

## Artigo

### Indicadores APEGI: notícias de entraves na constituição psíquica em um caso de atraso de fala

**Cristal Rebouças Carvalho Braga; Izabella Paiva Monteiro de Barros**

**Resumo.** A clínica fonoaudiológica tem recebido crescente demanda de atendimento para crianças por volta de 24 meses que ainda não falam. Compreendendo que a não emergência da fala pode estar associada a entraves psíquicos, o uso do instrumento APEGI pelo fonoaudiólogo, quando “algo não vai bem”, pode auxiliá-lo a recolher material clínico que justifique o encaminhamento psicanalítico, que por sua vez potencializa os resultados fonoaudiológicos. Apresentaremos fragmentos de um caso em que a terapia fonoaudiológica avançava com dificuldades, no qual a leitura da criança, a partir dos indicadores de referência oferecidos pelo APEGI, apontaram falhas no eixo presença/reconhecimento do sujeito (fala e posição na linguagem), evidenciando a interface e os mútuos benefícios da *práxis* que funciona a partir de uma articulação discursiva entre Fonoaudiologia e Psicanálise.

**Palavras-chave:** constituição psíquica; aquisição de linguagem; atraso de fala; interdisciplinaridade.

### Indicadores APEGI: noticias de obstáculos en la constitución psíquica en un caso de retraso del habla

**Resumen.** La clínica de fonoaudiología viene recibiendo una creciente demanda de atención para niños a partir de los 24 meses que aún no hablan. Entendiendo que el no desarrollo del habla puede estar asociada a barreras psíquicas, el uso del instrumento APEGI por parte del logopeda, cuando “algo no está bien”, puede ayudarlo a recolectar material clínico que justifique la derivación psicoanalítica, lo que a su vez mejora resultados logopedas. Presentaremos fragmentos de un caso en el que la terapia del lenguaje avanzaba con dificultades, en el cual la lectura del niño, a partir de los indicadores de referencia que ofrece APEGI, señaló fallas en el eje presencia/reconocimiento del sujeto (habla y posición en el lenguaje), evidenciando la interfaz y los beneficios mutuos de la *praxis* que trabaja a partir de una articulación discursiva entre Logopedia y Psicoanálisis.

**Palabras-clave:** constitución psíquica; adquisición de lenguaje; retraso del habla; interdisciplinariedad.

\* Fonoaudióloga. Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil. E-mail: [cristalcarvalhobraga@gmail.com](mailto:cristalcarvalhobraga@gmail.com)

\*\*Psicóloga clínica e Psicanalista. Pós-Doutoranda do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP), Professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Pará (UFPA), Belém, PA, Brasil. E-mail: [barrosizabella23@gmail.com](mailto:barrosizabella23@gmail.com)

## **APEGI indicators: news of obstacles in the psychic constitution in a case of speech delay**

**Abstract.** The speech therapy clinic has received a growing demand for care for children around 24 months who still do not speak. Understanding that the non-emergence of speech can be associated with psychic barriers, the use of the APEGI instrument by the speech therapist, when “something is not going well”, can help him to collect clinical material that justifies the psychoanalytic referral, which in turn potentiates the speech therapy results. We will present fragments of a case in which speech therapy advanced with difficulties, in which the child's reading, from the reference indicators offered by APEGI, pointed out flaws in the subject's presence / recognition axis (speech and position in language), evidencing the interface and the mutual benefits of the praxis that works from a discursive articulation between Speech Therapy and Psychoanalysis.

**Keywords:** psychic constitution; language acquisition; speech delay; interdisciplinarity.

## **Indicateurs APEGI: nouvelles d'obstacles dans la constitution psychique en cas de retard de parole**

**Résumé.** La clinique d'orthophonie reçoit une demande croissante de soins pour les enfants de 24 mois environ qui ne parlent pas encore. Tout en comprenant que la non-émergence de la parole peut être associée à des obstacles psychiques, l'utilisation de l'instrument APEGI par l'orthophoniste, lorsque « quelque chose ne va pas bien », peut l'aider à collecter du matériel clinique justifiant l'indication psychanalytique, ce qui à son tour potentialise les résultats de l'orthophonie. Nous présenterons des fragments d'un cas où l'orthophonie avançait avec des difficultés, dans lequel la lecture de l'enfant, au moyen des indicateurs de référence proposés par l'APEGI, a indiqué des failles dans l'axe présence / reconnaissance du sujet (parole et position dans le langage), mettant en évidence l'interface et les bénéfices mutuels de la praxis qui fonctionne par l'intermédiaire d'une articulation discursive entre l'orthophonie et la psychanalyse.

**Mots-clés:** constitution psychique; acquisition du langage; retard de parole; l'interdisciplinarité.

Em nossa prática clínica com pequenas crianças com dificuldades de linguagem<sup>1</sup>, temos observado um aumento expressivo da demanda para avaliação. E, de fato, muitas delas, para além do atraso de fala, vêm apresentando também dificuldades no desenvolvimento, tais como: (1) estabelecimento de trocas comunicativas; (2) construção do brincar espontâneo; (3) planejamento e resolução de desafios motores, e (4) desenvolvimento de hábitos de vida diária.

Nesse sentido, muitas vezes os pais já trazem nas entrevistas iniciais sua preocupação com a possibilidade de haver um “algo mais” associado à queixa inicial. Assim, junto à demanda de avaliação e tratamento direcionados ao campo fonoaudiológico, residem interrogações acerca da possibilidade da existência de autismo, hiperatividade, problemas neurológicos e transtornos comportamentais diversos.

Observamos ainda que as angústias parentais são legítimas, pois fundamentam-se nos modelos de aquisição da linguagem de tradição organicista mais amplamente seguidos pelos profissionais de puericultura. Além disso, atualmente encontram-se disponíveis ao público leigo, em sites voltados para pais<sup>2</sup> e redes sociais, vultosas e indiscriminadas informações sobre os marcos do desenvolvimento da linguagem, que quando associadas a protocolos e *checklists*<sup>3</sup> podem ocasionar interpretações equivocadas, podendo gerar expectativas de que a criança

---

<sup>1</sup> Na clínica fonoaudiológica, conforme o enfoque que propomos, a linguagem pode ser caracterizada como instância de interação entre os sujeitos, na qual “a língua, o corpo e a dimensão sujeito/interlocutor estão em jogo” (Pastorello, 2018, p. 78).

<sup>2</sup> Como, por exemplo, o site da empresa Fofuuu Soluções para saúde e educação (<https://fofuuu.com/blog/quais-as-etapas-do-desenvolvimento-da-linguagem/>).

<sup>3</sup> Tais como o *Childhood Autism Rating Scale* - CARS e a Escala de Rastreamento de Traços de Autismo em Crianças com Idade Precoce – M-CHAT. (<https://www.ama.org.br/site/autismo/escalas/>).

“normal” seja aquela que corresponde ao descrito em escalas de desenvolvimento. Em contrapartida, instrumentos interessantes como a *Caderneta da Criança* disponibilizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2018), que hoje conta com importantes referências sobre o desenvolvimento infantil e inclui aspectos psíquicos (Kupfer et al., 2009), na maioria das vezes são pouco utilizados pelos profissionais de primeira infância.

Vivemos um período de epidemias diagnósticas e de aumento alarmante da medicalização de crianças (Infante, 2011; Kupfer, 2011; Mariotto, 2015) – que também incide no campo da Fonoaudiologia – muitas vezes provocados por uma leitura patologizante da infância e universalização dos procedimentos. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019), por exemplo, quando uma criança é diagnosticada com autismo, em geral, tem como única indicação terapêutica abordagens de cunho cognitivo comportamental, que costumam contar com uma equipe que inclui psicólogos, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos identificados com tal abordagem.

