era só questão de esperar o tempo passar para que Rafael começasse a comer melhor.

Então, perguntei-lhe qual seria o motivo, a seu ver, para explicar o fato de Rafael não falar e não comer direito e ele respondeu-me que “a mãe não ajuda muito”, pois ficava nervosa e não tinha paciência. Ângela defendeu-se dizendo que era ela quem ficava a maior parte do tempo com o filho, por isso o pai não entendia a sua “falta de paciência”. O pai continuou dizendo que ele próprio havia demorado a falar e quando começou a falar “gaguejava” e não produzia os fonemas /r/, /l/, /s/, /z/. Definiu sua “gagueira” como uma “fala que ninguém entendia”.

Nota-se aí que ao mesmo tempo em que ele levanta hipóteses orgânicas (como alguma coisa na garganta que impede o filho de engolir), relaciona as dificuldades do filho às suas próprias e diz que a mãe “não ajuda muito”.

Durante a conversa, Rafael permaneceu quieto no colo do pai a maior parte do tempo, ao contrário do que ocorria quando sua mãe conversava comigo, quando chorava e gritava tentando fazer com que ela se calasse.

### **Relação pais-filho**

Na primeira sessão com Rafael, deparei-me com um menino de 3 anos e meio, muito bonito com seus cabelos castanhos e cacheados e que chegou caminhando na ponta dos pés. Após ouvir o relato da mãe, imaginei uma criança magra, mas Rafael surpreendeu-me. Não me pareceu, fisicamente, um menino com algum tipo de problema nutricional.

Nas duas primeiras sessões Rafael evitou o contato comigo explicitamente. A mãe, sem qualquer solicitação da minha parte ou da dele, entrava na sala de atendimento e lá permanecia. A hipótese de deixar-me só com seu filho parecia não lhe ocorrer. Isso aconteceu nas duas primeiras sessões, durante as quais Ângela insistia em contar-me todos os problemas e dificuldades que enfrentava com o filho, mesmo com os meus pedidos para que conversássemos depois.

Rafael, por sua vez, parecia não suportar ouvir os relatos maternos: chorava e gritava sem parar, um choro alto, agudo, estridente. Eu tentava acalmá-lo, dizendo-lhe que estava percebendo sua dificuldade em ouvir sua mãe falando sobre seus “problemas”. A mãe, por sua vez, persistia falando. Não havia ali possibilidade de escuta nem para o que eu dizia, nem tampouco para o que seu filho tentava dizer, mesmo que sem palavras.

Ao mesmo tempo em que Rafael mostrava-se incomodado, não conseguia separar-se fisicamente da mãe, permanecendo em seu colo. Gritava, chorava, recusava o meu contato e permanecia literalmente “colado” ao corpo da mãe, que não conseguia fazê-lo “descolar-se”, apesar de dizer “sai

Rafael, eu tô cansada de você!”. Essa situação, que se repetiu por duas sessões, mostrou-me a necessidade de intervir, dada a natureza da relação mãe-filho, que não permitia a minha entrada.

Na sessão seguinte, conversei com Ângela já no saguão do prédio onde fica o consultório e sugeri que nos aguardasse ali. Eu a chamaria ao final da sessão e ela concordou. Segui com Rafael, que não manifestou qualquer sinal de resistência ou receio em ficar sozinho comigo. Ao entrar na sala de atendimento chorou um pouco, mas logo parou. Ao final da sessão quando chamei Ângela, ela imediatamente perguntou “ele tá chorando né?” ao que eu respondi que ele havia apenas chorado um pouco, no início. Ela disse “Ah, ele sempre chora quando fica longe de mim, até em casa, com o pai ou a tia”. E, dirigindo-se a Rafael perguntou-lhe: “cadê o nenê da mamãe? Você ficou sozinho, sem a mamãe? Ah! Está olhando pela janela, por isso ficou sem chorar”.

Neste trecho percebe-se a natureza da relação pais-filho, na qual, Rafael só podia existir alienado na figura materna. Qualquer indício de que ele pudesse estabelecer relações de outra natureza parecia ser rejeitado por ela (como por exemplo, quando ela disse que ele só ficou comigo sem chorar porque “estava olhando pela janela” ou quando afirmou que o filho chorava mesmo quando ficava com o pai ou a tia).

Esta situação mostrou-me também a necessidade de uma intervenção terapêutica de forma a criar mecanismos para que algum tipo de interdição nesta relação fosse possível, mesmo que inicialmente apenas física. Do meu ponto de vista, era preciso dialogar com a mãe sobre a necessidade de que

Rafael freqüentasse uma escola. Ângela já havia tentado deixá-lo numa creche anteriormente, por período integral, e Rafael recusava-se a comer no período em que estava lá, por isso ficou por apenas dois dias: “como é que vou deixar ele sem comer, com fome?”. Insisti pedindo que tentasse novamente, numa escola que tivesse meio período e ela o fez. Assim, Rafael começou a freqüentar a escola um mês após o início do atendimento.

Ao contrário da expectativa materna, Rafael adaptou-se muito bem na escola. Não apresentou problemas nem mesmo nos primeiros dias e segundo a professora, estava muito bem, brincava com os colegas e começava a interessar-se pelas atividades propostas. Além disso, não apresentou qualquer problema com relação à alimentação, sendo que tomava o lanche enviado pela mãe normalmente. O aspecto escolar será retomado mais adiante.

### **Rafael no *setting* terapêutico**

Sempre que entrava no consultório, Rafael dirigia-se à janela e ficava olhando para o céu. Tinha um interesse especial por aviões e helicópteros. Quando via um deles, ficava excitado, seu corpo se enrijecia, suas mãos fechavam-se, numa certa estereotipia.

Um ritual acontecia no início de cada sessão: Rafael fixava o olhar na janela e não atendia aos meus chamados. Então, eu fechava a cortina, convidava-o a sentar-se (no chão ou na poltrona) e começava a falar-lhe. Seus olhos que antes não encontravam os meus, começaram a fazê-lo. Rafael parecia capturado pela minha voz que, intencionalmente, era marcada por

variações prosódicas intensas. Nestes momentos ele começava a balbuciar e, às vezes, tentava repetir algumas palavras, como numa vez em que brincando de “cadê/achou”, ele repetiu “achô”.

Faço um parêntese para pontuar a importância, já apontada por Leite (1999), Jerusalinsky (2004) e Laznik (2004), da voz do outro como elemento fundamental do advento do sujeito. O sujeito é capturado pela fala do outro que é marcada por variações de entonação, ritmo e melodia, características do supra-segmento da fala que denotam investimento de afeto.

