

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
DISTÚRBIOS DA COMUNICAÇÃO HUMANA**

Dani Laura Peruzzolo

**UMA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR PARA A CLÍNICA DE
INTERVENÇÃO PRECOCE**

Santa Maria, RS, Brasil

2016

Dani Laura Peruzzolo

**UMA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR PARA A
CLÍNICA DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Paula Ramos de Souza

Santa Maria, RS, Brasil
2016

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Peruzzolo, Dani Laura

UMA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR PARA A
CLÍNICA DE INTERVENÇÃO PRECOCE / Dani Laura Peruzzolo.-
2016.

220 p.; 30cm

Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, RS, 2016

1. Estimulação precoce. 2. Desempenho psicomotor. 3.
Sofrimento psíquico. 4. Terapia ocupacional. 5.
Psicanálise. I. Souza, Ana Paula Ramos de II. Título.

Dani Laura Peruzzolo

**UMA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR PARA A
CLÍNICA DE INTERVENÇÃO PRECOCE**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutor em Distúrbios da Comunicação Humana**.

Aprovada em 09 de março de 2016:

Ana Paula Ramos de Souza, Dr.^a (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Luiza Ely Milano, Dr.^a (UFRGS)

Maira Fabiana Brauner, Dr.^a (PUCRS)

Themis Maria Kessler, Dr.^a (UFSM)

Andrea do Amparo Carotta de Angeli Dr.^a (UFSM)

As coisas tão mais lindas

Nando Reis

Entre as coisas mais lindas que eu conheci
Só reconheci suas cores belas quando eu te vi
Entre as coisas bem-vindas que já recebi
Eu reconheci minhas cores nela então eu me vi

Está em cima com o céu e o luar
Hora dos dias, semanas, meses, anos, décadas
E séculos, milênios que vão passar
Água-marinha põe estrelas no mar
Praias, baías, braços, mares, cabos, golfos
E penínsulas e oceanos que não vão secar

E as coisas lindas são mais lindas
Quando você está
Onde você está
Nas coisas tão mais lindas
Porque você está
Onde você está
Hoje você está
Nas coisas tão mais lindas.

Para a minha filha Melissa,
com todo meu amor.

AGRADECIMENTOS

Quando se chega ao final de uma tese cujo tema e problema foram construídos ao longo de vários anos de prática clínica, a lista de agradecimentos contempla mais pessoas do que aquelas que passaram comigo estes dois anos e meio de estudos no doutorado. Então, estas duas páginas, servem também como uma homenagem aos amigos e colegas que estiveram, e estão, comigo desde 1991, quando me formei Terapeuta Ocupacional.

Então, agradeço:

A Katia e Artemis, meus exemplos e referências na passagem de bancária para terapeuta ocupacional. A ideia de “ser vocês quando eu crescesse” vingou e hoje estou aqui: Eu, mulher, terapeuta, docente e mãe.

A Lupy, minha primeira parceira de trabalho, cujas aventuras se estenderam para as cidades, as festas, as praias, os amores, chegando hoje às nossas filhas e famílias.

À equipe da Fundação de Atendimento de Deficiência Múltipla (FADEM), por me fazer Terapeuta Ocupacional em intervenção precoce e por estar disposta a construir uma clínica interdisciplinar em que a ética com o paciente esteve sempre presente, mesmo que isso implicasse discussões calorosas. Aprendi que ser interdisciplinar implica deixar de ser eu, para sermos nós. Deste grupo, destaco as que hoje se tornaram amigas, para a vida toda Camila, Luciane, Carol, Bianca.

Ao meu primeiro orientador, lá no mestrado, Prof. Dr. Danilo, que me convidou a conhecer Paulo Freire, cujas palavras estão tatuadas em minha ética política e esperança no humano para sempre.

A Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) pelo tempo que me disponibilizou para a produção desta tese, e as minhas colegas docentes e técnicas em educação do Departamento de Terapia Ocupacional, principalmente as que extrapolaram os muros institucionais e que hoje dão suporte, alento, carinho e amizade tanto para mim quanto para minha filha. Kayla e Vitória, quando eu achei que tinha encontrado todos na minha vida, eu encontrei vocês.

Aos alunos do curso de Terapia Ocupacional, que a cada encontro desdizem a ideia rousseauiana de que se educa uma única vez. O brilho no olhar de vocês quando conhecem Terapia Ocupacional, alimenta o desejo de continuar sendo um agente neste processo. A Deise, em especial, por ser minha escudeira fiel nos

atendimentos clínicos dos casos apresentados, cujos olhares e palavras, enriquecem parte desta tese.

As minhas colegas de PPG, Inaê e Francine, que compartilharam comigo os ensinamentos da Prof.^a Ana Paula.

Aos docentes e à secretária do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Distúrbios da Comunicação Humana, pela dedicação e paciência.

A minha querida orientadora, Prof.^a Ana Paula, que me resgatou do anonimato, me ofereceu a possibilidade de, juntas, criarmos, em Santa Maria, uma clínica em intervenção precoce, me apresentou e me ensinou o novo que deram uma outra imensa dimensão sobre quem são os bebês e, que me autorizou a alçar voos nunca imaginados, indo muito além desta tese. Foi paciente nos meus momentos de insegurança e vazios intelectuais, mas positiva e didática, carinhosa e disponível para que eu tivesse a certeza de que as pressões desse momento tão importante passariam e ficaria a admiração, respeito e amizade que estamos construindo. Ana, estou com você, na busca pela criação de uma clínica ética e eficaz para os bebês de Santa Maria.

Aos professores que compõem a banca de defesa da tese Luiza Ely Milano, Maira Brauner, Themis Kessler, Andréa Angeli, cujas contribuições são muito valiosas para mim.

E finalmente, voltando a minha origem, aos meus pais Darcy e Gladis e meus irmãos Cleandro, Simone e Dariano por seguirmos nos divertindo com nossas histórias ainda hoje, mesmo em um tempo de “adulterz” em que isso fica mais difícil. Porque, depois que tudo passa, é bom poder achar “muito engraçado”.

RESUMO

Tese de Doutorado
Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
Universidade Federal de Santa Maria

UMA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR PARA A CLÍNICA DE INTERVENÇÃO PRECOCE

Autora: Dani Laura Peruzzolo
Orientadora: Ana Paula Ramos de Souza
Santa Maria, 09 de março de 2016.

Nesta tese objetivou-se construir e analisar a efetividade de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor como estratégia para tratamento em intervenção precoce de bebês a termo e prematuros, com risco ao desenvolvimento e/ou risco psíquico. Como objetivos secundários, reuniram-se referenciais teóricos que integram uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor*, a partir de estudos sobre desenvolvimento infantil, aspectos estruturais e instrumentais, os principais elementos conceituais psicomotores: esquema (EC) e imagem corporal (IC) e sobre a clínica em intervenção precoce. A tese tem cunho qualitativo, longitudinal, clínico quase experimental. Faz parte de um estudo que avalia bebês com objetivo de identificar se existe diferença nos resultados dos protocolos PRÉAUT, Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil (IRDIs) e Denver II, entre prematuros e a termo. A estratégia da tese foi de investigação a partir de estudo de casos múltiplos. A amostra foi por conveniência, sendo um bebê nascido prematuro e um a termo, identificados com risco psíquico e/ou atraso no desenvolvimento no estudo acima citado. Os bebês foram tratados em intervenção precoce por um terapeuta ocupacional, e deu-se a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor, por três e cinco meses, respectivamente. Os atendimentos acontecerem uma vez por semana, e foram filmados e relatados em diário de campo. As filmagens foram utilizadas para identificar cenas que contribuíssem na discussão sobre a eficácia ou não do tratamento em intervenção precoce baseado na Hipótese de Funcionamento Psicomotor. Os resultados foram obtidos comparando os objetivos traçados e os efeitos do tratamento, identificando-se as estratégias de abordagem. Os dois casos clínicos confirmam que a irregularidade psicomotora apresentada como problema de atraso no desenvolvimento psicomotor em ambos, combinado a agitação psicomotora em um caso, pode ser tratada a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor, pois considera a singularidade da interpretação dos sintomas como um anúncio do bebê sobre si e sobre o outro, pautado pelo exercício familiar em que o bebê é estimulado a fazer/ser. Confirma a sensibilidade dos protocolos PRÉAUT e IRDIs para detecção de risco de atraso no desenvolvimento e/ou psíquico. Os resultados reforçam a tese de a hipótese do funcionamento psicomotor tornar-se um procedimento de avaliação fundamental na clínica com bebê. Enfatizam a importância da interpretação sobre o efeito da construção da IC sobre o EC do bebê em uma relação dialética com seus pais. A IC é interpretada a luz dos conceitos psicanalíticos de função materna e paterna para garantir os lugares de suposição de sujeito desejado e castrado, a partir do lugar do *sinthoma* dos pais. O EC é tomado como o funcionamento motor e cognitivo que anuncia o lugar psíquico em que a IC está sendo elaborada, rompendo com a ideia de tratamento comportamental para bebês. Sob a ótica de um terapeuta ocupacional, a clínica da intervenção precoce construída por meio de aportes da clínica psicomotora tomada como um fazer/ser, pode ser utilizada para o tratamento de bebês que apresentam atraso no desenvolvimento com sintomas de aquisições motoras, cognitivas e psíquicas que devem ser interpretadas a luz de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Palavras-chave: Estimulação precoce. Desempenho psicomotor. Sofrimento psíquico. Terapia ocupacional. Terapia de fala. Fisioterapia. Psicanálise.

ABSTRACT

Doctoral Thesis
Pos graduate Program in Human Communication Disorders
Federal University of Santa Maria

OPERATING AN EVENT PSYCHOMOTOR FOR EARLY INTERVENTION CLINICAL

Author: Dani Laura Peruzzolo
Advisor: Ana Paula de Souza Ramos
Santa Maria, 9 March 2016.

This thesis aimed to build and analyze the effectiveness of a Psychomotor Operating Hypothesis as a strategy for treatment in early intervention term and preterm babies at risk for the development and / or psychological risk. As a secondary objective, gathered theoretical frameworks that integrate a Psychomotor Working Hypothesis, from studies on child development, structure aspects and instruments, the main psychomotor conceptual elements: Schema (EC) and body image (IC) and the clinical intervention early. The thesis has qualitative character, longitudinal, clinical quasi-experimental. Is part of a study evaluating babies in order to identify whether there are differences in the results of PRÉAUT protocols, Child Development Risk Indicators (IRDIs) and Denver II, between preterm and term. The thesis of the strategy was research from multiple case study. The sample was for convenience, being a baby born preterm and full term, identified with psychological risk and / or delay in development in the study mentioned above. The babies were treated in early intervention by an occupational therapist, and gave up from a psychomotor working hypothesis for three and five months, respectively. The visits occur once a week, and were filmed and reported in a field diary. The footage was used to identify scenes to contribute in the discussion on the effectiveness or otherwise of treatment in early intervention based on the Psychomotor Working Hypothesis. The results were obtained by comparing the stated objectives and effects of treatment, identifying the approach strategies. The two cases confirm that psychomotor irregularity presented as delay problem in the psychomotor development in both with a psychomotor agitation in one case, that can be treated from a psychomotor working hypothesis, considering the uniqueness of the interpretation of symptoms as a announcement Baby on themselves and on the other, guided by family year in which the baby is encouraged to do / be. Confirmed the sensitivity of PRÉAUT, IRDIs and protocols for delay detection risk in the development and / or psychological. Results reinforced the thesis that a psychomotor working hypothesis is an important procedure for evaluation in the clinic with baby. They emphasize the importance of the interpretation of the effect of the construction of IC on the baby EC in a dialectical relationship with their parents. HF is interpreted in light of the psychoanalytic concepts of maternal and paternal role to ensure the desired places subject to assumption and castrated, from the place of the parents of the *sinthome*. The EC is taken as the motor and cognitive functioning announcing the psychic place where the IC is being prepared, breaking with the idea of behavioral treatment for babies. From the perspective of an occupational therapist, clinical early intervention built through psychomotor clinic of contributions taken as a do / be, can be used to treat babies who have developmental delay with symptoms of motor skills, cognitive and psychological that They should be interpreted in light of a psychomotor function hypothesis.

Keywords: Psychomotor performance. Psychic suffering. Occupational therapy. Speech therapy. Physiotherapy. Psychoanalysis.

LISTA DE SIGLAS

ABP	–	Associação Brasileira de Psicomotricidade
AVDs	–	Atividades de Vida Diária
DDST	–	Denver Developmental Screening Test – Denver II
EC	–	Esquema corporal
Enunsil	–	Enunciação e Sintoma na Linguagem
FADEM	–	Fundação de Atendimento de Deficiência Múltipla
HFP	–	Hipótese de funcionamento psicomotor
IC	–	Imagem corporal
IRDIs	–	Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil
Msls	–	Membros inferiores
MsSs	–	Membros superiores
PPG	–	Programa de pós-graduação
PPGDCH	–	Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana
<i>PRÉAUT</i>	–	<i>Programme Recherche Evaluation Autisme</i>
RTCA	–	Reflexo Tônico Cervical Assimétrico
SIC	–	Segundo informações colhidas
SNC	–	Sistema nervoso central
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV	–	Televisão
UFSM	–	Universidade Federal de Santa Maria
UTIN	–	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIs	–	Unidades de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Convenções de transcrição	95
Quadro 2 – A tentativa de contato	113
Quadro 3 – A oferta do brinquedo, o silêncio na díade	118
Quadro 4 – Trocando olhares pelo espelho	120
Quadro 5 – O jogo de bola	124
Quadro 6 – Um humilde espelhamento, porém fundamental	126
Quadro 7 – Repartindo a bolacha	129
Quadro 8 – O jogo de bola	134
Quadro 9 – Brincando de mamãe	139
Quadro 10 – Entre a terapeuta e a mãe: a Mãe	141
Quadro 11 – Tirando o terceiro de cena.....	157
Quadro 12 – Um encontro para reconhecimento	162
Quadro 13 – Um encontro solidário	164
Quadro 14 – Mais uma criança que gosta de cosquinhas... o trivial que passa a existir	170
Quadro 15 – Já propõe uma brincadeira.....	172
Quadro 16 – Mecanismos enunciativos do processo de aquisição da linguagem.....	216

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ASPECTOS ESTRUTURAIS E INSTRUMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ	21
2.1 ASPECTOS ESTRUTURAIS DO DESENVOLVIMENTO	25
2.1.1 O biológico e suas interfaces.....	25
2.1.2 Aspectos psíquicos e suas interfaces.....	29
2.1.3 Aspectos linguísticos e suas interfaces	40
2.1.4 Aspectos cognitivos e suas interfaces	48
2.2 ASPECTOS INSTRUMENTAIS DO DESENVOLVIMENTO.....	56
3 A PSICOMOTRICIDADE	65
3.1 CONCEITOS BÁSICOS EM PSICOMOTRICIDADE.....	68
3.2 ESQUEMA E IMAGEM CORPORAL	72
4 DETECÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOSES	79
4.1 HISTÓRICO E PRINCÍPIOS GERAIS DA INTERVENÇÃO PRECOCE: REFLEXÕES DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL	79
4.2 DETECÇÃO PRECOCE: DO OLHAR DOS MARCOS EVOLUTIVOS AO OLHAR SOBRE O SUJEITO.....	86
5 METODOLOGIA	91
5.1 A FORMULAÇÃO TEÓRICA E ANÁLISE DA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR	91
5.2 DESENHO DA PESQUISA DE CAMPO	92
5.3 COLETA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	94
5.4 ASPECTOS ÉTICOS	96
6 RESULTADOS	97
6.1 ESTUDO DA COMPOSIÇÃO TEÓRICA DA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR	97
6.2 CASOS CLÍNICOS.....	105
6.2.1 Caso clínico 1: menina T.	110
6.2.1.1 <i>O encaminhamento</i>	110
6.2.1.2 <i>A avaliação da terapia ocupacional até à produção da Hipótese de Funcionamento Psicomotor</i>	112
6.2.1.2.1 <i>A primeira reflexão sobre a díade</i>	112
6.2.1.2.2 <i>A avaliação e a Hipótese de Funcionamento Psicomotor – em que também o tratamento se deu</i>	114
6.2.1.2.3 <i>Segunda avaliação em intervenção precoce pela terapeuta ocupacional</i>	123
6.2.1.2.4 <i>Terceira sessão: a Hipótese de Funcionamento Psicomotor como caminho clínico</i>	133
6.2.1.2.5 <i>Quarta sessão: novos encontros</i>	136
6.2.1.2.6 <i>Quinta sessão: do deslocamento à confirmação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor</i>	141
6.2.1.2.7 <i>Sexta sessão: a entrevista</i>	144
6.2.1.3 <i>Considerações finais do caso clínico 1, menino T.</i>	145
6.2.2 Caso clínico 2: menino A	150
6.2.2.1 <i>O encaminhamento</i>	150
6.2.2.2 <i>A avaliação da terapia ocupacional até à produção da Hipótese de Funcionamento Psicomotor</i>	151

6.2.2.3 A primeira sessão: conhecendo quem parecia não querer ser conhecido	151
6.2.2.3.1 O menino conforme relato da mãe e da avó materna	152
6.2.2.3.2 O relacionamento com o pai, relatado pela mãe e pela avó materna.....	154
6.2.2.3.3 O menino observado pela terapeuta	155
6.2.2.4 A segunda sessão.....	160
6.2.2.5 Análise da entrevista feita com a mãe	166
6.2.2.6 A Hipótese de Funcionamento Psicomotor	167
6.2.2.7 A confirmação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor.....	169
6.2.2.8 Avaliação até a 9ª sessão	174
6.2.2.9 Considerações finais do caso clínico 2, menino A.	176
7 DISCUSSÃO GERAL	181
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
REFERÊNCIAS.....	189
APÊNDICE A – OS PROTOCOLOS DENVER II, PRÉAUT E IRDIS	201
APÊNDICE B - REFLEXOS ARCAICOS E O DESENVOLVIMENTO HUMANO	207
APÊNDICE C – AQUISIÇÕES POSTURAIS E HABILIDADES MOTRIZES NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DO BEBÊ	209
ANEXO A - DENVER II.....	213
ANEXO B – INDICADORES DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	215
ANEXO C - QUESTIONÁRIO PRÉAUT	217
ANEXO D - MECANISMOS ENUNCIATIVOS DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM	219

1 INTRODUÇÃO

Esta tese foi elaborada considerando-se as inquietações provocadas durante os anos de clínica como terapeuta ocupacional em intervenção precoce. Estas foram sendo construídas e reconstruídas à medida que se produzia a formação teórica e também prática no tratamento de bebês e no acolhimento dos pais. O encontro interdisciplinar com outros campos de saber como Fisioterapia, Fonoaudiologia e Psicanálise e as necessidades atribuídas aos bebês e seus pais sempre deram a ideia de que existe uma especificidade a ser considerada no tratamento de crianças entre zero e quatro anos; tempo, esse, destinado para a clínica da intervenção precoce.

Então, antes de eu chegar à pergunta que provocou a produção desta tese, alguns conceitos foram sendo agregados ao meu repertório, tanto teórico quanto prático, apresentados, a seguir, para situar de que forma o tema proposto chegou ao lugar de destaque que pretendo estudá-lo.

Situa-se como tema a clínica de intervenção precoce, pautada por um terapeuta único, sustentado por uma relação interdisciplinar, considerando aportes psicomotores para supor a condução do tratamento.

Para apresentá-la, optei em trazer seus conceitos clássicos, apesar da nomenclatura da época, *estimulação precoce*, hoje ser substituída por *intervenção precoce*. Isso se deve ao fato de a primeira terminologia ter sido questionada, pois provocava o entendimento de que era necessário estimular organicamente um músculo, uma postura, uma atitude e, por isso e com isso, ser atribuída a propostas educacionais comportamentais. Com os estudos e a prática clínica, alguns terapeutas de referência passaram a considerar a necessidade de marcar também, na nomenclatura, um lugar diferenciado para a abordagem que considera, e toma a escuta de um sujeito, em processo de desenvolvimento, na relação com seus pais. Uma mudança que tenta garantir a possibilidade de intervir na relação entre mãe-bebê-pai considerando que é deste lugar que todo o restante do processo de desenvolvimento se dá. Talvez, um nome mais apropriado ainda esteja por vir, algo do tipo intervenção em tempo, que contemple a ideia de uma intervenção antes que sintomas se cristalizem em uma estruturação patológica. Por hora, considerando a ampla utilização e entendimento, mantenho este termo.

Compartilho do conceito de intervenção precoce, com aqueles que a defendem como uma disciplina terapêutica; ou seja, um atendimento clínico que acontece nos primeiros três a quatro anos de vida do bebê. Um atendimento especializado no processo de desenvolvimento de bebês nessa faixa etária, que inclui tomá-lo em tratamento considerando seu processo de amadurecimento neurológico, suas construções motoras, sensoriais, e seu processo de constituição psíquica, cognitiva e linguística. Além disso, e, tão importante, quanto, é oferecer aos pais a possibilidade de compreenderem seu filho além das dificuldades enfrentadas a partir de limites que são, muitas vezes, biológicos, oferecendo experiências para o reconhecimento de uma filiação.

Para que isso aconteça, é necessário que o terapeuta tenha uma formação diferenciada, específica para o bebê e as questões que envolvem a maternidade e a paternidade no período destacado, e não uma formação focada sob um único aspecto, como o motor, o cognitivo, o psíquico, a fala ou o social. Assim, defende-se uma formação focada para as questões que envolvem todo o processo de desenvolvimento motor, sensorial, e a constituição psíquica, linguística e cognitiva do bebê até seus quatro anos, e que também considere o impacto na formulação dos papéis familiares e de suas funções: materna e paterna.

Um formato que tem contribuído muito no atendimento a uma população tão específica como essa é a formação de equipes interdisciplinares, nas quais o terapeuta em intervenção precoce pode ser um só, e escolhido a partir do diagnóstico do que está efetivamente obstaculizando o processo de desenvolvimento do bebê e sua constituição na relação com seus pais. Obviamente, não se descarta nos atendimentos de graves transtornos do processo de desenvolvimento, como na encefalopatia crônica da infância, que dois terapeutas possam ocupar a posição terapêutica inicial, pois diante, por exemplo, de uma disfagia e de sintomas corporais importantes, não se pode abrir mão de algumas especificidades da intervenção instrumental. Cabe, no entanto, ressaltar que, ainda assim, a intervenção deve ser integrada pela forma como os terapeutas consideram a constituição do bebê e de sua família e na condição de colocar tanto os aspectos instrumentais como os estruturais no mesmo nível de importância. A experiência clínica atual indica que um terapeuta possa seguir sendo a referência, o elo de união dos discursos das disciplinas necessárias. Então o terapeuta é único ou é um terapeuta de referência, sustentado por uma equipe interdisciplinar. Mesmo nos

casos em que não há como fugir de mais de uma intervenção, como em encefalopatias motoras em que a Fisioterapia e Fonoaudiologia precisam atuar inicialmente pelo grave quadro corporal e risco de disfagia, é importante que um dos terapeutas assuma o papel de referência na integração do discurso remetido aos pais. Por isso, a importância de os terapeutas terem, ao menos, reuniões sistemáticas sobre o caso, e, quando possível atuarem em conjunto no mesmo espaço clínico, o que cria uma identidade de grupo terapêutico perante a família (BORTAGARAI; PERUZZOLO; SOUZA, 2015).

As experiências que tenho, neste campo, foram adquiridas no meu percurso como terapeuta, acolhidas em uma equipe interdisciplinar para tratamento em intervenção precoce. Nesse período de 23 anos, a indicação de que um terapeuta ocupacional deveria atender foi produzindo a especificidade instrumental dessa profissão para o tratamento do bebê, indicando um campo de saber em que esse sujeito era sustentado na produção de seus fazeres cotidianos. Seria deste lugar que a criança se punha a desenvolver aspectos tanto motores, quanto cognitivos, psíquicos, linguísticos e sociais. E, aos pais, o tratamento consistia na possibilidade de construírem e reconstruírem seus papéis parentais no cotidiano.

Como terapeuta ocupacional, tive a oportunidade de compreender que a práxis defendida pela profissão encaixa-se perfeitamente na clínica composta pelos pais e seu bebê e a terapeuta, no atendimento em intervenção precoce. Também entendia que meus estudos em psicanálise sobre a constituição subjetiva produzida na relação entre a tríade mãe-bebê-pai, ajudavam-me a identificar os processos pessoais e os efeitos produzidos pelas angústias, ansiedades, desejos enfrentados pelos pais quanto às necessidades e às aquisições do filho.

Durante algum tempo, tanto os estudos quanto o tratamento clínico em intervenção precoce, na abordagem terapêutica aqui apresentada, foram pautados pela psicanálise como suporte para interpretação e intervenção junto aos pais, na lógica de que seriam eles os responsáveis por modificar o quadro patológico de seu filho. Isso ajudava os terapeutas com formação de base na reabilitação sobre o corpo, o cognitivo, a linguagem e o social, a encontrarem outro espaço de aposta para a possibilidade de conquistas para o bebê.

É a partir deste ponto de vista que se apresenta a reflexão desta tese: considerando o olhar de terapeuta ocupacional que compreende o sujeito

constituindo-se como ser biológico, cognitivo, psíquico e social no tratamento de bebês e seus pais.

A busca constante de aportes teóricos que dessem sustentação à especificidade de aspectos instrumentais da minha profissão e, que, também, considerasse as especificidades de aspectos estruturais como as questões biológicas, sociais e psíquicas para a constituição do bebê, considerando a relação estabelecida com seus pais, possibilitou-me encontrar, nos conceitos de psicomotricidade, um espaço teórico onde uma interlocução poderia ser possível.

Apesar de a psicomotricidade ter tido sua origem nos conceitos neuromotores, autores, como Henri Wallon em 1925 (2007) e Julian de Ajuriaguerra (1976), conseguiram deslocá-los para estudos também no campo da Psicologia, considerando os efeitos emocionais, afetivos e do meio ambiente, sobre o movimento humano.

Desse modo, esta ciência passou também a ser considerada útil para o tratamento de afecções motoras em que se consideravam as influências da cultura, do meio ambiente e das relações afetivas e emocionais produzidas pelos efeitos dos diagnósticos e prognósticos identificados em relação aos limites biológicos. Porém, não havia discussão suficiente para colocar a psicomotricidade à disposição de terapeutas que estivessem envolvidos no tratamento de crianças.

Foi nos anos de 1970 que os conhecimentos da psicanálise começaram a produzir uma nova reflexão sobre os conceitos psicomotores. As teorias freudianas, kleinianas, de Françoise Dolto, Laca e de Winnicott, por exemplo, debruçaram-se mais sobre a origem e os efeitos psíquicos e relacionais sobre o movimento de seus pacientes. Nesse período, os dois principais conceitos fundantes em psicomotricidade, *Esquema Corporal* e *Imagem Corporal*, passaram a ser estudados não só como pressupostos para o conhecimento do mundo e de si na perspectiva de uma autoimagem. Os aportes psicanalíticos bastante destacados em Françoise Dolto (1984 [2012]), Jean Berges (1988, 2008) e Esteban Levin (1995, 2001, 2003, 2011) passam a considerar a psicomotricidade, cujos conceitos são postos para a análise de um sujeito, como indicador dos efeitos de sua psique sobre o corpo, seus movimentos, sua postura, sua relação com o mundo.

No Brasil, em 1991, durante o V Congresso Brasileiro de Psicomotricidade, Esteban Levin propôs a mudança de interpretação sobre o olhar dos transtornos

psicomotores. Ele defendeu um deslocamento da terapia psicomotora para o que chamou de *clínica psicomotora em transferência*.

Esta distinção será apresentada posteriormente nesta tese; porém, para o momento, é importante compreender-se que a psicomotricidade é acolhida pelos profissionais que apostam em mais do que a recuperação via treinamento e orientações para o transtorno patológico. Passa-se a trazer a psicomotricidade para identificação do que o sujeito faz e como compreende seu potencial motor, intelectual e psíquico, avançando na clínica de maneira que, na transferência, possa-se oferecer um espaço de reconhecimento e de transformação de si na relação com o mundo e com o outro.

Esse deslocamento, sustentado por aportes psicanalíticos, direciona o foco não mais para os transtornos psicomotores exclusivamente, mas se detém, conforme afirma Levin (1991, p. 151), “na estrutura dos transtornos”.

Este percurso respondeu algumas das questões que a prática produzia, e, é claro, provocou outras. A tese, aqui apresentada, trata sobre uma dessas perguntas, que surgiram durante meus aprofundamentos teóricos organizados por minha atual orientadora, mas que já me perseguia durante um bom tempo na prática clínica.

Quando iniciei os estudos em Benveniste, tive a oportunidade de ler a tese de Surreaux (2006), a qual defendia uma *Hipótese sobre Funcionamento de Linguagem*. Seu percurso como fonoaudióloga, seu referencial psicanalítico e sua clínica na linguagem, apresentou-me o caminho para a transformação da angústia, que um saber deslocado produz, para a ansiedade curiosa da busca da resposta à pergunta que então foi elaborada:

É possível produzir uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor para a clínica em intervenção precoce, considerando os aspectos psicomotores como uma condição singular e instituído a partir da relação com o Outro, em bebês nos dois primeiros anos de vida?

Com base nesse questionamento, a presente tese foi desenvolvida tendo por objetivo:

- Construir e analisar a efetividade de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor (HFP) para a formulação de objetivos e estratégias para a intervenção precoce em bebês a termo e prematuros, com risco ao processo de desenvolvimento e/ou psíquico.

Os objetivos específicos são:

- Apresentar e discutir os referenciais teóricos que podem integrar uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor*, a partir de estudos sobre o processo de desenvolvimento infantil e sua interface entre estrutura e instrumentos, sobre os dois principais elementos conceituais da psicomotricidade: esquema e imagem corporal e sobre a clínica em intervenção precoce.

- Analisar os efeitos da formulação da *Hipótese de Funcionamento Psicomotor* na proposição e sucesso de intervenção precoce nos casos estudados.

- Analisar a diferença entre as informações obtidas a partir de uma avaliação psicomotora que considere a presença, ausência e habilidade dos elementos que compõem o processo de desenvolvimento psicomotor, com a *Hipótese de Funcionamento Psicomotor*.

A clínica em intervenção precoce tem alcançado *status* importante para o tratamento dos bebês com afecções motoras relacionadas a comprometimentos biológico, intelectuais e/ou psíquicas, ou com risco de instalação de uma, devido às questões específicas durante a gravidez, parto e pós-parto.

A cada ano, os serviços oferecidos às gestantes se qualificam, e aumentam também as intervenções no pós-parto para os bebês, tanto com diagnósticos de síndromes e malformações, quanto pela prematuridade. Os bebês, em especial os prematuros, e seus familiares, têm sido acompanhados longitudinalmente, por mais tempo e com maior rigor, por equipes de saúde especificamente criadas para dar conta das demandas destes bebês, o que tem produzido mudanças na intervenção precoce, antes focada apenas nos bebês com questões orgânicas de tipo sindrômica ou lesão neurológica.

A realidade vivida em Santa Maria, RS, tem trazido, para intervenção precoce, bebês com até 15 dias de vida. Alguns desses bebês receberam diagnósticos que antecipam a identificação de um transtorno motor, como por exemplo, uma lesão neurológica; outros indicam a necessidade de acolhimento aos pais e investimento especializado no processo de desenvolvimento do bebê, como síndrome de Down. Há, por outro lado, um acompanhamento muito próximo aos bebês prematuros no Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), que produz demanda para as equipes de intervenção precoce, sobretudo a partir da pesquisa na qual se insere esta tese, que introduziu os sinais PRÉAUT (PRÉAUT, 2013 – APÊNDICE A; ANEXO A) e os Índices de Risco ao Processo de desenvolvimento (IRDIs) (KUPFER, 2008 – APÊNDICE A; ANEXO B;) na realidade deste serviço.

Deste modo, a cidade acompanha o crescimento de uma especificidade crescente no Brasil, o seguimento de bebês prematuros, agora com uma sobrevida maior do que antigamente, pelo avanço das pesquisas na área da medicina (CORONADO, 2014; DINIZ, 2009) e na qualificação de equipamentos. O bebê prematuro faz parte do grupo de bebês com risco ao processo de desenvolvimento, sendo tomado também em pesquisas que têm apresentado evidências de que “crianças com história de prematuridade têm pior desempenho em testes percepto-motores” (MAGALHÃES, 2012, p. 253).

Somado a isso, os instrumentos, IRDIs e PRÉAUT, que avaliam o risco de produção de transtornos ao processo de desenvolvimento considerando a relação afetiva entre o bebê e quem exerce a função materna¹: a mãe, na condição de Outro Primordial, tem trazido para o campo da intervenção precoce, bebês que ainda não produziram sintomas, e que, talvez, nem o produzam. Porém, esses, são bebês que devem receber um olhar mais atento das equipes de saúde, por meio do qual será possível propor uma intervenção quando é percebido que algo não vai bem e quando existem grandes chances disso se transformar em um sintoma que anuncie uma estruturação psicopatológica e/ou obstaculize o seu processo de desenvolvimento.

Considerando este público tão heterogêneo, que inclui desde os bebês com diagnósticos e prognósticos reservados definidos, até aqueles que apresentam, na relação afetiva, sinais de fragilidade, ou seja, os primeiros, muito próximos do que realmente existe de potencial para atraso no processo de desenvolvimento; os segundos, tomados somente como um indicador de que algo não está bem, é necessário seguir buscando alternativas para qualificar ainda mais o atendimento e acolhimento de bebês e seus familiares.

Para chegar aos resultados e poder discuti-los, foi necessário construir um percurso teórico sobre o bebê, sobre intervenção precoce e psicomotricidade. A reflexão sobre esses temas estão nos cinco capítulos a seguir apresentados.

¹ Para a clínica em intervenção Precoce, a função materna desloca da personalização ou da sexualização de quem exerce a função, e assume um campo de suposição de desejo: desejo de filiação do bebê (CORIAT, 1997, p. 31). Neste sentido, tanto os termos *mãe* quanto o termo *função materna* serão utilizados nesta tese para colocar em discussão os lugares (real, imaginário e simbólico) atribuídos a quem sustenta a constituição do bebê. Isso implica poder considerar que a função materna também apresenta a função paterna, tradicionalmente atribuída ao pai, porém, para a psicanálise está na ordem da lei (Nome-do-Pai) (DOR, 1992). Este conceito será melhor discutido no capítulo 2. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Processo de desenvolvimento do Bebê.

O Capítulo 2 apresenta a escolha teórica utilizada para expressar sob que ótica é possível pensar o processo de desenvolvimento e a constituição do bebê nos seus primeiros dois anos de vida, dando ênfase à relação que se estabelece entre o bebê e sua mãe.

O Capítulo 3 apresenta a história e os estudos atuais sobre a intervenção precoce sob a ótica de uma terapeuta ocupacional, pautada por uma clínica interdisciplinar.

O Capítulo 4 trata dos conceitos psicomotores, de sua origem como disciplina até os tempos atuais, justifica e apresenta o percurso teórico para o problema desta tese: a possibilidade de se produzir uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor* que conduza o tratamento clínico em intervenção precoce.

No Capítulo 5, apresenta-se o percurso metodológico e os pressupostos éticos utilizados na produção desta pesquisa.

No capítulo 6, são apresentados os elementos teóricos utilizados na proposição da Hipótese de Funcionamento Psicomotor e dois casos clínicos em intervenção precoce, nos quais analisamos a pertinência dos elementos propostos na referida hipótese, de modo a produzir uma discussão teórica sobre este caminho teórico- metodológico e seus efeitos clínicos.