Autores como Coriat (2011), Garcia (2011) e Sibemberg (2015) apontam que esses processos foram particularmente intensificados a partir da publicação do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) (Associação Americana de Pediatria, 2014). Os diagnósticos de transtornos do neurodesenvolvimento passaram a ser mais precoces e frequentes, provavelmente devido à sua característica bastante abrangente dessa obra de referência. Assim, muitos profissionais da Saúde passaram a “fechar diagnósticos” cada vez mais precocemente, conforme as categorias descritas no DSM-5, incorrendo no risco de incluir em categorias diagnósticas crianças que estejam atravessando um sofrimento ou dificuldades no desenvolvimento, sem que necessariamente tenham uma patologia em curso, ou seja, fazendo com que “o nome de uma patologia seja tomado como o único significante possível” (Barros, 2019, p. 75).

Em contrapartida, Barros (2019) pondera que independentemente do nome que se dê, as crianças vêm efetivamente enfrentando desafios complexos tanto no seu desenvolvimento quanto nos processos de constituição psíquica, na contemporaneidade. Diante disso, é necessário que se tenha um olhar cuidadoso para o sofrimento que as crianças estejam atravessando, e realizar uma intervenção “a tempo, em um tempo do desenvolvimento em que se possa usar a plasticidade psíquica e neuronal a favor da constituição subjetiva e da entrada da criança no mundo simbólico” (p. 67).

Essa complexa junção contemporânea muitas vezes se expressa justamente pelas dificuldades na aquisição da fala e da linguagem, e, portanto, merece avaliação e intervenção cuidadosas do fonoaudiólogo, especialmente no que diz respeito a crianças pequenas e que estão atravessando um momento de muitas aquisições.

Ressaltamos que consideramos a demanda por avaliação fonoaudiológica de bebês e pequenas crianças extremamente positiva, no que diz respeito à importância das intervenções precoces no desenvolvimento infantil quanto ao efeito estruturante<sup>4</sup> que podem proporcionar, ou seja, aproveita-se a plasticidade neuronal e psíquica para as intervenções a tempo. Nos preocupamos, entretanto, com a urgência contida na demanda dos pais, de acordo com a ideia de que não se pode perder tempo, levando frequentemente ao excesso de intervenções multidisciplinares, o que pode gerar o risco de uma segmentação da criança, cujos “pedaços” são tomados por diversos profissionais, sem que se estabeleçam trocas interclínicas.

---

<sup>4</sup> Na clínica fonoaudiológica observamos que intervenções no campo da linguagem podem ter papel estruturante no sujeito, ou seja, a apropriação da fala e da linguagem podem incidir num reposicionamento que ecoe nos processos de constituição psíquica, conforme referido por Coriat e Jerusalinsky (2001).

Para A. Jerusalinsky (2004a), essa fragmentação pode gerar consequências simbólicas importantes, pois sendo atravessada por numerosos e distintos discursos, a criança, enquanto sujeito, muitas vezes pode ter dificuldades para construir seu sistema de significações.

Segundo Almeida (1997), nas práticas interdisciplinares as diferentes disciplinas estão integradas por um eixo comum, constituído por uma disciplina “mediadora” dos discursos (p. 13), mas sem perder a essência situada na horizontalização dos saberes. Um processo de enriquecimento mútuo, mantendo sempre o destaque para os conceitos que os unem.

No recorte que fazemos, o saber que nos une é a teoria psicanalítica. Portanto, por meio da prática sustentada pela égide da interdisciplina, buscamos construir um espaço entre terapeuta e paciente capaz de produzir deslizamentos significantes e mudanças no sintoma de linguagem (Lier-DeVitto, 2006). Nesse sentido, para que seja possível a abertura desse espaço, é necessária uma escuta que possa ir além do sintoma latente, que possa indicar para o sujeito falante, ou seja, que o fonoaudiólogo possa efetivamente escutar o sintoma daquele que sofre, não apenas ouvir as alterações ou inadequações.

Com base nessa escuta, o fonoaudiólogo poderá inferir que há casos nos quais os sintomas na fala e/ou na linguagem estejam apontando para entraves na constituição psíquica, e que, portanto, exigem a escuta analítica. Nesses casos, a intervenção psicanalítica pode favorecer o reposicionamento do sujeito que ecoe na sua posição enquanto falante. Consistem em dificuldades que se manifestam *na fala*, mas cuja origem esteja relacionada à psique.

De acordo com essa perspectiva interdisciplinar adotada, por exemplo, pelo Centro Lydia Coriat, o eixo que atravessa a equipe é a teoria psicanalítica, através da escuta da criança e da aposta no sujeito, perspectiva pela qual é feita a eleição do(s) terapeuta(s), associando-se a constituição psíquica e o sintoma orgânico, quando existente (A. Jerusalinsky, 2004a).

Diante deste contexto, vale ressaltar a diferenciação que propõem Coriat e Jerusalinsky (1997) entre os conceitos *maturação* e *desenvolvimento*. Para os autores, o termo *maturação* diz respeito aos processos de crescimento e completude anátomo-funcional das estruturas do sistema nervoso central, aproximando-se mais da noção de crescimento (mudanças pômbero-estaturais). Já o termo *desenvolvimento*, mais abrangente, remete às transformações globais que, incluindo o crescimento, a maturação e os aspectos psicológicos, conduz a adaptações cada vez mais flexíveis (p. 66).

De acordo com tal noção de desenvolvimento, Brandão, Meira, Molina e Jerusalinsky (1997) afirmam que a *estimulação precoce* se refere fundamentalmente à intervenção terapêutica com bebês e pequenas crianças que, baseada no conceito neurocientífico de plasticidade neuronal, caracteriza a primeira infância como um período decisivo para o desenvolvimento da criança. Para os autores, a detecção precoce de patologias ou do sofrimento psíquico é essencial para que a criança possa potencializar o aproveitamento de sua base orgânica. Os autores, porém, ratificam que, neste enfoque, o “estímulo” se refere àquilo que pode despertar desejo. Neste contexto, o terapeuta deve criar cenas que possam ir ao encontro do que a criança “queira”, apesar do desafio que esse querer lhe exija, como por exemplo: fazer o gol e ganhar a taça de campeão do mundo, para uma criança com dificuldades motoras.

Ao mesmo tempo que se busca estimular ao máximo as crianças, temos observado que o adulto contemporâneo tem cada vez mais dificuldades e menos tempo para brincar, conversar, contar histórias, ou seja, compartilhar experiências significativas e singulares, construídas entre pais e criança. Por outro lado, segundo J. Jerusalinsky (2015), juntamente com a oferta mercadológica por objetos que prometem estimular os pequenos, a busca por especialistas

parece ser a opção mais indicada, diante da possibilidade de um atraso ou problema no desenvolvimento.

Nesse sentido, em se tratando de atrasos na fala, o fonoaudiólogo que atua com pequenas crianças frequentemente é o primeiro profissional a ser consultado e poderá intervir como suporte da relação parental tanto por meio da utilização do instrumental específico quando houver demandas particulares, tais como limitações práxicas e sensoriais, quanto na aposta no bebê e na pequena criança considerando sua posição na linguagem.

Portanto, o fonoaudiólogo deve utilizar recursos específicos de sua prática clínica quando houver demandas instrumentais particulares, como crianças com limitações práxicas e/ou sensoriais, decorrentes ou não de comprometimento neurológico – tais como estratégias que trabalhem fonação, articulação, alimentação, motricidade orofacial, etc. – as quais devem ser requisitadas sempre levando-se em consideração a posição da criança na linguagem (Rechia & Souza, 2010).