Depois de algum tempo de atendimento, passei a fechar a cortina antes do início da sessão e Rafael já não se dirigia mais à janela, a não ser em raros momentos.

Percebo os efeitos de atuar concretamente (fechando a cortina), uma vez que a palavra parecia não produzir efeitos nos momentos em que Rafael permanecia olhando fixamente pela janela.

A recusa ao contato corporal, antes evidente, passou a não acontecer mais. Rafael não só permitia que eu o tocasse, como também mostrava prazer com as nossas “brincadeiras corporais”, ao mesmo tempo em que eu cantava músicas ou conversava com ele. É interessante notar que as brincadeiras que associam o toque corporal à música são como que organizadores a marcar o ritmo e a temporalidade, introduzindo assim, algo da ordem da alternância presença/ausência, fundamental para o funcionamento da linguagem. Rafael começou a interessar-se pela música, gostava que eu lhe fizesse cócegas e passava a esperar por elas. Estabelecia-se assim, um jogo entre nós.

Ao tocá-lo percebia um corpo flácido, sensível e com extrema mobilidade articular, o qual parecia não ter contornos que estabelecessem os limites entre ele e o outro.

Os brinquedos não costumavam interessá-lo, passou várias sessões sem tocá-los. Conversávamos, cantávamos e jogávamos bola, mas ele não pegava nos brinquedos. Depois de certo tempo, passou a jogar os brinquedos atrás da poltrona ou em direção à janela, como costumava fazer em sua casa, segundo relato da mãe (jogava sapatos, roupas e objetos em geral pela janela ou escondia-os atrás dos móveis). Dizia ela que era preciso trancar os armários para que Rafael não pudesse abri-los e jogar as roupas pelo chão. Mais uma vez aparece a necessidade de intervenções concretas: era preciso restringi-lo fisicamente, criando impossibilidades materiais.

Nessas sessões em que brincávamos e cantávamos, Rafael falava "bã, bã, bo" enquanto jogávamos bola, falava "pa, pa, pa", "mã, mã, mã" para chamar a mãe e, às vezes, repetia algumas palavras ditas por mim. Além disso, fazia solicitações gestuais como puxar a minha mão em direção à porta ou juntá-las para bater palmas, quando queria alguma coisa.

No que diz respeito ao funcionamento da audição, Rafael não demonstrava apresentar nenhum tipo de problema. Entre muitos exemplos, cito a sua capacidade de reconhecer barulhos variados vindos de fora da sala mesmo quando eram de baixa intensidade. Os exames audiológicos realizados confirmaram que Rafael não apresentava problemas auditivos.

### **Acompanhamento médico neurológico**

Desde o início do atendimento fonoaudiológico, Rafael foi acompanhado regularmente por uma médica neuropediatra, com quem tive algumas reuniões com o intuito de discutir o caso.

Segundo essa profissional, a presença de refluxo gastroesofágico, com vômitos associados desde idade bastante precoce, poderia sugerir alguma desordem metabólica inata. Contudo, tal hipótese foi descartada após exame para investigação de erros inatos do metabolismo, que teve resultado normal. Segundo a neuropediatra, Rafael teve um atraso motor importante além do atraso de linguagem, o que justificava as investigações de possíveis causas orgânicas envolvidas nesses “atrasos”. Ao final, seu diagnóstico apontava que o caso sugeria um quadro incluído no espectro autístico.

Após alguns meses de atendimento, Rafael retornou para nova consulta médica, pois Ângela estava se queixando de que ele acordava de madrugada, apresentando risos exagerados e despropositados.

A conduta da neuropediatra, ao suspeitar de uma possível crise epilética, foi solicitar eletro-encefalograma e ressonância magnética do encéfalo, os quais tiveram resultados normais.

Após todos os exames realizados e em face das constantes queixas maternas com relação ao sono de Rafael (que acordava durante a noite e dormia pouco), foi receitado pela neuropediatra o uso de Carbamazepina 5ml, duas vezes ao dia.

Desde o início chamou a atenção da médica a incoerência entre o relato da mãe sobre os problemas alimentares e o exame físico de Rafael. A seu ver, os problemas mencionados pela mãe – principalmente o fato de Rafael ficar vários dias sem se alimentar –, deveriam vir acompanhados de sinais clínicos de desnutrição calórica ou protéica (na pele ou no cabelo, por exemplo), baixo peso e/ou anemia. Mas tais sinais estavam ausentes, ou seja, o exame físico sugeria que ele se nutria de maneira satisfatória, embora não se alimentasse como a mãe desejava.

### **A alimentação em cena**

As situações de alimentação passaram a ser incluídas nas sessões e nelas pude observar que Rafael recusava, inicialmente, qualquer tipo de alimento, virando o rosto e colocando o braço na boca. Depois de ter certeza (através do olhar) de que não era um alimento sólido, acabava por aceitá-lo. Mostrava seu interesse em comer gestualmente, solicitando minha ajuda para ser alimentado, não segurava a colher e esperava que eu lhe desse a comida na boca. Eu insistia para que ele comesse sozinho, mas ele não o fazia: pedia ajuda até para segurar a colher.

Na avaliação do sistema sensório motor oral (SSMO), observei que Rafael era respirador nasal, porém tinha tônus rebaixado de língua. Na avaliação das funções de mastigação e deglutição realizada com alimentos líquidos e pastosos (suco, iogurte e sopa enviada pela mãe), observei que Rafael não mastigava os alimentos: apenas amassava-os com a língua. Sua

deglutição era atípica, realizada com esforço, com protusão de língua na direção dos dentes incisivos superiores, tanto com os líquidos quanto com os alimentos pastosos. Rafael selecionava os alimentos sólidos encontrados (como pedaços de carne ou de cenoura, por exemplo) e os cuspiu ou tirava da boca com a mão, o que demonstrava uma propriocepção intra-oral eficiente.

Ângela queixava-se com freqüência das birras de Rafael e de sua dificuldade em fazê-lo comer. Isso vinha fazendo com que as situações de alimentação se tornassem cada vez mais difíceis para ambos. Contava-me de sua falta de paciência e das vezes em que ameaçava Rafael, colocando um chinelo ao lado da mesa de refeição.

Após quatro meses, passei a atender Rafael duas vezes por semana, sendo que numa delas almoçávamos juntos, durante a sessão. O almoço de era trazido por Ângela.

O trabalho simultâneo com a alimentação e a linguagem – estas tomadas na ordem simbólica – tem sua sustentação nas primeiras cenas de alimentação. Tais cenas são consideradas como representantes da instauração do laço da criança com o outro. Assim, trabalhar a alimentação, tomando-a na ordem da linguagem, parte exatamente do pressuposto de que a alimentação é uma cena de linguagem por excelência.