Os capítulos 7 e 8 encaminham o leitor para a discussão geral e considerações finais, respectivamente.

Por sugestão da banca de qualificação, e, considerando o caminho teórico definido, optou-se por deslocar do corpo do texto para os Apêndices, o conteúdo que apresenta descritivamente as etapas do processo de desenvolvimento tanto motor, quanto cognitivo e também as breves apresentações dos protocolos de avaliação, citados na tese.

Este material poderá ser utilizado para consulta quando for importante compreender o que socialmente ou clinicamente está sendo exigido e esperado do bebê em seu processo de desenvolvimento.

O lugar de Apêndice, nesta produção teórica, reforça a ideia de que, realmente, deve ser considerada, porém não é a principal questão a ser evidenciada quando vamos avaliar e tratar um bebê. Trata-se de, a partir do que o bebê sabe e faz, produzir novos saberes e fazeres.

2 ASPECTOS ESTRUTURAIS E INSTRUMENTAIS DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

O bebê, assim como todo humano, em suas etapas de vida evolutiva, tem sido desmembrado pelos estudos em campos conceituais distintos. Além das disciplinas preparadas para acolher os problemas que afetam esta etapa do processo de desenvolvimento, como Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Psicologia e todas as especialidades médicas, também a ciência que se debruça sobre o processo de desenvolvimento infantil, tradicionalmente classifica o bebê em *ser biológico, cognitivo e psíquico*. Entretanto, nem todos os clínicos que atuam com bebês, admitem a necessidade de tratar tais aspectos, simultaneamente, na intervenção precoce, tal como é apontado em estudos clássicos como o de Alfredo Jerusalinsky (1997, 1999) e o de Lydia Coriat (1996, 1997), que expressam a iatrogenia de muitas abordagens para o processo de desenvolvimento do bebê.

A busca teórica do profissional que se especializa em tratar de bebês, ao compreendê-los como ser humano em processo de desenvolvimento, que deve ser olhado de uma forma global, acaba tendo que se debruçar sobre estes estudos importantes, mas segmentados pela especialidade de quem os produziu. O grande exercício é reunir informações suficientes para compreender o processo de desenvolvimento do bebê e o que o obstaculiza, e considerá-lo imerso e influenciado pelas experiências oferecidas no ambiente no qual está crescendo. Mais especificadamente, considerar todo este aparato posto em uma relação dialética entre o bebê e seu cuidador primordial - neste caso a mãe ou quem exerce a função materna.

O termo função materna foi elaborado no campo freudo-laciano, a partir da descrição feita por Winnicott (1975) quando averiguava algo mais da relação entre mãe e filho que transcendia o exercício dos cuidados corporais, denominado por ele de cuidado de tipo materno. Os cuidados primários relatados por Winnicott pelas vias da sustentação (*holding*), manipulação (*handling*) e demonstração (apresentação dos objetos do meio), tomam uma dimensão além de exclusivamente a manutenção da vida biológica do bebê. Trata-se de considerar também a produção de uma relação de afeto que parte da mãe, depositada no seu bebê. Então o termo função materna promulga a condição de um humano que além dos cuidados, investe também afetivamente no bebê. Por uma questão cultural e histórica, o termo é

associado à mãe, daí o nome função materna, por ser ela a pessoa que desempenha essa função.

No tratamento em intervenção precoce que tem em suas bases teóricas um atravessamento psicanalítico, utiliza-se este termo (CORIAT, 1997; JERUSALINSKY; CORIAT, 1983), considerando que, com isso, está se afirmando a importância do investimento afetivo para o processo de desenvolvimento do bebê. Para a psicanálise, a função materna ocupa o lugar de Outro Primordial, o que sustenta para o bebê a “possibilidade de seu reconhecimento apesar das variações semânticas em que o bebê se inclui” (JERUSALINSKY, 1997, p. 84).

Parte-se da ideia de que a mãe interfere, põe em evolução e constitui um bebê.

Como esta tese traz a reflexão de análise psicomotora sobre o bebê e, considerando, que a psicomotricidade leva em conta as produções do sujeito sobre, e com, o seu corpo tomado como recurso para colocar-se no mundo e nas relações, optou-se pelo exercício da produção teórica que, considerando os aspectos biológicos, cognitivos e psíquicos, pudesse ser interpretada à luz da produção de um sujeito no qual isso se funde: o bebê e todos seus recursos biológicos, cognitivos e psíquicos postos para construir o contato social que tem seu início na relação armada por quem exerce a função materna.

Então, pensa-se, aqui, não mais em fragmentos conceituais, mas sim em um sujeito bebê, que também desempenha um papel importante em seu próprio processo de desenvolvimento. Atualmente, discute-se a condição do bebê como um ser biológico, com registros comportamentais e uma subjetividade inicial, cuja evolução dependeria do nível de investimento do ambiente. Estudos recentes consideram que o bebê apresenta condições iniciais, tratadas como “intersubjetividade inata” (NAGY; MOLNARB, 2013, p. 60). Nagy e Molnarb (2013) deslocam a ideia do bebê *Homo imitans* para um bebê *Homo provocans*². A

² A descoberta da imitação neonatal (MARATOS, 1973; MELTZOFF; MOORE, 1977, apud NAGY, MOLNARB, 2013), coloca a natureza humana em outro patamar de discussão. Este tipo de imitação é considerado uma das mais complexas habilidades sociais que constituem a intersubjetividade inata. As pesquisas sobre a imitação neonatal circulam entre os estudos de etologia humana que demonstram que muitos padrões de comportamentos humanos são universais (expressões faciais de emoção elementares, por exemplo), passando pelas pesquisas que apontam padrões inatos de comportamento (recém-nascidos, com idade média de 36 horas de vida, capazes de apresentarem expressões faciais de felicidade, tristeza e surpresa, na imitação do examinador), até as atuais em que buscam identificar se a imitação neonatal é uma tentativa de “flerte”, de contato motivado do bebê (EIBL-EIBESFELDT, 1970, p. 72) ou trata-se de uma imitação adiada, motivada por estruturas subcorticais (MARATOS, 1973, p. 70). De qualquer forma, hoje o bebê já pode ser considerado, antes

condição do bebê de imitar, muito precocemente gestos dos humanos, pressupõe para a neurociência, segundo Muratori (2014), “um bom funcionamento do sistema de neurônios-espelho e as deficiências deles estão entre os mais precoces indícios de risco de processo de desenvolvimento autístico” (p. 19).

Coriat e Jerusalinsky (1996, p. 6) consideram “sujeito” como aquele que suporta o desejo. Um humano que, tomado pelo desejo de um Outro (função materna = função desejante) e, inicialmente, submetido inteiramente a ele, constrói seu próprio lugar, pautado pelo que sua estrutura familiar e seus recursos biológicos lhe oferecem. É importante destacar que, para a intervenção precoce, estes recursos biológicos (neurônios e sensoriais, por exemplo) também devem ser considerados constituintes de um sujeito. A questão é que esse sujeito, na relação desejante com seus pais, coloca-se ativamente, por meio de olhares, gestos, sons, atos e posteriormente palavras, articulando todos os sistemas biológicos e psíquicos necessários para alcançar esta posição. Este é, então, o sujeito em questão, nesta tese: um ser biológico que utiliza seus recursos pessoais para se instalar na condição de um humano inserido em uma cultura, e que só pode existir se outro humano lhe oferecer as experiências necessárias.

Um raciocínio puramente biomédico poderia supor que o necessário para este bebê é que esteja em condições orgânicas para alcançar seus objetivos evolutivos. Sabe-se, porém, que mesmo os médicos, embora o requeiram a um segundo plano em seu olhar, atualmente, têm admitido que o ambiente combina-se ao aparato motor e sensorial inicial para o processo de desenvolvimento humano, e que este encontro o constitui, tanto do ponto de vista de estrutura psíquica quanto dos pontos de vista cognitivo e linguístico.

Esta complexidade da inter-relação entre o sujeito bebê (biológico, psíquico e cognitivo) e sua mãe (tomada como a que deseja a constituição de um sujeito e que, por isso, oferece, a ele, experiências ambientais e sociais), é o ponto sobre o qual os estudos sobre o processo de desenvolvimento do bebê devem debruçar-se, caso almejem uma compreensão mais dialética do processo constitutivo do bebê e de como se pode intervir quando algo não vai bem, seja no aparato biológico, no ambiente ou em ambos.

Já existe uma singularidade nos primeiros anos de vida do bebê, que transcende o simples olhar sobre marcos evolutivos do processo de desenvolvimento, pois a forma como a díade bebê-mãe articula esta inter-relação é que vai dar o rumo do processo de desenvolvimento do bebê. Isso significa que, para um humano constituir-se como sujeito, ele precisa ser tomado como um ser biológico, psíquico e cognitivo na relação com seu outro desejante.

Nesta perspectiva, toma-se aqui o conceito de processo de desenvolvimento como o processo de transformação global (CORIAT; JERUSALINSKY, 1997, p. 66) do bebê, pois, entre as terminologias utilizadas, é a que consegue abranger os aspectos aqui estudados. Esta dimensão abre possibilidades de supor que o processo de desenvolvimento, sem as amarras de um tempo cronológico, mas considerando uma lógica que abriga o singular a cada bebê, é pautada também pelo investimento materno. Trata-se então de supor um sujeito em desenvolvimento como estando em processo de: conhecimento de suas potencialidades e habilidades; de conhecimento do investimento do Outro e seus efeitos sobre si e vice-versa (os efeitos do investimento do bebê sobre a mãe); reconhecimento do ainda mais externo a ele e ao Outro materno: o Outro paterno, a cultura, o ambiente.

Apresentadas e justificadas as nomenclaturas escolhidas para esta discussão, considera-se agora por que caminho teórico pode-se apresentar este sujeito em processo nos primeiros anos de vida do bebê.

Quando a literatura trata do processo de desenvolvimento, compreende um olhar dirigido ao que lhe estrutura, porém também se ocupa em pensar sobre quais os recursos, as ferramentas pessoais disponibilizadas para qualificar o lugar de sujeito. Coriat e Jerusalinky (1996) propõem uma distinção entre o que seria a estrutura de um sujeito e o que seriam os instrumentos disponíveis para que esse possa manifestar-se.

Os *aspectos estruturais* são o aparelho biológico, mais especificamente o sistema nervoso central; o psíquico e o cognitivo. Já os instrumentos, ou *aspectos instrumentais*, que teriam o papel mais específico de facilitar a constituição do bebê na relação com o mundo, com seus pais e consigo mesmo, seriam psicomotricidade, linguagem (vista, nos estudos clássicos como instrumental de comunicação e de conhecimento), aprendizagem, hábitos, também trabalhados como Atividades de Vida Diária (AVDs), e que para esta tese será defendida sob o ponto de vista da produção de um cotidiano, jogos, também pensados atualmente com maior

abrangência pelo brincar, e processos práticos de sociabilização (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

2.1 ASPECTOS ESTRUTURAIS DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Os aspectos estruturais são pensados como características que constituem o sujeito, e se articulam entre si e com o ambiente. Esses aspectos comportam um processo interno evolutivo que, embora possam ser estudados isoladamente em *aspectos biológico, cognitivo e psíquico*, quando considerados de um modo imbricado, oferecem um espaço para investimento e para a observação do processo de desenvolvimento infantil, tanto com fins de pesquisa como também terapêutico. Apesar de ser necessário considerar os marcos evolutivos do processo de desenvolvimento infantil, a ideia central da perspectiva de processo de desenvolvimento aqui adotada é que não se fique atrelado à visão da legalidade cronológica das aquisições de habilidades pelo bebê, mas que se procure compreender a dinâmica que alimenta tais aquisições, e a importância do outro nesse processo, uma vez que a intervenção precoce pode alterar o ambiente na perspectiva de obter os ganhos da plasticidade cerebral e também de ter algum efeito epigenético³.

Nesse sentido, apesar de cada aspecto estrutural do processo de desenvolvimento ser abordado separadamente, o exercício será de imbricá-los, mesmo considerando as singularidades de cada conceito, supondo um sujeito em processo de desenvolvimento tomado por toda sua estrutura.

2.1.1 O biológico e suas interfaces

O termo “biológico”, nos estudos que distinguem o que é de estrutura e o que é de instrumento na constituição de um sujeito, é, inicialmente, tratado considerando as funções neuronais e fisiológicas, e seu amadurecimento, inato ao nascimento, e que evoluem à medida que o bebê cresce. Atualmente, agrega-se a esta condição

³ Epigenética refere-se ao controle da expressividade genética por parte do ambiente (MURATORI, 2014, p. 18).

biológica estudos relativos à genética, principalmente nas pesquisas sobre síndromes.

As questões biológicas, por exemplo, desenvolvem-se considerando condições de maturação e crescimento. Segundo Coriat e Jerusalinsky (1997, p. 66), “maturação é um conjunto de transformações que sofrem os organismos ou células até alcançar a plenitude” da estrutura de seu sistema nervoso central (SNC) e da neuromusculatura. Já para crescimento, compreende-se o aumento de tamanho e peso.

Nesse processo de mudança de estrutura, o bebê passa da condição neurofisiológica inicial, regida por reflexos, para atos e gestos voluntários associados ao desejo de interação com o Outro (função materna). Essa maturação, somada ao crescimento físico, deflagra novas necessidades e novos lugares sociais a partir da cultura familiar. De bebê, totalmente dependente, gradativamente, passará a ser criança pequena, pré-escolar e escolar, a depender da conquista de diversas possibilidades instrumentais reconhecidas pelo outro. Tais possibilidades são identificadas pelo ambiente do bebê, a partir da conquista de diversos marcos evolutivos, sendo alguns psicomotores, como sentar, andar, correr, pegar, etc., e linguísticos, como falar, ou a apropriação da independência nos fazeres cotidianos, ou conteúdos escolares, entre outros. Essas habilidades, utilizadas para avaliar a evolução de uma criança e que comumente constituem os testes de processo de desenvolvimento infantil, permitem identificar se uma criança está no curso evolutivo normal que a levará a cumprir seu ciclo vital com a transição para outras fases, como a adolescência, a vida adulta e o envelhecimento. No entanto, são produtos de um complexo processo de relação dos aspectos biológicos com o ambiente, pois não há como ter maturação sem sinapses, e, estas dependem das oportunidades ambientais. Também não há como ocorrer o crescimento físico sem alimentação e cuidados ambientais adequados.

Por isso, para a clínica em intervenção precoce, proposta neste estudo, é necessário que a terapeuta tenha conhecimento desse processo de amadurecimento, porém o tome como processo de desenvolvimento e o considere influenciado pelas relações afetivas estabelecidas entre o bebê e seus familiares, ou seja, as pessoas que constituem o campo do Outro para o bebê.

Nessa lógica, o que, antigamente era tomado simplesmente como reflexos arcaicos que amadureciam naturalmente para gestos voluntários em um tempo de

três a seis/oito meses, por exemplo, são valorizados em sua dimensão também de condições externas ao bebê; ou seja, para que os reflexos se transformem em motricidade semivoluntária e voluntária, é preciso que sejam engatilhados por estímulos ambientais armados numa relação em que o outro empresta sua subjetividade ao bebê para supor gesto e não puro ato motor. Assim, é comum e desejável, por exemplo, que uma mãe interprete o sorriso reflexo como sorriso para ela, pois este será o gatilho necessário para que o bebê um dia sorria de modo voluntário.

Segundo Coriat (1991), os reflexos são reações automáticas desencadeadas por estímulos e tendem a favorecer a adequação do indivíduo ao ambiente. Enraizados na filogenia, provêm de um passado biológico remoto e acompanham o ser humano durante a primeira idade e, alguns, durante toda a vida. Com a maturação do sistema nervoso, os estímulos que desencadeiam reflexos vão provocando respostas menos automáticas, oriundas de componentes corticais, por ativação do sistema motor piramidal. Desse modo, os esquemas de ação, produzidos pelo ambiente, promovem a atividade psicomotora voluntária (Ibid., p. 33), pois permitirão ao bebê engajar-se em um cotidiano a partir do desejo desperto pelo outro, criando sinapses e memórias sensório-motoras fundamentais para o mantelamento perceptivo (GOLSE, 2013). Esse mantelamento perceptivo se dará por meio da integração das informações sensoriais e motoras já, inicialmente, forçadas no próprio ato da amamentação, uma vez que os distintos esquemas sensório-motores estão em ação no momento em que o bebê cheira, toca, saboreia, ouve e vê a sua mãe. É, segundo Golse (2013), fruto de um processo de comodalização perceptiva que será crucial para a emergência da intersubjetividade mãe-bebê. De um ponto de vista piagetiano, poder-se dizer que tal comodalização é fundamental para a emergência da permanência do objeto e da função semiótica que será apresentada posteriormente. Assim, é possível afirmar que as relações ambientais iniciais são fundamentais para que se pense a importância do outro na construção da integração sensório-motora pelo bebê, sem a qual os instrumentais dificilmente emergiriam. Pode-se afirmar, preliminarmente, que essas seriam as bases biológicas necessárias para o engate do bebê com o ambiente na construção de sua psique. Por isso, é fundamental que o terapeuta em intervenção precoce

tenha conhecimento sobre os principais reflexos (APÊNDICE B)⁴ deste período, para que possa criar as situações propícias, sobretudo do ponto de vista psicomotor.

Isso implica tomar os atos reflexos como gestos. Gestos decodificados pelos pais frente ao bebê que se movimenta, e, no caso da clínica em intervenção precoce, podendo ser decodificados, pelo terapeuta, aos pais e ao próprio bebê.

Este significado atribuído ao movimento do bebê pelos pais, e a passagem desse ato motor a gesto intencional pelo bebê, compreendido como um ato dialético entre eles, porque os transforma a cada nova interpelação, foi apresentada por Wallon (2007) como “diálogo tônico-emocional”⁵. Ou seja, é possível tomar e transformar o corpo reflexo em corpo diálogo (YAÑES, 1996, p. 34), daí o movimento na forma de um diálogo tônico.

Este conceito, garante à díade bebê-mãe, a possibilidade de construírem seus discursos motores referindo fome com agito dos braços, cólica com contrações de tronco, chupeta com sugar constante, colo com um resmungo, etc. Já, por parte da mãe, a certeza de que vai oferecer algo que sacie a fome, que massagens aliviarão a cólica, talvez o dedo ou o seio seja mais gostoso que a chupeta nessa hora ou que só o seu colo o acolherá de modo suficiente para atender à demanda do bebê, etc. Esta inter-relação, interpretada, aqui, à luz das questões motoras, qualifica os movimentos motores, mas também suas relações de afeto (psique), cognição e linguagem.

Esses são exemplos da interlocução, para pensar-se o processo de desenvolvimento do bebê, considerando seus aspectos estruturais e instrumentais, articulando-se e diferenciando-se, inclusive, porque este diálogo tônico é o campo para a inscrição da linguagem como condição simbólica do bebê na relação de filiação com sua mãe e, sob a hipótese desta tese, é também campo para inscrição psicomotora; pois à medida que o bebê cresce, os pais vão atribuindo a ele, condições de realizações que antes não seriam possíveis. Os pais colocam o bebê sentado, em pé e o ensinam a caminhar; normalmente, em um tempo cronológico associado à cultura familiar.

⁴ O conteúdo deste Apêndice B, discorre sobre os principais reflexos arcaicos e faz uma reflexão sobre como interpretá-los a luz da constituição de um sujeito.

⁵ Diálogo tônico é definido com o conjunto de intercâmbios mediatizados pelo modo como o bebê é sustentado pela mãe e a maneira como o bebê responde a ela (WALLON, 2007). Este conceito será melhor trabalhado no capítulo 6, sub capítulo Estudos da Composição Teórica da Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Nesse sentido, torna-se relevante a compreensão, também, pelo terapeuta, do processo de aquisições motoras para a mudança de postura do deitado para o sentado, para o gatinho (se houver), o ficar em pé e o caminhar.

Longe de considerar esses eventos apenas como marcos cronológicos importantes, frutos da maturação neurológica a serem almejados e estimulados a qualquer custo, compreendem-se os tempos do bebê, apontados tanto pela ciência quanto pela cultura, como um repertório de investimento para os pais, cujos resultados interferem na relação afetiva entre eles. O terapeuta, em intervenção precoce, terá que trabalhar com a possibilidade de o bebê avançar ou não neste processo de aquisição postural, buscando alternativas para que isso não impeça a criança de seguir desenvolvendo-se e aos pais de seguirem sendo a fonte de inspiração do bebê para suas aquisições⁶.

2.1.2 Aspectos psíquicos e suas interfaces

Para os profissionais que estudam a constituição psíquica e compreendem a importância da relação afetiva entre mãe e bebê, tudo o que foi narrado como condição motora está sob a influência da condição psíquica desta díade.

A psicanálise de crianças, principalmente a que se deteve a estudar o processo de desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida pode ser pensada considerando o exercício do bebê e sua mãe em um espaço das experiências em que se estrutura o desejo de armar relações afetivas entre ambos. Compreendem que as necessidades do bebê, somadas ao modo como a mãe as sacia, e todos os acontecimentos sociais que envolvem este circuito de cuidados, oferecem, ao bebê e à mãe, espaço para a produção de um tipo de afeto único.

Coriat e Jerusalinsky (1997) afirmam que, junto com a necessidade do bebê de adaptar-se à forma como a mãe investe em sanar, inicialmente, suas necessidades, produz-se também o próprio desejo do bebê de ser investido. A afirmação de que é a mãe que, inicialmente, atribui sentido aos fenômenos neuronais e fisiológicos do bebê, e que a este cabe buscar recursos internos para adaptar-se, traz para discussão a grande contribuição da psicanálise para os profissionais que investem clinicamente no processo de desenvolvimento do bebê.

⁶ Tais aquisições são apresentadas no Apêndice C e servem para consulta.

Refere-se aqui a máxima de que a constituição de sujeito dá-se a partir da forma como a mãe interpreta seu bebê, como interage com ele e como apresenta o mundo e a cultura na qual estão inseridos. Para Lévy (2008), esse conteúdo interpretativo e propositivo da mãe está pela via de suas produções inconscientes (fantasmas maternos)⁷, que direcionam o nível de investimento tanto em cuidados quanto em afeto ao bebê.

Essa concordância interpretativa da mãe sobre o bebê, quando é preciso oferecer alimento, por exemplo, deixa ambos em um estado psíquico e cognitivo de satisfação e êxtase. Porém, não é só disso que necessitam e produzem. Winnicott (1965 apud CORIAT; JERUSALINSKY, 1997) explica que há uma “expressão de amor” quando trata dos cuidados maternos. Isso implica em colocar em questão também como esse cuidado é realizado. A produção desse cuidado, determinada pelo inconsciente materno, ou seja, também pelos fantasmas maternos, é que vai colocar em função toda estrutura biológica, cognitiva e psíquica do bebê.

Ferreira (1997) afirma que, a maneira como a mãe interpreta os movimentos do filho, como transforma isso em diálogo tônico e em linguagem simbólica, tem a ver com o seu repertório de vida, suas histórias, suas experiências e seu desejo de maternagem. A mulher, quando toma a posição de mãe, está também definindo qual a posição familiar do bebê, seu filho, a partir de suas significações anteriores (LÉVY, 2008). Na clínica, é comum escutar dizeres sobre o bebê como “será o que nunca fui”, “terá o que eu nunca tive”. Eles promulgam a necessária agregação de valores vividos pela mãe. E quando as falas referem-se a interpretações sobre os gestos (ou primeiros movimentos motores) como, por exemplo, “está apaixonado por mim”; “está me recusando”, “só dorme se estiver no meu colo”, “já escolhe o ladinho que mais gosta de dormir”, “tem uma força nas mãos, me agarra e não me larga”, “me belisca”, expressam como a mãe está utilizando seus recursos psíquicos para interpretar as manifestações corporais do bebê, atribuindo-lhes estatuto de gesto.

E, pela via do bebê, a psicanálise contribui sustentando que este sujeito em constituição, busca minimizar ao máximo sua ansiedade e desprazer, pois o prazer, o equilíbrio e a continuidade em ser alguém, direcionam a construção psíquica. Isso

⁷ Fantasma Materno: Este recorte fantasmático refere-se a resolução psíquica da mãe sobre o significado do nascimento do filho para a resolução de seu próprio processo de castração. É o lugar que ela coloca o bebê: na condição de objeto para seu gozo eterno (falo) ou no lugar de um outro desejante. Segundo Vorcaro (1999) é preciso transpor a condição de objeto do fantasma (o faló) para a posição de significante do desejo. Isso é mediado pelo processo de castração (DOR, 1992).

pode ser identificado quando, ainda bem pequeno, o bebê oferece partes do corpo para a mãe beijar ou morder ou quando concentra seu olhar no olhar do outro, quando começa a diferenciar seus sons propositalmente (para fome, para chamar a mãe, para pedir colo). Apesar dos movimentos motores iniciarem por influência neuronal, logo eles passam a ser influenciados pelo que o bebê adquiriu de repertório em busca de seu prazer.

A antiga ideia de que o bebê vinha sem referência alguma e que tudo passaria a ser inscrito a partir do nascimento já não é mais aceita. Com isso, consideram-se os efeitos das sensações intrauterinas e também de sua “apetência simbólica” (NAGY; MOLNAR, 2004); ou seja, o recurso pessoal, psíquico que o bebê tem para colocar todo seu repertório na busca do prazer. A singularidade do movimento que o bebê constrói, para fisgar a mãe, está na lógica de um preenchimento do desejo materno. Ou seja, o bebê tem potencial estrutural para ser o que a mãe deseja que o filho seja.

Isso remete a supor-se que haja, também, um processo de processo de desenvolvimento natural vinculado à cultura da mãe; ela espera do bebê gestos relativos a determinadas fases do processo de desenvolvimento; o bebê, percebendo que a agrada profundamente quanto tenta fazê-lo, vai à busca de recursos pessoais para tal.

Uma reflexão teórica interessante é a de Foster e Jerusalinsky (1999) que trata do lugar materno na leitura e no redimensionamento dos primeiros momentos neurológicos e psíquicos até aqui apresentados e de que forma o bebê responde a anseios e reestrutura suas funções motoras e fisiológicas, movimentando seu aprendizado, estruturando-se psiquicamente e reorganizando e avançando em suas condições neurológicas. Essa reflexão é relevante a esta tese, quando se considera o caráter do psicomotor, que abrange o psíquico e o motor em sua composição.

Foster e Jerusalinsky (1999, p. 275) reúnem cinco “engramas constitucionais” que partem da neurofisiologia do bebê, porém interpretadas a partir da influência da relação materna. Os engramas mencionados são os reflexos arcaicos e a gestualidade reflexa, o tônus muscular, o sistema postural e os ritmos biológicos que articulam suas funções para o processo de desenvolvimento do bebê, tomados na relação materna.

Um exemplo desta posição teórica, e que interessa muito a esta tese, é a forma como interpretam a importância dos reflexos arcaicos e a gestualidade reflexa.

Sendo que segundo os autores já referidos, Foster e Jerusalinsky (1999), os reflexos arcaicos têm como característica seu automatismo. Destes, os corticalizáveis perdem este caráter automático e vão servir como os “moldes sobre os quais se estruturarão os processos da aprendizagem inicial e a atividade psicomotora primária” (Ibid. p. 276). O reflexo Tônico Cervical Assimétrico, por exemplo, dá ao bebê a possibilidade de iniciar a coordenação óculo-manual. As ações que compõem este e os outros reflexos, desencadeadas pelas ações da mãe, produzirão mudanças tanto na criança quanto na própria mãe. Os autores chamam esta relação circular de “retroalimentação, em que se modifica a integração da resposta do filho e o que significa a criança para sua mãe” (Ibid., p. 276). Neste sentido, outro exemplo é quando a gestualidade reflexa da expressão de luta contra a asfixia (retificação de cabeça) é interpretada pela mãe como um gesto social indicando força, coragem, iniciativa, etc.

Além desse aparato inicial do bebê que permite o engate com a mãe, ou seja, permite que ela lhe transmita a existência de um projeto para ele como sujeito, como seu filho, que lhe conceda um espaço por meio da suposição de um sujeito, é importante pensar em outros conceitos a partir dos quais a psicanálise explica como essa relação estará armada em termos de desejo e prazer.

É do aparato estrutural relacionado aos componentes psíquicos que vai se tratar agora. Entre tais conceitos estão o de circuito pulsional, o *Fort-da*, o Estádio do Espelho e o objeto transicional, sendo que estes dois últimos podem ser tomados como jogos constituintes (JERUSALINSKY, 1999).

Inicialmente, é importante destacar que pulsão não é instinto e que a satisfação da pulsão não é a satisfação da necessidade. Segundo Laznik (2013) o instinto promove a resposta do bebê e tem nela uma conduta que se adapta em busca da satisfação da necessidade. Já as pulsões, colocam em questão uma dimensão relacional entre o bebê e seu objeto⁸ de prazer (a mãe, por exemplo).

Isso é importante para que o terapeuta da clínica da intervenção precoce considere que a saciedade alimentar não está, necessariamente, “alimentando” psiquicamente o bebê. É o que acontece entre ele e sua mãe, no ato de alimentar, que vai dar conta da produção de um tipo de excitação de satisfação psíquica.

⁸ O objeto é aquilo no qual ou através do qual a pulsão pode atingir seu alvo, mas não é nunca o objeto de uma necessidade e sim o que circula psiquicamente na busca da satisfação aproximando-se do objeto (LAZNIK, 1999).

Na perspectiva da psicanálise, para Lacan a pulsão não é do registro do orgânico (LAZNIK, 2013), mas sim da relação que se busca no Outro. O percurso a ser construído nesta relação, é denominado de circuito pulsional. Um caminho necessário para que a pulsão alcance seu objetivo (PROJETO PRÉAUT, 2010). Este circuito é o que possibilita a satisfação da pulsão, e sua realização acontece em um trajeto de três tempos que fecha no ponto de partida e, só ali alcança o objetivo originário do circuito (LAZNIK, 2013).

Os estudos freudianos e lacanianos situam que aspectos na relação se constituirão no instrumento para a produção desse circuito da pulsão. Os objetos mencionados por Freud são seio, mamadeira e os excrementos. Já Lacan acrescenta dois objetos pulsionais: o olhar⁹ e a voz¹⁰ (LAZNIK, 2013). Esta tese acrescentará o toque que será mais bem discutido nos capítulos a seguir.

Para Laznik (2013), o primeiro tempo refere-se à satisfação que a captura do objeto no mundo exterior pode dar de maneira direta ao bebê. Há um sujeito ativo, e um exemplo pode ser a busca e a tomada do seio (pulsão oral), a busca pelo olhar (pulsão escópica) e a voz (pulsão invocante). Já no segundo tempo, considerado como autoerótico, partes do próprio corpo são utilizadas em substituição para obter satisfação. O bebê está mais reflexivo. Um exemplo seria o sugar de seu próprio polegar. O terceiro e mais importante, porque fecha o circuito pulsional, devolvendo ao sujeito a condição de objeto de gozo do Outro, implica um tempo em que o bebê faz-se, ele mesmo, o objeto com o qual o outro se satisfaz. Um exemplo disso, é quando o bebê oferece seus pezinhos para serem mordidos.

É nesse momento que se dá o fechamento do circuito pulsional. Aqui se instala a instância do Outro, pois o bebê percebe que o júbilo está na relação com algo externo a ele. Também, que não é qualquer objeto que poderá provocar a satisfação que busca, mas, sim, um em especial: o Outro Primordial encarnado pela mãe, na maior parte das vezes. E, tão importante quanto, este terceiro tempo marca, a partir de Lacan, a importância fundamental da participação do bebê para o fechamento do circuito pulsional (LAZNIK, 2013).

⁹ Mesmo sendo tratado aqui como espaço psíquico, o olhar também é tomado no campo da neurociência em que é considerado o estímulo mais potente, “capaz de colocar em movimento os processos neuroevolutivos que estão na base da intersubjetividade” (MURATORI, 2014, p. 23). A atenção construída pelo bebê na interação face a face acelera a maturação das competências sociais da criança.

¹⁰ Discutida na qualidade de *manhês* no subcapítulo Aspectos linguísticos e suas interfaces.

Quando o bebê compreende que precisa colocar-se estrategicamente em contato com o Outro para invocá-lo, seu olhar, sua voz, seus gestos estarão dispostos para que o olhar, a voz e o toque da mãe preencham suas necessidades psíquicas de prazer. O terceiro tempo do circuito pulsional coloca a pulsão como uma articuladora entre significante e corpo (PRÉAUT, 2010). Cada parte do corpo do bebê e de sua mãe será registrada pelo bebê como campos distintos de prazer. A imagem que o bebê estará produzindo de que ele não está no outro e vice versa, que poderia estar na condição de uma angústia, poderá ser recheada de prazer, visto que também está sob seu investimento o prazer encontrado quando a mãe reconhece o gesto e morde o pezinho oferecido, por exemplo. Essa imagem é montada a partir daquele que desempenha a função materna, ligada ao campo do Outro, pois é ele quem marca, subjetivamente, que compreendeu o gesto e também delinea o corpo do bebê, já que será preciso responder ao pedido do bebê, olhando, falando, tocando.

A construção de Brenner (2011) sobre a hipótese de um quarto tempo pulsional, vem ao encontro do aqui exposto. A autora considera que o bebê precisa transcender à alienação provocada pelo prazer vivido na cena do terceiro tempo. Ou seja, cabe ao bebê, também, compreender sua condição de retirar-se dessa cena. Não ficar à mercê do prazer eterno do Outro, “deixando claro que já pode fazer sua escolha de satisfação” (p. 79). O bebê está ativo na produção da cena em que se torna objeto de prazer. Não é quando está com fome, pois chora para que seja oferecido alimento; como também, mesmo com o olhar de gozo da mãe por vê-lo comer, recusa o alimento se não estiver mais com fome; e, assim, por diante.

Brenner (2011) atribui ao outro parental a construção desta possibilidade. É preciso que, quem exerce a função materna, marque e apresente a função paterna¹¹; e, o outro, que encarna esta lei (Nome-do-Pai, que institui a castração).

¹¹ Função paterna: este conceito está dirigido à condição de uma função simbólica denominada pela psicanálise como “Nome-do-Pai”. Uma operação em que o pai está em uma condição metafórica para marcar o registro da lei, da interdição à relação fálica de uma mãe (que não consegue produzir a leitura do filho como alguém que ter algo a dizer além do que ela pode interpretar). É importante destacar que, como diz o nome, são “funções”, tanto materna quanto paterna, então podem estar, e, normalmente estão, instaladas em um mesmo agente. Está entre os papéis da função materna reconhecer, apresentar, autorizar, instalar a função paterna. Para que a lei da castração seja submetida ao bebê, é preciso que os personagens (mãe e pai) também tenham se submetido a ela. Para Lacan (*A formação do inconsciente*, 1958), isso se dá na constituição do Complexo de Édipo (DOR, 1992).

Assim, para que o quarto tempo do circuito pulsional se inscreva, a criança precisa que a declaração de amor do outro parental já possa também ter sofrido o interdito do corpo. Sem essa inscrição simbólica no outro parental, a criança fica na posição de dúvida se pode insistir nesse quarto tempo sem correr o risco de se perder de seus pais (BRENNER, 2011, p. 84).

Os registros deste funcionamento psíquico podem ser pensados considerando os aspectos estruturais do processo de desenvolvimento, pois a pulsão tem sua fonte no real da necessidade fisiológica, que Freud chamou de apoio: e, deste lugar, o bebê vai reconhecendo seu contorno interno e externo; com as ações intercambiadas com quem desempenha a função materna, elaboram-se os ritmos biológicos, por exemplo. Também haverá um funcionamento imaginário, característico da fantasia e da vida autoerótica: em que o bebê vai reconhecendo partes de seu corpo quando chupá-los ou mordê-los, passando a diferenciar objetos e seus efeitos sobre ele, pois morder um pé e uma chupeta é diferente.