Nesta perspectiva, o fonoaudiólogo deverá abrir um espaço discursivo e ao mesmo tempo interpretar os gestos e vocalizações da criança, emprestando seu imaginário para auxiliar os pais a (re)assumirem suas funções. Logo, como o psicanalista, o fonoaudiólogo deve se ocupar de “puxar o gatilho do simbólico com/para a criança” (Arantes, 2005, p. 104), e construir com ela pontes para que vá avançando em habilidades linguísticas, favorecendo a restituição narcísica aos pais em direção à retomada de suas funções.

Contraopondo-nos à ideia de que a prevenção se define como procura de impedir o surgimento de sintomas ou do sofrimento, defendemos que se trata, precisamente, de criar condições para a instauração de estruturas psíquicas do bebê. Ao sustentar o estabelecimento do laço com o Outro em suas dimensões pulsional e narcísica, mas também ao proporcionar a separação necessária entre eles, essa clínica opera no sentido de favorecer a constituição psíquica do bebê (Lunardelli-Jacinto et al. 2017, p. 680).

Mas afinal, qual seria a diferença entre a clínica de linguagem operada com conceitos psicanalíticos e a clínica psicanalítica, principalmente com crianças muito pequenas?

Para J. Jerusalinsky (2018), quando comparecem à clínica crianças com dificuldades de fala e comunicação surgem de pronto interrogantes acerca da detecção precoce, visto que tais sintomas dizem respeito tanto à Fonoaudiologia quanto à Psicanálise. Porém, a autora destaca que mais importante do que fechar o diagnóstico é iniciar a intervenção, pois os efeitos da intervenção podem ser diferentes de acordo com o momento em que ela ocorra.

Quanto menor é a criança, maior a extensão do ato clínico nas suas consequências, porque justamente não há diferenciação de funções na criança que permita uma diferenciação sem consequências no ato clínico. Como o recalque não está estabelecido, a compartimentalização das funções imaginárias do eu não estão estabelecidas; portanto, a repercussão que tem um ato clínico qualquer é como um rastilho de pólvora: vai explodindo em todos os lugares (A. Jerusalinsky, 2004b, p. 40).

Desse modo, levando-se em conta a complexa trama em que o processo de entrada da criança na linguagem costuma estar envolvido, vemos a necessidade de olhar e ler com mais atenção e menos pressa os sintomas manifestos através de uma lente interdisciplinar. Sob essa ótica, as queixas manifestadas pelas famílias podem ter vários significados latentes: (1) ser faces do próprio processo de desenvolvimento, (2) dizer respeito a patologias específicas do campo

fonoaudiológico (alterações de fala e de linguagem), ou ainda (3) estar associados a impasses na constituição psíquica. Assim, tais sintomas, que muitas vezes estão associados a patologias graves, podem ser modificados a partir da intervenção de uma clínica fonoaudiológica, quando disserem respeito a dificuldades deste campo (Baptista, 2017b).

Destacamos que crianças com alterações de fala e de linguagem podem apresentar importantes comprometimentos na interação com pares e, em consequência disso, expressar, por exemplo, hipercinesias e estereotípias, ou ainda podem simplesmente não responder quando chamadas e nem olhar para a pessoa que com elas fala. Portanto, o fonoaudiólogo deve se preocupar com a emergência do sujeito e, ao mesmo tempo, estar atento ao que do campo de sua especialidade é convocado. Logo, esse profissional deve pôr em ação um referencial teórico suficientemente flexível para que os interrogantes que partem do corpo possam circular e promover mudanças (Yañez, 1997).

### **Clínica fonoaudiológica, uma clínica de diálogos**

Segundo Baptista (2017a), o percurso da Fonoaudiologia no Brasil foi trilhado pela via de um modelo médico, fundamentalmente apoiado pela Foniatria. Porém, a partir da regulamentação do primeiro curso universitário nos idos anos sessenta, duas escolas de grande importância se tornaram referências no País: os cursos criados na UNIFESP e na USP, de forte tradição médica, e o curso instalado na PUC-SP, junto à Faculdade de Psicologia.

Dessa forma, Pastorello (2006) ressalta que ao longo do processo da construção teórico-clínica, o fonoaudiólogo, que antes era visto como um “ortopedista da fala” (p. 130), passou a lançar-se em direção a promissoras trocas interdisciplinares, estabelecendo diálogos com a Psicanálise, com a Psicologia, com a Neuropsicologia e com a Linguística. A autora acrescenta que, a partir da década de 1980, quando os estudos sobre o Interacionismo começaram a se desenvolver, tiveram início também na Fonoaudiologia pesquisas sobre as interações e as práticas dialógicas envolvidas nos processos de aquisição de linguagem, que outrora eram fundamentalmente concentrados nas alterações de linguagem.

Oliveira e Baptista (2010) relatam que por tratar de problemas relacionados à linguagem, o fonoaudiólogo recebe casos com diagnósticos diversos tais como autismo, psicose, distúrbios de aprendizagem, hiperatividade, entre outros. Logo, casos tão diversos muitas vezes convocam profissionais de distintas áreas do conhecimento, tais como Medicina, Educação, Psicanálise, Estimulação Precoce e Fonoaudiologia.

Com base nisso, País (2001) afirma que é essencial que se construa uma práxis efetivamente interdisciplinar, na qual haja uma articulação conceitual com um eixo comum, ou seja, “um espaço comum em que o conhecimento não se esgota em sua própria identidade, mas vai além de si mesmo, numa articulação mais abrangente” (p. 30).

Nesse sentido, no início do tratamento, é necessário buscarmos compreender de modo mais amplo os fatores que podem estar envolvidos nos sintomas apresentados na fala e na linguagem da criança, tais como: “(...) o que é dito ou não dito a ela, o que é mal-entendido distorcendo a mensagem, consciente ou inconscientemente. O que é transmitido para a criança na comunicação verbal, pelos olhares, gestos, entonação ao falar” (Baptista, 2017a, p. 38).

Para Arantes (2006), o processo de avaliação e conduta terapêutica na clínica de linguagem deve se afastar do conceito de diagnóstico herdado da Medicina, pautado na descrição de sintomas e classificação de diferentes doenças, cuja origem está atrelada à história natural.

Desse modo, a autora sustenta que a noção de diagnóstico médico não deva ser aplicada aos sintomas de linguagem, uma vez que a clínica fonoaudiológica não possui marcadores clínicos bem delimitados entre si, embora reflita, muitas vezes dificuldades na fala que podem estar associadas a categorias clínicas como paralisia cerebral, síndromes, autismo, entre outras.

Baptista (2017a) ressalta que na clínica de linguagem com crianças trabalhamos com sujeitos em constituição, portanto defende a utilização do conceito de hipótese diagnóstica, a fim de não correr o risco de diagnósticos precipitados ou equivocados que possam produzir efeitos danosos sobre a criança e sua família. Já ao longo do tratamento, a condução pode exigir encaminhamentos para profissionais de outras disciplinas, de modo que o estabelecimento de laços interclínicos pode proporcionar a ampliação do olhar para as alterações da fala na infância, a partir de novos interrogantes que possam estar implicados nas dificuldades que chegam à clínica fonoaudiológica.

Nesse sentido, o diálogo teórico-clínico entre Fonoaudiologia e Psicanálise nos tem sido bastante profícuo, já que o fonoaudiólogo pode fazer uso de conceitos psicanalíticos sem abandonar a sua especificidade, uma vez que fazer uso de conceitos psicanalíticos não equivale a atuar como psicanalista (Danesi, 2008).