Os almoços de Rafael consistiam numa sopa de base pastosa, com grande diversidade de alimentos (macarrão, legumes variados e carne, todos bem cozidos).

Em nosso primeiro almoço, na primeira colherada oferecida, ele ficou com o alimento dentro da boca por alguns segundos, como se o estivesse “analisando”, e depois cuspiu. Aos poucos foi conseguindo comer, mas fechava os olhos e fazia força para deglutir. Chegou a engasgar algumas vezes. Pude notar o que parecia ser um lugar de encenação. Nele Rafael engasgava, cuspia, tirava os pedaços sólidos com a mão, recusava a comida e chegava a ter reflexos de vômito.

Ao final desta primeira sessão, a mãe espantou-se com a quantidade de sopa que Rafael havia comido e mostrou-se surpresa com o fato de ele não ter chorado. Disse que em casa era “aos gritos”: quando o garoto encontrava algum pedaço mais sólido, gritava e batia a cabeça na cadeira.

De acordo com Meira (1998), engasgos, reflexos de vômito, náuseas, entre outros, são manifestações observadas em crianças que apresentam refluxo gastroesofágico (RGE). No entanto, apesar de considerar tais manifestações como integrantes de um quadro patológico orgânico, eu as tomava na ordem simbólica, apostando que as refeições de Rafael poderiam tomar outro destino.

A encenação e a recusa explícita dos alimentos sólidos me intrigavam. Podia verificar em suas condutas o que é descrito como manifestação clínica do RGE. Mas então, como explicar o fato de Rafael se alimentar em terapia de modo diferente de como o fazia em casa? Como explicar essa falta de constância do sintoma?

A encenação e a recusa pareciam anunciar uma tentativa de convocar o outro. Ao mesmo tempo em que recusava e selecionava, especialmente os

alimentos sólidos, negando-se a assumir outro lugar nessas situações. É interessante pontuar que a introdução de alimentos sólidos na dieta de uma criança pode ser entendida como a marcação de uma diferença na relação com a mãe. A criança passa a assumir uma nova postura, diferente daquela experimentada durante o aleitamento.

Rafael parecia não poder assumir o lugar de uma criança com certa autonomia e independência. Recusava assim os alimentos sólidos.

A questão que remanesce é: como se deu a passagem do aleitamento para a introdução de alimentos (pastosos e sólidos), e suas relações com a alternância presença/ausência materna?

Essa é uma questão que considero essencial no caso de Rafael, na medida em que aponta para o esclarecimento da função do sintoma (recusar os alimentos sólidos) para a criança.

Certa vez, numa das sessões em que deveríamos almoçar juntos, Rafael não trouxe seu almoço. A mãe disse que achara melhor não trazê-lo, pois o filho não havia passado bem nos dias anteriores, e por isso estava recusando qualquer comida (exceto leite, iogurte e banana amassada). Como eu havia levado a minha refeição, disse a ela que almoçaríamos o que eu havia trazido.

Conversei com Rafael, explicando que eu almoçaria e que ele poderia dividir a comida comigo, se quisesse.

Nesse instante, ele foi em direção ao prato, ficou olhando e então eu lhe ofereci. Pegou o garfo e colocou na boca, um tanto desconfiado, pois não sabia

do que se tratava, afinal era uma comida bastante diferente daquela que costumava trazer (arroz, farofa, abóbora cozida e frango grelhado). Mas experimentou e gostou.

Foi comendo ao seu tempo, às vezes cuspiendo, noutras engolindo. Mais episódios semelhantes aconteceram depois dessa primeira vez.

A relação estabelecida entre nós parecia “permitir-lhe” novas experiências: outros sabores, outras texturas.

### **O refluxo gastroesofágico (RGE) em questão**

Dentre as manifestações do RGE descritas por Meira (1998) estão os reflexos de vômitos muito anteriorizados, engasgos, tosse, vômitos, hipersensibilidade da boca, doenças respiratórias de repetição, faringite, laringite, bronquites, pneumonias de repetição, entre outras.

Observei que Rafael apresentava várias destas manifestações, inclusive doenças respiratórias e pneumonias de repetição, além das anteriormente relatadas.

O fonoaudiólogo é o profissional competente para intervir sobre algumas das manifestações clínicas do RGE, tais como a hipersensibilidade da boca, engasgos e reflexos de vômitos muito anteriorizados. Nessa linha, existem exercícios e técnicas de manipulação visando a dessensibilização da região oral e a posteriorização do reflexo de vômito. Meira (Op. cit.) nos diz que a estimulação deve abranger lábios, língua, palato duro, bochechas e palato mole. Os exercícios envolvem o sopro, vibração de lábios, empurrar as

bochechas com a língua, estalar a língua, entre outros. Já a manipulação deve ser feita pelo terapeuta visando a estimulação da região periorbicular e da cavidade interna da boca.

Dadas as peculiaridades das relações entre corpo e psiquismo apresentadas por Rafael não foi possível realizar nenhuma intervenção técnica na região oral, pois ele não permitia que se tocasse nessa região. Da mesma forma, não foi possível contar com sua colaboração na realização dos exercícios propostos, já que as solicitações para que “me imitasse” eram vãs.

Foi preciso que eu inserisse técnicas específicas para dessensibilização da região oral e posteriorização do reflexo de vômito num outro contexto, de maneira a tornar possível algum tipo de intervenção quanto a esse aspecto.

Assim, cantava músicas ou contava história e nelas inseria estalos de língua e/ou vibrações de lábios e Rafael, nessas situações, os reproduzia. Oferecia-lhe mel ou pasta de chocolate que espalhava sobre seus lábios e assim, trabalhava a propriocepção de lábios e língua. Brincávamos com canudos, assoprava em seu rosto e ele se divertia com isso. Dava-lhe um canudo também e ele assoprava e mordida, trabalhando dessa forma, o sopro e a mastigação.

Assim, o trabalho com a região oral surtiu efeitos e, aos poucos, em nossos almoços, notava que os engasgos e os reflexos de vômitos eram cada vez menos frequentes. Mas Rafael permanecia recusando os alimentos sólidos.