O terceiro tempo como sendo também o campo de fechamento de um processo em que o instrumental esteve à disposição para alcançá-lo, tempo que afirma ao bebê que seus gestos intencionais alcançaram seus objetivos, ou seja, acontece aqui o registro simbólico da articulação dos desejos do bebê com os desejos da mãe: o desejo humano é, inicialmente, o desejo do Outro. O bebê, já conhecendo partes de seu corpo, antecipa, pela memória, quais partes são mais atraentes para o Outro e, propositalmente, coloca todos estes recursos (biológicos, psíquicos e cognitivos) em ação para fazer-se olhado, falado e tocado pela mãe.

Este conceito é importante para o terapeuta em intervenção precoce, pois deflagra a intensidade da relação entre bebê e sua mãe, e vice-versa. Quando na díade, estabelece-se o terceiro tempo do circuito pulsional é possível compreender que estão acontecendo as primeiras experiências relacionais tanto no corpo, quanto na perspectiva intelectual e psíquica do bebê. Já, para a mãe, considera-se que ela toma o bebê como objeto de seu prazer, que coloca seu olhar, sua voz e seu toque para encontrá-lo em uma zona de puro gozo.

Esta relação fusional é suscitada pela posição particular que a criança mantém junto à mãe, buscando identificar-se com o que supõe ser o objeto de seu desejo. Esta identificação, pela qual o desejo da criança se faz desejo do desejo da mãe, é amplamente facilitada, e até induzida, pela relação de imediação da criança com a mãe, a começar pelos primeiros cuidados e a satisfação das necessidades [...] Este objeto suscetível de preencher a falta do outro é, exatamente o falo (DOR, 1992, p. 81).

Porém é preciso retomar que, para que o bebê se ofereça à mãe como objeto, ele precisou supor que, em alguns momentos não foi tomado pela mãe como objeto de prazer; ou seja, a mãe não deve estar presente todo tempo. Já para que esta mãe não esteja ali, ela precisa atribuir ao seu gozo, uma interdição (função paterna instalada na função materna). Ela precisou não estar presente todo tempo para que o bebê produzisse o momento de colocar-se ativamente a seduzi-la e, posteriormente, possa abrir mão desse prazer, no quarto tempo pulsional.

Essas experiências relacionais vão oferecendo ao bebê outros campos de subjetivação referidos em teorias importantes para compreender o deslocamento do bebê na relação com sua mãe, como o complexo de Édipo, que tem em seu percurso a instalação de um novo lugar simbólico para o próprio bebê na relação com sua mãe.

Algumas pesquisas atuais estão sinalizando a existência de uma sensibilidade do bebê quanto ao olhar da mãe. A expressão facial do Outro estaria na condição de algo sendo dito. Laznik (2013), no relato de um caso clínico, identifica o desencadeamento com o desvio de olhar e uma agitação em forma de choro de um bebê que atendia, segundos antes de voltar-se em direção à mãe e falar-lhe sobre a hipótese de refluxo no bebê que havia percebido naquele momento. Para a autora, ela havia reproduzido o olhar de preocupação da mãe, espelhamento que produziria a angústia de contato no bebê. Já Ami Klin, psicólogo e Ph.D. em Psicologia, relata pesquisas na área da detecção do autismo precoce, em que a quantidade de vezes que o bebê olha para o rosto materno é indicador de risco de autismo¹².

Os registros corporais simbolizados a partir da forma como a mãe intervém no bebê produzem nele sua própria imagem. A teoria de Lacan de 1949 (2001), sobre o Estádio do Espelho, trata deste reconhecimento, por parte da criança, de sua imagem distinta da imagem do outro. Uma imagem que já foi antecipada pela mãe quando olhou, falou e tocou em seu filho, supondo o lugar da lei, da função paterna.

Ela foi tomada por Lacan como um momento fundante da instância do Eu. Na experiência de ver-se, a criança assume uma imagem fora da imagem da mãe. Até então, a criança construía sua imagem unicamente sob a imagem apresentada pelo

¹² Palestra disponível em: <http://www.ted.com/talks/ami_klin_a_new_way_to_diagnose_autism?language=pt-br>.

próprio olhar materno. Este olhar é o primeiro espelho apresentado ao bebê, no qual ele ainda se vê fragmentado, sem fazer diferença entre o que é ele e o que é a mãe. Ele é o que lhe é oferecido pela mãe: na amamentação ele é a boca e também o seio, por exemplo. Segundo Levin (2001), a criança está dentro da mãe, ou seja, neste espelho materno. Quando a mãe fala com seu bebê, ele é o que lhe é falado. O Estádio do Espelho vem para deflagrar à criança que ela e a mãe não são um.

É importante destacar que esta interpretação de que “somos dois” deveria estar produzindo um “terceiro” sujeito. O primeiro é a mãe, o segundo é o bebê construído na mãe e, somente a partir das experiências especulares, segundo Lacan, entre os seis e dezoito meses, ele fora da mãe, é que terá efetivamente um sujeito terceiro (o bebê), constituindo-se como diferente.

Elsa Coriat (1997) considera que para que um “terceiro possa aparecer” ele precisa compreender que eles não são um. Esta distinção se efetiva no Estádio do Espelho.

Winnicott (1975), influenciado pelos escritos lacanianos sobre o *Estádio do Espelho*, destaca que o “percurso do espelho é o rosto da mãe” (p.153). O autor constrói um referencial teórico que fortalece a importância do rosto da mãe para a constituição subjetiva do bebê. Dizendo que suas reflexões são pertinentes aos bebês que possuem visão, Winnicott (1971) defende que o rosto da mãe é especialmente o espelho no qual o bebê deveria se ver.

O autor seguiu sua reflexão referindo que, quando um bebê olha para o rosto de sua mãe, deveria ver a si mesmo. “Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com o que ela se parece, acha-se relacionado com o que ela vê ali*” (WINNICOTT, 1971, p. 154). Um rosto materno, transmutado pela suposição das demandas do filho, que visto pelo bebê o coloca na posição de desvendá-lo.

Seguindo a lógica teórica, aqui apresentada, é possível supor que, tanto o olhar, quanto a voz e o toque podem informar para o bebê, recursos para esta identificação.

Esta busca constante para manter-se objeto de gozo materno que vai sendo interpelada pela presença da lei, o terceiro como dito anteriormente, coloca o bebê em outra posição na relação afetiva com o Outro. O bebê já compreende que o Outro materno afasta-se, que não surge a todo, e qualquer, pedido dele; que nem sempre está disponível para deleitar-se em um gostoso terceiro tempo do circuito pulsional. É preciso encontrar recursos psíquicos para suportar esta ausência,

compreendê-la não como um *desamor*, mas sim como um tempo necessário para que outras instâncias instalem-se na vida do bebê.

A experiência *Fort-Da*, que aparece formalmente em crianças por volta dos 18 meses, é apresentado por Freud, em seu artigo *Além do Princípio de Prazer* de 1920 (1996), como uma brincadeira que revela os recursos empregados pelo bebê para compreender esta nova posição materna. Ele analisa a brincadeira de vai-e-vem que uma criança organiza com um carretel, referindo que, quando a criança consegue evocar uma ausência, é aí onde se sustenta uma condição psíquica para o simbólico e, respectivamente, o acesso à linguagem. Esta brincadeira, que se dá pela produção ativa da criança em evocar a presença e a ausência do objeto, é para a psicanálise um momento constitutivo da história do sujeito (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007). Articula-se como um evento em que a própria criança produz a experiência da presença e ausência de um acontecimento em que normalmente não teria gerência: a presença e ausência da mãe, por exemplo. Neste jogo, é a criança que domina o tempo da presença e da ausência, da renúncia e do acolhimento do objeto. É aqui que se experimenta a interpretação psicanalítica de que “a ausência é evocada na presença, e a presença, na ausência” (Ibid., p. 160).

Este é um conceito bastante importante para a clínica da intervenção precoce, pois afirma quanto na díade, o afastamento do outro materno está sendo registrado psicologicamente pelo bebê, em função da alternância entre presença e ausência. A necessidade da ausência para que haja angústia, e para que o bebê produza recursos pessoais para evocar a presença, indicará a qualidade da produção relacional existente entre a mãe, o bebê e o ambiente. Destaca-se que, pela via da psicanálise, é possível explicar não apenas a busca do bebê em entender o fenômeno da ausência para evitar o desprazer (*Além do Princípio do Prazer*, Freud, 1920), mas também a busca em dominar este evento, põe o bebê a acessar a linguagem, pois se cria a necessidade de registro do ausente, ou seja, emergirá a função semiótica, cuja evolução dependerá do funcionamento da linguagem.

Todo esse percurso psíquico do bebê, que o coloca em uma condição subjetiva de inserir-se no social, ampliando seus recursos psíquicos, mas também motores na forma de gestos e de conhecimento de mundo, culmina com a produção do seu primeiro grande ato criativo: a criação do Objeto transicional (WINNICOTT, 1975). Esse Objeto representa uma tentativa para diminuir a angústia da separação de seu mais prazeroso objeto: a mãe, e do leite que ela provocava

ao entrar em relação com ele. Por isso, o bebê escolhe algo que a represente em sua ausência.

A constituição da identidade do sujeito tem início nas primeiras semanas de vida, quando o bebê experimenta uma ilusão de onipotência por ter ao seu alcance tudo o que precisa: o seio, o calor da mãe e todos os cuidados. Aos poucos, o bebê vai percebendo que há uma diferença entre a sua ilusão e a realidade. A primeira desilusão acontece quando ele percebe que o seio da mãe não faz parte dele e nem depende de sua vontade para existir. Manifesta-se, então, uma tentativa de manter-se iludido por meio da criação de um objeto simbólico da figura materna, chamado objeto transicional (WINNICOTT, 1971). O bebê identifica e escolhe, ou inventa, cria, imagina um objeto fora dele, como representante do objeto faltante (mãe ou seio materno, por exemplo), mas não como uma representação da figura materna real, e sim do que ela representa para o bebê. O objeto transicional comporta a posição do bebê em sua confrontação significativa, ou seja, a relação do bebê com o objeto transicional está como “um significante que representa o sujeito para outro significante” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007).

A relação entre o bebê e o “objeto transicional” é denominada “fenômeno transicional” e acontece num espaço imaginário e simbólico que tem o mesmo nome.

Então, um objeto constitui uma espécie de materialização de fenômenos transicionais. Estes fenômenos transicionais colocam a díade mãe-bebê novamente na condição não de atores reais, mas referem a confrontação de significantes tanto maternos quanto do bebê, na perspectiva necessária de desinvestimento ao objeto de gozo (o bebê para a mãe e a mãe para o bebê). O fenômeno transicional, a partir do objeto transicional, ajuda a díade a suportar a necessária separação, tanto real quanto simbólica.

Fica claro que, para a clínica da intervenção precoce, o relato dos pais quanto à produção de fenômenos ou à escolha de objetos transicionais pelo bebê, são indicativos de que o processo de constituição de sujeito está se dando de forma natural. À medida que o bebê consegue sustentar psiquicamente a ausência da mãe, por meio das conquistas cognitivas, psicomotoras e linguísticas que irá fazer, irá necessitando cada vez menos do objeto transicional. A função semiótica aqui desenvolvida é fruto de um funcionamento de linguagem que se dá na díade mãe-

bebê e que se inaugura a partir do diálogo corporal, tema que merece algumas reflexões importantes para esta tese.

2.1.3 Aspectos linguísticos e suas interfaces

Para a elaboração de uma interface entre os aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento, teoricamente, a fala está sustentada nos elementos que compõe os instrumentos naturalmente disponíveis no aparato humano, e poderá ficar ali se tomado como campo de interpretação da forma como o sujeito colocar-se a falar no mundo. Contudo, trabalha-se aqui da condição estruturante de sujeito, pautada pela teoria enunciativa que vai dar ênfase ao olhar voltado à representação que o próprio sujeito faz ao se apropriar da língua no ato enunciativo e que, com isso, “define o indivíduo pela construção linguística particular de que ele se serve quando se enuncia como locutor” (BENVENISTE, 1991, p. 281).

Propõe-se aqui tomar estas construções linguísticas na ordem da estrutura do sujeito, pois é deste lugar de falante, falante a outro; de ouvinte, ouvinte de outro, que o bebê colocará em funcionamento seu aparato fonoarticulatório (como instrumento) de forma única, singular e representativa do lugar que ocupa na cadeia enunciativa.

Benveniste oferece, no campo da linguística, a ideia de que a linguagem é um sistema de referências pautado por um trinômio *eu-tu-ele*. O locutor (Eu) que se apresenta como “a pessoa que enuncia a presente instância de discurso que contém *eu*” (BENVENISTE, 1991, p. 278). Eu, referido a um outro (Tu). Este “tu” é o indivíduo alocutado no discurso pelo *Eu* (locutor), “presente instância de discurso contendo a instância linguística *tu*” (Ibid., p. 279). E, a terceira pessoa, o *ele*, é uma “não-pessoa” (p. 283), e representa o “membro não marcado da correlação de pessoa” (p. 282). Benveniste, ainda destaca que, para que uma fala seja tomada como discurso, ela precisa estar endereçada de um Eu para um Tu, e que, ao mesmo tempo, haja a antecipação deste Eu que este Tu também é um sujeito subjetivado e na cultura, então terá algo a dizer. E é neste circuito produzido pelo processo de subjetivação na linguagem, que as posições se revezam, marcadas pela cultura. Benveniste diz que os sujeitos estão na linguagem, produzindo um discurso que, apesar de ser individual pelo funcionamento da língua, deve se constituir na cultura (Ele) que permeia estes sujeitos. Só assim, um homem falando

a outro homem e, supondo um ingresso comum na cultura, é que se dá o lugar da linguagem na vida. Há uma subjetividade na linguagem, uma comunicação intersubjetiva (BENVENISTE, 1991).

Alguns autores, no campo da aquisição da linguagem (SILVA, 2009) e nas reflexões clínicas sobre os distúrbios de linguagem (CARDOSO, 2010; RAMOS; FLORES, 2013; SURREAUX, 2006) deslocaram essas reflexões sobre o caráter intersubjetivo da linguagem para analisar como a criança inscreve-se na linguagem, avançando na produção de uma clínica fonoaudiológica que considere a linguagem não só como instrumental no processo de desenvolvimento enquanto meio de comunicação, mas também sua condição que anuncia um modo de ser no discurso.

Considerando a afirmação de Benveniste de que “É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem” (BENVENISTE, 1991, p. 285), pode-se inferir sobre o encontro entre a mãe e seu bebê. Um caminho enunciativo produzido de tal forma que, nos primeiros momentos da vida do bebê, tanto o Eu quanto o Tu estão ancorados na suposição de sujeito instaurada na função materna, e se manifestam no discurso materno quando ela fala por si e pelo bebê. As possibilidades crescentes de ocupação de seu lugar de fala pelo bebê e a distância que a mãe mantém ao supor que sempre o bebê tem algo a dizer e sobre o que ela não tem plena certeza, permite que o bebê passe a reconhecer o que suas manifestações comunicativas causam no outro.

Acredita-se que tal processo esteja ativo desde os primórdios do processo de desenvolvimento infantil, nas protoconversações iniciais (PARLATO-OLIVEIRA et al., 2010). Momentos nos quais o bebê ainda não fala, mas pode vocalizar, gesticular, olhar, enfim, produzir sinais comunicativos que são interpretados pelo adulto e traduzidos em linguagem pelo interlocutor (RAMOS; FLORES, 2013).

Segundo Silva (2009), é por meio da enunciação que a criança inscreve-se na linguagem. Ela constitui-se sujeito do discurso (Eu) à medida que é falada, constituída pelo discurso do outro (Tu), banhada pela cultura da filiação (Ele). Para a autora, é preciso considerar tanto a intersubjetividade (estrutura da enunciação) quanto à construção do conhecimento linguístico (estrutura de sua língua), no ato enunciativo. A autora traz, com isso, para a discussão de uma forma articulada, tanto o domínio gramatical quanto o processo de semantização da língua que se dão no ato enunciativo.

Cabe ressaltar que a subjetividade de que fala Benveniste, deslocada para o trabalho de Silva (2009) é diferente da noção de subjetividade do campo psicanalítico. Embora haja uma relação entre a constituição subjetiva e aquisição da linguagem, ambos os processos apresentam distinções que devem ser levadas em consideração¹³.

A teoria benvenistiana, deslocada para pensar-se a constituição da linguagem recoloca a importância do tipo de sustentação oferecida pelo adulto ao bebê (RAMOS; FLORES, 2013), crucial para a emergência de um lugar de fala ao bebê.

Considerando o primeiro mecanismo enunciativo exposto por Silva (2009), Kruehl (2015) analisou a importância da mutualidade mãe-bebê como aspecto subjetivo que permite que a mãe atribua um lugar a seu filho e, ao mesmo tempo, por homologia e interpretância do sistema verbal da mãe sobre o sistema semiótico não verbal do bebê, possa preencher o turno de fala pelo bebê, até que ele próprio o faça. Portanto, a autora destaca a importância da leitura que a mãe faz (ou quem faça a função materna) sobre as manifestações corporais do seu filho. Nesse contexto, ela empresta sua subjetividade, pois se identifica com o bebê por um dia ter sido cuidada, e sua cognição verbal para que o bebê tenha os elementos para construir a própria subjetividade, cognição e conhecimento linguístico. A autora também observa em seu estudo que comparecem nas manifestações maternas tanto fala endereçada ao bebê, com ou sem *manhês*, quanto fala sobre o bebê em que comenta com terceiros sobre o que se passa com seu filho. É importante pontuar que, além da fala, a homologia e interpretação podem ocorrer em pleno silêncio, o que indica que a mãe está interpretando mentalmente e fornecendo a provisão necessária ao bebê sem necessariamente traduzir tudo em fala dirigida ao bebê.

No campo psicanalítico, no entanto, importa muito a fala dirigida ao bebê, sobretudo aquela que se utiliza do *manhês*, porque ela transmite muito mais do que os conhecimentos gramaticais ou uma posição enunciativa: é algo da ordem do desejo da mãe pelo filho. Catão (2009) apresenta o termo *manhês* para identificar o modo especial de fala que a mãe e outros cuidadores utilizam quando dirigem a palavra ao bebê, já desde a vida intrauterina. Quando essa antecipação, ou essa

¹³ Os mecanismos enunciativos considerados por Silva (2009) estão contidos em uma tabela apresentada no Anexo X.

fala ao bebê vem acompanhada de uma “manifestação jubilatória da mãe sob a forma de palavras carregadas de uma musicalidade prazerosa chama-se de *manhês*” (OLIVEIRA et al., 2012, p. 6). O bebê percebe as entonações na fala de sua mãe e pode reagir por meio de expressões faciais, como: a elevação das sobrancelhas, o sorrir, o olhar nos olhos da mãe, interpretando e respondendo a esta fala muito singular materna (CATÃO, 2009). Isso alimenta a continuidade do investimento materno criando esse diálogo em que, inicialmente, a mãe com a fala e o bebê com sua gestualidade, estabelecem uma protoconversa, elemento fundamental para o funcionamento de linguagem e para que a voz materna seja evidência de um investimento emocional no bebê (SAINT-GEORGES et al., 2011).

A voz materna serve de “alimento subjetivo” (LAZNIK, 2013, p. 200) para o bebê. Mesmo antes do recém-nascido se satisfazer com a alimentação, ele “identifica a voz da mãe”. É esta voz que apresenta o rosto materno e que acalma o bebê frente às necessidades fisiológicas. Ela também apresenta o mundo (LAZNIK, 2013, p. 72). Alguns estudos importantes nesta área (CATÃO et al., 2009; FERREIRA, 1997; OLIVEIRA; RAMOS, 2012; PIEROTI, 2014) colocam esse diálogo como condição para a constituição psíquica e linguística do bebê e como anúncio do nível emocional materno posto na construção da relação com seu filho. Novamente cabe destacar a diferença entre constituição psíquica e linguística como processos relacionados, mas não idênticos.

Considerando as bases neuroevolutivas para pensar a importância do *manhês*, Muratori (2015) afirma que há uma propensão do bebê a ouvir o *manhês* e que isso tem um papel central para o processo de desenvolvimento dos circuitos neuronais tanto para a linguagem quanto para a intersubjetividade. Uma falha aqui reduziria ainda mais as respostas sociais do bebê, inferindo que “uma entonação verbal rica de prosódia possa ser uma sugestão útil para os pais, a fim de ativar sequências intersubjetivas nas crianças com risco de autismo” (MURATORI, 2015, p. 26).

Para pensar a clínica em intervenção precoce como sendo a que se ocupa de um sujeito em constituição na relação com o Outro, esta discussão é pertinente e ajuda muito a situar a importância do investimento materno considerando seu olhar e sua voz como pulsão de vida, em que alimentam afetivamente o desejo do bebê de ser desejado pela mãe. A voz da mãe, apresentada na forma de um *manhês*, pode

ser discutida aqui como instrumento extremamente eficaz que produz um fígamento no bebê (LAZNYK, 2004).

Contudo, para esta tese, cabe destacar também o efeito do toque (aliado ao olhar e a voz) em que as experiências passam pelo corpo do bebê, receptáculo desses objetos de prazer.

Leite (2004) traz, em seu texto *Corpolinguagem*, uma teorização que busca inscrever a consideração do real do corpo e da língua nos estudos linguísticos a partir de experiências psicanalíticas, ampliando ainda mais o campo de discussão sobre o campo relacional do sujeito ao outro. Traz Lacan quando o mesmo afirma que “- não há corpo sem linguagem, ou não há corpo fora do sentido –, e também a afirmação lacaniana mais complexa de que a ‘linguagem é corpo’” (p.181). Discute o corpo como sentido usual e como sentido simbólico, retornando a psicanálise para afirmar que “o sujeito falante não é um corpo, ele o tem” (p.183). Então para que este corpo transcenda a sua condição de organismo puro é preciso que seja marcado afetuosamente tanto pelo olhar, quanto pela voz e pelo toque.

Para Berges (1988), mesmo que existam imitações muito precoces, o corpo não é, inicialmente, um meio de expressão, mas sim um “receptáculo” (p.34). O autor considera que os movimentos da face, e as posturas corporais são inicialmente inerentes, e que, a seguir passam a gestos citando Wallon (2007) quando o mesmo denominou-os de *alienates* (pois buscam voluntariamente serem parecidos com seus cuidadores) e que somente mais tarde estas imitações serão da ordem de imitações diferidas (BERGES, 1988, p. 33). Neste sentido, é preciso supor uma certa competência do corpo, à medida que ele é um receptáculo.

Este conceito não está aqui para defender pensamentos antigos de que o bebê nasce sem inscrição alguma, mas sim para retomar a discussão de que o corpo também deve ser compreendido como campo de inscrição. Este órgão e sua tonicidade, sua motricidade, seu eixo corporal, suas sensações internas, viscerais, seus reflexos, suas posturas, orientação de equilíbrio, de queda, de sustentação estão na condição de colocar o bebê a conhecer-se e a conhecer o ambiente que o cerca. Certamente esta ideia é atualíssima, se for pensada considerando as preocupações quanto à internação de bebês em Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) (MEDEIROS et al., 2010) e aos sintomas psicomotores de bebês cujas mães oferecem colos estando em condições tanto de depressão quanto de euforia, por exemplo (BELTRAMI, 2011).

O toque no corpo que vai desde a roupa que protege o bebê, passando pelo ato de dar de mamar, e todas as ações cotidianas, que incluem o colo para acolhida, chegando aos beijos, sopros e mordidinhas, alimentam, também o corpo como objeto de satisfação. O bebê passa a compreender que possui, que controla, que coordena sua cabeça, suas mãos e pés (inicialmente), para ir ao encontro do outro que está na condição de “gerador” (uma metáfora, considerando que um receptor só tem função se o gerador a que está ligado estiver funcionando)

Estas marcas são as que atribuem à relação que se está estabelecendo, a condição de simbólica. Afinal, não é a informação da mãe de que vai morder o pezinho do filho que o excita. É sim a forma melodiosa como diz, mas também o olhar apaixonado e o toque carinhoso que o conquista e o faz desejar ser mordido.

Para o terapeuta em intervenção precoce, é preciso reconhecer a bagagem subjetiva que traz a fala, o olhar o toque, tanto para pensar o lugar da mãe quanto o lugar do bebê na díade. Também é importante não perder de vista o papel interpretante da linguagem materna sobre o comportamento corporal do bebê.

Esse papel interpretante também é destacado por Surreaux (2006) ao produzir um deslocamento da teoria benvenistiana para a clínica de linguagem. A autora propõe a subjetividade da linguagem como condição interpretativa para a clínica. A partir de tal conceito e da distinção de *sinthoma* e sintoma produzida na teoria psicanalítica, propõem que a avaliação clínica em linguagem demanda a suposição de uma hipótese de funcionamento da linguagem na avaliação de sujeitos com sofrimentos no processo de comunicação. Isso porque o irregular e seu funcionamento podem ser tomados como único a cada sujeito, visto que anunciam uma forma criativa de estar na linguagem. Deste modo, para além de identificar sintomas de patologias de linguagem, a autora propõe que a intervenção clínica abranja a compreensão do funcionamento de linguagem do sujeito que sofre e de seus interlocutores usuais. Exemplifica, em sua tese casos de crianças pequenas, cuja análise lhe permite a suposição de uma hipótese de funcionamento de linguagem e a proposição de linhas de intervenção precoce nos casos analisados.

A discussão de Surreaux (2006) provoca os terapeutas em intervenção precoce a considerar com maior atenção a questão do *sinthoma* e sintoma na estruturação do bebê. Partindo da concepção de que tanto o *sinthoma* quanto o sintoma são formações do inconsciente, é preciso distingui-los em suas estruturas, para se pensar o tratamento clínico.

Segundo Surreaux (2006), a partir da teoria Lacaniana, o sintoma "é considerado a extensão simbólica de um significante [...]" (p.115). É compreendido também como o sintoma clínico, "o que leva o sujeito a criar demanda de atendimento, é a queixa" (Ibid., p.115). Já o *sinthoma* "é aquilo que é próprio da estrutura do sujeito". É compreendido como um sintoma estruturante, que "organiza o lugar do sujeito" (p.115).

É preciso considerar que este lugar de sujeito, a ser construído na condição de um *sinthoma*, está pela ordem dos desejos parentais interpretados pela própria criança. O *sinthoma* é, na criança, a manifestação do significante, como registro da falta do Outro (Nome-do-Pai), mas é também o que garante a permanência do laço com ele (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 352). O *sinthoma* está em uma condição de recalçamento à angústia dos pais (LÉVY, 2008, p. 60) e, assim, criança "não é, como frequentemente foi referido, o sintoma dos pais, mas seu *sinthoma*, ou seja, mais exatamente, o sintoma da criança faz *sinthoma* para os pais".

Esta condição pode ser identificada nos discursos maternos e paternos, quando referem que o bebê é, por exemplo, exatamente o que eles pensaram que seria: "ativo, brincalhão, teimoso". Ou quando uma criança utiliza gestos, formas de falar, que a identificam com seus pais. Lévy (2008) dá outro exemplo, com uma conotação já mais perigosa para a criança: pensar que a vinda de uma criança possa consertar algo que não está bem na relação de um casal. E, trazendo para discussões mais atuais, a vinda de um filho para cuidar de um irmão deficiente, ou como recurso para a cura de outro filho. A forma como a criança for recalçando (*sinthoma*) ou não (sintoma), é o conteúdo inconsciente que o terapeuta terá para trabalhar.

Segundo Jerusalinky (2008), a forma como o bebê for produzindo soluções aos enigmas e problemas que os fantasmas fundantes da relação com o Outro forem se colocando, é que caracteriza o *sinthoma* ou o sintoma.

Neste sentido, o sintoma então, passa ser o que se destaca da tentativa de resolução deste lugar da criança dado pelos pais e que ela não consegue recalcar, mas que, para Lévy (2008, p. 59) "pede para sê-lo". Está na ordem de uma "manifestação simbólica do real" (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 354), a "expressão de um conflito inconsciente" (Ibid., p. 354).

A clínica com bebês identifica, muito frequentemente, distúrbios (sintomas) como alimentares, enurese, e em destaque para esta tese, distúrbios psicomotores.

Tanto Lacan (1975-1976), quanto Surreaux (2006), tomam esta manifestação sintomática como significante, que representa algo inconsciente da história do sujeito, aqui pensada do bebê, que se origina nas operações primordiais, geralmente vindas da mãe, mas que se trata do Outro Primordial. Nesta lógica, o sintoma, para a psicanálise, deve ser trabalhado para que o que o originou seja possivelmente recalado.

Já para a intervenção precoce, sob a ótica psicomotora, espaço no qual normalmente se via a condição motora e cognitiva do bebê, propõe-se aqui considerar o sintoma psicomotor como um anúncio de como o bebê está conseguindo responder às primeiras informações passadas pela mãe. Seria a resposta psicomotora do bebê, a resolução do fantasma fundante (materno) sobre seu lugar na formulação da cadeia significante produzida pelo seu nascimento.

Surreaux (2006) faz o exercício de pensar o papel do tratamento fonoaudiológico tomando o sintoma também como uma forma do inconsciente.

A autora traz alguns aportes teóricos que também combinam com a discussão desta tese e outros que aprofundam mais pela especificidade dos campos de onde ela fala (a Fonoaudiologia, a Psicanálise e a Linguística) e para quem se dirige. Com formação de base na Fonoaudiologia e com percurso nos campos psicanalítico e linguístico, Surreaux (2006) desloca a teoria benvenistiana da interpretação linguística da forma e do lugar do sujeito falante no mundo (Teoria da Enunciação), com aportes psicanalíticos que discutem o sintoma, para a clínica fonoaudiológica com sujeitos que possuem irregularidades na linguagem, que a autora vai tratar como inusitado, “que toma lugar de maior evidência” (p. 93). E, assim: “Em clínica de linguagem aquilo que falha na linguagem do paciente não pode ser tomado pelo clínico através da pura decifração. Pois circunscrever taxativamente a fala sintomática só faz reforçar o lugar do patológico” (SURREAUX, 2006, p. 91).

Dessa forma Surreaux (2006, p. 92) explica:

Na perspectiva que se está a propor há lugar para o geral (necessário) e para o específico (contingente): no âmbito do geral, trata-se sempre da necessidade de se formular uma hipótese sobre o funcionamento da linguagem; do ponto de vista específico, essa hipótese é da ordem de uma contingência, pois leva em consideração a peculiaridade enunciativa de um estilo de fala.

Com essa discussão, a autora defende uma clínica de linguagem que considere não a supressão urgente do irregular, mas sim uma compreensão de quanto e como o sujeito que fala, está identificado com esse seu jeito de falar (SURREAU, 2006). Trata-se de compreender qual seu funcionamento no ato enunciativo. Isso coloca também o sujeito a considerar sua relação discursiva com o outro, ou com os outros.

Essa teorização é importante para a clínica em intervenção precoce, e será retomada no sub-capítulo Embasamento Teórico da Hipótese de Funcionamento Psicomotor, porque oferece ao terapeuta mais um campo interpretativo sobre o discurso materno e sobre o discurso do bebê, atribuindo aos dois uma condição já muito inicial de que, cada um tem algo a ser dito, e a ser dito um para o outro. Também porque embasa a ideia de que não basta detectar-se “atrasos” ou “sintomas” psicomotores no bebê. É preciso compreender o funcionamento psicomotor do bebê com o outro, para pensar a intervenção precoce.

2.1.4 Aspectos cognitivos e suas interfaces

Quando Coriat e Jerusalinsky (1996) apresentaram a existência de componentes estruturantes do sujeito, influenciados por condições congênitas tomaram o cuidado de apresentar a condição cognitiva (intelectual), não como um aspecto isolado ou como um campo diferenciado, mas como sendo um aspecto oriundo da condição psíquica do sujeito em constituição, na perspectiva de que haja campos inconscientes e conscientes que se articulam intrinsecamente em uma dimensão de estrutura de personalidade e conhecimento de mundo. Winnicott (2000) é claro ao afirmar que a mente é fruto de uma necessidade resolutiva que advém da separação inicial mãe-bebê, que precisará evoluir cognitivamente para entender que sua mãe e ele não são um só. Isso tem um ônus, mas também apresenta em seu âmago a descoberta do si próprio, espaço fundamental e impulsionador do brincar exploratório, que se intensifica no segundo semestre de vida do bebê, e abrirá espaço, por meio de coordenações de esquemas sensório-motores, para a emergência e avanço da função semiótica, base para um brincar simbólico, cuja evolução será maior no segundo ano de vida.

Quando os estudos estão voltados a uma idade tão inicial, de zero a dois anos, compreende-se que não haverá, inicialmente, um processo educativo no

sentido clássico do termo. Então, quando o terapeuta em intervenção precoce for estudar os marcos apresentados por Piaget, por exemplo, no período sensório-motor, não estará instrumentalizando-se para considerar um padrão de saber necessário ao bebê, mas sim precisará compreender alguns recursos utilizados por ele para colocar em ato sua inscrição como sujeito desejante (JERUSALINKY, 1999). Não se trata então de tomar o aparato intelectual para ensinar, mas sim como condição para a produção de desejo, na relação com o Outro.

Esta concepção é necessária para pensar-se a produção do conhecimento no bebê não por uma lógica de educação precoce, em que se poderia ensinar uma mãe a ser mãe e um bebê a ser bebê. Mas sim, pela lógica da intervenção precoce, em que o terapeuta se ocuparia também de entender o processo intelectual e subjetivo necessário para que o bebê conheça a si, ao outro materno e ao mundo. Parte-se da premissa que, para que o bebê sacie suas necessidades, ele passa a compreender a mãe como fundamental para sua sobrevivência, mas precisará compreender que ele também possui recursos para atrair a atenção deste outro. Essa compreensão estaria para os humanos, na ordem do congênito: buscar a satisfação no outro, que inicia como suspensão da necessidade biológica e passa a compor seu aparato relacional para o prazer. Esta busca é que, na lógica das teorias que sustentam o processo de desenvolvimento da inteligência a partir de componentes psíquicos, provoca o bebê a perguntar-se sobre seus limites corpóreos, a interpretar a ação do outro tanto no alimento, quanto na higiene sobre si. É sob este campo que pergunta sobre o que seus movimentos motores e seus barulhos (balbucios) provocam no outro. Também já poderão antecipar o prazer que será obtido quando a sensação de fome, junto com o som da voz e o olhar materno, for identificada no gesto de *dar de mamar*.

A transformação da necessidade do bebê em desejo de estar com o outro materno, representante do Outro Primordial, é o que possibilitará a produção de um campo de conhecimento que estará, como dito anteriormente, diretamente relacionado com o desejo materno de filiação. Para Molina (1996, p. 16) “O sujeito conhece a partir de desejar o desejo do outro desejante, que, encarnado, sustentará a função da aprendizagem”.

Os interrogantes tanto do bebê quanto da mãe sobre o que os gestos são um para o outro, trazidos sob a luz da psicomotricidade como diálogo tônico, e o desejo de compreendê-los, é que vão produzindo no bebê a interpretação sobre seu

contorno corporal – corpo real -, sobre a potência de seus sons, sobre a compreensão de ser um e a mãe ser outro – corpo imaginário, e, finalmente, que existem outros além deles dois e que para cada um diferente dele há algo diferente a ser esperado como inter-relação (nome do pai: função paterna, lei, castração – corpo simbólico).