Com base nesse diálogo interdisciplinar, encontramos na teoria construída pelos pesquisadores do Interacionismo brasileiro, a partir de Claudia De Lemos, os pressupostos teóricos que muito bem articulam a Psicanálise freudo-lacaniana com a teoria fonoaudiológica como eixo de sustentação de nossa clínica. Segundo esse enfoque, Pereira e Keske-Soares (2010) sugerem como aspectos do manejo fonoaudiológico de fundamental importância: (1) a adoção de significantes que marcam a história da criança; (2) o deslocamento da noção da linguagem como objeto para linguagem como função; (3) a consideração dos aspectos transferenciais entre terapeuta e paciente.

De Lemos (1986) inicia de modo mais consistente a apresentação das bases do Interacionismo Brasileiro e, mais tarde, desenvolve o diálogo entre a Linguística saussureana e a Psicanálise lacaniana. As teorizações da autora partem da noção de que a aquisição de linguagem compreende um processo de mudanças de posição da criança na língua pela via das relações com o outro, rompendo desse modo com a ideia de “etapas de aquisição de linguagem”, e admitindo que a partir de processos dialógicos a criança vai ocupando diferentes posições na linguagem (De Lemos, 2000, 2002, 2006).

Posteriormente, inspirada pela noção lacaniana de captura da criança pela linguagem, De Lemos modifica radicalmente sua concepção de aquisição de linguagem e passa a compreender tal processo como uma mudança de posição da criança diante da língua, a partir da fala do outro, relacionada a um corpo pulsional, “corpo cuja atividade demanda interpretação” (De Lemos, 2006, p. 28). Portanto, é estando imersa na linguagem que a criança, significada pelo agente de função materna, poderá passar de *infans a falasser*.

Lacan (1964/2008) diz que “o sujeito, *in initio*, começa no lugar do Outro, no que é lá que surge o primeiro significante” (p. 193), ou seja, para que o sujeito possa constituir-se como tal necessita do significante e, inicialmente, esses significantes estão no campo do Outro, o qual deverá articular e inserir o bebê na trama da linguagem e da cultura. Para o autor, o processo de constituição psíquica se instaura a partir de duas operações fundamentais: *alienação e separação*.

Inicialmente, é necessário que a mãe ou o agente da função materna seja capaz de antecipar a existência de um sujeito de desejo no seu bebê, alienando-o aos seus significantes. Ela precisará emprestar seus significantes ao bebê, de modo que ao ser falado, o bebê possa

responder com seu corpinho desajeitado por excitações psicomotoras que possam ser lidas como uma demanda ao Outro. Posteriormente, será necessário que seja construído um intervalo entre a dupla inicial (mãe-bebê), ou seja, um espaço em que haja um furo, em que a mãe não toda possibilite que o bebê deseje para além do seu desejo, para que se torne um sujeito separado. Assim, o *infans* poderá, efetivamente, tornar-se sujeito de desejo e inscrever-se na linguagem, utilizando-se da fala dentro de uma comunidade linguística.

Compreendendo o papel do Outro primordial na constituição da linguagem, inicialmente como doador de sentido e posteriormente marcado pela castração, proporcionando a abertura para o social, De Lemos (2002) traz no bojo da teoria Interacionista um giro da noção de desenvolvimento linguístico. Ao pensar o processo de captura da criança pela linguagem em paralelo com a constituição psíquica, a autora evidencia o caráter constituinte dessa linguagem.

Assim, a criança atravessa um processo de revezamentos no qual pode ocupar diferentes posições na linguagem e que pode ser lido em consonância com as operações de alienação e separação: (1) Posição de *especularidade* – polo do Outro – encontramos na fala da criança partes do enunciado da mãe, como uma forma de incorporação desse enunciado; (2) Posição de *complementaridade* – polo da língua – relação entre as falas do Outro e da criança, que parecem complementar-se. A criança ainda está identificada com a fala da mãe, mas já exhibe expressões autorais e, (3) Posição de *reciprocidade* – polo sujeito falante – reconhecimento de alteridade do interlocutor.

Dessa forma, para De Lemos (2002), “a transformação qualitativa resultante da relação criança-adulto se definiria, então, pela transformação de processos intersubjetivos em processos intrassubjetivos” (p. 51). Portanto, as mudanças de posição não remeteriam a um movimento autônomo da língua, e sim “ao modo de emergência do sujeito na cadeia significativa” (p. 54).

## **O APEGI na clínica fonoaudiológica**

A publicação da pesquisa multicêntrica dos *Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil* – IRDI por Kupfer et al. (2009) fomentou no Brasil o desenvolvimento de novos estudos e discussões sobre a possibilidade da realização de ações preventivas voltadas ao desenvolvimento psíquico.

Em trabalho posterior, Kupfer et al. (2012) referem que, para a Psicanálise, a noção de desenvolvimento psíquico diz respeito à “dimensão do desenvolvimento responsável pela instalação da subjetividade, sobre a qual se apoiam os vínculos afetivos e de desejo dirigidos aos seus semelhantes” (p. 132).

Para os autores, a comunidade científica já reconhece que a atenção ao desenvolvimento psíquico pode reduzir a ocorrência de transtornos mentais na infância e na idade adulta. No Brasil as pesquisas epidemiológicas sobre a incidência dos transtornos do desenvolvimento ainda são escassas, porém um estudo realizado com 1251 jovens entre 7 e 14 anos das regiões sul e sudeste encontrou a taxa de 12,5% de indivíduos com transtornos do desenvolvimento (Kupfer et al., 2012).

Desse modo, a metodologia IRDI, oriunda da pesquisa multicêntrica supracitada, voltada inicialmente para rastreio de risco psíquico por pediatras, poderia ter sua aplicação expandida para além da aplicação de mais um instrumento clínico, ou seja, para a criação de políticas de promoção de saúde mental em locais de circulação de pais e crianças.

Barros e Herzberg (2012) consideram de suma importância que operadores de escuta e detecção precoce sejam implantados desde a assistência pré-natal em serviços de Saúde como

um todo, incluindo creches, berçários e escolinhas infantis. Porém, segundo as autoras, deve-se ter critérios consistentes para a análise dos indicadores que de fato poderão interferir na leitura das notícias da constituição psíquica do bebê, de modo que tais indicadores de risco, conforme a pesquisa propõe, precisarão ser avaliados *a posteriori* pelo psicanalista.

Segundo Kupfer et al. (2018), um dos desdobramentos da pesquisa IRDI foi a construção do instrumento *Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Escolas, Grupos e Instituições – APEGI*, que propõe “uma sistematização de leitura do processo de constituição subjetiva da criança, articulado ao seu desenvolvimento” (p. 559).

As autoras destacam que no método psicanalítico não estão previstas observações e avaliações baseadas em instrumento, porém, nos últimos anos esse tipo de pesquisa vem ganhando espaço entre os pesquisadores da área, cujo manejo e interpretação dos resultados traz no bojo a teoria psicanalítica. Instrumentos como o APEGI não propõem conclusões diagnósticas, e sim a obtenção de indicadores clínicos que apontem para a posição do sujeito articulada com o desenvolvimento, que possam ser analisados na sua singularidade.

Bernardino (2016) acrescenta que atualmente as políticas de saúde públicas ou privadas têm preconizado métodos de “evidência científica”, e para tal, a utilização de instrumentos como o APEGI pode favorecer o reconhecimento e a legitimação do método clínico psicanalítico para o atendimento de crianças com patologias graves, o que há muito vem sendo comprovado pelas pesquisas de estudo de caso.

O APEGI foi construído com base na *Avaliação Psicanalítica aos 3 anos – AP3*, idealizada para avaliar as crianças que tinham participado inicialmente da pesquisa IRDI e que retornavam para reavaliação. Era baseada em quatro eixos de indicadores: (1) *o brincar e a fantasia-BF*, (2) *o corpo e a sua imagem-CI*, (3) *posição frente à lei-FP* e, (4) *a fala e a posição na linguagem-FL*. A AP3 foi então revista, atualizada e ampliada para seguir no acompanhamento de crianças dos três aos seis anos, dando origem ao APEGI (Kupfer et al., 2018).