Conversei com a médica gastropediatra que o acompanhava e ela disse-me que a recusa alimentar, especialmente a de alimentos sólidos, não era justificada pelo quadro de RGE. Afirmou ainda que, em casos de RGE, o esperado é que o paciente recuse os alimentos de consistências líquida e pastosa, pois estes são os maiores causadores de desconforto. O que acontecia, no caso de Rafael, era exatamente o contrário: preferia os líquidos e pastosos aos sólidos

### **As primeiras palavras**

Durante determinada sessão, após cinco meses de atendimento, estávamos brincando com alguns animais em miniatura, colocando-os dentro de uma caixa e jogando-os para fora, quando Rafael espirrou e seu nariz começou a escorrer. Neste momento, peguei um lenço de papel para limpá-lo e ele imediatamente arrancou o papel de minhas mãos, rasgou um pedaço e começou a movimentá-lo perto de seus olhos. Notei que Rafael era capaz de permanecer por longo tempo rasgando papel e movimentando os pedaços de papel, numa estereotipia, alheio à minha presença, numa aparente recusa. Em certo momento, retirei o papel de suas mãos, coloquei-o em um local alto, para que não alcançasse e ofereci-lhe os brinquedos novamente.

Mas Rafael puxou-me pelo braço, dirigiu-se ao local onde eu havia colocado o papel, pedindo que eu pegasse-o. Ao negar o seu pedido, ele disse: “pa pa pel”. Esta foi a primeira vez que ele falou algo (que não fosse uma

repetição imediata) que eu pude entender claramente, além de “mamãe”, palavra que ele dizia quando queria chamá-la.

Outra situação semelhante aconteceu certa vez em que ficou aborrecido por eu ter fechado a porta da sala, diante da sua recusa em entrar. Rafael bateu na porta dizendo “mã mã mãe”, tentou abrir e, não conseguindo, puxou-me pelo braço, dizendo: “po po ta” (porta).

Nota-se que nessa fala permanece o mesmo padrão fonológico anterior, isto é, repetição da sílaba inicial da palavra.

É interessante notar que à medida que nossa relação terapêutica começa a se consolidar, ou seja, na medida em que Rafael pode estabelecer comigo uma relação de natureza transferencial, a alimentação e a linguagem oral evoluem, ou seja, passam a ganhar outro valor simbólico.

Começo a perceber estes efeitos e busco compartilhar isso com a mãe. Certa vez, estávamos os três (Rafael, sua mãe e eu) na sala de atendimento quando ele tirou os sapatos. Pedi que os pegasse para que eu o ajudasse a calçá-los de volta. Repeti o pedido algumas vezes, dizendo “pega o seu sapato” até que ele o pegou e disse “apato”. Olhei para Ângela e perguntei: “Você ouviu o que ele falou?”. Ela ficou sem graça, perguntou “ele disse alguma coisa?” e permaneceu indiferente. Parecia não haver ali possibilidades para o reconhecimento de um ato simbólico de Rafael: Ângela não podia escutar e atribuir sentido aos sons produzidos pelo filho.

Vorcaro (2003) fala-nos sobre o advento da fala, destacando o fato da necessidade de um outro que atribua valor simbólico aos gestos da criança, de maneira que ela possa vir a ocupar o lugar de falante.

A autora ressalta que a aposta simbólica, ou seja, a aposta de que um gesto ou som tenha valor simbólico, só tem função quando ressonante a um afeto corporal efetivamente experimentado pela criança.

O papel do terapeuta, segundo a mesma autora, é fazer laço discursivo com a criança a partir das expressões insipientes que ela produz.

É por meio da extensão, ampliação, escansão, transcrição e tradução de movimentos da criança que o simbólico toma corpo, ou seja, o que da ação da criança antes sem vigência por ser tomado como aleatório, torna-se ato, ou seja, é intervenção que quer dizer, significa algo para os outros, pode ser lido, mesmo que sempre imprecisamente, como é a linguagem. (Op. cit., p. 271)

Em síntese, Ângela parecia estar impossibilitada de escutar as produções sonoras do filho, as quais, para ela, não passavam de ruídos sem sentido e, por isso mesmo, não lhes atribuía valor simbólico, logo, interpretação.

### **O deslizamento da queixa alimentar**

As situações de alimentação deixaram de ocupar as queixas maternas, pois Rafael já podia comer sozinho durante as refeições feitas em casa. Assim, Ângela passou a manifestar uma outra queixa: Rafael estava “brincando” com

suas próprias fezes, “sujando-se e sujando a casa toda”. A cada sessão contava um novo episódio a esse respeito.

Falava sobre seu incômodo com essas situações, sobre sua preocupação com o não controle dos esfíncteres. Contudo, ao mesmo tempo, eu percebia um leve sorriso em seus lábios e, em alguns momentos, até risos, enquanto relatava tais fatos. Mais uma vez, suas atitudes sugeriam ambigüidade: incomodava-se, mas, ao mesmo tempo, manifestava certo gozo diante desses episódios.

Através do discurso da mãe, pude supor que Rafael também gozava enquanto brincava com seu cocô e se sujava todo: muitas vezes demorava a perceber o fato, pois “ele parecia estar brincando, dando risada”. Notei também que enquanto Ângela fazia seu relato, Rafael prestava atenção no que era dito e em, alguns momentos, ria muito.

A mudança da queixa alimentar para uma outra queixa relacionada à zona anal, nos faz pensar sobre os sentidos deste deslocamento, principalmente se pensarmos nas contribuições que Freud (1901/1905) nos trouxe acerca da sexualidade infantil.

Em tal perspectiva, a zona anal é considerada como uma zona erógena, ou seja, *uma parte da pele ou da mucosa em que certos tipos de estimulação provocam uma sensação prazerosa* (Freud, Op., cit., p. 172). Assim, de acordo com o autor *tal como os lábios, a zona anal está apta, por sua posição, a mediar um apoio da sexualidade em outras funções corporais. É de se presumir que a importância erógena dessa parte do corpo seja originariamente muito grande* (ibdem).

Enfatiza-se que, nas proposições freudianas, a fase chamada sádico-anal sucede a fase oral no processo libidinal da infância.

Nesse sentido, o fato de ter havido uma mudança da queixa sugere-nos que a fixação na zona oral evidenciada no sintoma alimentar deu lugar a uma fixação na zona anal (brincar com as próprias fezes) o que revelava que o processo libidinal estava em curso.

### **A obliteração da escuta materna**

Antes das férias do final do ano, chamei Ângela para novo encontro. Ela iniciou dizendo que achava que Rafael “estava piorando”, pois estava “fazendo coisas que antes não fazia”.

Perguntei-lhe, então, sobre os planos para o ano escolar subsequente de Rafael e ela me disse que tentaria uma vaga numa creche próxima a sua casa. Se não conseguisse, ele ficaria na escolhinha onde estava<sup>8</sup>. Insisti para que ela procurasse uma escola de fato, dada a idade de Rafael e os prejuízos que ele poderia sofrer posteriormente para se adaptar a uma escola. Fui bastante incisiva, apontei a necessidade de que se olhasse para Rafael como uma criança pequena e não mais como um bebê. Ela pareceu sensibilizada e disse-me que iria tomar uma providência.