Esta operação de transformar o corpo real em corpo imaginário e simbólico, sede dos processos da aprendizagem (MOLINA, 1996), ou seja, os interrogantes que partem da necessidade biológica para a satisfação do desejo, implicam um conhecimento sobre si, sobre o outro e o meio que são a origem dos processos da aprendizagem. Isso posto, em gesto (diálogo tônico) e em linguagem pela mãe.

Todo esse processo de conhecimento tomado pela perspectiva da produção de recursos para o desejo de ser desejado, tanto do bebê quanto de sua mãe (ou substituto), dá conta da constituição do conhecimento na criança. Porém, para a intervenção precoce é necessário compreender também como se estrutura este processo de conhecimento e aprendizagem, considerando o potencial intelectual do bebê. Como todo esse conhecimento é registrado, e qual o caminho da produção intelectual do bebê, encontra na Psicologia Genética, a partir da epistemologia do conhecimento de Piaget, uma contribuição.

Alguns dos conceitos piagetianos, quanto ao período sensório-motor, são importantes se tomados como processos de produções intelectuais que o bebê está adquirindo e exercitando. Eles também situam o nível de investimento da mãe sobre o filho, pois atribuem a ela certa ordem cronológica cultural, salutar para o bebê. Isto é, da mesma forma que não se exige que um bebê de três meses caminhe (motor), nem que distinga a si do outro (condição psíquica), também não se exigirá que possua conceito de permanência de objeto, ou conheça sua função.

Considerando o exposto, esta tese se propõe a apresentar alguns dos conceitos piagetianos considerados importantes para a interpretação do quanto a criança está conseguindo apreender das cenas vividas no seu dia a dia, e o quanto consegue colocar seu aparato intelectual para armar as cenas necessárias à busca de prazer. Não se trata de expor a teoria piagetiana de forma integral, e sim alguns conceitos mais relacionados aos recursos intelectuais para a exploração do mundo e, principalmente dos objetos envolvidos no cotidiano familiar.

Segundo Molina (1996), Piaget traz em seu estudo uma lógica estrutural importante na produção do conhecimento, pois ultrapassou a concepção

fenomenológica da inteligência para apresentar uma estrutura de organização intelectual, por meio da descrição e explanação de processos subjacentes à produção de conhecimento.

Piaget concebe o processo de desenvolvimento intelectual como muito parecido com o processo de desenvolvimento biológico, em um período da história da ciência em que não se compreendia o quanto o ambiente efetivamente influenciava a estruturação dos aparatos biológico, psíquico e cognitivo. A ideia de que os atos intelectuais deveriam ser entendidos como atos de organização e de adaptação ao meio (WADSWORTH, 1997), podem ser deslocados para a perspectiva da constituição de um sujeito defendida nesta tese: tanto a adaptação quanto à organização ao meio estão na ordem do desejo de ser desejado pelo Outro. O bebê experimenta e coloca seus recursos internos e externos a serviço de ser o filho desejado pelos pais. Essa proposição é fundamental à clínica de intervenção precoce aqui defendida.

Para compreender o processo de organização e adaptação intelectual, Piaget (1975) propõe quatro conceitos cognitivos básicos: esquema, assimilação, acomodação e equilíbrio.

Piaget usou o termo *esquema* para ajudar a explicar porque as pessoas apresentam respostas mais ou menos estáveis aos estímulos e para explicar muitos fenômenos associados à memória. Esquemas são as estruturas mentais ou cognitivas pelas quais os indivíduos se adaptam e organizam o meio. Eles organizam intelectualmente os eventos a partir de como são percebidos pelo organismo e classificados em grupos, de acordo com características comuns. É comum identificar-se isso, por exemplo, quando o bebê aceita tranquilamente o colo de outro homem que não seu pai, mas que tem a mesma barba que ele. O bebê inferiu uma característica (barba) ao outro paterno, então, por um tempo, haverá uma certa tranquilidade do bebê ao identificar que quem o carrega é alguém de barba.

Já a *assimilação* é um processo que, se bem observado, aponta a produção intelectual do bebê. Já com algumas informações registradas na forma de esquemas, a assimilação é o processo cognitivo pelo qual a pessoa integra um novo dado ou conceito nos esquemas ou padrões de comportamento já existentes. Pela teoria piagetiana, a assimilação não produz mudanças nos esquemas existentes, mas afeta o crescimento deles. Ou seja, o bebê do exemplo anterior, começa a

perceber que existe diferença entre colos, beijos, falas, cheiros dos homens barbudos. Poderá até sentir-se mais seguro com o homem que tem contato com mais frequência, modificando o esquema no sentido de atribuir outros valores aos “barbudos” mais individualmente, porém ainda não atribui outro sentido àquelas faces iguais.

A *acomodação* é a criação de novos esquemas ou a modificação de velhos esquemas. Estas ações resultam em uma mudança na estrutura cognitiva (esquemas) ou no seu processo de desenvolvimento. Isso acontece quando a experiência vivida pela pessoa não consegue ser registrada em nenhum campo de seus atuais conhecimentos. A nova informação vai produzir um novo esquema ou provocará a alteração de algum esquema já existente. É importante destacar que, ocorrida esta acomodação, ou seja, modificada a estrutura cognitiva, o estímulo é prontamente assimilado. Desta via, o bebê que antes ia para o colo de todos os barbudos, passa por experiências em que o colo não saciou suas necessidades e também não produziu o olhar desejanter do outro paterno. Com isso o bebê procura além da barba, a voz, o olhar, o cheiro. Dependendo de como seus familiares apresentarão os outros homens, o bebê poderá produzir um novo esquema intelectual em que os outros barbudos são tios, ou fará uma alteração na estrutura atual admitindo que só existe um que dá o prazer esperado, os outros não, então deve reivindicar o colo só deste.

Piaget chamou de Equilíbrio os estados de balanço entre assimilação e acomodação e desequilíbrio os estados de não balanço entre assimilação e acomodação. Trata-se de um conflito cognitivo em que a criança espera que algo aconteça de uma forma e acontece de outra. Propõe, então que a equilibração é o processo de passagem do desequilíbrio para o equilíbrio. Esses momentos são constantes no dia a dia da criança e faz com que ela busque recursos para assimilar o novo ou o diferente. É a busca constante da criança em manter-se intelectualmente em equilíbrio, mas defrontando-se constantemente com novas experiências que a desequilibram, o que lhe faz avançar em seu processo intelectual. Na perspectiva desta tese, há aqui um encontro também entre teorias, pois a busca de prazer do bebê, também se movimenta quando há o desprazer.

Cabe ressaltar que, embora Piaget não tenha enunciado explicitamente, já que não refletia sobre o campo do Outro, que sua teoria se afina epistemologicamente a esta noção, quando prevê o potencial intelectual do bebê.

Pode-se afirmar que essa potencialidade é impulsionada pelo desejo de ser desejado, campo que induz o bebê a produzir cenas em que experimentou a sensação de prazer. Essa busca pelo momento ideal exige do bebê novas artimanhas, já que o ideal não está nele e sim na relação com o Outro. Vigotsky (1991) foi o teórico que tematizou a influência do ambiente, embora sem levar em conta explicitamente a noção de desejo no aprendizado, com a ideia de zona real e proximal de aprendizagem. É possível pensar que a passagem da zona real à proximal estará sendo influenciada pelo processo de mediação que o adulto faz, e que todo esse processo se dá no campo do desejo, seja ele consciente ou não.

Outro conceito importante na teoria piagetiana é o Conceito de objeto. Adquirido entre o segundo e quinto mês de vida, é o período em que o bebê manifesta consciência de objetos, que não é encontrada no primeiro mês de vida. Também passa a conseguir acompanhar com seus olhos o caminho percorrido pelo objeto, após ele ter desaparecido. Os primeiros conceitos, ainda, têm a ver com os objetos que ele acessa para satisfazer sua necessidade, que inicialmente é a própria mãe, ou mais especificamente, o seio materno. Este é o momento em que ele também está iniciando a compreensão de que não é total. O seio é uma parte do evento que lhe dá prazer. Ele é um objeto, a mãe é outro. A chupeta é outro, que inicialmente pode vir a substituir a *mama*, mas que posteriormente, na condição de objeto transicional, vem para substituir o prazer de estar na presença da mãe quando esta está ausente.

É interessante perceber como o bebê vai assimilando os vários conceitos de objetos que lhe chegam e por que motivo faz isso. A leitura dos conceitos apresentados até aqui já ajuda a produzir um raciocínio em que é impossível deslocar a importância do aparato motor e psíquico para que a criança tenha envergadura na produção da cena ou na capacidade para produzir uma consciência sobre o fenômeno que está vivendo. Isso está pautado por Piaget no que chamou de *Reprodução de Eventos Interessantes*.

Essa reprodução de eventos¹⁴ pela via do empenho ativo do bebê em repeti-los, amplia as experiências do bebê. Para Piaget, somente próximo aos oito meses é

¹⁴ Reações circulares primárias, secundárias e terciárias. As reações primárias surgem na segunda de seis fases (a primeira refere-se ao período dos reflexos) relativas aos dois primeiros anos de vida do bebê (sensório-motor). Ela se expressa pelas adaptações adquiridas, em que há a redescoberta e manutenção de um movimento seu que aconteceu por acaso para o bebê. Nas reações secundárias, terceira fase, o bebê reproduz ações cujo resultado foi considerado interessante pelo bebê e já

que o bebê vai apresentar *intencionalidade* em suas ações. Até então ele recorrerá a outro recurso bastante importante: *uso de meios conhecidos para a solução de novos problemas*. Para isso, a criança precisa já compreender que se o objeto desaparece, ele não se acaba por si só. Ele poderá voltar. Piaget aponta esta formatação de que o objeto existe mesmo não estando presente como *permanência de objeto*. Só com esse conceito estabelecido é que o bebê poderá antecipar suas ações considerando uma intencionalidade e, posteriormente também antecipará uma posição do objeto quando estiver em movimento.

Somente no período entre o oitavo e o décimo segundo mês é que o bebê formaliza todos esses conceitos. Ele, por exemplo, começa a procurar por objetos que desapareceram. Começa a acessar outros objetos como fontes de ação. Para isso, passa a utilizar meios diferentes para chegar a um fim. O conceito de objeto e de sua permanência de existência, somado à antecipação da posição, também ajuda, agora, a antecipar eventos, como chorar antes mesmo de passar o remédio em um machucado, ou ainda acalmar-se só de ver a mãe fazendo sua mamadeira. Três conceitos são os que mais evoluem neste período: o de constância na percepção de *forma* e de *tamanho*, e de que *objetos podem ser os causadores do evento*.

O *conceito de forma* é a condição da criança de atribuir uma forma fixa a um objeto. Isso passa a qualificar ainda mais seus recursos conscientes para a realização ativa de eventos. Se sua mamadeira cai, o bebê sabe que ela está em algum lugar, coloca seu aparelho motor para ir à busca, seguindo-a pelo trajeto que ela fez. Quando a encontra e pega, poderá virá-la para colocar o bico direto na boca, sem precisar experimentar outras partes. Já sabe que é somente dali que sai o leite.

Para o *conceito de tamanho*, segundo Wadsworth (1997) o importante é que a criança passa a fixar o tamanho dos objetos, mesmo estes estando perto ou longe. O tamanho do objeto passa a ser estimado da forma correta no sentido da lembrança que a criança tinha dele. A mamadeira longe não implica mais pensar que é outro objeto. A chupeta da mesma forma. Isso é importante também para

relacionado também a objetos. As reações circulares terciárias acontecem na fase cinco do processo de desenvolvimento sensório-motor e caracterizam-se pela possibilidade de resolução de problemas práticos, em que se ampliam as explorações dos objetos, ampliando o conhecimento sobre eles e sobre os acontecimentos do meio que vai ampliando as significações e noções sobre o objeto, sobre o espaço/tempo, causa e efeito (MARCHESAN et al., 2006, p. 1006).

serem pensados os recursos de meios e fins. O bebê poderá abrir os dedos da mão na amplitude necessária para pegar a chupeta, como tantas vezes ele já fez.

O conceito de causalidade, deslocado do bebê para o meio, é fundamental para se pensar o processo de desenvolvimento do bebê considerando um ponto de união entre os aspectos estruturais: biológico, psíquico e cognitivo. Quando Piaget descreve o evento que o fez perceber que é preciso certo tempo de experiência do bebê, um conhecimento sobre seu corpo e sobre a influência do outro sobre si, para compreender que parte de suas sensações de prazer estão acontecendo porque o outro infere ações sobre ele, está anunciando o terceiro tempo do circuito pulsional, conceito importante para esta tese. Assim, o desejo de que se repita o prazer que o bebê sente quando o balançam, fazem cócegas, beijam os pezinhos, é o impulso para pedir que isso aconteça novamente. Provocar o desejo de ser desejado implica compreender que parte desse evento está na casuística de outro. A ele, o bebê, cabe encontrar recursos (meios para os fins) para provocar o desejo do outro em interagir com ele e a repetir o evento. Oferecer os pezinhos para ser beijado novamente indica que o bebê está produzindo conceito sobre si, pois sabe exatamente qual parte de seu corpo deve ser oferecida para que ele sinta o prazer que sentiu antes. Sabe também a altura, a direção que deve colocar os pés. Reconhece a mãe como o *objeto produtor* do efeito e coloca-se à total disposição da mesma para ser beijado.

Então, retorna-se aqui à questão do uso desses conceitos para os fins clínicos em intervenção precoce. Um bebê desenvolve-se sobre a base de processos de significação (CORITA, JERUSALINSKY, 1997). Nenhuma técnica educativa, e retomando os estudos anteriores, técnica motora, ou uma interpretação psicanalítica por si só, vai dar conta de construir o caminho para o tratamento do bebê de modo isolado, sem a participação ativa do bebê e de sua família.

Uma criança aprende quando se lhe coloca um problema que ainda não está em condições de solucionar, mas só quando a proposta se desenvolveu no espaço contíguo ao nível alcançado, de tal forma que a interrogação se lhe faça possível, e de modo que a questão exista efetivamente, para a mesma criança, como problema a solucionar (CORIAT; JERUSALINSKY, 1997, p. 72).

A citação anterior ressalta a importância de se conhecer a legalidade das aquisições do bebê, tanto do ponto de vista motor, quanto cognitivo, ou mesmo

linguístico, sem, contudo, achar que tal conhecimento e técnicas de estimulação de comportamentos subsequentes são suficientes para a intervenção com bebês. Na estruturação de um sujeito, o prazer na relação com o outro é fundamental para a articulação de todos esses saberes que vão sendo construídos nas experiências diárias.

É importante lembrar, aos terapeutas de bebês, que a criança ideal apresentada por Piaget, que possui todos os recursos biológicos para a construção da estrutura cognitiva não existe, pois na prática clínica estamos às voltas com limites biológicos importantes, e, muitas vezes, associados com sérias dificuldades de algum familiar assumir as funções parentais, o que adiciona a quase impossibilidade de experiências de prazer ao bebê. Por isso, a importância do clínico articular a estruturação cognitiva ao campo do Outro, encarnando ele mesmo esse espaço de prazer e desejo até que algum familiar possa fazê-lo.

2.2 ASPECTOS INSTRUMENTAIS DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Como já foi dito, é preciso fazer uma distinção entre as articulações que constituem o sujeito e os instrumentos dos quais estes se valem para realizar seus intercâmbios com o ambiente.

Considerando o que implica o processo de desenvolvimento dos aspectos estruturais, é possível compreender-se a importância dos aspectos instrumentais para o processo de desenvolvimento do bebê. O conjunto de ferramentas naturais do bebê, colocadas como recurso para a produção de ações que abrangem o reconhecimento de seu próprio corpo e do corpo do outro, passando pelas atividades simbólicas, que são o ponto de contato entre o bebê e sua mãe (BRANDÃO, 1997).

Essas ferramentas, consideradas congênitas do ponto de vista estrutural, precisam ser aprimoradas do ponto de vista instrumental, tanto como habilidade quanto como recurso para produção e reprodução de experiências de vida.

A psicomotricidade, a linguagem (aqui em sua dimensão de comunicação e de veículo de aprendizagem), a aprendizagem, os hábitos, os jogos e o processo de socialização são considerados os instrumentos ou ferramentas utilizadas pelo sujeito para dar conta do que sua estruturação demanda (CORIAT; JERUSALINSKY, 1996).

Há uma complexidade na interpretação de um sujeito bebê que implica considerar seus aspectos estruturais como fato e seus aspectos instrumentais como possibilidades que, inclusive, poderão alterar os fatos (sua estrutura). Ou seja, como, no início da vida, o aparato biológico está em maturação, e os aspectos psíquico, cognitivo e linguístico estão em constituição, e o bebê, ainda, não tem habilidade instrumental, para dar conta do que inicialmente é necessidade e que passa a ser desejo. A mãe empresta seu aparato instrumental e seu desejo para e pelo filho para sustentá-lo em seu cotidiano.

Um exemplo é o processo de desenvolvimento do potencial para alimentar-se. A soma do reflexo de sucção e a necessidade de alimento, que está posto no bebê, é tomada pela mãe como fome, e ela põe-se a alimentá-lo. Com isso, ela sacia a necessidade fisiológica do filho, ensina o bebê a sugar e a deglutir, converte a necessidade em prazer; o prazer, em desejo. Ela constrói uma atividade que produz no bebê uma sequência de esquemas tanto motores, quanto psíquicos e cognitivos. É preciso colocar o corpo em movimento para sugar e deglutir. É preciso ter memória para lembrar que aquela sensação de vazio é saciada por um outro. É necessário compreender que, se o outro não chega ou não está, é preciso produzir sons, movimentos motores, pois assim o outro virá. Este ato põe o sistema nervoso central a considerar novas funções neuronais, mielinizando-se, maturando. O que antes era reflexo passa, com a experiência, a ser um ato voluntário. É então, o espaço que, durante o tempo de chegada da mãe com o alimento, provoca interrogantes no bebê como: quando e de onde virá (conceitos de tempo e espaço, pressupostos cognitivos e psicomotores). Também provocará no bebê a ideia de que está, no outro, a sua sobrevivência, sua satisfação e seu prazer. Ao lado da mãe, considerando seu desejo de maternagem, esta atividade de alimentação é a consolidação de sua função materna, que marca afetivamente o encontro entre eles e inaugura, no bebê, a posição de sujeito (psique).

A questão para esta tese é que, a literatura refere uma indiferenciação geral do sujeito entre seus aspectos estruturais e instrumentais nos primeiros meses de vida. Isso, de fato, pode ser identificado no relato da cena fictícia, porém corriqueira, anteriormente apresentada. Até mesmo no que tange aos próprios aspectos estruturais, ou seja, está-se propondo compreender o sujeito cujos aparatos biológicos, psíquicos e cognitivos são imbricados e, só progressivamente, em um processo de maturação e experiências é que se seus efeitos e funções vão se

distinguindo um do outro. Nesse período, as distâncias entre as coordenações de cada aspecto são muito pequenas, mantendo-se dependentes umas das outras e, exclusivamente, do outro.

Coriat e Jerusalinsky (1996, p. 10) afirmam que somente entre os três e os sete anos é que os aspectos instrumentais “diferenciam-se entre si e se autonomizam, adquirindo automatismos próprios”, assim como uma autonomia do “sujeito epistêmico não apareceria até a fase entre cinco e sete anos”.

Então, acompanhar o processo de desenvolvimento do bebê é, necessariamente, acompanhar esta maturação neurológica, esta constituição psíquica e cognitiva, esta construção de habilidade nos aspectos de psicomotricidade, de linguagem, aprendizagem, hábitos, jogos e processo de socialização. É observá-lo considerando seus recursos biológicos e suas experiências ambientais.

Para que um bebê construa o conceito de objeto (aquisição cognitiva do período sensório-motor), por exemplo, o objeto precisa ser apresentado a ele. Precisa que este objeto retorne a ele, que seja retirado dele e devolvido a ele. Este objeto que vai e vem, oferecido pelo outro, é produtor de conteúdo motor, intelectual e psíquico. Por exemplo, a compreensão da existência e da função da chupeta. Primeiramente ela pode ser confundida com a mamadeira ou com o seio materno, porém ela não sacia a fome. Acalma o bebê, mas não o sacia. Em pouco tempo, o bebê estará refém deste objeto também para seu deleite, só que não para alimento, mas sim por prazer. Porém, a chupeta é oferecida pelo outro materno, que também a apresenta como algo bom, que vai satisfazê-lo mesmo não o saciando. É com este objeto que o bebê experimenta suas habilidades quanto à motricidade fina (para pegá-lo), seu conceito de corpo (mão-boca; mão-olho), seu potencial intelectual (meios e fins para pegá-lo). É, também, neste objeto que o bebê e a mãe encontram algo real, do dia a dia, que podem utilizar como o que transfere/ transporta/ informa investimento afetivo dos dois, um pelo outro e que poderá tornar-se o objeto transicional do bebê.

Sob esta ótica, os aspectos estruturais e instrumentais estão fusionados, devendo, à medida que o bebê se desenvolve e aumenta o tipo de oferta materna, ir diferenciando-se em busca da forma mais rápida e eficaz para satisfazer os desejos do bebê e sua mãe.

A tarefa de produzir este tipo de raciocínio parece simples; porém não o é, principalmente, porque quem deveria fazê-lo acabou necessitando estudar cada aspecto isoladamente¹⁵. Para cada aspecto do processo de desenvolvimento humano foram sendo criados núcleos de estudo. Isso, é claro que, qualificou a interpretação, porém fez com que profissionais acabassem considerando somente um dos aspectos instrumentais do processo de desenvolvimento do bebê no processo de intervenção, esquecendo-se da indiferenciação inicial entre aspectos estruturais e instrumentais.

Entre estes dois, possuem valor significativo, para a temática debatida nesta tese: a psicomotricidade e as habilidades ou AVDs, que será desdobrada para a condição de construção de um cotidiano. A psicomotricidade por ser o campo de hipótese desta tese, e o cotidiano por ser espaço de prática psicomotora e campo da Terapia Ocupacional.

Para a psicomotricidade, a seguir, apresenta-se um capítulo específico considerando o aprofundamento necessário para a compreensão do caminho conceitual realizado para a execução da pesquisa, análise e escrita da tese.

Já para o cotidiano, será discutido agora, tendo em vista ser um campo importante para a clínica da intervenção precoce e, normalmente problematizado pelo conhecimento específico da Terapia Ocupacional na relação interdisciplinar com a equipe.

Neste sentido, em uma rápida retrospectiva histórica, é importante contextualizar porque é necessário ultrapassar o olhar das AVDs para o cotidiano. A denominação AVDs vem sendo usada pela Terapia Ocupacional desde a sua origem. Durante este percurso, a Terapia Ocupacional deslocou-se da ideia de treinamento de AVDs para a concepção de uma ressignificação do cotidiano. Porém o termo AVDs continua sendo utilizado, pois é pauta do estudo da profissão. Caniglia, na década de 90, afirma que a atividade humana é o objeto de uma ciência, da ciência da Terapia Ocupacional. Atualmente alguns segmentos da Terapia Ocupacional defendem que a profissão necessita ser pensada a partir de um sujeito que faz, e que com isso se transforma e transforma o seu entorno.

Ao leigo, o termo poderá ser tomado como as atividades necessárias ao humano para autocuidado e autossustentação. Isso é natural, haja vista que, para a

¹⁵ Haja vista a existência das disciplinas como Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Pedagogia, Psicomotricidade, entre outras.

própria Terapia Ocupacional, a discussão sobre o lugar da atividade toma caminhos e concepções distintas (LIMA; PASTORE; OKUMA, 2011). Circula em estudos que apontam como uma técnica sendo um recurso terapêutico desde Castro e Silva, 1990 (Ibid., p. 68), perpassando a ideia de um meio, apresentado por Toyoda e Akashi, em 1995, aproximando-se da concepção de atividade como um campo sociocultural (MEDEIROS, 2003).

Neste sentido, no Brasil, a discussão conceitual e metodológica da profissão foi largamente influenciada por reflexões das ciências sociais (SALLES; MATSUKURA, 2013) e da área da saúde mental (LIMA; PASTORE; OKUMA, 2011), deslocando tanto a atividade como técnica, quanto o sujeito que a realiza como passivo ao seu procedimento, para conceitos que ampliaram o campo interpretativo sobre a atividade e sobre o lugar sociocultural e psíquico do sujeito que a realiza.

Para esta tese, amparada por reflexões teóricas de autoras como Salles e Matsukura (2013), Lima, Pastore e Okuma (2011), Galhego (2003), Benetton (2010), entre outros, o cunho transformador instrumental atribuído às atividades humanas está sob uma lógica de que esta é um elemento que promove um encontro entre o sujeito singular, sua cultura, sua história, em um contexto social (LOPES, 2006). Sob esta ótica, trata-se aqui de *atividades humanas* e não de atividade terapêutica, como meio, como recurso ou instrumento da Terapia Ocupacional. Tomadas unicamente como terapêuticas, as atividades humanas são reduzidas a uma esfera comportamental, voltadas a uma discussão sobre a forma de fazer, sobre o conhecimento necessário para sua execução e sobre o domínio do uso dos materiais envolvidos¹⁶.

A atividade humana deve ser contextualizada, em que, para que ela exista como tal, é necessário um sujeito que a realize. Desconsiderando a tecnologia à disposição para que muitas dessas atividades não sejam mais realizadas pelos humanos, trata-se aqui de uma atividade provocada e executada por um humano a partir de uma ação espontânea, criativa, transformadora, que põe em prática o desejo de fazer algo para si, para o outro/outros e para ambos.

¹⁶ Um caminho para o estudo da atividade foi a elaboração de um mecanismo denominado Análise da Atividade. Castiglioni et al. (2004) consideram importante discernir quando este analisa a atividade em si e quando analisa a ação do sujeito que a realiza. Analisa-se então, para compreender a técnica empreendida na atividade, sua conotação cultural e seu impacto terapêutico. Propõe-se aqui que a análise seja de interpretação do cotidiano do sujeito implicado, para que se identifique de que forma ele coloca sua condição de *ser no seu fazer* e vice-versa.

As atividades humanas que acontecem no dia a dia, que envolvem os cuidados pessoais e de outros dependentes, o trabalho, o lazer, os estudos, o lúdico, a arte, a cultura, e assim por diante, devem ser compreendidas sob a ação de um sujeito que faz, inserido em um contexto, em uma história, em um território. Um sujeito que consegue fazer do seu dia a dia, mesmo na condição de uma rotina, um processo de autoconhecimento, e de investimento relacional na busca de algo que lhe produza efeitos tanto materiais quanto afetivos. Neste caminho reflexivo, há uma extrapolação do sentido de AVDs para uma condição maior: um sujeito em seu cotidiano.

Agrega-se aqui a conotação humana de que é necessário alguém que se empenhe em *fazer* no sentido de *ser*. Que ponha em ação na perspectiva de se colocar em relação consigo, com outros humanos e com o mundo.

Agir, colocar-se em ação implica uma tomada de decisão, indica um posicionamento perante a atividade e ao contexto vivido. Para Lima, Okuma, Pastore (2013), a condição de um sujeito estar integrado como tal em sua atividade, implica compreender-se em sua condição material, simbólica e relacional. Ou seja, para que a atividade tenha um sentido, é necessário que este sentido esteja atribuído à condição do sujeito que a executa. Uma condição que tem a ver com sua história vivida até o momento, que é alimentada pela forma como este sujeito compreende o mundo e se coloca nele, tanto em uma perspectiva social quanto em uma perspectiva mais singular, considerando seu potencial psíquico. Isso só é possível que aconteça no âmbito do cotidiano. Acrescenta-se, aqui, também seu potencial motor e cognitivo, considerando que a forma como isso se dá também é constituinte do sujeito que a realiza.

Então o fazer traz à tona a condição do sujeito de colocar em ato a experiência de produzir sua própria ação, para compor seu dia a dia na condição de uma rotina ou na condição de algo novo. Só assim, a atividade diária passa de uma condição de execução automática, a uma condição da expressão pessoal da potência do sujeito, deslocando-se para a composição de um cotidiano.

Para Benetton, Tedesco e Ferrari (2003), trata-se da invenção do cotidiano. Um sujeito fazendo seu dia a dia a partir de ações singulares em que suas atividades são campo permanente de produções de vida social, que também são vida do ponto de vista biológico, psíquico e cognitivo.

Quando discute-se o conjunto de articulações necessárias entre um sujeito e seu ambiente para seu processo de desenvolvimento, certamente propõe-se que são nas ações do sujeito, na condição de um fazer consciente e singular do dia a dia, que se perpetua a constituição de um cotidiano como forma deste sujeito viver sua própria história (TAKATORI, 2001, 2003).

É dando este foco que se deve pensar o dia a dia da mãe com seu bebê.

Um cotidiano produzido pela mãe com seu bebê é o campo potencial para a construção de uma relação tanto de cuidado quanto do afeto. É neste campo de fazer/ser, principalmente nos primeiros meses de vida, que grande parte do investimento da díade mãe-bebê acontece: em que a mãe põe-se a fazer e a ser mãe.

O interessante é que, para o bebê, os atos, no princípio, são reflexos, pois ele ainda está experimentando suas habilidades tanto motoras quanto psicoafetivas e intelectuais e, daí, produzindo sensações e conceitos tanto sobre os eventos quanto sobre os objetos. Assim, o primeiro ato de mamar, por exemplo, está na condição de um sugar por reflexo. A delícia de ser um filho, merecedor de todo o afeto possível, ainda está na forma como a mãe vai apresentar o repertório de seu cotidiano, agora tomado pelos cuidados com o filho, o dar de mamar, tanto na perspectiva de suprir as necessidades do bebê quanto de alimentá-lo também de afeto. Dar de mamar implica apresentar-se como a mãe que quer *ser*, é encontrar algo de singular que a apresente e a represente ao filho, na condição de mãe. No *fazer* dar de mamar, a mulher se *faz* mãe. No fazer do bebê em mamar ele se *faz* filho.

Mas esta díade só vai *ser* (mãe e filho) na relação afetiva dialética que construirão: isso está além da atividade em si, está na construção de um cotidiano que garanta a produção de laços afetivos singulares.

O cotidiano materno está na condição de campo para a transformação, em que a mulher experimenta a maternidade e vai se conhecendo como mãe, ampliando a consciência sobre si e sobre seu filho. Ela é regida, como dito anteriormente, por sua cultura, sua história de vida, seu desejo pela maternagem, sua outorga sobre o bebê à condição de filho. Trata-se de lidar com o desejo de ser mãe sob a ótica do dia a dia, à luz de seus fazeres. Oliveira, Flores e Souza (2012) defendem que a pessoa que exerce a função materna não está presente apenas com o corpo, mas sim, que há presença psíquica, que há o desejo, o toque, a conversa, a relação afetiva.

Esta é uma das perspectivas em que a Terapia Ocupacional pode pensar seu campo de saber na clínica em intervenção precoce, conduzida interdisciplinarmente, entre várias disciplinas. Então, a tese não tem o objetivo de aprofundar teoricamente essa discussão, mas, quando se propõe a construir um caminho clínico em intervenção precoce considerando uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor* para pensar o processo de desenvolvimento do bebê, coloca em pauta, também, um cotidiano materno diferente do planejado antes do nascimento do bebê. Ou seja, na clínica em intervenção precoce, o terapeuta vai deparar-se não só com um bebê que não *faz* ou que *faz* diferente, estará diante de uma mãe que, também, poderá supor que não sabe *fazer*, e que por consequência, terá dificuldade em *ser* mãe: não sabe *ser* mãe de um bebê com características tão particulares e diferentes do que ela sonhava.

O cotidiano é considerado, aqui, como campo em que os aspectos instrumentais são explorados para o processo de desenvolvimento do bebê, e deve ser tomado para a reconstrução, elaboração e reelaboração do lugar da função materna. É no cotidiano que a mãe vai deparar-se com formas diferentes de cuidar do bebê, considerando suas necessidades e particularidades, mas também é neste cotidiano que esta mãe vai (re)elaborar sua função como mãe. É no dia a dia materno, que a mãe elaborará uma ação espontânea, criativa, transformadora, que põe em prática o desejo de ser mãe e de tomar o bebê como seu filho.

Findo este capítulo, destaca-se a importância de que, na clínica da intervenção precoce, leve-se em conta uma sequência necessária ao processo de desenvolvimento, tanto dos aspectos estruturais quanto dos instrumentais. “Senão, corre-se o risco de propor à criança algo que só é estimulante para o estimulador, mas que carece de sentido para o pequeno” (CORIAT; JERUSALINSKY, 1997, p. 74). Também fica claro que, para que a intervenção faça sentido, ela enfocará a díade mãe-bebê, pois o bebê não avança em seu processo de desenvolvimento sem alguém que tenha um projeto simbólico para ele. Assim, defende-se a ideia de que cada um desses elementos deve estar à disposição da mãe e do bebê para que se produza na cena e na relação entre paciente-mãe-terapeuta força psíquica, para a construção da função materna e do filho.

3 A PSICOMOTRICIDADE

A psicomotricidade é uma disciplina que, historicamente, vem avançando nos estudos que consideram a constituição de um sujeito a partir das relações que ele arma com outros e com a natureza. Oriunda da neuropsicopatologia (YAÑES, 1996), segundo Levin (1995), surgiu da necessidade médica de encontrar um campo que explicasse os fenômenos clínicos motores sem origem neurológica.

Os registros de Dupré, de 1987, destacam a concepção de que os distúrbios da atividade gestual nem sempre correspondiam à lesão de determinada área do cérebro. Estes distúrbios passaram a ser chamados de problemas psicomotores (LEVIN, 1995).

Dupré (1909 apud LE BOUCH, 1982) a define, inicialmente, como a síndrome da debilidade motora com uma característica peculiar: havia uma inabilidade onde não havia lesão neurológica. O caminho foi estabelecer uma correspondência entre debilidade motora e debilidade mental – daí o termo *psico*.

Outro autor de fundamental importância para a construção do conceito de psicomotricidade foi Henri Wallon, que desenvolveu uma teoria na qual contextualizava a relação dialética entre as manifestações psíquicas e orgânicas. Wallon deu um passo importante na atribuição da “emoção” como componente estruturante da condição orgânica do humano. Propôs estudar a infância considerando uma interpelação entre os aspectos biológicos, sociais, culturais e psicológicos (NAUJORKS, 2000), já quando bebê. Afirmava que as sensações interoceptivas, somadas às sensações propioceptivas e exteroceptivas, provocam no bebê uma condição emocional de compreender a necessidade de relacionar-se com o outro.

Naujorks (2000, p. 86), explica que:

Através da ‘atividade emocional’ que a criança consegue realizar a passagem, a transição entre o estado orgânico, mais primitivo, até sua etapa mais cognitiva. Neste processo estão envolvidos fatores orgânicos e também a mediação cultural, social.

Wallon, já em 1945, defendia a ideia de que a criança é um ser social; afirmava que “A atração que a criança sente pelas pessoas que a rodeiam é uma das mais precoces e das mais poderosas” (WALLON, 2007, p.161). Isso motiva o bebê a colocar seu tônus postural em sintonia com a mãe, para estabelecer com ela

um contato. O autor supõe que o diálogo tônico é uma condição central para a construção da inteligência, pois coloca a criança na busca da imitação, em que o movimento, ou a condição de tónus, representará seu estado emocional. Um bebê poderá organizar, com sua mãe, a informação de que está incomodado com algo, quando aumentar seu tónus, produzindo um estiramento corporal. Para Wallon, a regulação do tónus, pelo bebê, é intencional e suas várias formas destacam o estado emocional propositadamente posto como condição de diálogo, apontando também a produção de raciocínio (NAUJORKS, 2000).