Construído com base na teoria psicanalítica, o APEGI é um instrumento que busca situar o movimento da constituição do sujeito na criança a partir dos 3 anos, acompanhando seu desenrolar. Seu objetivo não é o de proceder a uma avaliação diagnóstica da criança, e sim fazer uma leitura, a partir dos diferentes fenômenos que são observados pelo psicanalista, do processo de constituição subjetiva, articulado ao desenvolvimento da criança (Kupfer et al. 2018, p. 562).

Aos quatro eixos de indicadores da AP3 foram adicionados dois novos: *presença/reconhecimento do sujeito* (que passou a incluir o eixo do IRDI *fala e a posição na linguagem*), e *função do semelhante*, perfazendo cinco eixos compostos por 31 indicadores de acompanhamento (Mariotto et al. 2020).

O objetivo do APEGI é saber se a criança atravessa *dificuldades no desenvolvimento e/ou entaves na constituição psíquica*. A partir de então, foram destacados 11 itens, os *Indicadores de Acompanhamento Conclusivos – IACs*, que, quando ausentes, sugerem que a criança possa estar atravessando entaves estruturais, e que portanto, necessita de acompanhamento clínico (Kupfer et al., 2018).

Tais indicadores têm sido úteis também na clínica de linguagem com crianças, como instrumentos norteadores para a construção dos casos clínicos e como parâmetros para levantar a necessidade de avaliações complementares com psiquiatra e/ou psicanalista, além de fornecerem importantes contribuições à clínica fonoaudiológica atravessada pela Psicanálise, especialmente o eixo *presença/reconhecimento do sujeito*, no qual está contido *a fala e a posição na linguagem*. Nas palavras de Jerusalinsky e Melo (2020):

A formação de um clínico permite, em um só movimento, avaliar o que não está bem e traçar a direção do tratamento, já que, ao conhecer os passos da constituição psíquica, pode convocar o bebê como sujeito ali onde ele pode advir, e não do lugar inalcançável onde, idealmente, deveria estar (p. 30-31).

### **O rei Ricardo: do gozo dos ruídos a um dizer sobre si. Recortes de um caso de atraso de fala como ilustração**

Ricardo (nome fictício), de 2 anos e dois meses, compareceu para a avaliação fonoaudiológica com queixa de “atraso na fala”.

Esse pequeno rei é fruto de uma gestação não planejada ocorrida enquanto seus pais namoravam. Após o nascimento da criança os pais romperam o namoro e, na ocasião da avaliação, Ricardo já não tinha contato algum com o pai. Morava com a mãe, a avó materna e a tia e o tio maternos, que também são os padrinhos da criança. A avó é divorciada e a família também não tinha contato com o avô materno. Desse modo, o garoto morava com três mulheres e o tio, com quem nutria uma relação fraternal. Dormia na cama com a mãe e ainda mamava no seio. Ao completar dois anos ingressou em pré-escola bilíngue, escolhida por ter uma estrutura ao agrado da mãe e por localizar-se próximo de casa.

Nas sessões iniciais, Ricardo compareceu desde o princípio aberto à interação, apresentava iniciativa para brincadeiras e mantinha trocas comunicativas com o olhar e com o gesto, acompanhadas de emissões verbais, em sua maioria ininteligíveis. Apresentava brincar exploratório, compartilhava jogos de causa-efeito respeitando turnos e tentava imitar gestos e sons onomatopéicos. Seus brinquedos preferidos eram os mais variados modelos e tamanhos de dinossauros, que Ricardo carregava para onde ia. Muitas vezes, ao chegar, cumprimentava a fonoaudióloga com um som de /rrrrr/ semelhante a um rugido, mas sem dificuldades abandonava os brinquedos que trazia para brincar com os do consultório.

A partir destes achados clínicos, articulados às informações trazidas pela família, pensamos na hipótese diagnóstica de atraso de fala/linguagem, e foi indicada a terapia fonoaudiológica, na frequência de uma vez por semana. A família acatou a recomendação, e foi dado início ao tratamento de Ricardo.

Estávamos em novembro quando do início da avaliação, e só em março seguinte (quatro meses depois) foi possível realizar uma reunião na escola. Nessa ocasião, pudemos observar parte da cena de chegada das crianças em meio a uma brincadeira livre e, a seguir, a rodinha de conversa. Na brincadeira livre, inicialmente Ricardo seguia com seu dinossauro numa “caçada” junto a outro colega, e só “rugia”. Após o desfecho do pega-pega, passou a interagir com uma colega, que lhe fazia demanda de nomeação de figuras, ao que respondia tentando identificar em português os animais de um livro. E por fim, na rodinha, voltava à travessura, cutucando e chamando a atenção do garoto ao lado.

Após a visita escolar, percebemos claramente que os recursos de fala que lentamente Ricardo vinha adquirindo, naquele contexto não eram suficientes e/ou adequados segundo sua própria avaliação, pois a criança demonstrava perceber que sua comunicação verbal não era compatível com o contexto bilíngue, o que fazia com que permanecesse usando o corpo e o rugido de dinossauro na maioria das ocasiões, exceto quando a demanda tinha caráter mais pedagógico de treino de nomeação. Assim, sugerimos que a criança passasse a uma escola regular,

indicação que a família atendeu prontamente. No entanto, 4 meses depois da troca de escola, o atraso de fala ainda era muito expressivo.

Ricardo, então com 2 anos e 10 meses, ainda apresentava dificuldades importantes de fala e evoluía lentamente. Emitia palavras isoladas em contexto de frase e apresentava consistentemente os processos fonológicos de redução de sílaba e harmonia consonantal. Complementarmente, muitas vezes utilizava tais recursos associados a gestos para realizar pedidos de objetos, de ajuda ou de consentimento, e também para fazer breves comentários. Ainda não utilizava verbos. Referia-se à fonoaudióloga como “mamãe”, assim como à tia e à avó, de modo indiferenciado.

Naquela ocasião começamos a questionar a influência de aspectos da novela familiar nos sintomas de linguagem que Ricardo apresentava, pois seu ritmo de apropriação da fala encontrava-se muito aquém do seu desenvolvimento como um todo. Ricardo era um “rezinho”: falava apontando, não deixava a mãe falar e não havia quem pudesse impor limites. Parecia o retrato construído por Freud (1914/2004) no texto sobre o *narcisismo*, no qual os pais buscam proporcionar ao filho tudo o que possa realizar seus desejos, tornando-o “*His Majesty the Baby*” (p. 110).

Faltavam-lhe palavras. Ricardo possuía vocabulário expressivo reduzido, mas fazia-se compreender por gestos e expressões faciais e, principalmente, por uma rica prosódia, típica dos processos iniciais de aquisição de linguagem, conforme Freitas e Santos (2017). Estava enredado em um grupo de intérpretes que sabiam exatamente como satisfazê-lo. Faltavam-lhe palavras que interditassem os excessos maternos e que possibilitassem a adesão à língua de todos. Faltava-lhe alguém que pudesse impor a castração, ou seja, encarnar a função paterna (Lacan, 1955-56/2008).

Sobre o processo de entrada da criança na linguagem, ainda se evidenciava em sua fala uma prevalência da posição especular, conforme descrita por De Lemos (2002), na qual fragmentos da fala do Outro são incorporados pela criança dentro das trocas dialógicas.

Todavia, mesmo compreendendo que o processo de captura pela linguagem consiste num processo dinâmico de mudança de posição da criança – enquanto falante, em relação ao Outro, à língua e ao semelhante, é necessário não perder de vista as competências esperadas para uma criança a caminho dos três anos. E, nesse sentido, o atraso de Ricardo era muito significativo.