Retornei à sua queixa do início da conversa e Ângela disse que se sentia muito incomodada com o comportamento do filho “ele não aprende as

---

<sup>8</sup> Não era exatamente uma escola, mas sim a casa de uma pessoa que foi havia sido professora e que se propunha a cuidar de algumas crianças.

coisas”. Inclusive, parecia descrente de que ele fosse capaz de controlar os esfínteres algum dia.

Falou que permanecia na expectativa de que ele falasse e que se constrangia com o que seus parentes e vizinhos comentavam sobre seu filho.

Eu escutava todo aquele sofrimento com a sensação de que agora Ângela estaria conseguindo olhar de fato para Rafael, não mais como seu bebê, achando graça em tudo o que fazia. Mas, ao mesmo tempo, preocupava-me a posição em que ele estava sendo colocado: de doente, incapaz, o que, de certa forma, não se diferencia muito da de um bebê (aquele que necessita de cuidados permanentes).

Fiquei bastante angustiada ao escutar a dor e o sofrimento implícitos na fala de Ângela. Minha sensação era a de que ao mesmo tempo em que ela começava a deixar de ver Rafael como o seu bebê, estava impossibilitada de atribuir-lhe outro lugar. Ângela só conseguia olhar e escutar os fracassos do menino (que não era compatível com as suas expectativas). Nada lhe permitia uma outra leitura.

Por isso, comecei a pontuar os progressos de Rafael, numa tentativa de resgatar o investimento materno. Lembrei-a de que seu filho já comia melhor, sozinho e sem chorar. Enfatizei o fato de que ele estava começando a falar e que, se naquele momento suas palavras ainda não eram claras, era preciso escutá-las.

A partir dessas pontuações Ângela começou a recorda-se de fatos que mostravam essa evolução. Por exemplo, ele não mais tirava as roupas dos

armários e as jogava no chão; já podia experimentar um pedaço de bolo numa festinha de aniversário.

Laznik-Penot (1997) traz-nos uma importante contribuição acerca da falta de condições de escuta dos pais de crianças com distúrbios autísticos, destacando que tais distúrbios podem ter efeitos devastadores sobre o aparelho psíquico dos pais.

### **O retorno da queixa alimentar**

Apesar de Ângela haver percebido que o filho estava se alimentando melhor, as queixas quanto a esse aspecto começaram a retornar.

Depois das férias de final de ano, chegou a dizer-me que havia vinte dias que Rafael não comia. Diante da minha surpresa, afirmou que ele estava “à base de mingau”.

Rafael não se alimentava da maneira que ela desejava, apesar de seu empenho em variar os alimentos preparados especialmente para ele. Em síntese, esse investimento estava sendo recusado por ele.

Na sessão seguinte iríamos almoçar juntos. Eu havia levado a minha refeição, mas Ângela não levava a de Rafael, pois haviam ido antes ao médico. Ofereci-lhe, então, o meu almoço, o que foi aceito por ele. Mais uma vez chamei Ângela que mostrou surpresa com a cena.

É importante notar que, gradativamente, abria-se a possibilidade para o novo. Percebia que Rafael aproximava-se da minha comida, observava, mexia,

resmungava. Eu lhe dizia que aquela era a única possibilidade de comida existente naquele momento e que podia servir-se, se quisesse. Algumas vezes cheguei a dizer que não estava compreendendo o ele que queria, que não entendia o seu “resmungo”, mas de qualquer forma oferecia-lhe a possibilidade de manifestar o seu desejo. Podendo posicionar-se, experimentar, ele começou a comer.

Nesses contextos, convidava Ângela para vê-lo experimentando novos alimentos, pois acreditava que ao vê-lo fazendo algo novo, ela pudesse também investir na alimentação dele de outra forma, que não fosse a da antecipação do sintoma.

Ângela parecia entusiasmada e sempre dizia que iria “tentar em casa também”.

### **A introdução dos alimentos sólidos**

Após algum tempo, ao constatar que Rafael já se alimentava de forma satisfatória em terapia, ou seja, não apresentava recusas, engasgos ou reflexos de vômito, podia permanecer sentado, segurando sua própria colher e experimentava da minha comida, solicitei que Ângela passasse a trazer alimentos sólidos. Até então os alimentos permaneciam tendo base líquida ou pastosa. Minha avaliação era a de que Rafael já poderia aceitar esta diferença, e assim o fizemos. Ângela passou a trazer alimentos de consistência sólida como macarrão, purê de batata, arroz, carne moída, frango desfiado, entre outros.

Rafael não apresentava nenhum tipo de resistência em aceitá-los, quando eram oferecidos em terapia. Almoçava tranquilamente e raras vezes cuspiu os pedaços mais sólidos.

Observei, no entanto, que continuava a não mastigar os alimentos: apenas os amassava com a língua, num padrão ainda muito primitivo de mastigação. Talvez por isso, cuspiu os pedaços maiores e mais sólidos, por não conseguir triturá-los.

Assim, passei a trabalhar a função mastigatória de Rafael oferecendo-lhe balas mastigáveis, as quais ele ingeria, controlando a saliva e deglutindo adequadamente. Mas, quanto aos alimentos sólidos, continuava a não mastigá-los.

Rafael estava apto para realizar a função, pois mastigava as balas. Por que, então, não mastigava os alimentos sólidos?

Ângela dizia-me que a mesma comida que ele comia no almoço em terapia, recusava-se a comer no jantar. Eram raras as vezes em que ele aceitava esses alimentos sólidos em casa. Porém, relatava que “fora de casa” ele já tinha até comido “um prato cheio de feijoada” (na casa da tia).

Nestes momentos, eu sugeria a Ângela que refletisse sobre essas situações e ela referia saber que o filho não comia, chorava e gritava com ela porque supunha que ela lhe daria o que quisesse. Na maioria das vezes, queria a mamadeira com leite, em substituição à refeição, e ela o atendia, para “não deixá-lo com fome”.

Retomo um aspecto no qual venho insistindo ao longo de toda a discussão do caso e que considero fundamental. Como se deu a passagem do aleitamento para os alimentos (pastosos e sólidos)? Quais as relações dessa passagem com a alternância entre presença e ausência materna?

Podemos agora acrescentar mais um elemento: por que a recusa por alimentos sólidos, especialmente no ambiente familiar?

Aqui é preciso retornar à alternância entre presença e ausência materna, já tratada em capítulo anterior. A chamada *operação da frustração* permite que o organismo biológico do bebê passe a funcionar não mais reflexamente, mas seja submetido a uma ordem terceira (simbólica). No caso de Rafael podemos supor que tal processo estivesse perturbado.