Quando o bebê consegue ultrapassar a condição dos reflexos arcaicos, ele busca a imitação e, posteriormente, os gestos simbólicos que estão na origem da representação. Naujorks (2000) considera que o fortalecimento da dimensão cognitiva dará lugar à representação, reduzindo a atividade motora antes regida neurologicamente.

Para Coriat (2001), quando um pediatra estiver avaliando o processo de desenvolvimento dos reflexos e a qualidade do tónus, deve compreender também este estado motriz a partir das emoções do bebê.

Os esquemas afetivos se baseiam em mecanismos sensitivo-motores e sensitivo-viscerais que devem ser atualizados continuamente. Nunca se separam completamente das reações tônicas e posturais que permitem sua expressão primeira. O 'diálogo tônico' é, e continua sendo, a principal linguagem da afetividade (CORIAT, 2001, p. 21).

Então, o diálogo tônico antecipa o diálogo verbal, e como o mesmo já diz, coloca a condição do tónus como descrição para a mãe do estado emocional do bebê. Para esta tese, é importante unir esta condição motriz e emocional do bebê aos estudos de Ferreira (1997), que destaca o potencial da mãe em oferecer espaço para que o bebê se manifeste e, para sua mãe, cabe a capacidade interpretativa do movimento do bebê, que estará ligada diretamente ao desejo materno na execução de sua função de mãe, e na suposição da função do filho.

Seguindo na cronologia dos estudos para a construção da disciplina de psicomotricidade, à luz da psiquiatria, Ajuriaguerra (1976), em 1947 traduz as discussões da época apontando a psicomotricidade como uma debilidade motora; uma síndrome com suas próprias particularidades em que os transtornos psicomotores oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico.

O conceito apresentado por Ajuriaguerra (1976, p. 212), em seu *Manual de Psiquiatria Infantil*, coloca a psicomotricidade como uma “fusão afetiva primitiva”, que se exprime por meio de “fenômenos motores” tomados como “prelúdio do diálogo verbal”. Este mesmo autor delimitou também os transtornos psicomotores que são referência nos estudos até a atualidade.

Segundo Le Boulch (1984), as observações clínicas para a detecção de “debilidades motrizes”, foram promovendo estudos em formatos de testes que avaliavam desde a *performance* motora, passando pela determinação do período cronológico em que haveria total habilidade sobre o movimento, e também que afirmavam um percurso evolutivo em suas aquisições.

Com isso, na busca da detecção de transtornos, traçou-se um perfil psicomotor considerado ideal ao processo de desenvolvimento humano. Esta concepção, bastante presente nas correntes educativas, em que a cronologia e a projeção da eficácia na habilidade dos movimentos fortalecem, até hoje, técnicas na busca do encontro de corpos bem alinhados, com possibilidades de treinamentos de destreza tanto para a educação, quanto para a reeducação motora.

Outro corte epistemológico é, segundo Levin (2011), no âmbito da psicologia genética, em que o corpo é tomado como instrumento de construção da inteligência. Desloca-se o olhar sobre o *corpo* para o olhar sobre o *corpo em movimento*, e se produz também um novo lugar para a intervenção que não mais enfoca o educar e reeducar, e passa a focar a terapia psicomotora.

A Associação Brasileira de Psicomotricidade (ABP) apresenta o seguinte conceito sobre psicomotricidade: “uma ciência que tem como objeto de estudo o homem, através de seu corpo em movimento, nas suas relações com seu mundo interno e externo” (ABP, 2013).

Sob a ótica desta tese e de alguns autores (BERGES, 1988; LEVIN, 2011; YAÑES, 1996), foi necessário encontrar, ainda, outro campo conceitual, que centrasse seu olhar não em um *corpo*, ou em um *corpo em movimento*, mas sim em um *sujeito com seu corpo em movimento*. Este corte foi possível a partir de referenciais psicanalíticos e é a escolha desta tese para a apresentação e discussão sobre a elaboração de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor para a clínica em intervenção precoce pautada na interdisciplinaridade, sob a ótica de uma terapeuta ocupacional.

Apresentado resumidamente o percurso histórico da psicomotricidade, segue-se com a apresentação dos conceitos que foram sendo agregados ao seu capital teórico. À medida que eles forem sendo apresentados, também serão problematizados, considerando o lugar teórico que esta tese se propõe.

3.1 CONCEITOS BÁSICOS EM PSICOMOTRICIDADE

Os elementos conceituais que dão corpo ao conceito psicomotor são hoje: *Esquema e Imagem Corporal; Tônus; Coordenação Motora Ampla e Fina; Lateralidade e Dominância; Organização Espaço-temporal, Ritmo e Equilíbrio* (NEGRINE, 1987) e, serão pautados pelos estudos de Le Bouch (1982). Para tanto, serão apresentados os principais conceitos em cada tema.

Lateralidade: é a capacidade que a criança vai adquirindo à medida que passa a reconhecer e diferenciar os dois lados do corpo e, posteriormente utilizá-los espontaneamente na mesma cena com funções diferentes. O deslocamento motor da posição em Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTCA) para a linha média do corpo, quando o bebê está com aproximadamente três meses de idade, é um passo importante para o reconhecimento de si e para ampliar as possibilidades de exploração dos objetos tanto com as mãos quanto com a boca e os olhos. Também é um momento importante para a produção de experiências afetivas, como pegar o rosto materno. Inicialmente, o bebê utiliza um lado e depois o outro, sem conseguir utilizar os dois com sincronia. Posteriormente utiliza os dois para a mesma atividade, como por exemplo: pegar uma mamadeira.

Somente mais tarde, próximo dos sete meses, quando sentado, libera uma das mãos em que se apoia para pegar objetos, passa a utilizar os dois lados do corpo para ações distintas: segura uma bolacha com uma mão e um brinquedo com outra.

Isso tudo é diferente da dominância lateral que vem para aprimorar a habilidade nos movimentos. É considerada a maior habilidade desenvolvida num dos lados do corpo (membros inferiores, superiores e olhos), devido à dominância cerebral, ou seja, pessoas com dominância cerebral esquerda têm maior probabilidade de desenvolverem mais habilidades do lado direito do corpo e, por isso, são destros.

Atualmente, autores como Filippo Muratori (2014) apontam as dissincronias de lateralidades como indicadores de risco ao autismo.

Estruturação Espacial: é a conquista de consciência da posição do próprio corpo em um lugar e da orientação que pode ter em relação às pessoas e às coisas. Para o bebê, as primeiras orientações espaciais vividas com seu próprio corpo são experimentadas nas mudanças de posição, como deitado para sentado e vice-versa; rolar para mudar de posição; ficar em pé e assim por diante. Já o reconhecimento espacial com relação às pessoas e às coisas vai acontecendo à medida que a criança reconhece a experiência do ir e vir, já apresentada posteriormente entre os conceitos dos aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento.

É importante destacar como estes conceitos se fundem aos já apresentados até o momento. O próprio jogo de *Fort-da* é uma experiência psíquica que exige conhecimento do objeto e também é um exercício de reconhecimento espacial, visto que é preciso que a criança jogue o brinquedo longe, que o afaste de seu contato. A corda amarrada no brinquedo é que deverá ser puxada para que o brinquedo volte.

Quando o bebê está longe da mãe e a chama, aumentando o volume de sua voz ou choro, em resposta à fala materna, em outra peça da casa, por exemplo, também está fazendo um reconhecimento espacial de si com relação ao outro que lhe interessa.

Orientação Temporal: é a capacidade de se situar perante a duração dos intervalos (ideia de tempo longo e curto; ritmo regular e irregular; cadência rápida e lenta); em função também da sequência dos acontecimentos (antes/durante/depois), e, posteriormente, da renovação de certos períodos (dias, semanas, estações). Para o bebê, a produção desse conceito está vinculada aos ritmos biológicos, atribuídos à amamentação e aos eventos fisiológicos que deverão acontecer antes, durante e depois da mamada. O tempo que dura a angústia da fome, o tempo da mamada (que envolve também o conceito posterior de ritmo), o tempo do cocô, do sono, da troca de fraldas, do toque, da fala, do olhar, do sono e assim por diante. Isso significa que a orientação temporal também contribui para o registro simbólico da ausência e presença materna. A angústia da não presença, do “não está na hora”, do “agora não”, introduz um terceiro elemento entre o bebê e a mãe: um tempo que possui a dimensão da função paterna.

Ritmo: Apesar de Le Bouch (1984) afirmar que é um fenômeno espontâneo e individual e que cada pessoa possui o próprio, o mesmo autor destaca que o

indivíduo organiza-o lentamente por meio de vivências sucessivas na exploração de suas possibilidades, que começa pelos ritmos naturais internos (respiração, batimentos cardíacos). Acrescentam-se aqui as experiências amplamente atribuídas pela mãe e, posteriormente, pela cultura (outros familiares, escola, etc).

O ritmo do bebê também é tomado como componente importante para suposição de sua envergadura afetiva. O tempo que o bebê leva para responder ao apelo materno, e a capacidade da mãe em esperar e/ou convocá-lo novamente, é uma construção sutil que, se não estiver em consonância, poderá colocar um dos personagens em angústia e diminuir a busca de um pelo outro.

Levin (2011) aponta dois sintomas psicomotores clássicos, para a criança já um pouco maior, que apresentam este elemento como queixa principal: inibição e instabilidade. O primeiro é descrito, pelos pais, como característica de um filho quieto, silencioso, sem muita atitude; já o segundo, como uma criança agitada, sempre se movendo de um lado para outro¹⁷.

Equilíbrio: é a habilidade da pessoa em manter o controle do corpo, utilizando ambos os lados simultaneamente, parado e/ou parado com apoio um lado só (equilíbrio estático), ou ambos, alternadamente, como na marcha (equilíbrio dinâmico). Ele ocorre pela interação de certo número de estruturas neurofisiológicas, sentidos e vias, como a visão, a excitação labiríntica, as sensações táteis e proprioceptivas. Porém a psicomotricidade sob a ótica aqui apresentada, oferece a possibilidade de supor o quanto um outro poderá influenciar na aquisição do controle de equilíbrio do corpo de uma criança. O retorno da mãe sobre a capacidade do filho, por meio do olhar, da fala, do gesto, dá, à criança, o potencial simbólico necessário para que se jogue na aventura de colocar-se em pé e dar seus primeiros passos, sozinha. É comum relatos de pais contando que, enquanto olham, o filho caminha; ou, ao contrário, percebem que o filho só caminha quando não está sendo observado pelos pais, ou que caminha somente com um dos personagens familiares e para o outro se joga no colo.

Laznik (2013) se reporta à teoria lacaniana que antecede o Estádio do Espelho, em uma fase da constituição do sujeito em que, para sustentar a instauração da imagem corporal é preciso supor a presença e a ausência do olhar (da voz, do toque) de um “Outro real” (p. 50). Não aquele Outro representado pelo

¹⁷ A origem do sintoma psicomotor discutido por Levin (2011) será mais bem discutido no capítulo Estudo da composição Teórica da Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

objeto transicional, nem o do *Fort-da*, pois estes já estão marcados pela alteridade do Nome-do-Pai, mas sim como o que olha não com a visão, mas sim o olho como “investimento libidinal” (Ibid. p. 50).

É preciso que um outro devolva ao bebê, imaginariamente, a confirmação do conhecimento que ele (o bebê) adquiriu sobre seu corpo nas experiências afetivas vividas, para que possa colocar-se no gesto de andar. Esta sustentação do real (do corpo), dada pela confirmação de que existe um esquema corporal à disposição, dá-se por um investimento afetivo, libidinal, marcado pelos significantes maternos (LEVIN, 2011).

Tônus: é a tensão fisiológica dos músculos que garante equilíbrio estático e dinâmico, coordenação e postura em qualquer posição adotada pelo corpo, esteja ele parado ou em movimento. Assim como todos os outros elementos constituintes da produção do conceito de esquema corporal, também estão sob a influência de fatores externos como, por exemplo, o colo da mãe. Alguns autores já trazem isso como questão de pesquisa (CRESTANI, 2012; LAZNIK, 2004; OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013), na qual afirmam que um colo tenso, ou de uma mãe triste, coloca o bebê em condições tônicas distintas.

Coordenação global ou motricidade ampla: é a ação simultânea de diferentes grupos musculares na execução de movimentos voluntários, amplos e relativamente complexos. Estão envolvidos nas execuções de movimentos dos braços e pernas e são as alavancas para mudanças de postura, para a exploração de objetos, para deslocamento. São também os mecanismos desencadeados para que o bebê ofereça os pés para serem beijados, ou para que dirija seus braços à linha média em busca do rosto materno. A excitação do bebê, instigada pela mãe quando a mesma lhe dirige um *manhês*, por exemplo, provoca movimentos das grandes articulações (motricidade ampla), a princípio, descoordenados, mas cujo padrão indica interesse do bebê e também informa seus recursos motores para romper com padrões posturais envolvidos na primeira infância.

Motricidade fina: é a capacidade de realizar movimentos coordenados utilizando pequenos grupos musculares das extremidades. As preensões palmares, plantares, e suas variantes, vão evoluindo da condição de reflexos para gestos

voluntários, cuja habilidade também coloca o bebê em uma posição mais ativa na exploração do mundo¹⁸.

Destacados os conceitos que dão conta de anunciar ao avaliador em que condições motrizes a criança está em seu processo de desenvolvimento psicomotor, considerando os aportes teóricos apresentados até o momento, cabe agora o ingresso no campo conceitual que problematizará, mais efetivamente, o tema desta tese: os conceitos de esquema e imagem corporal.

3.2 ESQUEMA E IMAGEM CORPORAL

A origem dos conceitos de esquema e imagem corporais está entre os anos de 1911, com Henry Head e 1935, por L'Hermitte e Schilder, respectivamente (LE BOULCH, 1982).

O Esquema Corporal foi compreendido como o modelo postural atribuído ao humano e, por algum tempo, foi conceituado como a imagem mental que o sujeito tem sobre si. Porém, o Esquema Corporal estaria para dar conta do reconhecimento de um organismo.

Segundo Yañes (1996, p. 38), refere-se ao:

Conhecimento que temos do nosso corpo, que provém de informações proprioceptivas, interoceptivas e exteroceptivas. É de ordem evolutiva, porque o corpo muda de tamanho, peso, medidas; em consequência mudam as possibilidades e coordenações funcionais.

Já a Imagem Corporal passa a representar o que de mental e social está em questão na construção do reconhecimento humano sobre si e sobre o mundo. Quando os pensadores atribuem o afeto, como condição de interpretação sobre o corpo, introduzem à Imagem, componentes relacionados ao ambiente, à cultura, às relações afetivas com outros humanos (LE BOULCH, 1982).

¹⁸ O primeiro ano de vida do bebê é também para a mão do bebê um evidente e acelerado progresso de integração de funções, bases para novas habilidades. Iniciando sua maturação neuropsíquica, ele sai do reflexo de preensão palmar em aproximadamente três meses de vida. Evolui para a linha média e passa a observar as mãos aumentando seu interesse por elas. O processo de desenvolvimento da preensão segue da parte proximal dos membros superiores, seguindo progressivamente até os dedos indicadores e polegares (onze ou doze meses). A preensão passa a ser voluntária, bimanual e simétrica. Também a própria apreensão passa de uma condição mais primitiva denominada "grasping" em que o bebê utiliza as partes cubitais e radiais da mão para prender o objeto; passando para uma pinça digital inferior chegando à pinça digital superior (CORIAT, 1997, p.138).

Funda-se não só na história individual de um sujeito, porém também nas suas relações com os outros. Construimos a Imagem Corporal sobre a base de contatos sociais (YAÑEZ, 1996).

Apesar de, em alguns estudos, esses dois conceitos serem apresentados separadamente, ou então serem apresentados de forma equivocada em que a Imagem Corporal está posta como imagem de si, que a princípio estaria mais contemplada no Esquema Corporal, esta tese os compreende como imbricados, à medida que um transforma o outro e, que, os dois constituem um sujeito.

Para a evolução desses conceitos, a psicanálise teve sua grande contribuição. Pautados em estudos de Françoise Dolto em seu livro *A Imagem Inconsciente do Corpo*, publicado em 1984 (2012), seguiram-se as produções até à atualidade, em que se destaca aqui o psicomotricista Esteban Levin (1995, 1997, 2001, 2011).

Françoise Dolto (2012), debruçando-se sobre a análise de crianças, define os principais conceitos da psicomotricidade, afirmando que Esquema Corporal e Imagem Corporal anunciam posições diferentes do processo de desenvolvimento humano. A autora refere que esquema corporal é o “utensílio, o corpo, ou melhor, o mediador organizado entre o sujeito e o mundo” (p.10). Já a imagem corporal “é a síntese viva de nossas experiências emocionais [...]” (p.14).

O esquema corporal se estrutura pela aprendizagem e pela experiência, abstraídas pelas vivências do indivíduo, ao passo que a imagem do corpo, ou imagem corporal, estrutura-se pela comunicação entre sujeitos desejantes em uma vertente simbólica, inconsciente (DOLTO, 2012).

A autora segue diferenciando os dois conceitos, afirmando que, enquanto o esquema corporal é, em princípio, “o mesmo para todos os indivíduos” (p.14), pois o especifica em sua espécie humana; a imagem do corpo “é peculiar a cada um” (ibidem), pois está ligada ao sujeito e sua história.

Nesta perspectiva, se o esquema corporal é tomado como a “realidade de fato” (DOLTO, 2012, p.10), as experiências no convívio com o mundo dependem da integridade deste organismo *corpo*. Corpos lesados por questões neurológicas, musculares ou ósseas, podem provocar perturbações na construção de experiências e dificultar o processo de desenvolvimento do sujeito. Isso poderia implicar em uma construção de imagem corporal também prejudicada, mas que se instaura, de qualquer forma, considerando os efeitos na construção das relações construídas

com os pais e com o social. Porém Dolto (2012) afirma que é frequente que “o esquema corporal enfermo e uma imagem sã do corpo coabitem em um mesmo sujeito” (p.11). Isso vai depender do investimento dos pais, de terem ou não eles “aceitado a enfermidade do corpo de seu filho” (p.13)

Mas, é possível aventar a hipótese de que a não estruturação da imagem do corpo é, em grande parte, devida ao fato de a instância tutelar, desorientada por não receber as respostas habitualmente esperadas de uma criança desta idade, não procurar mais comunicar-se com ela de outro jeito exceto em um corpo a corpo, para a manutenção de suas necessidades, e abandonar sua humanização (Ibid., p. 13).

Os conceitos distintos contribuem para compreender os campos tanto psíquicos quanto motores/funcionais, atribuídos à psicomotricidade. A partir destes conceitos, a psicomotricidade foi estruturando-se em três campos: educação, reeducação e clínico (LE BOULCH, 1982).

Le Boulch (1982) afirma que a educação psicomotora é dirigida ao ambiente escolar, completando que a educação psicomotora “concerne uma formação de base indispensável a toda criança que seja normal ou com problemas” (1982, p.13). O foco da educação psicomotora está na produção de experiências para exercer a “função de ajustamento” (Ibid. p.129) para o processo de desenvolvimento funcional. Trata-se, neste caso, de crianças em fase escolar, diferente da idade proposta por esta pesquisa, que se refere a bebês.

Já o segundo campo trata da reeducação psicomotora, situada no quadro da neuropsiquiatria infantil e, segundo Le Boulch (1982), é uma sequência de técnicas apropriadas, utilizada para corrigir os diversos transtornos detectados por testes como: “testes de performances, testes visando determinar uma idade motora, testes para seguir a evolução do esquema corporal” (p.21). Neste caso, a literatura também aponta como sendo uma abordagem a crianças mais velhas e não aos bebês, proposto aqui.

O terceiro campo, e de maior interesse para esta pesquisa, a clínica psicomotora, evidencia-se por meio dos aportes psicanalíticos sobre o lugar do sintoma na constituição do sujeito (DOLTO, 2012; LACAN, 1975-1976; LEVIN, 2011; LÈVY, 2008; WINICOTT, 1975), sobre a história do sujeito (LEVIN, 2001); as relações subjetivas com os humanos e com o meio ambiente (CORIAT, 2001; JERUSALINSKY, 1997; LEVIN, 2011).

Esses estudos contribuem muito para a elaboração da clínica específica para os bebês e seus familiares, especificidade desta tese. Apesar de os autores da psicomotricidade circularem com maior frequência pelo tratamento de crianças com mais de quatro ou cinco anos, alguns fundamentos psicanalíticos são referência para a sustentação de cenas que envolvem pensar-se não somente a patologia, o corpo enfermo anunciado por Dolto (2012), mas também possibilita considerar-se um sujeito em constituição, susceptível aos registros simbólicos parentais.

Jean Berges, em um texto publicado em 1985, traduzido para o português em 1988, intitulado *Função estruturante do prazer*, traz para a clínica com bebês a discussão sobre os registros reais, imaginários e simbólicos que os pais atribuem quando do nascimento de um filho. É uma teoria que cabe articular com as discussões da Terapia Ocupacional quanto à execução de tarefas, as atividades, e o fazer como potencial para a constituição, tanto da função materna (LIMA; OKUMA; PASTORE, 2013; WINNICOTT, 1975), quanto da função de filho (LEVIN, 2001).

O destaque que pode ser dado à discussão do autor é a afirmação de que deve haver prazer nos pais em olhar o filho em plena função motora. Isso provoca nos pais o júbilo necessário para que, muito em breve, o bebê também se enlace na cena representando o quanto a função do corpo anuncia prazer e realização em seu funcionamento motriz.

No entanto, a questão é compreender qual o nível de “funcionamento da função que supõe um prazer” para os pais (BERGES, 1988, p. 46), pois mesmo compreendendo que o funcionamento adequado da função anatômica evoca o prazer da mãe, por exemplo, Berges (1988) afirma que é preciso que esta mãe esteja desejante deste filho, ou seja: a necessidade está no bebê, o prazer está na mãe.

Desde este ponto, as funções do bebê se articulam na busca de “dar-se conta do prazer do outro”, no corpo do outro, no desejo do outro materno.

Berges (1988) destaca que só haverá prazer por parte do bebê quando suas funções motoras servirem como representação do lugar de desejo da mãe pelo bebê e pelo prazer da realização de seus cuidados. Imbricam-se então tanto o reconhecimento do potencial do corpo do bebê pelo próprio bebê (EC), quanto o potencial simbólico atribuído pela mãe ao seu filho bebê (IC).

A originalidade da psicomotricidade, para Berges (1988), está na possibilidade de olhar as relações que se estabelecem entre o equipamento motor e

fisiológico do bebê em função, e a condição desejante materna de atribuir prazer ao reconhecimento do funcionamento da função.

Para a interpretação em intervenção precoce, uma mãe que busca reconhecer seu filho pela condição somente de seu funcionamento, poderá não reconhecer o potencial prazeroso da função de filho. Por isso, ela poderá aderir facilmente ao discurso médico patologizante, demandando intervenções que eliminem a patologia e, por isso, prefira seguir a usual orientação médica de muitas sessões semanais de fisioterapia motora, ao invés de engajar-se em um processo em que esteja colocada a sua relação corporal com o filho, o que propomos nesta tese como intervenção precoce.

Para esta clínica interdisciplinar com bebês é preciso que a mãe exerça tanto um *funcionamento de mãe*, cuidando das necessidades fisiológicas do filho, quanto exerça também uma *função de mãe*, atribuindo, a partir de seu desejo de ser mãe, o prazer e o valor simbólico ao movimento que vai transformar-se em gesto.

Já, por parte do bebê, um caminho natural seria ele possuir os elementos estruturais e instrumentais hábeis, a condição psicomotora favorável para colocar-se na função de filho; porém, em não tendo um funcionamento adequado, ou, quando um ou mais elementos falharem, ainda, assim, está sob a condição da mãe a atribuição da função de filho.

Nesta perspectiva, pode-se supor que, existindo, ou não, uma estrutura (biológica, psíquica e cognitiva) que segue alguns padrões evolutivos para desenvolver-se, e, mesmo que os instrumentos estejam, ou não, à disposição do bebê para produzir as experiências na relação com um outro, é sempre sob o desejo de um Outro Primordial que tudo isso acontece. O terapeuta em intervenção precoce, por vezes, encarnará esse desejo e representará o Outro para o bebê, até que a mãe ou seu substituto possa fazê-lo.

O fato de haver o desejo, e a particularidade de cada relação mãe-bebê, fará com que a função psicomotora ou o funcionamento psicomotor seja singular a cada bebê na relação afetiva com seu Outro materno.

Para Berges (1988, p. 57), é “através do corpo enquanto receptáculo, supondo uma inscrição, que se pode captar a significação dos distúrbios e estabelecer uma terapêutica em cujo centro estará o corpo, o corpo do homem que fala”.

Esta construção, estabelecida por Berges (1988), sobre função e funcionamento, tanto da via do bebê quanto da via materna, também já trazida por Winnicott (1975), quando refere os cuidados primários da mãe sobre o bebê, podem ser também supostos a partir da psicomotricidade, quando se for estabelecer o processo de construção dos conceitos de EC e IC.

4 DETECÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOSES

A clínica em intervenção precoce existe há mais de 30 anos. Seu início foi pautado pelo investimento clínico das seqüelas advindas especificadamente de diagnóstico de limites biológicos como a encefalopatia motora cerebral, a cegueira, a surdez, as malformações corporais e as síndromes. Hoje, porém, é possível ampliar seus horizontes pela possibilidade de detecção precoce de distúrbios do laço ou mesmo de risco de evolução para uma estrutura autista.

Considerando tais possibilidades, inclusive do ponto de vista histórico, inicia-se este capítulo pelas reflexões acerca da intervenção precoce, para, a seguir, relatar os estudos atuais sobre detecção precoce de risco psíquico e reflexão sobre os protocolos usuais de triagem psicomotora.

4.1 HISTÓRICO E PRINCÍPIOS GERAIS DA INTERVENÇÃO PRECOCE: REFLEXÕES DE UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL

A clínica em intervenção precoce é especialmente dirigida ao bebê e seus pais, pautada por uma intervenção que considera um olhar sobre os aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento humano. Nesse sentido, está situada entre processos maturativos e relacionais do bebê. Para tanto é preciso problematizá-la quanto as suas técnicas e quanto à forma como considera e coloca em questão a produção da díade mãe-bebê para o processo de desenvolvimento do bebê.

A década de 90 constituiu um período promissor para o tratamento de crianças que apresentassem diagnosticadas em seus limites biológicos e receberam o rótulo de “deficientes”. Estimuladas por estudos nas áreas das neurociências e em resultados obtidos com intervenções mais cedo do que o tradicional, quando diagnosticado o transtorno, equipes clínicas passaram a investir em tratamentos de bebês, supondo que, quanto mais cedo tratassem os sintomas, menores seriam suas sequelas (CORIAT, 1997).

O problema é que, por um longo tempo, e até hoje, foi e é comum que as disciplinas construídas para dar conta dos aspectos estruturais e instrumentais, como já referido, recortam do bebê o campo de sua especialidade e passam a tratar somente de um dos recursos instrumentais, ou se dedicam a diagnosticar e tratar do

que seria da estruturação do bebê. Não consideram que, para o bebê, estes aspectos não estão diferenciados ainda. A separação para ampliarem-se os estudos esmiuçando a especificidade de cada um, dificultou e até impediu que, ao retornarem ao bebê, ele fosse compreendido como um ser em constituição, em que todos os aspectos juntos evoluem, um com e para o outro.

Essa crítica recaiu primeiramente sobre disciplinas que, tradicionalmente, foram criadas para reabilitar (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Pediatria e todas as especialidades médicas) e para educar (Pedagogia, Psicopedagogia, Pedagogia Especial, Psicologia Cognitivo-comportamental). Hoje, porém, recai também sobre os que defendem a importância da constituição subjetiva do bebê como a Psicanálise, quando a relação mãe-bebê é focada sem que se atente aos aspectos instrumentais do bebê, como, por exemplo, suas condições corporais para se alimentar ou relacionar-se com seus pais.

Cada disciplina recortou seu objeto de estudo, debruçou-se sobre ele e descobriu muitos elementos e funcionamentos importantíssimos para o tratamento do bebê. Parte destes estudos está concentrada no capítulo anterior, e como tal foram apresentados em um exercício de transversalidade inerente ao processo de desenvolvimento humano nos primeiros anos de vida.

Algumas dessas mesmas disciplinas já fazem o exercício de considerar o bebê em tratamento como um sujeito em processo de desenvolvimento, constituindo-se e que, por isso, é necessário considerá-lo em sua plenitude estrutural e instrumental. Segundo Coriat e Jerusalinsky (1996), é esta proximidade estruturante que justifica a especificidade da intervenção precoce.

Os primeiros interrogantes surgiram das equipes pediátricas e psicanalíticas, pois eram essas que diagnosticavam os problemas advindos de tratamentos fragmentados e especializados em uma parte do processo de desenvolvimento.

Passado um tempo, a clínica infantil foi apresentando crianças desejosas, cientes de suas dificuldades e aspirantes a novas conquistas, porém com pouco repertório instrumental para alcançá-los.

Atualmente, já é possível identificar estudos sobre o tratamento de bebês, cujo caminho clínico considerou o bebê como um todo em si, na relação com o outro, pautado por uma cultura e pelos efeitos emocionais produzidos nos pais diante de diagnósticos acerca de limites biológicos identificados pelo campo médico

(BUSNEL; MELGAÇO, 2013; LAZNIK, 2013; LAZNIK; COHEN, 2013; MURATORI; LERNER, 2014; OLIVEIRA; PERUZZOLO; RAMOS, 2013).

Para tanto, os terapeutas que tratam de bebês deveriam assumir o lugar de quem precisa apoiar-se em saberes sobre o processo de desenvolvimento tanto dos aspectos estruturais quanto instrumentais, por isso, a necessidade de equipe interdisciplinar. Por mais que se estude o bebê e sua constituição, a amplitude e especificidade de alguns saberes demandam a troca e apoio da equipe para que o terapeuta possa dar conta do mínimo necessário a cada caso. Também, por isso, busca-se escolher o terapeuta em intervenção precoce a partir daquilo que mais faz obstáculo ao processo de desenvolvimento do bebê, geralmente o que os pais também percebem como dificuldade que produz uma demanda de tratamento.

Então, a intervenção precoce assume o papel na clínica como o espaço de tratamento dirigido também aos pais na elaboração ou reelaboração das funções simbólicas para a constituição das funções parentais e, dirigido ao bebê, para sustentá-lo em seus aspectos instrumentais, de modo a lhe permitir colocar-se em relação com a mãe e com o mundo.

Para que isso ocorra, vai depender do rumo que os pais derem à tristeza e aos sentimentos de culpa e compaixão atribuídos ao filho que possui um limite biológico e pela forma como interpretarem o nascimento de um bebê que não corresponde às expectativas inicialmente atribuídas a ele, como um fracasso pessoal ou como uma fatalidade, por exemplo. O que Berger apontava em seus escritos de 1988 com relação à “noção de luto” (p. 42), já indicava as duas questões a serem trabalhadas na intervenção precoce: a interpretação sobre as impossibilidades do filho e sobre as impossibilidades dos pais. Com isso o autor acrescentou ao luto atribuído ao que o bebê pode e não pode fazer, a angústia dos pais quanto às suas próprias funções: o que poderão fazer ou não fazer em razão dos limites biológicos do filho.

Trata-se, aqui, de supor que a angústia dos pais está posta na condição do real, do imaginário e do simbólico do que o bebê e seu funcionamento, muitas vezes com limitações biológicas, os impõem, tanto pela via do bebê quanto na qualidade das funções atribuídas à maternagem.

A questão na produção de um cotidiano, em particular, para uma mãe cujo bebê possui um funcionamento diferente do esperado, do sonhado, é que essa diferença (que normalmente acontece na vida de qualquer mãe, pois o bebê não

responde exatamente da forma como a mãe espera – o bebê imaginado) vem colado ao prognóstico das impossibilidades, já que alguns limites biológicos são determinantes de algumas impossibilidades futuras (andar, falar, etc). Uma mãe de bebê prematuro, por exemplo, precisará de um cuidado no toque diferente da mãe de um bebê a termo. A mãe de um bebê com síndrome de Down, quando olha para ele, poderá ver primeiramente os traços da síndrome e não os traços familiares.

A mãe de um bebê com paralisia cerebral, pode ter dificuldades para encontrar uma forma singular de alimentar seu bebê, se ficar tomada pelo funcionamento da função do quadro motor advindo da paralisia cerebral. Ou seja, o funcionamento singular do bebê com algum transtorno biológico pode dificultar a elaboração imaginária e simbólica da mãe sobre seu bebê, se tomá-lo somente sob a ótica de sua condição real (BERGES, 2008; LEVIN, 2011; YAÑES, 1996).

A questão é que não são nestes dois campos, real e imaginário, que o bebê vai se constituir. É sob a influência deles, porém, do conteúdo simbólico dos pais, emergirá a possibilidade de serem além do que o real os impõe e do que o imaginário preparava.

O filho simbolizado será aquele que emergirá das construções elaboradas pelos pais sobre os recursos do bebê e também sobre seus próprios recursos. No tratamento em intervenção precoce, essa junção será trabalhada, de modo que os pais possam exercer suas funções junto ao bebê, considerando suas limitações.

Considerando todo o aparato biológico deficitário e toda a expectativa frustrada pelo nascimento de um filho diferente, o terapeuta buscará manter viva a possibilidade de este bebê constituir-se, subjetivamente, a partir da exploração de outros recursos para ser o filho de seus pais. Os pais serão sustentados em suas funções de modo a atribuírem ao bebê um saber a ser desvendado a cada obstáculo enfrentado.

Peruzzolo (2009), em artigo intitulado *O Lugar do Sujeito e o Lugar da Técnica do Atendimento em Estimulação Precoce*, relata uma cena clínica em que a terapeuta dá suporte ao corpo frágil de uma criança para que possa jogar bola com sua mãe, e pergunta: onde estava o estimulador precoce? “Estava atrás do bebê, ajudando-o a colocar seu corpo em movimento para encontrar no olhar, no gesto de sua mãe a aprovação em forma de satisfação” (p.108). A clínica da intervenção precoce pode romper com padrões pré-estabelecidos em que, muitas vezes, o controle do instrumental pelo profissional vem mais para que o bebê possa seguir

“concentrado, não no **corpo que não faz**, mas sim, em sua grande tarefa de **fazer-se apaixonar**” (PERUZZOLO, 2009, p. 108, *grifo do autor*).

Nesta perspectiva é que se afirma a importância de o terapeuta compreender que o seu lugar na cena terapêutica é estratégico na busca de um encontro entre filho e mãe/pai, que ultrapasse as dificuldades encontradas, para avançar na construção de laços parentais. Só assim o bebê acederá à condição de filho e aquela mulher e aquele homem à condição de mãe e pai.

Por isso, hoje, defende-se a necessidade de que as equipes em intervenção precoce conheçam o que está em questão, tanto na ordem do estrutural, quanto instrumental do bebê.

O campo da intervenção precoce é o encontro entre esses dois aspectos, em que o estrutural dificulta o uso dos instrumentos para um fazer-se na díade mãe-bebê, e cujo instrumental denuncia a fragilidade das estruturas constituintes do bebê para desenvolver sua condição de filho. Molina (1996) afirma que, cabe ao terapeuta em intervenção precoce buscar alternativas para que esses pais possam “ressignificar esta experiência parental de destituição narcísica tão prematura” (p. 12) que a deficiência impôs.