Nesse momento, ia ficando mais clara a hipótese de que “algo não ia bem” com Ricardo para além dos sintomas demandados à clínica fonoaudiológica, e, no sentido de estruturar um pouco mais os critérios para encaminhamento à avaliação psicanalítica, o instrumento APEGI, enquanto ferramenta da Psicanálise em extensão<sup>5</sup>, pôde dar um suporte interessante à direção do tratamento.

Como já foi dito, o APEGI<sup>6</sup> consiste em um instrumento composto de seis partes, dentre as quais utilizamos neste estudo a parte 1 (entrevista com os pais) e a parte 2 (observação e entrevista com a criança) como chaves de leitura para o prontuário que continha os dados de avaliação e desdobramentos clínicos. Essas informações foram então registradas e lidas à luz dos cinco eixos descritos anteriormente, e tornaram-se neste caso indicadores para o encaminhamento psicanalítico.

---

<sup>5</sup> Termo cunhado por Lacan (1967/2003) para referir-se à utilização dos dispositivos analíticos e pressupostos teóricos da Psicanálise utilizados fora do setting de consultório.

<sup>6</sup> Para visualização do instrumento na íntegra, consultar: [www.lugardevida.com.br](http://www.lugardevida.com.br)

Para serem feitas as marcações APEGI foram recuperadas as informações contidas na documentação de entrevistas iniciais com os responsáveis (duas) e os registros das sessões fonoaudiológicas também foram consultados. Na primeira sessão compareceram a mãe e o tio, e na segunda, a mãe e a avó.

Nessas ocasiões foi possível observar que Ricardo era falado de modo singular e que a família reconhecia suas preferências, interesses e dificuldades, porém os sintomas eram atribuídos somente à criança e não havia qualquer problematização acerca do “atraso de fala” como enigma, ou com outros possíveis fatores associados.

A família tendia a atender prontamente todas as demandas da criança, que, quando frustrada, impacientava-se ou apresentava birra. A mãe trabalhava em período integral, então a criança passava a maior parte do tempo com a avó e com a tia. Não havia representante consistente de autoridade para a imposição de regras e limites, ao contrário, as “mães” de Ricardo costumavam desautorizar umas às outras quando alguma o repreendia, o que nos pareceu associado, inclusive, com a confusão da criança com a nomeação de todas as pessoas do gênero feminino como “mamãe”, e a ausência da palavra “papai”.

Com relação aos hábitos de vida, ainda não controlava os esfíncteres, alimentava-se de dieta variada e demonstrava preferências. Reconhecia-se no espelho e brincava tanto sozinho quanto com outras crianças.

Nas sessões iniciais com a fonoaudióloga, a criança iniciava e mantinha trocas dialógicas por meio do olhar, gesto ou por fragmentos de palavras, sendo esses últimos mais ocorrentes em respostas apoiadas na fala do outro. Identificava-se com seu nome, autorreferindo-se em terceira pessoa. Seu discurso apresentava vocabulário restrito e em geral caracterizava-se pelo uso de palavras-frase, sempre acompanhado de expressões faciais e prosódia compatíveis com o discurso.

No brincar tinha preferência pelos animais em miniatura, com os quais estabelecia ritual lúdico com prevalência de cenas de luta, mas também ocorriam temáticas de cotidiano. Gostava de massinha, pintura com tinta e desenho. Não se incomodava com a sujeira. E apresentava boa habilidade tanto nas praxias manuais quanto orais.

Assim, a partir do registro das informações das entrevistas com os familiares e das observações e entrevista com a criança foram identificados sinais de dificuldades nos eixos (FP) *função paterna* e (P/R S) *presença/reconhecimento de sujeito* (no qual está contido *a fala e a posição na linguagem*), conforme abaixo demonstrado.

Tabela 1. Registro dos itens onde foram identificadas dificuldades na entrevista com os pais.

<b>Item 2. (P/R S).</b> Como os pais veem os eventuais sintomas da criança?	Os sintomas são vistos como algo a ser eliminado, porém, não há implicação da família com tais sintomas, que são vistos como falhas da criança.
<b>Item 3. (P/R S e FP).</b> A criança é vista dentro de um cenário de filiação?	A criança é colocada como filho “só da mamãe”.
<b>Item 5. (P/R S).</b> Como os pais tomam a demanda da criança?	Quando as demandas são satisfeitas a criança demonstra satisfação, mas quando não, apresenta reações de birra.
<b>Item 6. (P/R S).</b> Como é a capacidade, tanto dos pais como da criança, para esperar?	Quando a criança tem dificuldades para articular algo se antecipam para concluir, traduzindo o que a criança deseja. Quando a mãe ou familiares estão falando, interrompe o tempo todo.

<b>Item 15. (FP).</b> O exercício da autoridade por um dos pais é sustentado pelo outro?	A mãe e as outras cuidadoras frequentemente desautorizam uma à outra.
<b>Item 16. (FP).</b> Como a criança reage aos limites colocados pelo entrevistador e pelos pais?	Com a fonoaudióloga reconhece os limites e negocia, com os familiares reage com birra.
<b>Item 17. (FP).</b> Como os pais reagem quando a criança não obedece?	Tentam negociar com muita dificuldade para demonstrar autoridade.

Tabela 2. Registro dos itens onde foram identificadas dificuldades na entrevista com a criança.

<b>Item 3. (P/R S).</b> A criança fala em nome próprio?	Autorrefere-se em terceira pessoa, identifica-se com seu nome, mas não responde quando perguntado como se chama, ao que, em geral, a família antecipa.
<b>Item 5. (P/R S).</b> A criança sustenta um diálogo?	Sustenta diálogos simples com pequenas palavras e gestos. Refere-se ao outro pelo nome. Não é capaz de interrogar, mas utiliza flexão prosódica ao fazer pedido, buscando nomear o que deseja.
<b>Item 6. (P/R S).</b> Dá para entender o que a criança diz?	Em parte. Em geral a família precisa traduzir.
<b>Item 7. (P/R S).</b> Como é a fala da criança?	Utiliza palavras soltas com redução de sílabas e trocas fonológicas. Apresenta vocabulário restrito, mas sua voz é melódica.

Tais achados corroboraram com as observações clínicas no que se refere à indicação de avaliação psicanalítica, ao se inferir que as dificuldades de fala e linguagem de Ricardo pudessem estar associadas a entraves na constituição psíquica.

Após entrevistas preliminares, uma psicanalista passou a atender Ricardo (semanalmente) e sua família (mensalmente). Esta analista e a fonoaudióloga, embora trabalhem em espaços distintos, realizam com frequência encaminhamentos mútuos e exercem a clínica interdisciplinar com crianças, tendo por hábito reunirem-se mensalmente para discussões de casos. De fato, a criança apresentava um importante quadro de inibição<sup>7</sup> como tentativa de se defender de grande sofrimento psíquico. A necessidade de se ocupar com as tentativas de se defender da angústia acarretava prejuízo no uso de sua energia psíquica a favor do desenvolvimento da linguagem. Ou seja, a intensidade de seus conflitos psíquicos promovia uma quebra no fluxo de seu desenvolvimento, própria do processo de inibição, o qual ocorre como uma medida de precaução (Henckel & Berlinck, 2003), utilizando-se de diversos processos para perturbar uma função, no caso de Ricardo, a fala.

Transcorridas quatro semanas de atendimento, Ricardo, que estabeleceu uma ótima transferência com a analista, passou a fazer uma brincadeira em que a assustava e aguardava que ela demonstrasse espanto e medo.