Em outras palavras: como Ângela não conseguia sustentar a frustração do filho, ela lhe oferecia a mamadeira.

Lembremos de história pregressa do garoto, da ocasião em que o leite materno foi substituído por alimentos, isto é, do momento do desmame. Inicialmente Rafael aceitou a substituição de um tipo de alimentação por outra, na presença de sua mãe, quando esta ainda não voltara ao trabalho. Porém, exatamente quando ela se ausentou (voltou ao trabalho) o sintoma alimentar começou a se manifestar e Rafael passou a vomitar tudo o que ingeria.

A solução materna para lidar com o sintoma da criança foi devolver-lhe atenção integral, largando o trabalho para sempre. O sintoma de Rafael mobilizou a mãe a tal ponto, que esta viu-se obrigada a responder com

presença total. A criança comia e vomitava seguidamente, e esse ciclo repetia-se, gerando na mãe ansiedade e sensação de incompetência.

Talvez os efeitos advindos do sintoma do filho tenham impedido que Ângela pudesse manejar subjetivamente as questões alimentares. Ela só pôde tratar tais questões como pertencentes ao estatuto da necessidade. Tudo se passava como se Rafael estivesse sendo nutrido, mas não alimentado.

Essa relação com a alimentação permaneceu, mesmo depois do início do nosso trabalho. Afinal, Ângela ainda não conseguia lidar com sua alternância presença/ausência. Insistia em fazer-se presente o tempo todo e Rafael, por sua vez, não aceitava a introdução dos alimentos sólidos.

### **Um “setting” para Ângela**

Desde o início do atendimento notava que o lugar ocupado por Rafael no discurso parental, não lhe permitia avançar. Com isso quero dizer que, para os pais, Rafael estava alocado na posição de incapaz: seja como bebê, seja como doente. O garoto fazia suas conquistas a seu tempo, por exemplo: comia melhor, falava algumas palavras, freqüentava uma escola. No entanto, seus pais viam apenas suas dificuldades.

Escutei diversas vezes, tanto do pai como quanto da mãe, que consideravam as dificuldades do filho em falar, alimentar-se e controlar os esfíncteres, como provenientes de um quadro de atraso no desenvolvimento global. Eu lhes dizia que esse atraso não era suficiente para explicar, nem

tampouco para impedir, que Rafael fosse capaz de falar, comer e controlar seus esfíncteres, por exemplo.

A busca do auxílio de diversos profissionais era tema freqüente de nossas conversas. Ângela procurava sucessivamente todos aqueles para os quais Rafael recebia encaminhamento, e dizia sentir-se culpada se não o fizesse. Eu me encarregava de questionar tal atitude, pois percebia que essa era uma forma de favorecer o posicionamento de Rafael como doente. Refletíamos juntas sobre o que seria, para Rafael, ter mais profissionais em sua rotina, já tão repleta de consultas e exames. Nessas situações Ângela insistia no sentimento de culpa, mas dizia tranquilizar-se pelo simples fato de conversar sobre o tema.

Ângela demandava cada vez mais espaço nos atendimentos do filho. Procurava-me freqüentemente para conversar – nem sempre sobre Rafael –, mas sim sobre suas próprias questões: o sofrimento pelo qual passava, as dificuldades cotidianas enfrentadas no cuidado com o filho, a angústia frente à indeterminação do diagnóstico, entre outras.

Resolvi, então, insistir para que ela lidasse com essas questões num *setting* apropriado. Daí, fiz seu encaminhamento para um processo de análise. Ela aceitou e iniciou o atendimento quando conseguiu sustentar uma demanda de ajuda.

### **Falar e comer**

Rafael estivera internado por alguns dias devido a uma forte sinusite e a uma infecção de garganta, ambas associadas a vômitos. Por este motivo faltou a três sessões consecutivas.

Sempre que Rafael ficava doente, fosse por um quadro respiratório, uma conjuntivite ou uma dor de garganta, apresentava vômitos associados a esses quadros, mesmo que não houvesse, do ponto de vista médico, nenhuma justificativa orgânica para tal. Era como se, pelo fato de estar “doente”, precisasse voltar a apresentar o seu primeiro sintoma: vômitos. Estes constituíam o motivo central das preocupações de Ângela, que via no fato de Rafael “colocar para fora” tudo o que comia, um risco à sua sobrevivência. Portanto, diante dos vômitos, levava-o ao hospital para que lhe “dessem soro”.

Eu notava que, após esses episódios, Rafael regredia quanto às condutas alimentares: voltava a recusar qualquer alimento sólido, preferindo mingaus, leite e sucos.

Foi isso que Ângela relatou ao retornar com Rafael após três faltas. Disse-me que ele não estava comendo nada e que só estava aceitando mingau e leite. Contudo, havia levado o almoço dele (macarrão e purê de batatas) para a sessão.

Para minha surpresa, apesar dele ter ficado doente, não recusou a comida, alimentou-se muito bem. Assim que entrou na sala de atendimento, sentou-se à mesa e esperou que eu colocasse a comida em seu prato e comeu tudo. Enquanto comia, Rafael produzia sons, vocalizava, murmurava e parecia

estar, de fato, saboreando o alimento. Dizia algo que, na minha escuta, se assemelhava a “bom”.

Terminou de comer, pegamos a caixa de brinquedos e ele escolheu a boneca “chapeuzinho vermelho”. Perguntei-lhe: “você quer que eu te conte a história do chapeuzinho vermelho, né?”, ele me olhou e em meio a murmúrios, disse “é”. Quando eu variava as vozes dos personagens, ele, que me olhava fixamente, colocava a mão na minha boca. Parecia querer sentir, pelo tato, as variações vocais que estava ouvindo.

Depois de terminada a história, passamos a brincar de “cadê e achou”. Eu escondia e ele procurava a boneca. A certa altura, escondi a boneca dentro de um armário, e ele teve dificuldade em abri-lo. Enquanto tentava abrir, vocalizava e me olhava, como que pedindo ajuda, até que disse “abe” (abre).

As palavras misturavam-se aos seus murmúrios e vocalizações. Era como se viessem “disfarçadas” e precisassem ser capturadas pela escuta do outro e, assim, ganhar interpretação.

Em síntese, no *setting* terapêutico, na relação estabelecida comigo, Rafael já podia comer e falar. Fora dali, através daquilo que era relatado pela mãe, notava que Rafael ainda não se posicionava da mesma forma.

---

## ***Considerações Finais***

O caso de Rafael acabou por configurar-se como emblemático das relações entre problemas de alimentação e de linguagem oral.