A prática clínica tem anunciado que o terapeuta em intervenção precoce coloca-se na condição de quem ajuda o bebê a identificar, utilizar ou a transformar suas ferramentas possíveis para que possa oferecer aos seus pais momentos de júbilo por suas aquisições. Molina (1998) defende que esta cena é “geradora de força psíquica, do entusiasmo de viver” (p. 11), tanto para o bebê quanto para seus pais. É no fazer, mesmo diferente, que os pais e o filho poderão encontrar-se para a experiência da filiação.

Do ponto de vista da Terapia Ocupacional, esta afirmação provoca a clínica com bebês a repensar posturas como reabilitação motora, indicação de tecnologias assistivas, orientação quanto à alimentação, ensinamentos comportamentais, e supõe uma clínica que esteja norteadada pelo fazer materno como constituinte de um sujeito: o filho. Constituição esta influenciada por seus componentes orgânicos, psíquicos e cognitivos.

Peruzzolo (2009) toma esses fazeres como “atos de uma inscrição” (p.109), como anúncios e como espaços de constituição de uma filiação, envolvidos por um universo de linguagem significativa ao bebê e sua mãe.

O fazer e a linguagem contornam o campo do simbólico na relação entre a mãe e seu bebê. Ele ocorrerá na medida em que a mãe fala ao seu bebê, oferecendo a ele significantes sobre seus gestos, sobre os fazeres maternos, que vão além dos transtornos diagnosticados, e do funcionamento singular do bebê construído também por suas características estruturantes. A cada fala materna instauram-se “marcas singulares” (PINHO, 2006, p. 191) da mãe para o seu bebê, recheados de significações que vão transformando as impossibilidades do real em via de comunicação, uma via de simbolizar por meio da linguagem tônica, falada e do olhar, o estatuto de inscrição de um lugar na cadeia familiar. Destacam-se aqui os campos pulsionais como fazendo parte do dia a dia materno – o olhar, a voz e o toque – como sendo esta a forma de cuidar de seu bebê.

Considerando o que foi tratado anteriormente, na discussão sobre a importância de um cotidiano recheado de paixão de vida, a forma como a mãe se põe a fazer-se, ou seja, como se dirige ao filho, somando a forma como o bebê responde a este investimento, é onde se anuncia a condição afetiva produzida entre os dois.

Na clínica em intervenção precoce, o terapeuta poderá estar na condição de intérprete desse diálogo e suporte para o processo de desenvolvimento, tanto psicomotor quanto cognitivo, para que o bebê se faça surgir a partir do discurso de seus pais.

Precisamente porque, ali, essa função não pretende ensinar algo em particular, mas permitir o desdobramento das articulações que, a partir do campo do discurso, antecipam para o sujeito sua posição (JERUSALINSKY, 1999).

Junto a isso, deverá estar também na condição de quem encarna a posição de sustentação de desejo do bebê de desejar ser desejado. É relativamente comum, por um tempo, o terapeuta ser tomado pelo bebê como alguém que lhe devolve ou lhe oferece em um fazer, pelas vias pulsionais, o prazer e a satisfação por seu olhar, seus sons, seus gestos corporais. A tarefa é manter essa via pulsional acesa até que os pais estejam em condições de assumi-la.

Para isso, a cena terapêutica é montada considerando essas várias composições que se articulam na forma como a terapeuta, o bebê e seus pais vão armando a cena.

Brandão et al. (1997) caracterizaram a cena em intervenção precoce em quatro possibilidades, que estão ligadas entre si, podendo ocorrer no mesmo

atendimento, ou acompanhar a evolução do tratamento, a partir da relação que se estabelece entre terapeuta/bebê/pais. Os autores desmistificam o imaginário de que o terapeuta está sempre aliado ao bebê, como primeiro plano, e os pais em segundo plano. Apesar de realmente ser uma cena comum, visto que os pais, no início do tratamento, acabam atribuindo ao terapeuta um saber sobre o filho como sendo o “único capaz de dar conta da posição desta criança no mundo” (p. 10), esta cena precisa ser desconstruída.

É preciso romper com a ideia simplista de que, por conhecer a técnica e as etapas do processo de desenvolvimento do bebê, o terapeuta estaria mais apto a oferecer, além dos seus recursos profissionais, recursos pessoais ao bebê e que, isso, bastaria para ele se desenvolver.

A segunda possibilidade de cena refere-se a quando, diante de uma extrema proximidade entre mãe-filho em que os pais perdem toda “referência simbólica deste filho e se dedicam à mera manutenção ou à reparação restitutiva desse corpo lesado” (BRANDÃO et al., 1997, p.14), posta em primeiro plano, o terapeuta fica em segundo plano. Como estas cenas são comuns em início de tratamento, há um trabalho a ser realizado até que a terceira configuração seja possível, se ainda não foi. Quando o terapeuta conseguir incluir-se como um terceiro, entre a mãe e o filho, essa nova relação permitirá à criança deslocar-se da mãe, iniciando experiências corporais com o ir e vir.

Já a quarta montagem, a equação relacional entre paciente-pais-terapeuta coloca a criança em segundo plano, em que a mãe fica distante do filho, demandando do terapeuta toda sua atenção. A prática anuncia ser um dos períodos mais angustiantes da terapia, pois o bebê está posto em um vazio interpretativo que poderá colocá-lo em risco psíquico.

Atualmente, com o encaminhamento muito cedo de bebês diagnosticados em risco ao autismo, a partir de protocolos que apontam fragilidades relacionais pela via do bebê (MURATORI, 2014), outra modalidade na cena terapêutica tem surgido: a que o terapeuta se alia à mãe para buscar o encontro com o bebê. Pesquisas atuais demonstram que tais bebês precisam ser fisgados e que muito cedo a mãe percebe que seu bebê não a busca, nem é receptivo às suas investidas (LAZNIK, 2013; SAINT-GEORGES et al., 2011). Nestes casos, o terapeuta ajuda a mãe a manter seu olhar apaixonado pelo filho, a construir um estilo de *manhês*, e uma forma de fazer as atividades diárias, para encontrar, no bebê, o desejo da maternagem, ou

seja, para encontrar-se ou reencontrar-se em seu cotidiano. Terapeuta e mãe, juntos, buscam formas prosódicas, toques e gestos singulares o suficiente para que o bebê seja convocado com maior ênfase a colocar-se na produção da relação afetiva com seus pais.

Estas modalidades de cenas podem transitar durante uma avaliação e tratamento. Todas elas possuem desdobramentos possíveis, se tomadas como função simbólica para a construção das funções parentais para a função de filho¹⁹ (LEVIN, 2001) e para a função do terapeuta em intervenção precoce (JERUSALINSKY, 1999).

Com isso, a especificidade clínica tem avançado também na possibilidade de identificar e atender bebês que não apresentam diagnósticos biológicos patogênicos, mas que apresentam risco ao processo de desenvolvimento desde muito cedo, identificados a partir da forma como o bebê responde aos apelos maternos, em uma vertente mais atual, ou a ausência de marcos do processo de desenvolvimento, a partir de protocolos tradicionais de triagem como o *Denver Developmental Screening Test* (Denver II – APÊNDICE A; ANEXO C), por exemplo.

4.2 DETECÇÃO PRECOCE: DO OLHAR DOS MARCOS EVOLUTIVOS AO OLHAR SOBRE O SUJEITO

Alguns importantes investimentos científicos têm possibilitado qualificar o atendimento em puericultura, sobretudo no primeiro ano de vida. Período esse, no qual tanto o pediatra quanto outros profissionais da saúde, buscam identificar, o mais precocemente, quando algo não vai bem. Entre os meios utilizados para realizar tal tarefa, o uso de testes padronizados de processo de desenvolvimento, como o Denver II ou a Escala Bayley de Processo de desenvolvimento Infantil²⁰ (PERUZZOLO et al., 2014), foram introduzidos antes dos anos de 1990 em estudos internacionais, cujo foco era a legalidade das aquisições do processo de desenvolvimento, sobretudo, com ênfase no processo de desenvolvimento motor.

¹⁹ Levin (2001, p. 64) desloca o olhar teórico do lugar da função materna para o que supunha ser a função do filho. O autor dá três lugares ao significado do nascimento de um filho: **Imaginário**: passagem de uma mulher e um homem à condição de mãe e pai e tudo que esta função significa. **Simbólico**: é quem representa seus pais em uma cadeia genealógica, “como membro e representante de sua linhagem”. **Real**: como aquele que assinala o tempo do limite de seus próprios pais.

²⁰ Bayley Scale of Infant Development (BSID).

Esse fato teve impulso de modo importante a partir do seguimento de bebês prematuros que alcançaram maior sobrevivência pelo uso de recursos médicos cada vez mais avançados. Só a partir de 2000, iniciaram-se trabalhos do campo psicanalítico com o objetivo da detecção precoce de algo que poderia não estar bem no processo de desenvolvimento infantil, tendo em vista a constituição psíquica. Destacam-se, neste âmbito, os sinais PRÉAUT e os Índices de Risco ao Processo de desenvolvimento (IRDIs). Tais instrumentos e procedimentos, cujo uso exige conhecimentos específicos e treinamento, foram pensados, no entanto, para que equipes de puericultura, que incluem profissionais como médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e fisioterapeutas, os utilizem em larga escala, o que prevê o encaminhamento precoce não apenas de bebês com risco/lesão biológica evidente, mas também, os bebês com dificuldades no laço com os familiares²¹.

Considerando esses avanços científicos, os terapeutas em intervenção precoce seguiram na busca de referenciais teóricos que contribuíssem para pensar-se o bebê em sua singularidade.

As atuais condições do bebê, defendidas por pesquisas recentes, provoca a terapeuta a estar constantemente repensando sua prática clínica, suas técnicas, seu saber sobre o bebê e seus pais. Essas condições definem o bebê como um sujeito influenciado por composições neuronais (plasticidade cerebral) e pelo ambiente que o cerca (epigenética). Ascendendo da condição de humano para sujeito, na relação com o Outro (psicanálise), em que a linguagem assume uma perspectiva enunciativa que valoriza a intersubjetividade (linguística benvenistiana), e em que o conhecimento, seja verbal ou não verbal, é, ao mesmo tempo, singular e se insere na cultura (teorias epistemológicas sobre a inteligência e os conceitos da constituição psicomotora).

A partir de tantas informações e de campos tão distintos, e, principalmente, compreendendo que cada bebê e cada família atendidos, produzem uma nova intervenção precoce, é importante seguir buscando na própria clínica em intervenção precoce, os espaços onde essa junção se faz.

Surreaux (2006) inspirou a produção de uma nova perspectiva a ser utilizada para a avaliação e tratamento na clínica em intervenção precoce, na qual poderá

²¹ Para os dois casos apresentado nesta tese, os protocolos utilizados para a triagem foram o Denver II, PRÉAUT e IRDIs, apresentados no Apêndice A.

colocar em questão as teorias apresentadas, mas que, especialmente, mantém o interesse do terapeuta em encontrar o que dizem o bebê e seus familiares, à revelia da ciência que busca homogeneidade. Ou seja, quando se trata de produzir desejo e ir à busca de concretizá-lo, não existem caminhos nem regras gerais. Por isso, a autora propõe uma hipótese de funcionamento da linguagem na clínica fonoaudiológica, apoiada no deslocamento da afirmação de Benveniste, de 1989, de que a língua é colocada em funcionamento “por um ato individual de utilização” que é ancorada no singular de cada caso, e que questiona o valor absoluto de testes ou protocolos padronizados em linguagem.

No caso da detecção precoce com bebês, pode-se traçar um paralelo também em relação aos testes como o Denver II e os sinais e índices, pois eles podem detectar que algo não está bem no processo de desenvolvimento infantil; entretanto, é preciso pensar singularmente como se deu a gênese dos sinais de risco que apareceram em cada caso em particular. Essa identificação é fundamental para que tais sinais possam ser suprimidos, antes de serem cristalizados como sintomas, por meio da intervenção precoce que permita outro curso no processo de desenvolvimento infantil.

Sob esta mesma ótica, a proposta desta pesquisa é supor que seja possível pensar o psicomotor (cuja base inicial é biológica) em funcionamento por um ato singular de utilização, na relação com o outro. No bebê, este motor só constitui um psicomotor a partir da relação com um Outro (JERUSALINSKY, 2008). Portanto, não se trata apenas de analisar a maturação neurológica, mas refletir sobre a dialética que produz na relação com a mãe, ou seja, ao mesmo tempo em que há uma tendência genética para o amadurecimento, ele se dá na relação com o ambiente; uma relação que é dialética, pois é influenciada e influencia a expressão genética (epigenética).

Nesta tese se supõe que o processo de desenvolvimento psicomotor pode ser interpretado como acontecendo a partir da relação que o bebê arma com aquele que exerce as funções parentais, representante da cultura, na história de sua genealogia e de expectativas para o futuro. Também é possível pensar que, no sintoma psicomotor, também estão implicados todos os fatores já, anteriormente, citados. Então, pode-se supor uma Hipótese sobre o Funcionamento Psicomotor, na intervenção precoce, que considere a influência do outro e que a condição

psicomotora seja tomada como diálogo tônico, anunciante de seu lugar também psicomotor singular no mundo.

A seguir, será exposta a metodologia que procurará explicitar a construção temática, a Hipótese de Funcionamento Psicomotor e também a forma que assumiu o estudo empírico da mesma.

5 METODOLOGIA

5.1 A FORMULAÇÃO TEÓRICA E ANÁLISE DA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR

Nesta tese defende-se a formulação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor no processo de intervenção precoce. Para tanto, prevê dois grandes passos: a formulação teórica da hipótese e a verificação empírica da mesma, no tratamento de dois bebês com risco psíquico, prematuro ou a termo. A partir da construção teórica já apresentada, avaliaram-se os efeitos clínicos de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor de cada bebê e ofereceu-se um tratamento em intervenção precoce considerando este percurso teórico.

No primeiro momento, ocorreu uma análise teórica que contemplou a descrição dos aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento do bebê, considerando os elementos que compõem a psicomotricidade e os conceitos de esquema e imagem corporais na elaboração de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor, situando o caminho interpretativo para tal, em uma clínica em intervenção precoce, a partir do olhar de terapeuta ocupacional.

O segundo momento refere-se à formulação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor para cada caso estudado com a indicação das linhas de intervenção no caso.

Por fim, são analisados, especificamente, os efeitos da Hipótese de Funcionamento Psicomotor na intervenção, com vistas a verificar como operou a hipótese formulada na condução da intervenção precoce. São apresentados os resultados encontrados em aproximadamente seis meses de tratamento. Problematizou-se o quanto à Hipótese de Funcionamento Psicomotor estabeleceu objetivos para a intervenção e o quanto isso apresentou efeitos positivos na formulação de estratégias de intervenção, por meio de uma análise comparativa entre o antes e o depois do tratamento.

5.2 DESENHO DA PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa proposta nesta tese tem cunho qualitativo, longitudinal, clínico quase experimental (NOBRE et al., 2004). A estratégia de pesquisa foi a de uma investigação a partir de estudo de caso, em uma abordagem em casos múltiplos.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa porque olha a combinação singular de todo o histórico clínico e social de cada bebê, suas condições biológicas e ambientais, constituição familiar, em paralelo com a compreensão do processo de desenvolvimento psicomotor. É longitudinal pelo caráter semanal de acompanhamento dos bebês, tanto na formulação inicial da Hipótese de Funcionamento Psicomotor, quanto na evolução da mesma a partir da intervenção precoce.

A pesquisa clínica, segundo Nobre et al. (2004, p. 221), tem o objetivo de “desenvolver meios diagnósticos e terapêuticos entre um fator em estudo e um desfecho clínico”.

É quase experimental porque a Hipótese de Funcionamento Psicomotor formulada para cada bebê é comparada antes e depois da intervenção precoce, ou seja, haverá uma análise da eficácia dessa hipótese no tratamento.

O Estudo de Caso, nesta pesquisa como Casos Múltiplos, segundo Goldim (1997, p.57) visa “realizar a comparação entre as características de alguns poucos indivíduos, considerando-os, cada um deles, como unidades do estudo”. A condição de casos múltiplos implica a investigação de mais de um caso, considerando as mesmas questões da pesquisa (YIN, 2001).

A **população** desta pesquisa é constituída de bebês prematuros e a termo, com e sem risco psíquico, que apresentassem resultados negativos nos protocolos (IRDIs e PRÉAUT) utilizados em uma pesquisa intitulada “Análise Comparativa do Processo de desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção”, da qual esta pesquisa faz parte, sendo excluídos os bebês com síndromes, lesões neurológicas identificadas e déficits sensoriais (auditivos e visuais).

A **amostra** é constituída de dois bebês, identificados com risco psíquico e/ou atraso no processo de desenvolvimento, considerados a partir dos resultados dos protocolos já mencionados. O primeiro bebê apresenta atraso no processo de

desenvolvimento psicomotor; o segundo apresenta risco psíquico ao processo de desenvolvimento.

Os atendimentos foram balizados por uma equipe interdisciplinar que já existe em um Programa de Extensão em intervenção precoce, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sede de desta pesquisa, composta por fonoaudiólogas, fisioterapeutas, psicólogas, terapeutas ocupacionais. Considerando esta equipe e as características dos dois bebês, os atendimentos aos bebês foram oferecidos na condição da terapeuta único.

Embora os bebês sejam tomados em terapia diretamente pela terapeuta ocupacional, indiretamente ou em interconsulta, seu processo de desenvolvimento foi acompanhado por indicações quanto à linguagem e à alimentação, à postura motora, à integração sensorial e a questões psíquicas, por haver uma equipe no suporte dos casos.

Na perspectiva adotada neste projeto, as sessões foram conjuntas, bebê-mãe, e/ou demais familiares, salvo as entrevistas exclusivas com familiares, pré-agendadas com o terapeuta.

As sessões aconteceram uma vez por semana, no Ambulatório de Reabilitação da Terapia Ocupacional e também domiciliar para o segundo caso. O primeiro foi trabalhado em seis sessões distribuídas em três meses; no segundo, foram nove sessões distribuídas em cinco meses. Esta modalidade foi sendo construída à medida que as avaliações e o tratamento foram ocorrendo, não havendo um critério pré-estabelecido de estratégias a partir de um modelo fechado.

Na lógica desta tese, o tratamento foi sendo desenhado na medida em que a HFP foi sendo construída e as estratégias de intervenção foram sendo montadas, a partir da demanda singular de cada caso, ou seja, da análise do corpo de um sujeito em constituição, em movimento, na direção de um familiar - nos casos aqui analisados, mães e avó. Considera-se caso não apenas o bebê, mas ele e sua família. Portanto, o desenho desta pesquisa esteve compatível com a abordagem singular prevista em estudos de caso.

5.3 COLETA, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados foram coletados a partir das informações constantes em prontuários, filmagem dos atendimentos e registros em diário de campo, tanto dos atendimentos quanto das interconsultas ocorridas. Todos os atendimentos que aconteceram no ambulatório da Terapia Ocupacional da UFSM foram filmados e os tópicos mais importantes, registrados em diário de campo. Alguns atendimentos domiciliares que aconteceram com o segundo bebê não foram filmados. Foram minuciosamente descritos em um diário de campo, pois a pesquisadora compreendeu a necessidade de preservação do ambiente familiar, por questões éticas e também para garantir este espaço clinicamente mais intimista.

Para a análise dos dados, as filmagens foram utilizadas com o propósito de identificar cenas que contribuíssem para a discussão sobre a eficácia ou não de um tratamento em intervenção precoce baseado na Hipótese de Funcionamento Psicomotor. Segundo Bauer e Gaskell (2003, p. 149), o vídeo tem a função de fazer o “registro de dados sempre que algum conjunto de ações humanas é complexo e difícil de ser descrito compreensivamente por um único observador, enquanto ele se desenrola”.

A análise dos dados aconteceu para cada paciente, por meio da comparação entre os objetivos traçados para dar conta da Hipótese de Funcionamento Psicomotor, os resultados alcançados, e a identificação das estratégias de abordagem descritas no diário de campo e interpretadas nas filmagens. A análise das filmagens aconteceu a partir da formulação de uma estrutura de análise de filmagens, constituída por seleção da amostra, transcrição e de citações ilustrativas para complementar a análise da transcrição (ROSE, 2002).

Como a pesquisa é qualitativa, as narrativas de alguns fragmentos de atendimentos serviram para ilustrar, com maior precisão, a discussão que foi apresentada. Para tanto, algumas cenas foram transcritas tendo como foco uma análise tanto dos gestos quanto das falas dos participantes. Para Rose (2002), esta análise tem dois eixos distintos: interações verbais (a fala) e não verbais (os gestos). Para esta tese, tentando manter a fidelidade nas escolhas teóricas, os dois eixos serão: diálogo tônico e funcionamento da linguagem. O primeiro descreverá tanto as posturas, quanto os gestos, e o segundo transcreverá os dados de linguagem.

Considerando que os dois eixos apresentados por Rose (2002) poderão acontecer no mesmo momento (em que o sujeito fala e se movimenta), foi preciso encontrar um instrumento que, na transcrição, anuncie ao leitor quais os recursos estão sendo utilizados pelos interlocutores para dialogarem.

Para tal registro, optou-se pelas normas de transcrição adotadas pelo banco de dados da Enunciação e Sintoma na Linguagem (Enunsil), coordenado por Flores (2006) (Quadro 1), acrescentando o item (!) quando o gesto não for direcionado ao Outro ou quando o Outro não interpretar como diálogo.

Quadro 1 - Convenções de transcrição

(.) um ponto entre parênteses	Indica que há uma pausa curta intra ou interturnos
(...) três pontos entre parênteses	Indicam que há uma pausa longa intra ou interturnos
PALAVRA letra maiúscula	Indica fala com intensidade acima da fala que a rodeia
Pala- hífen	Indica corte abrupto de fala
() parênteses vazios	Indicam que o transcritor foi incapaz de transcrever o que foi dito – segmento ininterpretável.
(()) parênteses duplos	Indicam comentários do transcritor sobre o contexto enunciativo restrito
(!) uma exclamação entre parênteses	Indica que não há um gesto dirigido ao Outro ou o Outro não interpretou o gesto

Fonte: Adaptado de Flores (2006)

Em cada início de transcrição, é fornecido o contexto da cena enunciativa. Os atos são divididos em duas/três colunas, conforme os interlocutores.

Estes dados compuseram uma Matriz de Categorias produzidas a partir da análise mais detalhada das descrições dos casos, em uma série temporal. Yin (2001) denomina esta matriz como um “Modelo Lógico de Programa”, uma combinação das técnicas de adequação ao padrão encontrado e de análise de séries temporais.

5.4 ASPECTOS ÉTICOS

Os dois bebês, participantes do estudo, faziam parte da pesquisa *Análise Comparativa do Processo de desenvolvimento de Bebês Prematuros e a Termo e sua Relação com Risco Psíquico: da detecção à intervenção*, que incluía a possibilidade de tratamento, caso algum atraso fosse identificado. Com isso, as famílias já haviam assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhes garantido o direito de sigilo de seus dados de identificação e voluntariado, sem qualquer prejuízo ao acesso terapêutico em caso de desistência de participação da pesquisa.

O estudo garantiu atender todas as normas éticas de conduta em pesquisa com seres humanos, de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde), sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, sob o CAEE número 28586914.0.0000.5346.

As informações obtidas nesta pesquisa estão armazenadas na sala de orientação do subsolo do prédio de apoio, nos laboratórios do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana (PPGDCH), da Universidade Federal de Santa Maria, em nome das pesquisadoras e sob a responsabilidade da orientadora do projeto. As famílias também assinaram um TCLE, autorizando que suas imagens e o próprio estudo de caso pudessem ser apresentados como recurso para a formação de graduandos e pós-graduandos, vinculados a Universidade de referência dos profissionais responsáveis pela pesquisa, por tempo indeterminado, cabendo aos familiares informar, a qualquer momento, quando o material não deve mais ser utilizado.

Os resultados da tese são apresentados em dois grandes blocos: o estudo teórico da composição da HFP e o relato dos casos, apresentados a seguir.

6 RESULTADOS

Este capítulo apresenta duas grandes seções: a primeira sobre o estudo da composição teórica da Hipótese de Funcionamento Psicomotor (HFP) e a segunda o relato e discussão de dois estudos de caso nos quais a HFP foi analisada.

6.1 ESTUDO DA COMPOSIÇÃO TEÓRICA DA HIPÓTESE DE FUNCIONAMENTO PSICOMOTOR

A leitura da tese de doutorado de Surreaux (2006), na qual a autora propõe uma *Hipótese de Funcionamento de Linguagem* para a clínica de linguagem, permitiu pensar a proposição de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor. Da referida tese, o fato de a autora pensar que o irregular do sintoma de linguagem e seu funcionamento devam ser tomados como único a cada sujeito, na avaliação e intervenção clínicas, pois anunciariam uma forma criativa de estar na linguagem, levou a pensar que o mesmo ocorre na clínica com bebês em que o enfoque psicomotor daria ao gesto motor este lugar.

Para a psicomotricidade, o conceito de diálogo tônico produzido para problematizar uma necessidade relacional, adequadamente sintonizada, para a sobrevivência e processo de desenvolvimento do bebê, oferece espaço para a articulação criativa, irregular e única, que é similar ao que Surreaux (2006) defende, na Hipótese de Funcionamento de Linguagem.

Porém, as áreas da reabilitação e até mesmo a própria psicomotricidade, em alguns segmentos, acabaram tomando este diálogo tônico enfatizando o **tônico**. Por esta tese tratar de uma intervenção muito precoce no sentido da constituição de um sujeito, a ênfase é dada no **diálogo**, que é articulado, considerando o tônico, porém, transformado em discurso pela mãe e devolvido ao bebê, em investimento que revela, para ele, o desejo materno.

Levin (1997) considera que o diálogo tônico está na condição de um discurso, enquanto “decodificação das ações e do corpo do outro” (p. 69). Não se trata de pensar o discurso enquanto verbal e não verbal, ou uma linguagem verbal em contrapartida a uma linguagem corporal. Trata-se de supor que o discurso de um sujeito é o que o determina e o constitui.

A questão é que, quando o discurso toma o corpo do bebê, operando a partir do inconsciente materno, o que tem a dizer? Considerando o processo de desenvolvimento psicomotor, ele tem a dizer de um funcionamento psicomotor único, singular, exclusivamente produzido na dialética entre mãe e bebê. Então, para a clínica com bebê, um caminho seria lançar uma Hipótese sobre o Funcionamento Psicomotor, supondo que deste lugar haja espaço para que, a díade mãe-bebê, tenha algo a dizer.

Até há pouco tempo, a clínica da reabilitação tem sido a clínica do corpo. Do corpo cronológico, do corpo cultural, do corpo das fantasias dos terapeutas e dos pais de que a cura é a normalidade instituída por marcos do processo de desenvolvimento. O foco excessivo no entendimento da patologia obscureceu a interpretação dos pais (e também dos terapeutas) sobre o bebê na condição de um “corpo discursivo e simbólico” (LEVIN, 1997, p. 69). Tomar o quadro motor de uma criança como significado de seus problemas orgânicos e, como tal, devendo ser tratado, não pode ser abandonado. Porém não é a única opção para a clínica com crianças; principalmente, as muito pequenas.

É fato que um comprometimento neuronal afeta o movimento motor, mas, estando o bebê e seu corpo inseridos em uma cadeia de significantes inicialmente maternos que o institui como filho, não deveria afetar a interpretação de um diálogo tônico, na condição de um discurso.

Um exemplo do desejo de filiação, pode ser observado no caso clínico de um bebê com agenesia de globo ocular, agenesia de corpo caloso e de algumas vértebras²², que o colocava em uma condição de hipotonia total (inclusive com uso de oxigênio para respirar), mas que não impedia a interpretação da mãe sobre a gestualidade da filha. A mãe compreendia quando ela estava acordada, ou não, pelo levantar das sobrancelhas, e agregava-se o fato de que o pai contava vantagem sobre a mãe, pois na cama, o bebê acordava mais perto dele.

Neste sentido, a teoria e a clínica psicomotora, propostas por Esteban Levin (1995, 1997, 2001, 2011) deslocam o olhar da própria psicomotricidade, da manifestação motora para o gesto humano: na condição de um discurso, conforme trata o Seminário nº1 de Lacan (apud LEVIN, 1997).

²² A síndrome que reúne todas estas características chama-se síndrome de Aicardi.

Nesta tese se propõe olhar para o bebê em constituição, cujo processo de desenvolvimento psicomotor é tomado como uma associação de gestos a serem definidos a partir da articulação com outros humanos. É o Outro que interpreta o movimento motor e lhe atribui sentido. A função materna, que inclui esta interpretação, é a que oferece ao bebê seus próprios significantes para registro de uma matriz simbólica e que o coloca na condição de sujeito discursivo, sujeito no diálogo tônico. Então, são dos significantes, inicialmente maternos (e posteriormente paternos com o ingresso do Nome-do-Pai na condição da função paterna), é que o bebê vai construindo sua cadeia de significantes.

O corpo, o significável, passa a ser marcado, significado, a partir destes significantes dados pelo Outro. Um movimento se transforma em gesto tanto quanto e enquanto haja um Outro, que capte, neste movimento, uma significação (LEVIN, 1997).

É preciso que haja espaço na cena clínica para a experiência desse funcionamento singular. Mas também é necessário que o terapeuta tenha condições de fazer esta leitura não mais no funcionamento motor, mas no funcionamento psicomotor: no diálogo tônico, do discurso da díade. Ou seja, conseguir compreender, ou levantar hipóteses que ajudem a compreender os significantes oferecidos pela mãe ao bebê que o sustentam e articulam sua constituição, que definem para o bebê sua própria cadeia significativa à medida que se descola desse Outro Primordial, para uma condição própria, a partir da função paterna.

Neste sentido, é importante para o terapeuta compreender que este gesto do bebê deve ser tomado como um movimento de dar-se a ver para o Outro e pelo Outro. O bebê é o que supõe que seus pais esperam dele. Essa imagem, produzida pelo bebê sobre si, porém sob a relação especular com o Outro, é o campo do conceito psicomotor da Imagem Corporal. É no campo do desejo do outro que a Imagem Corporal do bebê se constitui e é na articulação com os elementos do Esquema Corporal que ela se manifesta. É este lugar que a Hipótese de Funcionamento Psicomotor deveria desvendar. Levin (1997) refere existir um visível e um invisível do gesto, dado ao Outro.

Decorre que, como já anunciado no capítulo teórico, a clínica não deve lidar com a supressão urgente do irregular (SURREAUX, 2006), do visível, mas pensar o que, no gesto psicomotor, se revela do sujeito e que este gesto de se movimentar é uma maneira de ser para e com o Outro, o invisível.

Por isso, não se trata, de realizar um diagnóstico sobre o que está atrasado ou em desajuste com a legalidade das aquisições psicomotoras do ponto de vista cronológico do bebê. O diálogo tônico armado entre a mãe e seu bebê pode ser analisado em sua irregularidade e funcionamento, como algo inusitado que está constituindo o sujeito e diz da sua relação discursiva com a mãe.

O invisível, este inusitado, considerando as funções essenciais do Significante (LEVIN, 1997, p. 73), estão pela ordem de sentidos, tanto metafóricos quanto metonímicos, do gesto. Desses conceitos, é possível destacar para a psicomotricidade o sentido de substituição de um significante oculto por outro significante que vai dar-se a ver no corpo (a metáfora). E da metonímia que se opera de significante a significante, dando uma ideia de combinação discursiva. Esta teoria, freudo-laciana, ajuda a pensar como estão sendo construídos os limites do corpo do bebê, como este corpo está sendo simbolizado, representado, o que as funções parentais estão oferecendo de conteúdo simbólico para que o bebê tenha, em seu repertório, possibilidades de ampliar sua cadeia de significantes para colocar-se no lugar de filho.

A metáfora só tem sentido numa cadeia (eixo sincrônico e discrônico) e seu valor metafórico é dado pelas metonímias do significante que aparece no lugar de Outro que desaparece (LEVIN, 2011).

Então, a forma como o bebê se coloca a dar-se a ver pelo e para o Outro, seu gesto, poderá anunciar que recursos, de seu repertório estrutural e instrumental (o visível), ele está utilizando, para estar no lugar de desejo tanto materno quanto paterno (o invisível). Levin (2011) situa que, desequilíbrios posturais são uma metáfora e uma metonímia, ligadas ao corpo: “um gesto significante que está no lugar de outro significante que determina estes efeitos. São a metáfora e a metonímia que produzem estas torpezas psicomotoras como processos inconscientes nos quais o significante está em jogo” (p.105).

É este significante, e suas substituições e deslocamentos, que coloca crianças com os mesmos diagnósticos motores, e às vezes até psicomotores, se olhadas sob a égide dos transtornos psicomotores anunciados por Ajuriaguerra (1976), apresentarem sintomas diferentes. Para a clínica com bebês, apesar de ser muito cedo para se tratar de um sintoma, ainda assim, o que o bebê faz com os transtornos motores advindos de seu quadro neurológico também estão influenciados por uma cadeia de significantes familiares. Ou, para a criança sem

questões neurológicas e que produz um gesto singular que angustia os pais, como uma torpeza, um atraso nas aquisições posturais, uma inibição, uma agitação, também estão ali para anunciar algo.

É bastante comum que, o terapeuta ocupacional e demais terapeutas em intervenção precoce, recebam casos de crianças entre um e dois anos com a queixa, tanto familiar quando fisioterapêutica, de que ela não caminha e não se sabe o motivo. O motivo não está no motor, no tônus, no funcionamento neurológico de base, mas está no que vai significar para esta criança apropriar-se desse corpo, a ponto de poder estar sozinha, fora do corpo do Outro (encarnado pela mãe). O que ela colocaria no lugar do gozo da tomada do Outro sobre si e no que se transformaria se fizesse tal substituição? Para a clínica em intervenção precoce, sob o olhar da psicomotricidade, se está discutindo “a posição que ocupa este corpo no mito familiar” (LEVIN, 2011, p. 157).

Para que esta cadeia de significantes, marcada no corpo, seja desvendada, desloca-se o olhar do corpo e mira-se na história de como o filho está sendo desejado e como o bebê está compreendendo sua história de sujeito desejante. A operação simbólica encadeada na associação discursiva (metafórica e metonímica) que se inscreve a posterior (o que é anunciado anteriormente é que produz efeitos futuros).

O relato de caso apresentado por Oliveira, Peruzzolo e Souza (2014), de um menino que, com ano e sete meses de idade, apresentava sintomas psicomotores de agitação e que não reconhecia seu corpo tanto no que tangia a condição de seu, quanto na condição de articulação com os outros e com o ambiente²³, aponta o que seria um caminho dessa clínica. O tratamento foi interpretado à luz da história e das relações armadas com seus familiares, na constituição a partir de uma imagem de tristeza, medo e angústia dos adultos, pelos riscos de vida, tanto dele quanto da mãe, que enfrentaram ao seu nascimento. Deste modo, foi possível descolar o menino de imagens que o tomavam como alguém que continha uma síndrome e algo ruim, algo agressivo.

A clínica psicomotora pautada por aportes psicanalíticos, traz a discussão sobre os sintomas psicomotores originários de uma falha na castração, inicialmente

²³ Este menino também apresentava pouca evolução linguística que, considerando o funcionamento de linguagem sintonizado às demandas do menino, permitiu seu acesso ao simbolismo e apropriação linguística (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2014).

materna, mas que, também, não se instala na criança (considerando que a cadeia de significantes para esta simbolização primária está anunciada pelo Outro materno), e que aparece como transtorno motor no período da estrutura do Édipo em que a lei, o Nome-do-Pai, não resgata o filho da posição fálica para a mãe.