<sup>7</sup> Segundo Freud, inibição é definida como “expressão de uma limitação funcional do Eu [*Funktionseinschränkung des Ichs*] que, por sua vez, pode ter causas muito diversas. Diversos mecanismos desta renúncia [*Verzicht*] à função nos são muito conhecidos (...)” (Freud, 2006/1926 [1925], p. 3).

Em uma dessas repetições, a analista deu um pequeno grito, demonstrando que Ricardo a havia lhe dado um susto. Ricardo caiu na gargalhada e, desde então, passou a repetir a cena assustadora, mas incluiu a novidade de gritar junto com a analista, passando então a gritar muito e muito alto. Isso o fazia entrar em júbilo, demonstrando claramente a presença ali de um prazer compartilhado entre o paciente e sua analista.

Durante algumas semanas esse jogo marcado pela alternância eu-outro se repetiu, e a essa altura, a criança já tinha começado não só a apresentar um aumento expressivo no vocabulário como também a falar frases inteiras dirigidas aos seus outros, deixando em evidência a assunção de uma posição de *reciprocidade* na língua (polo sujeito falante – reconhecimento de alteridade do interlocutor).

Em paralelo, a escola notou significativa mudança relacionada à socialização de Ricardo, que começava a se comunicar com os amigos também por meio da comunicação verbal.

A Psicanálise compareceu aí implicada em reintroduzir a palavra onde havia apenas ruído e silenciamento, contribuindo para que se desfizesse a sintomatologia trazida pela família como queixa inicial tanto para a fonoaudióloga quanto para a analista, cujas práticas interdisciplinares eram marcadas pelo diálogo e pelo estabelecimento de estratégias terapêuticas conjuntas quando necessário. Nesse sentido, sugerimos que a cena de esconder-se e aparecer assustando a analista faz menção a uma movimentação de Ricardo em direção à separação, a exemplo do jogo de *fort-da* relatado por Freud (1920/2010). Com essa separação e a consequente queda da presença corporal, abriu-se caminho para a palavra.

## Considerações finais

Segundo Arantes (2005), na clínica de linguagem estão em jogo conjuntamente um processo de subjetivação e um processo de estruturação na linguagem. Assim, cabe ao fonoaudiólogo comprometido com a clínica de crianças agir como uma instância promotora de relação com o Outro, e então possibilitar que elas possam passar à palavra e relacionar-se socialmente.

O exercício da clínica fonoaudiológica, considerando a subjetividade e a singularidade de cada pequeno sujeito, com o foco no “ser” que fala e não na patologia, é o que Cappelletti (1985) afirmava consistir na essência da Fonoaudiologia desde a década de 1980, opinião que se mantém viva e confirmada pelos desdobramentos desse trabalho.

A Fonoaudiologia Clínica que leve em conta a subjetividade é, portanto, aquela em que as pequenas crianças que chegam com algo da ordem do indizível – enigmas em forma de tropeços na aquisição da linguagem, expressos por meio das manifestações sintomáticas – trabalhem para que, após chegarem silenciadas, possam sair deste campo do indizível. É preciso fisgá-los.

Para tanto, será necessário muitas vezes reunir esforços para trabalhar a posição do sujeito diante de seus paradoxos, ambivalências e impasses, a partir de uma escuta que o convoque a responder para além dos efeitos em seu corpo, que embora silenciado, partimos do pressuposto que denuncia um saber que escapa à palavra. Uma clínica fonoaudiológica que revele e sustente a possibilidade de uma nova configuração que re-coloque o *falasser* na interface entre o campo da linguagem, da *lalíngua* e do gozo, na tentativa de construir um sujeito falante.

Nesse sentido, ressaltamos a importância de trabalhos de caráter interdisciplinar no tempo da primeira infância, especialmente diante da necessidade de múltiplos olhares que tecem a rede que sustenta o sujeito em suas aventuras subjetivas.

Acreditamos que uma *práxis* que funcione a partir desta articulação discursiva opera como um trabalho de resistência frente à vulnerabilidade das pequenas crianças à violência de diagnósticos psicopatológicos cada vez mais precipitados, sustenta a aposta no advir do sujeito e no fortalecimento de um Eu na criança e, ainda, abre um espaço para escutar e acolher a família, possibilitando giros discursivos no que se refere à posição da criança e ao sentido de seu mal-estar.

## Referências

- Almeida Filho, N. (1997). Transdisciplinaridade e saúde coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva* 2(1), 5-20. <http://doi.org/10.1590/1413-812319972101702014>
- Arantes, L. (2005). Impasses relativos ao encaminhamento de crianças que não falam. In: S. Pavone & Y. Rafaely (Orgs.) *Audição, voz e linguagem: a clínica e o sujeito* (pp. 100-108). São Paulo, SP: Cortez.
- Arantes, L. (2006). Impasses na distinção entre produções desviantes sintomáticas e não sintomáticas. In M.F. Lier-DeVitto, & L. Arantes (Orgs.), *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (pp. 219-226). São Paulo, SP: EDUC/FAPESP.
- Associação Americana de Pediatria. (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Baptista, M. (2017a). *Interdisciplinaridade no processo de diagnóstico e conduta em crianças com distúrbios de linguagem*. CRV.
- Baptista, M. (2017b) *Interdisciplinaridade no processo de diagnóstico e conduta em crianças com distúrbios de linguagem*. CRV.
- Barros, I. (2019). Quase tudo virou autismo: uma reflexão sobre os desdobramentos do diagnóstico precipitado. In J. Batista & S. Guidugli (Orgs.) *Psicologia da saúde e clínica: conexões necessárias* (pp. 65-80). Curitiba, PR: Appris.
- Barros, I.; Hezberg, E. (2012). A maternidade e sua essência problemática na constituição subjetiva: o que escapa e o que se pode prevenir na primeira infância. In M.C. Kupfer, L. M. Bernardino, & R.M. Mariotto (Orgs.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância*. (pp. 259-286). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Bernardino, L.M. (2016). Avaliação Psicanalítica aos 3 anos (AP3): uma revisão crítica. In: *Anais do VII Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental e XIII Congresso Brasileiro de Psicopatologia Fundamental*.
- Brandão, P., Meira, A.M., Molina, S., & Jerusalinsky, A. (1997). Abordagens do imaginário na cena terapêutica em estimulação precoce. In *Escritos da Criança - Psicomotricidade*, Centro Lydia Coriat, pp. 8-21.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Caderneta de Saúde da Criança*, 2018. Recuperado de [https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ms/caderneta\\_saude\\_crianca\\_menina\\_2018.pdf](https://crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/ms/caderneta_saude_crianca_menina_2018.pdf)
- Cappelletti, I. (1985). *A fonoaudiologia no Brasil: reflexões sobre seus fundamentos*. São Paulo, SP: Cortez.
- Coriat, E. (2011). Os negros efeitos do DSM-IV. In: J. Jerusalinsky, A. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 165-174). São Paulo, SP: Via Lettera.