A presente dissertação discutiu o papel da alimentação na prática clínica fonoaudiológica a partir do conceito psicanalítico de oralidade, sendo seu objetivo tratar da co-ocorrência de problemas de linguagem oral e de alimentação.

Na tarefa de articular o falar e o comer, buscou-se mapear como a Fonoaudiologia, em suas diversas modalidades clínicas, vem atuando com essas duas instâncias. Recorreu-se ainda, às contribuições teóricas da Medicina e da Psicanálise, que auxiliaram na compreensão da alimentação e seus transtornos.

Vimos que a oralidade tem grande importância para a constituição subjetiva, sendo que a alimentação desempenha papel central. É através dela também que se instaura o laço do sujeito com o outro, os limites entre o eu e o outro, assim como a obtenção de prazer ou desprazer.

A partir dessas considerações, sugere-se ao campo fonoaudiológico um trabalho simultâneo com a alimentação e a linguagem, tomando-as na ordem simbólica.

Desta forma podemos inclusive, tratar sintomas fonoaudiológicos relacionados à alimentação para além de seu caráter funcional e fisiológico.

Assim, propõe-se que o fonoaudiólogo passe a considerar a região oral de seus pacientes como um lugar que carrega marcas psíquicas experimentadas desde os primeiros momentos de vida, particularmente, na alimentação.

No caso de Rafael, à medida que o trabalho realizado nas cenas de alimentação, associado às técnicas específicas indicadas para o tratamento do refluxo gastroesofágico, começou a apresentar efeitos, pôde-se perceber seus desdobramentos também na linguagem oral do paciente, que passou a produzir suas primeiras palavras, além de alimentar-se melhor.

Enquanto terapeuta, eu apostava simultaneamente tanto na alimentação, quanto nas produções discursivas de Rafael – o que sustentou a possibilidade dele posicionar-se desde um lugar não restrito ao da doença e/ou impossibilidades.

Por sua vez, a persistência sintomática da recusa a alimentos sólidos, não se justificava organicamente. Portanto, nesse caso clínico, foi preciso considerar o funcionamento psíquico na formação e manutenção do sintoma.

Nessa perspectiva, sugiro que a intervenção no trabalho com a alimentação, em qualquer situação clínica, considere os aspectos subjetivos implícitos nas funções orais alimentares.

Insisto que não se deve ignorar a importância dos aspectos funcional e fisiológico da alimentação, porém ressalto a importância de não nos restringirmos a eles.

Como vimos, para que isso se opere é necessário que o terapeuta esteja atento à história progressiva da alimentação. Isto é, ao contexto em que esta acontece.

Além disso, propõe-se que o terapeuta busque propiciar um contexto favorável e prazeroso para que a alimentação ocorra, sustentado pela relação estabelecida pelo par terapêutico.

Nessa medida, sugere-se que faça parte da rotina dos clínicos que se ocupam dos problemas de linguagem em crianças, uma investigação de suas condutas alimentares, mesmo quando não existem queixas com relação a elas. Da mesma forma, sugere-se que o profissional que trabalha com o sistema estomatognático, possa olhar também para a linguagem de seus pacientes.

---

## **Referências Bibliográficas**

ABADIE, V. Troubles de l'oralité du jeune enfant. In: **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant**. 42<sup>ème</sup>. Année. Numéro 220. Fédération Nationale dès Orthophonistes.Paris, France, Decembre 2004. p. 55-67

AMERICAN PSYQUIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** (DSM IV – 4a Edição), Porto Alegre: Artes Médicas,1995. p. 66, 67 e p. 74, 75

CASTRO, M. M.; WERTZNER, H. F. Estimulabilidade e tipos de erro de fala. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. ; v.11, n. 01, São Paulo, SP: jan/mar 2006. p. 01-09

CATTONI, D. M. Alterações da mastigação e deglutição. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 277-291

**CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO DA CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.** – Coord. Organização Mundial da Saúde; trad. Dorgival Caetano – Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

CLAUDINO, A. M. and BORGES, M. B. F. Diagnostic criteria for eating disorders: evolving concepts. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Dec. 2002, vol.24 suppl.3, p.07-12. Disponível na internet: [www.scielo.com](http://www.scielo.com)

CUNHA, M. C. Linguagem, Psicanálise e Fonoaudiologia. **Fonoaudiologia e Psicanálise: a fronteira como território.** São Paulo: Plexus, 1997. p.81-114

CUNHA, M. C. Linguagem e Psiquismo. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. In: **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004. p. 762-771

DELGADO, S. H., HALPERN, R. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de atualização científica**; v.17, n. 02, Barueri, SP: maio/ago 2005. p. 141-152

FELÍCIO, C. M. Desenvolvimento normal das Funções estomatognáticas. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.195-211

FELÍCIO, C.M., FERREIRA-JERONYMO, R. R., FERRIOLLI, B. H. V. M., FREITAS, R. L. R. G. Análise da associação entre sucção, condições miofuncionais orais e fala. In: **Pró-fono Revista de Atualização Científica**; v.15, n. 01, Barueri, SP: jan/abr 2003. p. 31-39

FERRAZ, A. O. **E Quando o paciente não quer comer? Um estudo sobre as queixas alimentares de crianças com distúrbios do apetite**. São Paulo, 134p. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia) – PEPG em Fonoaudiologia, PUC-SP, São Paulo, 2006.

FREITAS, L. C. C F. O papel da amamentação na relação mãe-bebê no processo de desmame. In: SALES, L. **Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade**. Salvador: Ágalma, 2005. p. 133-144

FREUD, S. **Obras Psicológicas Completas**. Volume VII (1901 – 1905). Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 121-217

FURKIM, A. M. Fonoterapia nas Disfagias Orofaríngeas Neurogênicas. In: FURKIM, A. M.; SANTINI, C. S. **Disfagias Orofaríngeas**. Carapicuíba, SP: Pró-Fono, 1999. p.229-258

FURKIM, A. M., SILVA, R. G. **Programas de Reabilitação em Disfagia Neurogênica**. São Paulo: Frôntis, 1999.