É esta introdução do pai, esta primazia do dizer paterno, o que falha e delinea esta estrutura que subjaz e determina o sintoma psicomotor (LEVIN, 2011).

O que seria o início dos casos atendidos (relatos em todas as obras de Esteban Levin), supondo a idade entre três e cinco anos, para a intervenção precoce, é o final da clínica. Ali onde, tradicionalmente, os instrumentos de avaliação psicomotora²⁴ começam a identificar os transtornos, para a clínica da intervenção precoce isso já se deu. Ali onde o psicomotricista escuta o significante do gesto para supor um tratamento, para o terapeuta em intervenção precoce ele já aconteceu, durante os dois primeiros anos da vida do bebê, em tratamento. É necessário então, estar atento também à estrutura psíquica do bebê antes do evento do Édipo.

Os primeiros dois anos da vida do bebê foram estudados nos capítulos iniciais desta tese para justificar a imbricação e a influência dos aspectos estruturais (biológico, psíquico e cognitivo) para o processo de desenvolvimento humano. Principalmente, porque formam a base da produção da eficácia e da habilidade do uso dos instrumentos pelo bebê (psicomotricidade, linguagem (na dimensão de comunicação e de veículo de aprendizagem), a aprendizagem, cotidiano, os jogos e o processo de socialização). Eles remetem às funções parentais, enquanto condição de produção da matriz simbólica do bebê.

É importante retomar que essas funções estão constituídas no discurso da mãe. Uma das incumbências da função materna é instituir o corte, a lei, o Nome-do-Pai, que está na cadeia significativa da mãe. Neste sentido, o jogo constituinte de *Fort-da*, no bebê, é um prelúdio ao Complexo de Édipo, pois para que a criança esteja em uma posição ativa na suposição da ausência e da presença de um outro, ela precisa compreender-se fora do corpo materno e inserido em uma cultura (a cultura que o circunda). Ele precisa escolher não ser, eternamente, o objeto de desejo do Outro materno e o significante Nome-do-Pai, na condição de função paterna, deve também estar atuando na mãe.

²⁴ Ver: Body Part Identification in 1-to 2-year – old Children (WITT et al., 2014); Weight Status and Perception of body image in Children: the effect of maternal immigrant status (GUALDI-RUSSO et al., 2012).

Então, para o terapeuta em intervenção precoce, este é um momento importante na compreensão do potencial de deslocamento simbólico e real que o bebê está fazendo, tanto em sua cadeia significativa, quanto em sua condição motora na forma do gesto (campo da psicomotricidade). Peruzzolo (2009) relata em um caso clínico o jogo de *Fort-da* do menino João, com idade de 18 meses, com seu pai, como um dos momentos do tratamento em que a relação estruturante com o Outro desloca o bebê para a condição de um diferente na díade.

A leitura da cena relatada pelo pai sobre a forma como João reagiu a uma queda sua, ou seja, o fato de João compreender que a queda do pai foi algo inusitado, ter manifestado interesse, ter sido interpretado pelo pai como uma possibilidade de armar com o filho uma brincadeira, deixa muito clara uma nova condição psíquica de João. Esta brincadeira de cair, não cair, também estava introduzindo nas experiências de João o início do jogo do *Fort-da*, pois à medida que sorria pela queda do pai, o convocava a cair novamente. João estava no comando do pai carretel, muito diferente da mãe fotografada (PERUZZOLO, 2009, p. 24)²⁵.

Atualmente, a psicanálise e a neurociência têm produzido pesquisas, cuja identificação de possíveis atrasos no processo de desenvolvimento do bebê, estão acontecendo muito cedo. Como já foi dito, estudos têm identificado bebês de até três meses com indicadores de risco ao processo de desenvolvimento. Inicialmente, essas pesquisas estavam pautadas pela interpretação do discurso materno e paterno e, pela forma como o bebê reagia à convocação e a não convocação, para ser o objeto de prazer do Outro, verificada pelos sinais PRÉAUT e pelos IRDIs. Porém, atualmente, algumas áreas instrumentais têm avançado neste campo, unindo saberes específicos, como o funcionamento de linguagem (CRESTANI; MORAES; SOUZA, 2015; VENDRUSCOLO, 2012), a própria psicomotricidade (PERUZZOLO et al., 2015) aos resultados dos protocolos, formulando novas hipóteses de interpretações sobre o sujeito bebê em constituição.

Contudo, detectar o risco psíquico, cria dilemas éticos no encaminhamento e seguimento do bebê, pois com todo o cuidado, a preocupação dos que detêm a informação do resultado da avaliação não pode paralisar o investimento dos pais;

²⁵ No artigo a autora narra que a brincadeira instituída era de que, quando o menino sorria, o pai se atirava no chão fingindo que havia caído novamente. Levantava e aguardava que o menino sorrisse como um pedido para que o pai caísse. Já, a mãe fotografada refere-se a uma fala da mesma que relata só ter se entendido mãe quando viu uma foto sua com o filho.

com isso, enfrenta-se a dificuldade de considerar e efetivar um encaminhamento adequado.

Atualmente, com o uso de novas tecnologias de análise do movimento, como *softwares* posturais, por exemplo, está sendo possível identificar outras características do bebê, já nos três primeiros meses de vida, que estão marcadas pela postura motora (BULANGER, 2006; KLING, 2011; MURATORI, 2014). Com isso, supõe-se que, em um futuro breve, o que era diagnosticado na puericultura aos quatro ou cinco anos como o autismo, por exemplo, poderá ser visto como potencial de risco já aos três meses.

Para não incorrer no mesmo erro de tomar o corpo de um bebê, de três meses, como o lugar do tratamento, é preciso garantir na mesma ordem das pesquisas, estudos que tentem problematizar este período da vida do ser humano, como em estruturação na relação com seu aparato biológico, mas também com conteúdo simbólico e cultural posto a sua disposição. Portanto, não seria possível supor uma condição motora e psicomotora, um sintoma motor, mas sim uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor, com a qual o terapeuta pudesse compreender este gesto, como anúncio em uma cadeia significativa que ainda está estruturando-se e que, então, poderá ser deslocada para a condição de um *sinthoma* ou sintoma.

Relembrando o trabalho de Surreaux (2006), os conceitos de sintoma e *sinthoma*, buscados em Lacan, criam um campo conceitual que, quando deslocados para a psicomotricidade, podem diferenciar o que seja um funcionamento ainda não decidido. Jerusalinky (2008), quando situa estas duas facetas da tentativa da criança de resolver como tomar o fantasma materno²⁶ (sintoma e *sinthoma*) coloca, para o *sinthoma* a possibilidade de ser transitório. Por exemplo, os jogos constituintes de sujeito, já anunciados em que a criança cria um objeto transicional, que produz o *Fort-da* e os jogos de borda, ou então, as enureses circunstanciais, o próprio desenhar, o brincar (para crianças mais velhas), são compreendidos como

Uma espécie de delírio de elaboração, completamente necessário para suportar sua 'miséria' infantil frente à magnificência do ideal que lhe é demandado. [...] permite-lhe continuar seu trânsito para a condição adulta (JERUSALINKY, 2008, p. 120).

²⁶ Para Jerusalinky (2008) e, considerando a teoria lacaniana, a grande pergunta do bebê estaria em "ser ou não ser o falo da mãe". E, a posição a ser assumida é que produzirá a estruturação inconsciente do sujeito considerando o processo de "sexoação, filiação e identificação" (p. 119).

Já o sintoma, tratado como sintoma clínico, comparece como evidência da dificuldade ou impossibilidade de elaboração da criança frente ao seu fantasma. O gesto, para a psicomotricidade que se propõe aqui, anunciaria a angústia do bebê sobre um desígnio do Outro, “impossível de reencaminhar ou de suportar” (JERUSALINKY, 2008, p. 120) e que ocupa o corpo como lugar de registro.

Levin (2011) considera sintoma psicomotor como a condição psíquica dada a ser vista no corpo pelo Outro. O autor afirma que no sintoma psicomotor

A realidade do corpo transtorna-se, quer dizer, torna-se mais presente, presentifica-se, transforma-se numa preocupação para outros, o que faz com que para a criança também venha a sê-lo, e dialeticamente é, uma preocupação para ela (LEVIN, 2011, p. 154).

É um corpo que, no sintoma, pesa duplamente: em primeiro lugar porque é a criança que tem que se haver com ele em movimento e, segundo, porque este movimento não é agradável aos olhos do Outro.

No entanto, convém diferenciar a situação em que há sinais claros de lesão cerebral, como nas encefalopatias motoras não progressivas, em que já sem tem evidências de sintomas no segundo semestre de vida, pela permanência de reflexos arcaicos e a falta de evolução da motricidade voluntária. Nos casos de risco de evolução para autismo, ainda está em curso tal estruturação. É possível que, os sinais de assimetria corporal e *flapping*, descritos por Muratori (2014), que também aparecem nas pesquisas de Esposito e Venuti (2009), ou mesmo as dificuldades de domínios de matrizes corporais postulados por Bullanger (2006), sejam tomados como sintomas, porque anunciam um sofrimento, uma impossibilidade, mesmo que ainda não haja um diagnóstico.

Porém, o fato de existirem sintomas patogênicos não exime o terapeuta de ir à busca da compreensão sobre o que do gesto do bebê seria possível para constituir-se sujeito (função de filho), além de suas impossibilidades. E, isso, como discorrido até aqui, está sob a égide de como o Outro Primordial vai investir em sua condição de função materna.

Portanto, para esta tese e para a produção de uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor*, supõe-se que o gesto psicomotor pode ser tomado como condição transitória, ou não, no percurso do amadurecimento neuronal e na ampliação das experiências instrumentais, e anuncia como, o bebê e a mãe, estão

estabelecendo uma relação corporal, na qual há um sistema semiótico corporal em curso. Aqui também, há espaço para romper com o irregular como patológico e tomá-lo como anúncio da forma como o sujeito está-se apropriando do gesto na troca com o outro. Isso diminuiria o risco de prognósticos fatalísticos colados a diagnósticos precoces.

Ainda traçando um paralelo com o trabalho de Surreaux (2006), em que a autora indica os elementos importantes para análise da linguagem, sobretudo a partir de Jakobson e Benveniste, é preciso anunciar sob que ótica os elementos conceituais de Esquema e Imagem corporal compõem uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Relembrando: enquanto o Esquema Corporal está relacionado à forma como o bebê vai apreendendo os conhecimentos sobre si e sobre o exterior, e tendo a noção de como agir de modo a integrar conhecimento e movimento; o conceito de Imagem Corporal do bebê está relacionado à forma como o bebê supõe ser desejado pela mãe; ou seja, é a interpretação psíquica do bebê, na dimensão corporal, sobre o que a mãe transmite de seu próprio desejo de filiação e sobre seu conhecimento do mundo (cultura).

Nesta perspectiva, a diferença conceitual, e, em contrapartida, a concepção de que, para o bebê pequeno, esses dois conceitos, juntamente com os aspectos estruturais e instrumentais, estão imbricados, influenciando a constituição um do outro, não seria mais possível supor um tratamento baseado na reabilitação do que não está em função, pois o que não funciona é anunciado somente a partir do transtorno instrumental, nos conceitos de Esquema corporal. O tônus, o equilíbrio, lateralidade e dominância, motricidade ampla e fina, ritmo e temporalidade e a inabilidade instrumental, se atrasados ou definitivamente inábeis, se tomados como tal pelo terapeuta, e tratados com técnicas universais, não alcançarão a magnitude do que se compreende como processo de desenvolvimento humano. Ficariam fora da cena terapêutica tanto a origem de um sintoma vindo do fantasma materno, quanto os efeitos causados pela forma como o bebê é compreendido em seu funcionamento pelos pais (sob a égide de seus fantasmas).

Já para a própria avaliação do bebê, sob a ótica desta tese, tomar somente a desenvoltura da aquisição dos conceitos de esquema corporal, deixaria de fora as crianças que estão se desenvolvendo com transtornos psíquicos. Peruzzolo, Bortagarai e Souza, em artigo (no prelo), avaliaram o esquema e a relação corporal

no brincar de 13 crianças com risco psíquico e suas mães, por meio da análise de vídeos. As díades foram filmadas brincando livremente em um ambiente previamente organizado nas dependências do Ambulatório da Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria.

Dos vídeos das 13 crianças analisadas com IRDIs alterados, todas apresentaram aquisição adequada a sua faixa etária, quanto aos elementos conceituais que indicam conhecimento do corpo (motricidade ampla e fina, noção de espaço, lateralidade, dominância e equilíbrio), vinculados ao esquema corporal. O que se destacou foi a forma como as crianças colocavam seu corpo à disposição para se relacionarem com as suas mães. Sob esta ótica seis crianças apresentaram questões psicomotoras como agitação e lentidão psicomotoras. Portanto, é possível supor que a constituição da atividade psicomotora de um sujeito psicomotor se dá na imbricação entre EC e IC: entre o bebê e um adulto, na constituição de um filho e de uma mãe, nos atos corporais, na sua gestualidade.

Considerando, ainda, os aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento já apresentados, compreende-se que a forma como o bebê vai reconhecer seu corpo, os espaços e as pessoas que o rodeiam, está sob a influência da forma como a mãe vai apresentar-se, vai apresentar o próprio bebê a ele mesmo, ao ambiente e aos outros, bem como da potencialidade biológica do bebê para movimentar-se. A expressão genética da motricidade do bebê sofrerá um efeito epigenético do ambiente. Pode-se referir, como exemplo, um bebê com grande potencial genético para caminhar, correr, pular, mas que, por receio materno de quedas, possa desenvolver um sintoma de inibição corporal com atraso no início da marcha. Ou, ainda, um exemplo contrário, de um bebê que não tenha grande potencial genético, mas que, por estímulos ambientais, poderá ter um processo de desenvolvimento psicomotor dentro dos padrões estabelecidos, considerando os marcos motores iniciais, como o controle cefálico, o sentar, o pegar, o andar...

Pode-se dizer que o processo de desenvolvimento psicomotor é um reflexo da articulação entre o que o funcionamento motriz do bebê diz à mãe e o desejo desta em vivenciar a condição de mãe de seu filho. É neste campo de intersecção entre o real, imaginário e simbólico que o bebê se desenvolve, seja qual for o aspecto do processo de desenvolvimento observado, aqui, nesta tese a psicomotricidade. Ou seja, como a mãe compreende-se na função de mãe e o que ela espera da função

do filho. A condição do bebê poderá influenciar a função de filho, mas não a determina.

É possível supor que, para a psicomotricidade, o que acontece entre a mãe e o bebê, pela via da relação corporal, pode ser decifrado a partir de como a dupla constrói seus diálogos tônicos. Como o processo de desenvolvimento dos aspectos instrumentais vai ficando evidente após certo período, e de modo especial, a psicomotricidade dá um salto no primeiro ano de vida, quando ocorre uma diferenciação dos aspectos estruturais, o que permite a percepção das marcas no gesto, no conhecimento e no uso potencial do corpo do bebê, sendo, ou não, evidência de risco ao processo de desenvolvimento psicomotor. Isso, de alguma forma, também devolve à mãe uma carga libidinal que a realimenta a estar com esse bebê de formas diferentes.

Então, a forma como o corpo do bebê faz (de fazer-se objeto de desejo da mãe), diz da interpretação ou da influência que a função materna lhe atribui. Neste sentido, há uma interpretação sobre o inconsciente materno, porém, onde para a psicanálise, por exemplo, estaria a escuta, para a psicomotricidade está o olhar sobre o fazer-se bebê e fazer-se mãe (LEVIN, 2011).

Isso coloca cada tratamento clínico como único, pois para cada bebê será produzida uma condição psicomotora pautada pelo investimento da função materna, e pela condição do bebê de colocar-se na cena, também únicas. O bebê será o que sua mãe lhe anunciar que deseja ser, mas que, por sua vez, ela estará também alimentada pelo que o bebê pode ou não fazer. Neste anúncio, determina-se a singularidade de cada bebê e, mais especificadamente, cada bebê e sua mãe em tratamento.

Para a psicomotricidade, poder-se-ia supor que é no campo da Imagem Corporal que se sustentará o processo de desenvolvimento do bebê para a condição de filho. É na singularidade do desejo materno do encontro com seu bebê que se produzirá a condição psicomotora para o processo de desenvolvimento.

A questão é que, as respostas que o bebê apresentar no campo psicomotor, dado a ver mais pela condição dos elementos psicomotores do Esquema Corporal, deverão ser interpretadas sob a ótica de uma resposta ao investimento materno (que implica considerar o Nome-do-Pai).

Então, é possível supor que, um funcionamento psicomotor do bebê, anuncia o investimento relacional com sua mãe. Daí a possibilidade de, em tratamento,

poder lançar-se uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor* como anúncio do encontro entre a função do filho e a função de mãe, entre o Esquema corporal e a Imagem corporal, respectivamente, e daí pensar-se um caminho clínico para o tratamento de bebês em intervenção precoce.

O que a clínica tem demonstrado, é que as produções do bebê na cena terapêutica, interpretados pela terapeuta, poderão deslocar a elaboração da função materna e, por consequência, também a função do filho.

Ali, onde a mãe não conseguia encontrar suporte para reconhecer o bebê como filho, no fazer do bebê, instala-se ou reinstala-se, em atendimento, o desejo de maternagem. Esta é a grande tarefa da intervenção precoce, que acontecerá tanto pela identificação do potencial psicomotor do bebê e facilitação instrumental de seu processo de desenvolvimento por meio de técnicas motoras, quanto pelo entendimento que isso não se dará sem que seja inserido na ordem do gesto endereçado, ou seja, um bebê sentará, andará, pegará porque alguém exerce a função de mãe e espera isso dele. Portanto, não há como aplicar exercícios a um bebê, é preciso pensar em um corpo em relação, no caso com aquele que exerce a função materna.

É sobre este lugar clínico que a tese amplia a discussão e defende um caminho para o tratamento de bebês que considere seu aparato instrumental, mas também seus aspectos estruturais, sua construção em um diálogo tônico, tanto de esquema quanto de imagem corporal, na relação armada com seu Outro Primordial.

6.2 CASOS CLÍNICOS

Início descrevendo a sala de atendimento e dos recursos. Na sala de atendimento do Ambulatório de Reabilitação Neuropediátrica em Terapia Ocupacional, na Universidade Federal de Santa Maria, o atendimento acontece com a menina, a mãe e a terapeuta, sentadas em um tatame de 1m80cm de largura, por 1m70cm profundidade, com altura de 50cm.

Apoiado em um dos lados do tatame e em uma das paredes está um espelho de tamanho 1m70cm de comprimento, por 90 cm de altura, que reflete todos que estiverem sentados no tatame e em pé a sua frente.

Estão à disposição sobre o tatame: uma bola amarela de tamanho médio, um chocalho de pano, no formato de um quadrado, com quatro alças, tamanho médio;

uma ovelhinha amarela de plástico duro que ao apertar emite um barulho alto, tipo um apito e uma tartaruga com botões no casco, que quando são apertados, toca músicas em uma sequência de três melodias, sendo necessário apertá-los para tocar novamente. Ela é transparente e seus botões se iluminam quando tocam.

Na cena, está presente, também, uma aluna de graduação do curso de Terapia Ocupacional, bolsista voluntária da pesquisa, que administra a filmagem. Normalmente, ela filma parada, porém, quando há necessidade de deslocar a câmara para filmar no chão, por exemplo, ela o faz.

6.2.1 Caso Clínico 1: menina T.

6.2.1.1 O encaminhamento

T. é filha única de mãe e pai jovens: a mãe tem 19 anos e o pai 22 anos. A menina chega para atendimento em intervenção precoce com 15 meses de vida.

Ela faz parte da pesquisa maior, referida na metodologia, cujos resultados coletados no dia que estava completando três meses e 26 dias de idade corrigida indicaram risco ao processo de desenvolvimento. A menina nasceu em 11/12/2013, mas a previsão de nascimento era para 22/02/2014; sendo prematura de dois meses e 10 dias.

Considerando a primeira etapa dos IRDIs que correspondem aos itens de 1 ao 5, em que todos estavam ausentes:

1 - quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer;

2 - a mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês);

3 - a criança reage ao manhês;

4 - a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação;

5 - há trocas de olhares entre a criança e a mãe, indicando risco iminente de atraso no processo de desenvolvimento, bem como risco psíquico, visto que a ausência desses cinco itens anuncia risco de psicopatologia (KUPFER, 2008).

Os sinais PRÉAUT foram analisados quando a menina tinha cinco meses e dois dias de idade. Os resultados também foram preocupantes: A menina não respondeu a nenhum dos itens da primeira parte do questionário, sendo necessário aplicar a segunda parte. Nesta, a menina só respondeu ao item 4 - *Depois de ser*

estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto); A - Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto). Nos outros itens ela não respondeu.

Além disso, embora os marcos motores tivessem sido atingidos (pontuação de 100% no Denver II), observou-se que havia uma inibição psicomotora, pois T., nas filmagens da pesquisa, não esboçava movimentos diante da oferta de brinquedo pela mãe, conforme será descrito na próxima seção.

Levando em conta os resultados já apresentados em outras pesquisas cuja ausência de indicadores clínicos de riscos ao desenvolvimento e dos sinais PREAUT tem se associado a emergência de psicopatologias graves da infância ou a distúrbios do desenvolvimento (FOUSSET, 2013; LERNER, et al., 2001; OLIVEIRA; FLORES; RAMOS, 2011; OLIVEIRA; PERUZZOLO; RAMOS, 2013) e o fato de haver sintomas psicomotores, as pesquisadoras responsáveis entenderam ser necessário um acompanhamento mais próximo. Com isso T. foi encaminhada para avaliação e tratamento em intervenção precoce, vinculada a esta pesquisa.

Porém, neste mesmo período a menina foi avaliada no serviço de Seguimento de Prematuros Egressos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um hospital de referência da região de Santa Maria, que detectou atraso no processo de desenvolvimento psicomotor, com aplicação do protocolo Alberta. Então, foi encaminhada para o ambulatório de reabilitação neuropediátrico do hospital, sendo atendida, dos seus cinco meses e 20 dias de idade corrigida, até os seus oito meses e 20 dias de idade corrigida, pela equipe de estagiários do curso de fisioterapia, com supervisão de docente fisioterapeuta, por dois meses de fisioterapia, perfazendo um total de sete sessões.

Somente quando a menina tinha 12 meses e 20 dias de idade corrigida, foi que a terapeuta ocupacional iniciou atendimento. Na passagem do caso da fisioterapia para a terapia ocupacional, a docente responsável registrou que parte dos objetivos propostos por aquele setor foi alcançado (constava no prontuário: melhor controle de tronco, rola para um lado e outro, melhor interação com os brinquedos e com os terapeutas). Porém, segundo a fisioterapeuta, a menina apresentava-se muito chorosa e a mãe pouco colaborativa.

Na leitura do prontuário foi possível observar que, das sete sessões de fisioterapia, em cinco há relato de choro da menina e uma foi encerrada aos 30 minutos (os atendimentos são de aproximadamente 45 minutos à uma hora), pois a

menina estava cansada. Na última sessão, além de a menina chorar, há um registro de uma “mãe pouco colaborativa”.

6.2.1.2 A avaliação da terapia ocupacional até à produção da Hipótese de Funcionamento Psicomotor

Foram necessárias três sessões para que fosse possível lançar uma HFP. As outras duas sessões e uma entrevista com a mãe (tempo de tratamento até a produção deste estudo de caso) foram o tempo necessário para confirmar a HFP. Elas serão analisadas e seus resultados apresentados em forma de narrativa e alguns fragmentos serão transcritos para explicitar o caminho percorrido.

Sabia-se, de antemão, que a menina havia falhado na avaliação dos IRDIs e PRÉAUT e que, realmente, a mãe era muito silenciosa pelas informações dos registros dos atendimentos de fisioterapia e da análise do vídeo gravado para a pesquisa que encaminhou a menina e que será descrito a seguir. Além disso, a menina não caminhava, apesar da idade e dos investimentos da fisioterapia, chorava nos atendimentos e a mãe, segundo consta no prontuário da fisioterapia, não estava muito disponível na cena.

6.2.1.2.1 A primeira reflexão sobre a díade

Na análise da filmagem coletada na pesquisa que encaminhou a paciente, a menina estava com quatro meses e 20 dias de idade corrigida. Identifica-se que a mãe mantém um padrão de diálogo que não estimula a menina a interagir. E, que, a menina mantém um padrão motor pouco ativo, com um olhar constante nos brinquedos oferecidos pela mãe.

A mãe convoca a menina a pegar os brinquedos oferecidos, sempre no mesmo tom de voz, sempre da mesma forma. A menina, por vezes olha o objeto oferecido, por vezes desvia o olhar e não pega os brinquedos. A menina toca em seu próprio corpo, primeiramente de uma forma involuntária (ela encontra suas mãos na linha média do corpo e leva para a boca). Depois que faz isso pela primeira vez, faz outra, de forma voluntária.

Destaca-se a cena a seguir transcrita para exemplificar o que foi percebido durante os 20 minutos de cena.

1ª Cena: Filmagem de coleta da pesquisa que encaminhou T.

Descrição da cena:

Mãe e menina no chão em frente ao espelho. Menina sentada em um bebê conforto de frente para a mãe. A mãe tem brinquedos em uma caixa do lado direito do bebê conforto. Ela é orientada pela pesquisadora a brincar com a menina. Não há orientação quanto a usar, ou não, todos os brinquedos ou mesmo qualquer um deles.

O processo de desenvolvimento dessa atividade é apresentado no quadro 2.

Quadro 2 - A tentativa de contato

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM	
	Mãe	Criança
Mãe oferece chocalho para bebê colocando o brinquedo na linha média na altura do peito do bebê.	1) Tem que pegar, ó... ((mãe fala olhando para bebê, oferecendo o chocalho com um sorriso morno))	
Bebê fica imóvel, sem olhar para a mãe.		2) ãh,ãh. ((bebê balbucia))
Mãe movimenta o chocalho.		
Bebê junta as mãos em linha média e leva à boca.		(!)
Mãe oferece o chocalho.	3) Pegou? ((Mãe insiste para bebê segurar o chocalho))	(!)
Mãe encaixa chocalho nas mãos do bebê.	4) Abre mais as mãozinhas.	
Bebê leva o chocalho à boca.		(!)
Chocalho cai da mão do bebê.	5) Tem que pegar, ó....	
Bebê segue sem olhar para a mãe, observa o chocalho cair e morde as mãos.		(!)
Mãe junta chocalho e continua falando para bebê pegá-lo.	6) Pega ó, pega, tem que pegar ((como uma ordem, mas sem <i>manhês</i>))	
Mãe continua chacoalhando o chocalho para o bebê; o bebê apenas segue olhando para o chocalho.		

Por esta filmagem o que foi possível avaliar é que a mãe se mantém na mesma posição: sentada em frente à filha, oferecendo os brinquedos para que pegue. Com um olhar fixo na filha e um sorriso constante, que, para as transcrições, vai ser anunciado como “sorriso morno”, porque está ali, mas não estimula a menina. Não possui *manhês*. Quando oferece o brinquedo fica pedindo à menina que pegue quase na condição de uma ordem. Ela experimenta duas formas de oferecer o brinquedo: mostrando e falando. Arruma a menina, liberando os braços dela do bebê conforto, para que pegue, porém isso não dá resultado.

O bebê, T., por sua vez, olha os brinquedos sem olhar para a mãe. Acompanhou o movimento da pesquisadora na sala até a mesma sair. Não há excitação corporal que seria natural para a idade. O movimento de mãos e pés simétricos e voluntários para a linha média, natural para a idade, pois já não está mais sob a influência de reflexos arcaicos, mesmo corrigida, pode ser identificado como um movimento apresentado no primeiro tempo do circuito pulsional (captura de objeto) indo para o segundo tempo (autoerótico), pois, na filmagem não há uma busca intencional de “se chupar” quando põe as mãos na boca. Então menos ainda existe um gesto que seja remetido à mãe (terceiro tempo do circuito pulsional). É um encontro entre as mãos para dirigir à boca.

A análise dos resultados dos protocolos Denver II, IRDIs e Sinais PRÉAUT, mais a análise do vídeo, em que a menina e a mãe não entram em relação, e que a menina mantém um padrão psicomotor apático para a idade, faz com que a equipe de pesquisa as encaminhe para acompanhamento especializado.

6.2.1.2.2 A avaliação e a Hipótese de Funcionamento Psicomotor – em que também o tratamento se deu

Na data dessa avaliação, a menina tinha 12 meses e 20 dias de idade corrigida. Foi necessário explicar para a mãe o motivo de ela estar sendo encaminhada da Fisioterapia para a Terapia Ocupacional e também retomar com ela a participação na pesquisa, que autorizava a filmagem.

A mãe relata que a filha não estava acostumada com muitas pessoas, e que por isso ficava muito agitada e “acabava não fazendo nada” (SIC²⁷ da mãe), quando

²⁷ Segundo informações colhidas.

se referia ao tratamento fisioterápico. Segue dizendo que “ela não gosta que fiquem agarrando ela toda hora”.

Diz que sabe que a filha está atrasada no caminhar, pois ela tem primos da mesma idade que já estão caminhando. Refere que T. não fica de gatinho e chora de barriga para baixo. Não consegue se levantar sozinha: “do jeito que cai fica” (SIC da mãe). Conta que conheceu a “calça de posicionamento” na clínica da Terapia Ocupacional e que T. só sentou quando ela confeccionou uma em casa e passou a utilizar para colocar a menina sentada. Que ela espera que a menina caminhe. Esta é a demanda da mãe, que a acompanha durante todo o tratamento e na entrevista: *que caminhe*.

A mãe relata também que a menina só se alimenta com alimentos pastosos, que se afoga se houver pedacinhos de carne. Estava sendo avaliada pela Fonoaudiologia (setor de disfagia pediátrica), mas ainda não havia diagnóstico ou orientações.

A mãe fez perguntas e relatou ações e gestos que a menina não conseguia fazer, mas também afirmou que a menina é esperta e atenta. Sabia descrever o que ela gosta e não gosta. A mãe parecia defender a filha de procedimentos que, aos olhos dela, pareciam não estar funcionando ou não fazer sentido (tanto da parte da fisioterapia quanto da fonoaudiologia que estava avaliando a condição de deglutição da menina). Durante esta conversa a mãe mantinha-se sentada, atenta à conversa, sem olhar para a filha.

Durante esta conversa, que durou aproximadamente 20 minutos, a menina manipulou os brinquedos, sentada no tatame de frente para a mãe. Manipulou-os sozinha, e somente uma vez deu um dos brinquedos (a ovelhinha) para a mãe, sem olhar e sem dizer nada. A mãe pegou e também não disse nada. Às vezes, balbuciava e por duas vezes berrou “haaaaa”. Uma delas foi direcionada à terapeuta, que prontamente ofereceu-se para conversar, mas a menina voltou a brincar sozinha.

Após o trabalho de passagem do caso para a Terapia Ocupacional, passou-se a interagir mais diretamente com a menina.

A sessão aconteceu por um período de tempo em que a menina ficou sentada no tatame, entre a mãe e a terapeuta e outro período em que se deslocou para o chão a explorar o ambiente em pé com apoio.

Durante o tempo em que esteve sentada no tatame, explorou os brinquedos e a terapeuta passou a falar com ela sobre o nome, a função e o que cada brinquedo poderia fazer tentando que os brinquedos interagissem com ela e daí, supunha poder iniciar também uma interação. Até que um dos brinquedos que ela manipulava bateu em um brinquedo musical que começou a tocar. A terapeuta fez expressão de surpresa e curiosidade, fisgando a atenção da menina.

T. passou a apertar o botão da música e balançar o corpo sorrindo por várias vezes. A terapeuta também dançou. A menina passou a olhar com sorriso para a terapeuta. Quando o brinquedo parava de tocar a menina voltava a apertá-lo e começar a dançar olhando para a terapeuta. Esta foi a cena que deu início à construção da relação entre terapeuta e paciente. Durante este tempo, a mãe permanecia sentada no tatame olhando a filha. Mantinha o mesmo sorriso morno e não alterava sua expressão, mesmo quando a menina e a terapeuta ocupacional descobriam brinquedos novos.

Desta brincadeira e outras que se seguiram, como manipular brinquedos grandes e pequenos, pegar e soltar, trocar o brinquedo de uma mão para outra, pegar um brinquedo em cada mão, foi possível observar que a menina possuía construções importantes com relação a alguns elementos de esquema corporal e potencial instrumental para manipulação em membros superiores (MsSs).

Ali se apresentavam domínios da menina quanto à pinça, preensão palmar, lateralidade, espaço, tempo, ritmo (elementos do esquema corporal). Estes são conceitos importantes para pensar-se sobre como a menina estava compreendendo seu corpo como recurso próprio para articular com o ambiente, inclusive nos aspectos óculo-manual. Colocava seus MsSs como instrumentos para a exploração dos brinquedos, demonstrando conhecimento de si e interesse em conhecer o meio que a rodeava.

Também indicava curiosidade e iniciativa, na medida em que explorava cada um dos brinquedos. O fato de depois de um tempo de exploração, a menina compreender a função de cada um: chacoalhar, apertar inteiro, apertar só um botão, informava sobre a produção cognitiva como conceitos de função de objeto, permanência de objeto e também de causalidade, que, apesar de ainda modestos para a idade cronológica, sinalizava a existência de potencial da menina.

A escolha de um brinquedo que pudesse “dançar” e o retorno constante a este, anunciava uma inserção na cultura e um reconhecimento de que, aos olhos

dos adultos que estavam ali, isso agradava (mais à terapeuta que a mãe). Tratava-se, aqui, da construção de uma imagem corporal, ainda muito insipiente para a terapeuta supor o lugar (função de filho) na relação, porém diminuiu a impressão transmitida na primeira filmagem, de que a menina mantinha um interesse nos objetos e possuía um corpo sem muita expressão (diálogo tônico).

Porém, chamava a atenção o quanto a menina suportava brincar sozinha e em silêncio. Poucas vezes, fez contato com a mãe para brincar, e quando fez, a resposta da mãe foi de pouca expressão. A mãe olhava para a filha, mas não alterava seu padrão motor, sua expressão facial e muito pouco falava, quando a menina tentava interagir. A cena a seguir, transcrita no quadro 3, reproduz o que se passou em vários momentos da sessão e que serviram para considerar uma HFP.

2ª Cena: A oferta do brinquedo, o silêncio na díade

Descrição da cena:

Já havia passado 30 minutos de atendimento em que a terapeuta e a menina mantinham-se sentadas, brincando com brinquedos. Quando a menina deitava voluntariamente para pegar um brinquedo não conseguia sentar-se sozinha.

A terapeuta resolveu produzir um problema para a menina. Um problema motor: colocá-la de gatinho. A convidou a deitar-se sobre a bola amarela, rolar e pegar o brinquedo musical que estava do outro lado. Em decúbito ventral sobre a bola amarela, quando rolava, a menina tinha que se segurar, de um lado da bola com os pés, e do outro lado, com as mãos. A brincadeira aconteceu três vezes: a menina rolava a bola até o brinquedo, apertava o botão e quando a música tocava, elas dançavam, mesmo estando na bola. O olhar de encontro entre a terapeuta e a menina se dava no dançar. A menina procurava o olhar da terapeuta. A mãe estava assistindo tudo e sorrindo, com aquele “sorriso morno”.

Porém, mesmo com todo este silêncio, toda vez que a menina não conseguiu movimentar-se, deslocar-se no tatame, reclamava em uma expressão de choro e jogava seu corpo em direção à mãe que logo compreendia que era necessário pegá-la de forma acolhedora, não vacilava. No colo, silencioso também, nem a menina nem a mãe trocavam olhares. Mas a menina abraçava a mãe que sorria “mornamente”.