- Coriat, L., Jerusalinsky, A. (1997). Desenvolvimento e maturação. In *Escritos da Criança*, Centro Lydia Coriat, pp. 65-71.
- Coriat, L. (2001). Aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento. In *Escritos da Criança* (1). Centro Lydia Coriat, pp. 6-12.
- Danesi, M. (2008). Estudo de material clínico fonoaudiológico considerando a noção psicanalítica do sintoma. In C. Graña (Org.), *Quando a fala falta: fonoaudiologia, linguística e psicanálise* (pp. 197-216). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Freitas, M. J., & Santos, A. L. (eds.). (2017). A aquisição de língua materna e não materna: Questões gerais e dados do Português. (Textbooks in Language Sciences 3). Language Science Press. Doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.889261>
- De Lemos, C.T.G. (1986). A sintaxe no espelho. In *Cadernos de Estudos Linguísticos*, (10) pp. 5-15. Doi: <http://doi.org/10.20396/cel.v10i0.8636714>
- De Lemos, C.T.G. (1992). Sobre o ensinar e o aprender no processo de aquisição de linguagem. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, (22), 149-152. Doi: <http://doi.org/10.20396/cel.v22i0.8636904>
- De Lemos, C.T.G. (2000). Questioning the Notion of Development: The Case of Language Acquisition, *Culture & Psychology*, 6(2), 169-182. <http://doi=10.1.1.852.7491&rep=rep1&type=pdf>
- De Lemos, C.T.G. (2002). Das vicissitudes da fala da criança e sua investigação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*, (42), pp. 41-69. Doi: <http://doi.org/10.20396/cel.v42i0.8637140>
- De Lemos, C.T.G. (2006). Uma crítica (radical) à noção de desenvolvimento na Aquisição de Linguagem. In M. F. Lier-DeVitto, & L. Arantes (Orgs.) *Aquisição, patologias e clínica de linguagem* (pp. 21-32). São Paulo, SP: EDUC/FAPESP.
- Freud, S. (2004). À Guisa de Introdução ao Narcisismo. In S. Freud, *Escritos sobre a Psicologia do inconsciente*. Imago, v.1. (Trabalho original publicado em 1914).
- Freud, S. (2010). Além do princípio do prazer. In: S. Freud. *Obras Completas, v. 14: O Homem dos Lobos e outros textos*. Companhia das Letras. (Trabalho original publicado em 1920).
- Freud, S. (2006). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud. *Obras completas*, v.20. Imago. (Trabalho original publicado em 1926 [1925]).
- Garcia, G. (2011). Psicanálise e as terapias milagrosas In J. Jerusalinsky, & A. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 45-52). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Henckel, M., & Berlinck, M. T. (2003). Considerações sobre inibição e sintomas: Distinções e articulações para destacar um conceito do outro. *Estilos Da Clínica*, 8(14), pp. 114-125. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v8i14p114-125>
- Infante, D.P. (2011). Psiquiatria para que e para quem. In: J. Jerusalinsky & A. Fendrik (Orgs.) *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 63-72). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Jerusalinsky, A. (2004a). Quantos terapeutas para cada criança? In A. Jerusalinsky et al. *psicanálise e desenvolvimento infantil*. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios.
- Jerusalinsky, A. (2004b). A cura e o discurso. In A. Vorcaro (Org.), *Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala* (pp. 29-53). Salvador, BA: Ágalma.
- Jerusalinsky, J. (2015). Detecção precoce de sofrimento e psicopatologia na primeira infância: a desobediência dos bebês aos critérios nosográficos deve ser considerada. In M. Kamers,

- R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 103-116). São Paulo, SP: Escuta.
- Jerusalinsky, J. (2018). Linguagem, constituição psíquica e diagnóstico na primeira infância. In: A. C. Rocha & M. Baptista (Orgs.) *A criança e a palavra: a linguagem e suas articulações*. (pp. 85-94). CRV.
- Jerusalinsky, J. & Melo, M. (2020). As grandes questões que os mais pequenos levantam diante do cânone da psicopatologia. In J. Jerusalinsky, & M. de S. Melo. (Orgs.), *Quando algo não vai bem com o bebê: detecção e intervenções estruturantes em estimulação precoce* (pp. 19-35). Salvador, BA: Ágalma.
- Kupfer, M.C. (2011). Educação terapêutica para crianças com transtornos globais do desenvolvimento: uma alternativa à medicalização da educação. In J. Jerusalinsky & A. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 141-150). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Kupfer, M.C. et al. (2012). Metodologia IRDI: uma ação de prevenção em primeira infância. In: M. C. Kupfer, L. M. Bernardino & R. M. Mariotto (Orgs.), *Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância* (pp. 131-148). São Paulo, SP: Escuta/Fapesp.
- Kupfer, M.C., Bernardino, L.M., & Pesaro, M.E. (2018). Validação do instrumento “Acompanhamento psicanalítico de crianças em escola, creches e instituições” (APEGI): primeiros resultados. *Estilos da clínica*, 23(3), 558-573. Doi: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i3p558-573>
- Lacan, J. (2003). Proposição de 9 de outubro de 1967 sobre o psicanalista da Escola. In: J. Lacan. *Outros Escritos*. Jorge Zahar. pp. 248-264. (Trabalho original publicado em 1967).
- Lacan, J. (2008). *O seminário, livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1955-56).
- Lacan, J. (2008) *O seminário. livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar. (Trabalho original publicado em 1964).
- Lunardelli-Jacinto, A.F., Kupfer, M.C., & Vanier, A. (2017). A posição do psicanalista em um espaço de acolhimento para pequenas crianças e seus pais: da sustentação simbólica à constituição subjetiva. In: *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, 20(4), 673-685. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1415-4714.2017v20n4p673.4>
- Mariotto, R.M. (2015). Diagnóstico e tratamento de crianças em tempos de psicomédicalização. In M. Kamer, R.M. Mariotto & R. Voltolini (Orgs.), *Por uma (nova) psicopatologia da infância e da adolescência* (pp. 288-302). São Paulo, SP: Escuta.
- Mariotto, R.M., Pesaro, M.E., & Merletti, C.K.I. (2020). *Acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições - APEGI: uma leitura do processo de constituição subjetiva da criança e seu desenvolvimento*. Comunicação oral proferida no Minicurso realizado em parceria entre o Lugar de Vida e Associação Psicanalítica de Curitiba.
- Oliveira, B., & Baptista, M. (2010). Grupos de linguagem em saúde mental – Uma proposta de formação terapêutica. In: B. Oliveira, M. Baptista (Orgs.), *Linguagem e saúde mental na infância: uma experiência de parcerias* (pp. 11-22). CRV.
- País, A. (2001). Interdisciplina e transdisciplina na clínica dos transtornos do desenvolvimento infantil. In *Escritos da Criança*, 4, Centro Lydia Coriat, pp. 23-30.

- Pastorello, L. (2006). Movimentos e papéis discursivos na terapia fonoaudiológica em psicopatologia. In L. Pastorello & A. C. Rocha (Orgs.), *Fonoaudiologia e linguagem oral: os práticos do diálogo* (pp 129-150). São Paulo, SP: Revinter.
- Pastorello, L. (2018). Diagnóstico e posição clínica. In A. C. Rocha & M. Baptista. *A criança e a palavra: a linguagem e suas articulações* (pp. 73-84). CRV.
- Pereira, A. S. & Keske-Soares, M. (2010). Patologia de linguagem e escuta fonoaudiológica permeada pela psicanálise. *Psico*, 41(4). Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/4496>
- Rechia, I.C.; Souza, A.P.R. (2010) Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 315-323.
- Sibemberg, N. (2015). Atenção com o diagnóstico: a suspeita de autismo nem sempre se confirma. In A. Jerusalinsky (Org.), *Dossiê autismo* (pp. 96-107). São Paulo, SP: Instituto Langage.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. (2019). Transtorno do Espectro do Autismo. In *Manual de Orientação: departamento científico de pediatria e comportamento*. Recuperado de [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21775c-MO\\_-\\_Transtorno\\_do\\_Espectro\\_do\\_Autismo.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21775c-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf)
- Yañez, Z.A.G. (1997). Desde o verbo de Nicolas - A transferência na terapêutica do instrumental. In *Escritos da Criança - Psicomotricidade*, pp. 46-54.

**Revisão gramatical:** Eduardo Luís Bon de Camargo  
**E-mail:** [dudalbcamargo@gmail.com](mailto:dudalbcamargo@gmail.com)

Recebido em janeiro de 2021 – Aceito em março de 2022.