FURKIM, A. M., MATTANA, A. Fisiologia da deglutição orofaríngea. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 212-218

GOLSE B.; GUINOT M. La bouche et l'oralité. In: **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant**. 42ème. Année. n° 220. Fédération Nationale dès Orthophonistes. Paris, France, Decembre 2004. p. 23-29

HERDANDEZ, A. M. **Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato**. São José dos Campos: Pulso, 2003. p.47-78

HONET, Prise en charge de l'oralité alimentaire et de l'oralité verbale. In: **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez**

**l'enfant**. 42<sup>ème</sup>. Année. nº 220. Fédération Nationale dês Orthophonistes.  
Paris, France, Decembre 2004. p.165-171

JERUSALINSKY, J. Prosódia e enunciação na clínica com bebês: quando a entoação diz mais do que se queria dizer. In: VORCARO, A. **Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala**. Salvador: Ágalma, 2004. p. 206-228

LAPLANCHE, J. **Vida e Morte em Psicanálise**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1985. p. 24

LAZNIK, M. C. **A Voz da Sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Salvador: Ágalma, 2004.

LEITE, N. V. A. Autismos. **Estilos da Clínica – revista sobre a infância com problemas**. Vol. IV. Número 7. Universidade de são Paulo – Instituto de Psicologia. São Paulo, 2º semestre de 1999. p. 79 - 88

LÉVI-STRAUSS, C. **O Cru e o Cozido**. São Paulo: Brasiliense, 1971/1991, p.16-17.

MADEIRA, I. R., AQUINO, L. A. Difficulties in the management of sleep and eating disorders. Vol. 79, suppl.1. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, 2003.

MARCHESAN, I. Q. Alterações de fala de origem musculoesquelética. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. In: **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p.292-303

MARIOTTO, R. M. M. Distúrbios alimentares em bebês: uma interlocução entre fonoaudiologia e a psicanálise. **Distúrbios da Comunicação**. v.14, n. 02, São Paulo, SP: jun/2003. p. 263-274

MARTINS, F. C. O. and SASSI JR., E. Comorbidity in eating and psychological disorders and its clinical implications. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 2004, vol.31, no.4, p.161-163. Disponível na internet: [www.scielo.com](http://www.scielo.com)

MEIRA, R. R. S. Refluxo Gastroesofágico: uma demanda da clínica pediátrica e a intervenção da Fonoaudiologia. In: **Tópicos em Fonoaudiologia 1997/1998**. São Paulo: Lovise, 1998. p. 479-487

NASCIMENTO, C. L.; FALCONE, V. M.; SPADA, P. V.; MÄDER, C. V. N.; NÓBREGA, F. J. Características de mães de crianças desnutridas e a relação

com o vínculo mãe/filho. **Revista Brasileira de Nutrição Clínica**, 2003, vol. 18, no. 3, p. 101-105.

NÓBREGA F. J., CAMPOS, A. L. R., NASCIMENTO, C. F. L. **Distúrbios Nutricionais e Fraco Vínculo Mãe e Filho**. 2ª. Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000

PALLADINO, R. R. R. Desenvolvimento da Linguagem. In: LIMONGI, S.C.; BEFI LOPES, D.; FERREIRA, L. P. **Tratado de Fonoaudiologia**. São Paulo: Roca, 2004. p. 762-771

PALLADINO, R. R. R.; SOUZA, L. A. P.; CUNHA, M. C. Transtornos de linguagem e transtornos alimentares em crianças, **Psicanálise e Universidade**, São Paulo, nº.21, p. 95-108, set. 2004

PUECH, M.; VERGEAU, D. Dysoralité: du refus à l'envie. In: **Rééducation Orthophonique – Les troubles de l'oralité alimentaire chez l'enfant**. 42ème. Année. nº 220. Fédération Nationale dès Orthophonistes. Paris, France, Decembre 2004. p. 123-137

SALES, L. M. Preocupações acerca dos efeitos psíquicos do aleitamento materno exclusivo sobre a função materna e sobre o bebê. In: SALES, L. **Pra**

**que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade.** Salvador: Ágalma, 2005. p. 115-132

SPADA, P. V. Aspectos Psicológicos da alimentação. In: NÓBREGA, F. J. **Vínculo Mãe/Filho.** Rio de Janeiro: Revinter, 2005. p. 7-12

TEPERMAN, D. W. Psicopatologias da alimentação cotidiana. In: SALES, L. **Pra que essa boca tão grande? Questões acerca da oralidade.** Salvador: Ágalma, 2005. p. 189-198

THIBAUT, C. La langue, organe clé des oralités. In: **Rééducation Orthophonique – La deglutiotion dysfonctionnelle.** 44<sup>ème</sup>. Année. n<sup>o</sup> 226. Fédération Nationale des Orthophonistes. Paris, France, Juin 2006. p. 115-124

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 242

VORCARO, A. A clínica psicanalítica e fonoaudiológica com crianças que não falam. **Distúrbios da Comunicação.** São Paulo, vol. 15 no. 2, p. 265-287, dez., 2003

**Termo de Consentimento****CONSENTIMENTO INFORMADO (PAIS)****Nome do participante:****Data:****Pesquisador:** Fernanda Prada Machado**Instituição:** PUC – SP (Pontifícia Universidade Católica de São Paulo)

Programa de Estudos Pós-Graduados em Fonoaudiologia

R. Monte Alegre, 984 – Perdizes – SP

Nós \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_, na condição de pais do menor \_\_\_\_\_, consentimos que os dados registrados por sua terapeuta possam ser utilizados para fins de pesquisa, objetivando investigar as possíveis relações entre autismo, transtornos alimentares e de linguagem.

Os dados do paciente serão recolhidos a partir do processo terapêutico ao qual o paciente está sendo submetido, não havendo nenhuma alteração no processo em curso.

Compreendemos não haver riscos ou desconfortos associados a este projeto. Da mesma forma, os resultados do mesmo podem beneficiar tanto o pesquisador, no melhor entendimento sobre o evento estudado, como o estudo em questão pode reverter-se em benefícios para nosso filho, no que diz respeito à evolução do processo terapêutico.

Sabemos que não há qualquer ressarcimento de despesas pela participação no referido projeto.

Será mantido o sigilo de nossos nomes e de nossas identidades no decorrer de todo o projeto.

Autorizamos a utilização de expressões verbais, orais ou gráficas por nosso filho durante a execução do projeto.

Os resultados deste estudo poderão ser publicados em periódicos, livros, anais ou outros meios editoriais pertinentes. Os resultados também poderão ser apresentados em congressos, reuniões científicas e profissionais.

Temos o direito de retirar nosso filho deste estudo a qualquer momento de seu desenvolvimento.

Nós, pais de \_\_\_\_\_, compreendemos os direitos de nosso filho como um sujeito de pesquisa e voluntariamente consentimos que ele participe deste estudo. Compreendemos sobre o que, como e porque este estudo está sendo realizado.

Receberemos uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

\_\_\_\_\_  
(mãe)

\_\_\_\_\_  
(pai)

data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fernanda Prada Machado (pesquisadora)

**Parecer do Comitê de Ética**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)