A cena relatada a seguir, no quadro 3, refere-se ao momento em que a menina encerra esta brincadeira.

Quadro 3 - A oferta do brinquedo, o silêncio na díade

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Bebê solta o brinquedo musical, sai da bola, senta no tatame com apoio da terapeuta e pega uma ovelhinha de brinquedo.			
Bebê dirige a ovelhinha para a mãe.			
Bebê entrega a ovelhinha para a mãe			1) Mãe ((imitando a voz de uma criança pequena))
Mãe pega o brinquedo sem mudança em seu padrão corporal e expressão facial	(!)		
Bebê vira-se de lado, pega o brinquedo musical e volta a dançar sozinha.		(!)	

Neste atendimento a mãe falou muito com a terapeuta sobre outros atendimentos, sobre a questão motora, e sobre a sequência do tratamento, pois queria voltar a trabalhar. Compreendia-se, minimamente nesta primeira avaliação, que a menina reconhecia aquela mulher como sua mãe (função de mãe, ou parte do que possui em seu repertório); aquela mãe que oferece o colo seguro para as angústias da filha. Esta constatação segue ancorando a percepção de que a menina compreendia ser alguém fora do corpo materno. Ela é uma e a mãe é outra. Esta constatação, pela via da psicomotricidade, situa a construção de um esquema corporal do bebê fora do corpo da mãe, mas também anuncia um processo de identificação em que, quando o corpo encontra seu limite, a mãe lhe dá sustento (neste primeiro momento pelo menos um sustento à angústia pelo corpo que não faz). Isto é importante, também, porque situa o caminho da constituição psíquica que a menina estava construindo na relação com sua mãe, e, para esta tese, é o caminho para uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor. O brincar no espelho anuncia o terceiro tempo do Estádio do Espelho, conceito psicanalítico em que se

concretiza em gesto, o quanto a criança construiu seu conceito como um sujeito, deslocando-se do corpo do Outro.

A cena transcrita no Quadro 4, a seguir, dá um anúncio do caminho da menina na construção de seu esquema e imagem corporais, que, à luz desta tese, anuncia a relação entre o aparato biológico (prematividade), cognitivo (experiências) e psíquicos (relação entre mãe-bebê).

3ª Cena: Trocando olhares pelo espelho

Descrição da cena:

Ainda no tatame, a menina tenta pegar um brinquedo que está longe. Antes que desista, a terapeuta diz que ela pode pegar, indo de gatinho. Convida a menina para ir e a menina dirige as mãos para frente das pernas e apoia-se no tatame, dando a entender a terapeuta que está disposta a ficar na posição que experimentou na bola anteriormente. Aquele “não gostar de ficar de gatinho” parece estar sendo resolvido, já na primeira sessão.

Na análise da cena, é possível perceber que a menina possui mais tolerância a ficar em decúbito ventral do que supõe a mãe. A menina se viu de gatinho na imagem do espelho. É uma experiência que a terapeuta considera que pode contribuir para aumentar as possibilidades motoras da menina e a tolerância da mãe em colocá-la nesta posição. A busca da menina pela mãe do espelho e pela mãe real fez com que a mãe também ficasse mais atenta. Percebeu-se um sorriso diferente na mãe, mais aberto e com um leve som. Porém, a menina segue também tendo que lidar com seu corpo, sentada tentando deslocar-se para os lados para a exploração do brinquedo (que é solitário) e precisou de auxílio da terapeuta.

Como foi possível identificar, a menina vocalizou e com intenção remetida à mãe na cena em que se encontrou brevemente com ela. Porém, nos outros momentos essa vocalização não foi remetida a ninguém, como se fosse uma experiência do fazer barulho com a boca. Já a terapeuta perguntava o que ela havia dito, tentava dar sentido aos sons que pareciam não fazer muito efeito na hora.

Quadro 4 - Trocando olhares pelo espelho

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Terapeuta segura bebê em posição de gatinho.			
Bebê se enxerga no espelho.		1) Haaaaa (menina festeja o encontro))	
Terapeuta acena para a imagem da criança no espelho.			2) Oooiiiiii ((em <i>manhês</i>))
Menina olha a terapeuta pelo espelho. E corre os olhos na direção da imagem da mãe, sorrindo.			
Bebê vê a imagem da mãe no espelho, vira-se para a mãe real (sustentado pela terapeuta por traz), senta e olha para ela, sorrindo.			
Mãe olha e acena (parece repetir o gesto da terapeuta) para a imagem da filha no espelho, depois direciona o olhar para a filha real, com sorriso morno.		4) Heeeeeee ((menina festeja o encontro com a mãe))	5) Quem é aquela bonitona alii, ãaa? ((terapeuta assistindo ao silêncio da mãe, junta-se à comemoração da menina. A fala é em tom jubiloso))
Bebê olha novamente para o reflexo da mãe no espelho e volta a olhar para a mãe real.			
Mãe acena (agora parece ser espontâneo) novamente para a imagem da menina no espelho e sorri de forma diferente (afetiva).	(Som de sorriso)	6) Eeeee	7) He ((um único he, em tom baixo, como o barulho de um sorriso rápido))
Bebê volta-se para brincar com brinquedo que está em cima do tatame e não olha mais para a mãe nem para o espelho.	(.)	(.)	(.)

Porém, ao longo da sessão a paciente passou a pedir apontando o dedo e fazendo “tetete”. A mãe diz que ela fazia este som para tudo que queria. A narração da terapeuta sobre alguns eventos da cena não produzia efeitos na menina. Mas ela convocou a terapeuta a dançar, dançando e olhando para ela. Também apontou para pedir um brinquedo.

Ela sabia que o outro estava ali, e, por vezes, o convocava. Porém preferia experiências solitárias. Não relacionar-se com o outro por meio de um dito verbal estava pela mesma ordem de não se relacionar no brincar. Porém, quando a cena exigia controle motor, ela se incomodava, pois não tinha e, frustrada, jogava-se para a mãe choramingando. De certo modo, a via de relação era aproximar-se do corpo da mãe. Ali ela encontrava o que precisava: “acolhimento corporal”.

Durante a experiência no tatame, foi observada a dificuldade de T. em ficar na posição de gatinho, e a impossibilidade de deslocar-se, sozinha, da posição deitada para sentada e engatinhar. Para levantar, a menina precisava de apoio total da mãe, mas aceitou uma brincadeira de ficar de barriga em cima da bola que estava na cena.

Já quando T. passou a ficar em pé no chão foi possível identificar rapidamente de que forma a menina organizava-se para deslocar-se: era segurada pelos dois braços pela mãe, de uma forma que estes ficavam acima e atrás da cabeça. A menina não via seus braços durante a marcha.

Caminhava com seus membros inferiores (MIs) para frente, deslocados do tronco e MsSs que ficavam para trás (aparentando uma hiperflexibilidade de MsSs). Ela conseguia subir em uma cadeira tocando com as pontas dos pés, enquanto que, na verdade, sua mãe é que a sustentava pelos braços desaparecidos e fazia toda a força e manutenção do corpo no eixo necessário (ou seja, a menina também não precisava equilibrar-se, pois sua mãe a segurava para que não caísse).

Quando a terapeuta assumiu este lugar de condução para a marcha, a menina manteve o mesmo padrão motor. Identificava-se neste momento que os conceitos de esquema e imagem corporal estavam comprometidos para a produção de uma marcha. Não se tratava de supor algo orgânico. Mas sim algo que poderia ter sido armado entre a forma como a mãe cuidava e a forma como a menina se colocava a ser cuidada durante os deslocamentos. Aqui, identificava-se um eixo para a produção de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Existia algo na forma como as duas (mãe e filha) tomavam a sustentação do corpo da menina que a impedia de posicionar o corpo para a produção de experiências de força, equilíbrio e destreza nos movimentos sem que tivesse o auxílio da mãe, ou de outro.

Destaca-se que esta era a preocupação da mãe: que ela deveria estar caminhando (e também da fisioterapeuta quando encaminhou para a Terapia Ocupacional).

Porém, foi nos últimos minutos desta sessão, como é natural na clínica com crianças, que a mãe contou algo muito importante. Ela havia perdido um bebê de 24 semanas. Ela teve um parto prematuro em outra cidade que morava. Disse que voltou à cidade atual com diagnóstico de depressão e passou a tomar medicação. Voltou com o marido para ficar mais próxima da sua mãe e da família materna. E, que, quando soube que o nascimento desta filha também deveria ser prematuro passou a ser acompanhada e medicada pela equipe do hospital. Porém a menina nasceu prematura também (a mãe engravidou nove meses depois da perda do primeiro bebê, um menino).

A mãe diz que a primeira vez não estava preparada e “quase morri”. Nesta segunda “eu já mantive minha cabeça no lugar” (SIC da mãe). Informou que T. ficou aproximadamente dois meses na UTIN, que foi um tempo sofrido e que a filha só melhorou quando foi encaminhada à capital, onde realizaram um procedimento médico respiratório. A mãe informou que já não tomava medicação desde que havia voltado para sua residência, vinda da casa da mãe. Contou que tem um primo adolescente que nasceu prematuro com 24 semanas, bastante pequeno para a idade, que precisa fazer fisioterapia e fonoaudiologia até hoje (T. nasceu prematura, com 30 semanas)

Após o relato parecia ser óbvio que o silêncio da mãe se tratava de uma tristeza pelo luto do primeiro filho e as incertezas com relação ao futuro da menina: uma prematura que não morreu, mas que poderia ser parecida com o primo (suposição da terapeuta). Já do lado da menina, a suposição era de que possuía repertório psíquico, cognitivo e potencial motor, a questão seria o quanto ela estava disposta a colocar sua estrutura como instrumento a fazer e para quem fazer.

Para esta primeira sessão observaram-se componentes importantes como o Estágio do Espelho, a identificação da menina quanto ao colo acolhedor da mãe, que a menina não estava recusando o contato com o outro, mas sua provocação

para chamar era pequena, não sendo possível supor um terceiro tempo do circuito pulsional.

Também se destacam a exploração dos brinquedos sem a intenção de armar alguma brincadeira com o outro e o pouco contato com a mãe e com a terapeuta. Porém há diferença entre uma e a outra. Nos momentos que a menina entrega brinquedos para a mãe, não há brincadeira, ela não fala e não constrói um brincar com a filha, que responde da mesma forma. Quando a menina entrega brinquedos para a terapeuta, esta tem o desejo de brincar e se oferece para fazê-lo. Há a produção de um brincar que arma um jogo circular que anuncia experiências cognitivas e conhecimento cultural por parte da menina.

O processo de desenvolvimento motor está atrasado, mas não por componentes orgânicos (descartado nas avaliações clínicas). Trata-se de algo que está na menina, porém construído na forma como a mãe e ela lidam com o desejo de deslocar-se. A menina se atira e a mãe acolhe cuidando sem falar nada.

6.2.1.2.3 Segunda avaliação em intervenção precoce pela terapeuta ocupacional

No segundo encontro, uma semana depois do primeiro, a mãe relatou que a menina ensaiou alguns passos de gatinho. Perguntada sobre como ela se sentiu e se comportou ao ver a filha tentando fazer coisas diferentes, a mãe relatou que: - “Cada vez que ela tentava engatinhar, eu empurrava o pezinho para ajudar”.

Esta avaliação ainda foi iniciada com uma entrevista em que alguns dados foram coletados sobre o cotidiano e algumas informações sobre atendimentos de fonoaudiologia foram discutidos.

Durante a conversa, tentando abrir um caminho para retomar a história da perda do primeiro bebê, que se supunha contaminar o investimento na menina, a terapeuta perguntou à mãe como ela se sente em ter que levar a filha às terapias. A mãe respondeu: - “Estou bem. Psicologicamente, bem”.

Com a menina, percebia-se que estava arriscando mais nas mudanças de postura, de deitada para sentada, mas, que, continuava incomodando-se com as impossibilidades e recorrendo à mãe como socorro.

Porém, a menina convocava a terapeuta e aceitava brincar com jogos mais elaborados, inclusive pedindo para continuar (Quadro 5).

4ª Cena: O Jogo de Bola

Descrição da cena:

A menina posicionou-se no tatame, sentada de frente para a terapeuta e de lado para a mãe. Manipulava a bola, que caía em direção à terapeuta. Esta pegava a bola e simulava que a tinha recebido, e arma o jogo de bola relatado no quadro 5.

Quadro 5 - O jogo de bola

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Menina sentada ao lado da mãe, de costas para ela e de frente para a terapeuta que está com a bola.		1) Aaah...	2) Tu quer? ((terapeuta oferece a bola à menina))
Menina abre os bracinhos pedindo a bola, olhando fixamente para a terapeuta.		3) Aã, ah, ahh..	
Menina recebe a bola da terapeuta e joga de volta para ela.			4) Você joga? Pra mim? Aaa, peguei!
Terapeuta toca a bola para a menina.			5) Eu jogo? Pra você!
Menina recebe a bola e joga para a terapeuta, mantendo um olhar fixo e de deslumbramento.		6) Uuuuuuh.. ((menina demonstra estar gostando do jogo))	
Terapeuta recebe a bola e toca para a menina.			7) Pegueei! (.) Pra você!
Menina recebe a bola e toca para a terapeuta novamente, sem olhar para a bola. Está atenta à terapeuta.		8) Ihhhh... ((menina sorri muito))	
Terapeuta recebe a bola			9) Huu, pra mim? Peguei!
Terapeuta fica esperando com a bola na mão, olhando com um sorriso para a menina.			
Menina sorrindo fica olhando, atenta, para a terapeuta			

Quadro 5 - O jogo de bola

(conclusão)

Menina convoca a terapeuta para que jogue a bola, chacoalhando os braços e pernas.		10) Aãaa ah!	
Terapeuta joga a bola para a menina.			11) Ahh, mais, mais? Praa você!
Menina tenta jogar a bola e ela volta em direção à terapeuta.			12) Opa!!! Não pegou??
Terapeuta empurra a bola para ajudar T. a pegá-la.			13) Pegou??
T. jogou para terapeuta sorrindo.			14) Pra mim? Aiii obrigada!!!!
Terapeuta pergunta segurando a bola, com expressão facial de interrogação.			15) Pra quem agora? Para mim ou para tua mãe?
Menina olha para a mãe que está nas suas costas e volta para a frente. Vai para a posição de gatinho. Pega outro brinquedo e começa brincar sozinha. A mãe não reagiu: não convidou, não se sentiu convidada, não expressou nenhum movimento.	(!)		

Esta cena é recheada de informações importantes. Algumas fortalecem as observações da primeira sessão, como a condição intelectual da menina, que demonstra ter o conceito e função de objetos, possui noção do movimento (trajetória de objeto) destes, em relação ao ambiente e a ela; possui noção de causalidade, podendo antecipar tanto os movimentos da bola quanto da terapeuta. Produz meios para alcançar seus objetivos (fins), percebidos quando se agita para que a terapeuta jogue novamente a bola.

Quanto às questões relativas à construção de conceitos psicomotores, o destaque é que, nesta cena a menina está muito feliz, compartilhando a brincadeira com a terapeuta, focada no jogo, colocando seu esquema (conhecimento do seu corpo e do espaço) à disposição para efetivá-lo. Mostra-se muito concentrada na relação armada com a terapeuta e não com a mãe; mas, de qualquer forma é um jogo jogado com o outro. Um diálogo armado com outro, inserido em um discurso que inclui o gesto e a linguagem verbal, em que mantém a terapeuta atenta a jogar e ela disposta a participar do jogo. Aqui se identifica um lugar psíquico da menina; um

lugar de interlocutora em uma cena na qual se produz uma janela interpretativa para pensar-se sobre a construção de sua imagem corporal. E a negativa da menina em partilhar destes momentos de satisfação com a mãe, pode fazer supor que ela sabe que não conseguirá manter este momento prazeroso pois a mãe não sustenta. Prefere brincar sozinha a ter que olhar para sua mãe, que mantém a expressão de preocupação e tristeza.

Para seguir-se com esta discussão, apresenta-se outra cena muito interessante, que mesmo sendo parecida com uma cena da sessão anterior, destaca-se porque teve a receptividade da mãe (Quadro 6).

5ª Cena: Um humilde espelhamento, porém, fundamental

Descrição da cena:

A menina está de gatinho no meio do tatame, tentando acomodar-se, voltada para o espelho. De um lado, mais afastada está a mãe e, do outro lado, mais próxima está a terapeuta, que está tentando ajudar a menina a organizar-se com o corpo para brincar. A menina começa a reclamar verbalmente e a terapeuta apresenta sua imagem no espelho. O restante da cena é transcrito a seguir, no quadro 6.

Quadro 6 - Um humilde espelhamento, porém fundamental

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Menina na posição de gatinho sobre o tatame.		1) Aaah, aaah. ((menina reclama))	
Terapeuta mostra a imagem da menina no espelho para ela.			2) Olha você lá!
Menina se olha no espelho.			
Terapeuta acena para a imagem no espelho.			3) Oooooi!
Menina sorri ao ver a imagem da terapeuta no espelho.			
Terapeuta sorri fazendo som			4) Hiihihi.

Quadro 6 - Um humilde espelhamento, porém fundamental

(conclusão)

Terapeuta acena novamente para a imagem no espelho			5) Oooooi!
Menina sorri para a terapeuta no espelho			
Terapeuta mostra a imagem da mãe do outro lado do espelho.			6) Olha quem tá lá do outro lado, quem que tá do outro lado lá óóó...((fala com júbilo))
Menina vira-se e olha para o outro lado do espelho.			
Terapeuta intervêm, pois a mãe não sustenta.	(!)		7) Aaaah ((expressão de que achou algo))
Mãe acena para a imagem do espelho sorrindo e manda beijo espontaneamente.			
Menina fica olhando para a imagem da mãe no espelho.			
Mãe conversa com a filha olhando para o espelho. Sorri mais abertamente.			8) Manda beijo...ó... ((mãe manda beijo novamente))
Menina olha para a mãe real, fora do espelho que está do lado e atrás e se deita de bruços para ir em direção a ela.		9) Aãaaa, aaaa, ahhh...	
Mãe volta ao sorriso morno. Oferece as mãos para que a menina pegue e suba em seu colo.			

E, para definir a Hipótese de Funcionamento Psicomotor, apresenta-se a cena a seguir, em que se reuniram os eixos necessários a esta construção.

6ª Cena: Repartindo a bolacha

Descrição da cena:

A menina estava em pé, no chão da sala, apoiada nas pernas da mãe que estava sentada no tatame. A terapeuta estava em frente as duas, sentada no chão.

A menina havia levado a terapeuta até à bolsa da mãe, no outro lado da sala e reclamado muito. A terapeuta pegou a bolsa e se deslocou com a menina, caminhando com apoio em um só braço (um avanço motor) em direção à mãe, com a proposta de desvendar-se o que a menina queria dali.

O quadro 7, apresenta as ações dessa sessão.

Quadro 7 - Repartindo a bolacha

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Terapeuta entrega a bolsa para a mãe.			1) (.) O que que tem aí dentro que tanto ela quer???...
Menina em pé apoiada nas pernas da mãe, enquanto a mesma abre a bolsa.			
Mãe, sorrindo como se estivesse achando divertido, tira um pote com bolachas da bolsa abre e mostra para a menina.		2) Aaaam ((menina olha para as bolachas e olha para a mãe e sorri))	
Mãe mantendo o sorriso na forma de uma risada, mantém o pote no colo, à disposição da menina que olha para a mãe sem pegar as bolachas.			
Mãe autoriza a menina a pegar, mas não oferece. Deixa o pote à disposição.	3) Pega! ((em tom baixo, sorrindo, afetuoso e imperativo))		
Menina fica olhando para as bolachas e olha para a mãe.	4) Pega, ó come! Ó nham, nham, nham... ((mãe faz sinal de comer com a mão direita))		

Quadro 7 - Repartindo a bolacha

(continuação)

Menina e mãe ficam olhando uma para a outra.			
Menina pega duas bolachas e oferece para a mãe.			
Mãe tira uma das bolachas da mão da filha, já com sorriso morno.	5) Só uma, duas não! ((mãe retira uma das bolachas da mão da filha e coloca no pote novamente))		
Menina leva a bolacha à boca e a come.			

[...]

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM			
	Mãe	Criança	Terapeuta	Aluna
Menina em pé de frente para a terapeuta oferece uma bolacha a ela.		1) Óooo..	2) Aaa ((de sim))	
Terapeuta simula que come a bolacha.			3) Huuuum, que delícia! Obrigada! ((Terapeuta faz sons com a boca como se estivesse comendo e que estava muito gostoso))	
Menina leva a bolacha até sua própria boca e come um pedaço. Volta a oferecer à terapeuta.			4) Papapapaa a ((Terapeuta faz sons com a boca como se estivesse comendo))	
Menina sorri e oferece a bolacha à terapeuta novamente.			5) Huuuum, que delícia. Muito obrigada!	
Terapeuta inicia a pergunta e menina se vira para a mãe oferecendo a bolacha para ela antes de a terapeuta terminar a frase			6) É para tua mãe? Tu oferec-..(.) Aaaah ((de sim...para ela...))	

Quadro 7 - Repartindo a bolacha

(conclusão)

Menina oferece a bolacha levando em direção à boca da mãe.			7) Então pega mamãe! ((<i>manhês</i>)). Uma bolacha, tá deliciosa!	
Mãe fica parada e não pega a bolacha.	(!)		8) Ihhh tua mãe não quer?! Ela não diz nada. ((fala afetuosa, mas de surpresa))	
Menina volta-se para a terapeuta oferecendo a bolacha				
Terapeuta leva a boca até a bolacha e simula que come um pedaço.			9) Eu quero! ((terapeuta faz sons com a boca como se estivesse comendo))	
Menina fica olhando e sorri			10) Huum, que delícia!	
Menina vira-se para a aluna que está filmando do outro lado da sala e lhe oferece a bolacha sorrindo.			11) Morde aí de longe D. ((Terapeuta autoriza a aluna a falar))	12) Pra mim? Nham ((Faz de conta que mordeu e que estava gostoso))
Menina volta a oferecer a bolacha para a aluna		13) Óooo		14) Huuuum.. Obrigada! ((<i>manhês</i>))
Menina dá um sorriso enorme para a aluna franzindo o rosto e oferece a bolacha novamente.		15) Ahaaa		16) Huuuum ((expressão de gostoso))

Obs.: A menina não oferece mais para a mãe. Neste momento a mãe mantém o sorriso padrão. Seu estado postural não se altera.

A Hipótese de Funcionamento Psicomotor para a menina T.

Os dois dias de avaliação, relacionados com a filmagem dos cinco meses e os resultados dos protocolos IRDIs, Denver II e Sinais PRÉAUT, já anunciam questões importantes para pensar-se uma HFP para a menina.

Uma mãe silenciosa, amorosa, mas triste e preocupada (fantasma da perda do primeiro filho, por situação muito parecida ao nascimento de T. e uma

comparação com o primo também prematuro), diminui as experiências da filha em relacionar-se com seu próprio corpo e com o ambiente. Porém, a menina possui potencial pessoal para encontrar em si e nos outros o recurso necessário para seguir investindo quando lhe oferecem oportunidades.

A mãe relata que quando o pai chega, em casa, à noite, passa a cuidar da menina para que ela descanse. A mãe diz que a menina “gruda no pai”, que brinca com ele. Que assistem à televisão (TV), juntos, enquanto ela prepara o jantar. A mãe relata também que, praticamente, todas as tardes fica com tias e primos com idades parecidas com a da menina e que T. começa a imitá-los tentando brincar da mesma forma. “O problema é que ela não caminha ainda, né” (SIC da mãe), ficando difícil acompanhar o movimento dos primos.

Apesar de parecer muito focal a queixa da mãe, é realmente nítido o quanto a marcha está atrasada não por questões de inabilidade motora, mas sim pela postura assumida pela menina que se põe a deslocar-se sem equilíbrio, sendo corrigida e protegida de quedas pela mãe ou outro que a segure.

A questão é que já está instituído para a menina este jeito de caminhar. Cabe agora deslocar este “jeito-gesto de caminhar” para outro, que a deixe mais independente na marcha. O caminho não seria pelo treinamento de marcha, mas sim de qualificar o encontro entre filha e mãe, principalmente no momento da marcha. Que passe da condição de cuidado, à produção de um fazer: deslocar-se com independência, e que a menina possa cair, não conseguir fazer, se desequilibrar, mas que ofereça no gesto e na linguagem, assumindo um modo menos silencioso e outras formas de interagir com ela.

Existe realmente um atraso no processo de desenvolvimento de T., diagnosticado pelas avaliações a que a menina foi submetida. Porém, a interpretação deste atraso, para esta tese, é resultado do encontro entre a mãe e filha.

O prelúdio de uma HFP: O sintoma motor é um anúncio da necessidade da menina de que a mãe exista, que invista. Quando a menina cai, ou quando não faz, ela encontra a mãe. E do lado da mãe, é neste lugar de cuidadora do corpo que ela se identifica com sua função de mãe.

Quando o corpo falha, o colo da mãe é o recurso para diminuir a angústia e também para alcançar o objetivo proposto. Ou, é preciso que o corpo falhe para ter acesso à mãe. É o reconhecimento da existência da mãe.

A questão é que esta “falha” de um aspecto do processo de desenvolvimento, mantém a mãe na posição inicial (primeiro significante materno para a filha) de tristeza e preocupação, que tem sua origem no sofrimento vivido durante a vida e a morte do primeiro filho. O silêncio da mãe é alimentado, quando a menina falha ou, o desejo de colocar a filha em uma cadeia discursiva, tanto do gesto quanto de um funcionamento de linguagem, é bloqueado com a identificação do não fazer da menina, como uma sequela daquilo que já causou um grande mal (a prematuridade).

A mudança de postura da criança, tanto motora quando relacional já visível na segunda sessão, quando vocalizou muito, convocou a terapeuta e a estudante, fez jogos cognitivos e psíquicos. Esse progresso, fez com que a terapeuta apostasse na possibilidade de que, à medida que a menina avançasse em algumas aquisições, a mãe passasse a investir mais nela. É um espaço importante na clínica em intervenção precoce em que, muitas vezes, a terapeuta não consegue acessar interpretativamente o fantasma materno e ajudar a mãe a recalá-lo. Em alguns casos, aposta-se, que o desejo de maternagem é maior que a tristeza da perda, e que, em seu tempo, cada um destes sentimentos estará em lugares distintos do inconsciente²⁸.

E também que, para a menina, suas novas aquisições poderiam ajudá-la a colocar-se mais ativamente nas construções relacionais com outras pessoas além da mãe, na busca por experiências que também a desenvolva (pai, tios, primos da mesma idade).

Os instrumentos (esquema corporal e suas habilidades), se aprimorados, poderiam oferecer à criança uma mudança de posição com relação aos outros (sua imagem corporal passa da condição de dependente para independente e ainda mais provocadora do desejo do outro), podendo demonstrar para a mãe (seu Outro Primordial) que ela é diferente do bebê que faleceu e também do primo que sofre até hoje as sequelas da prematuridade.

²⁸ Salienta-se que o terapeuta em intervenção precoce precisa estar atento à possibilidade de encaminhar os pais à terapia específica para suas questões, e que, algumas vezes, essa necessidade (demanda) se produz na sessão do filho, articulado pela terapeuta.

6.2.1.2.4 Terceira sessão: a Hipótese de Funcionamento Psicomotor como caminho clínico

Esta sessão aconteceu duas semanas após a segunda sessão, por conta da chuva excessiva e da reforma da sala de atendimento.

Esta sessão tratou da apresentação, para a mãe, de parte da interpretação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor. A forma encontrada pela terapeuta de anunciar que a dependência motora da menina estava associada à forma como elas se relacionavam foi contando para a mãe que ela tinha razão quando dizia que a filha é “espertinha²⁹”. Que a menina descobriu um jeito de deslocar-se com segurança e agilidade, mas que quem faz todo o “serviço” é a mãe.

A terapeuta foi relatando para a mãe que era preciso contar para a menina o que podia acontecer se ela continuasse não se cuidando ou se jogando: ela cai. A mãe foi orientada a deixar que a menina tivesse a experiência de cair, com cuidado e proteção, para que também experimentasse se levantar, se equilibrar, para compreender que poderia caminhar sozinha, pois ela não tinha nenhum componente motor que a impedisse de caminhar normalmente. E, mais, ela precisava que a mãe a ensinasse a se levantar, a colocar o pé, o “bumbum” (quadril), os braços no lugar certo com relação ao corpo para aprender.

Era chegado o momento de falar, contar para a filha que se ela não se cuidar ela cai, mas que existem formas de não cair. Que ela já cresceu um pouquinho e que pode experimentar o corpo de outras formas, mais independentes.

Era preciso conversar. A menina precisa saber o que a mãe está achando do que ela está fazendo. Se gosta, se não gosta, pois isso vai dar vontade de a menina fazer novamente.

A mãe escuta atenta, sem dizer nada.

Quando a terapeuta começa a falar sobre a menina, a mãe está atenta, escutando, e isso é estratégico; a terapeuta diz que ela está “muito passada com a mãe”. Que se aproveita da bondade amorosa da mãe e que não está nem aí se vai cair ou não: “claro, a mamãe está aí para te segurar!”. A menina sorri e convoca a terapeuta para brincar, oferecendo os brinquedos.

²⁹ Uma referência da mãe relatada na primeira sessão em que dizia que a filha entendia o que os fisioterapeutas estavam querendo e que ela não gostava.

A cena relatada a seguir anuncia que algo da conversa fez efeito, mas também não pode ser deslocada do percurso de aquisição da menina e de um possível reapaixonamento da mãe que poderia já estar acontecendo durante as outras duas sessões, principalmente da última em que a menina brincou de espelhamento com a mãe.

7ª Cena: O jogo de bola

Descrição da Cena:

A menina está no meio do tatame, de frente para o espelho. De um lado, mais para trás está a mãe e do outro lado, mais próxima da menina está a terapeuta. Esta cena acontece depois de um momento em que a mãe se diverte e sorri com vontade porque viu que a menina havia enganado a terapeuta: a terapeuta escondeu a bola atrás de uma almofada, pensando em provocar a menina a deslocar-se para procurar e pegar. A menina puxa a almofada e pega a bola. A terapeuta com a boca literalmente aberta diz “haaaa você me enganou”. “Sua espertinha”. A mãe sorri abertamente. Então, a terapeuta a convida para brincar com a bola.

As atividades são apresentadas no quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - O jogo de bola

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Menina sentada no tatame de frente para o espelho brincando com uma bola.			1) Gooooo! ...
Menina vira-se para a mãe e joga a bola para ela, que pega sorrindo.	2) Aeeee ee!!		
Mãe sorrindo toca a bola para a filha.	3) Óooo.. eeee!!!		
Menina segura a bola olhando para a mãe.			
Mãe olhando e sorrindo fala e faz gesto para a filha	4) Joga aqui, aqui.		
Menina joga a bola para a mãe.	5) Aeeee!	6) Eeeee.	
Mãe recebe a bola sorrindo	7) Aeeee!	8)	

Quadro 8 - O jogo de bola

(continuação)

Mãe joga a bola para a filha novamente.	9) Eeeee!		
Filha recebe olhando para a mãe e sorrindo		10) Eeeee. ..	
Menina joga novamente a bola para a mãe e a mesma lhe retorna.	11) Gooool.. Eeeeeee!		
Menina olha para a terapeuta que está nas suas costas.			12) Uauuu, muito legal! Pode brincar com a tua mãe, pode brincar. Não tem problema eu fico aqui.
Menina joga a bola para a mãe novamente.			
Mãe recebe a bola e joga para a filha só que passa da menina e vai longe.	13) Vai lá, pega lá...		
Bola vai para o outro lado do tatame e menina fica olhando.		14) Aaaah haa	15) Beeeii! Você ficou só olhando.
Menina se deita em direção a bola para pegar e Terapeuta auxilia menina na posição de gatinho para ir atrás da bola.		14) Hahaha ((falando que quer pegar a bola))	
Menina engatinha pelo tatame com auxílio da terapeuta.			
Menina pega a bola.	16) Aeeee. .. ((mãe comemora quando filha pega a bola))		
Menina em decúbito ventral vira-se e joga a bola que cai no colo da terapeuta.			17) Eeeee e. Para quem eu jogo agora?
Menina senta sozinha e terapeuta joga a bola para ela.			18) Aquiii
Menina joga a bola para a mãe.	19) Aeeee ee!	20) Eeee	

Quadro 8 - O jogo de bola

(conclusão)

Mãe joga a bola para a filha.	21) Pegaa a...	22) Eeeee	
Menina joga novamente para a mãe e a mesma lhe retorna.	23) Com as duas mãos ó... com as duas.		
Bola bate em um dado de pano e menina a pega e joga para a mãe.			
Mãe balança o dado pois tem um chocalho, mantendo o brinquedo no jogo			
Menina pega a bola e joga para a mãe.		24) Eeee!	
Mãe solta o dado, pega a bola e joga a bola para a filha.		25) Eee...	

Obs.: Nesta cena, acontece uma brincadeira entre mãe e filha, sustentada pelo gesto, pelo olhar e pela voz uma da/para outra. A mãe se autoriza a acreditar nas possibilidades da filha e está encantada com a menina. T., a cada novo fazer alimenta a mãe e a encontra diferente. Isso provoca a menina a seguir com suas aquisições.

6.2.1.2.5 Quarta sessão: novos encontros

Entre a terceira e a quarta sessões passaram-se três semanas sem atendimento, por questões tanto da família quanto da terapeuta.

A menina e a mãe entram na sala de mãos dadas. A menina entra caminhando, sendo segurada por uma mão somente. Vai até à entrada, solta-se da mão da mãe e põe-se a engatinhar para dentro da sala. Faz isso balbuciando bastante: “tatata, bababa”, “ai, ai, ai” para uma batida de cabeça.

A mãe informa que agora só segura a filha no colo para entrar e sair do ônibus; o restante do trajeto “ela quer vir caminhando”.

Também relata que o pai da menina diz que “com a sra. fez mais efeito que antes. Que antes ela não reagia, que agora ela está caminhando” e aponta para a menina que está interessada em uma caixa introduzida na sessão anterior³⁰.

³⁰ Na sessão anterior foi disponibilizado uma caixa transparente com panelas, colheres, copos, jarras de brinquedo em que a menina manipulou e até fez um ensaio de brincar de fazer comida. A ideia de

A terapeuta, vendo T. pegar as panelinhas, diz para a mãe que parecia que a menina estava interessada em coisas da casa. “Ela está interessada nos brinquedos de panela, veja só” (SIC da terapeuta). A mãe imediatamente se põe a contar que “ultimamente ela gosta de brincar com as panelas da casa, abre os armários e mexe em tudo”. A mãe refere que está cozinhando e que deixa a menina brincar com as panelas. Diz isso com um sorriso no rosto, contando como sendo a produção de uma “espertinha”, diferente do sorriso que estava estampado nas primeiras sessões.

A cena transcrita a seguir ilustra o processo que estão passando, mãe e filha.

8ª Cena: Brincando de mamãe

Descrição da cena:

A menina está em pé no chão apoiada na barriga e nas costas no tatame e gira o tronco para pegar os brinquedos que estão sobre o tatame organizando o corpo para seguir apoiada. A mãe está sentada no tatame ao lado da menina, ficando mais alta que ela. A terapeuta está sentada no chão em frente as duas, ficando na altura da menina. A menina tem a sua disposição todos os brinquedos que sempre tiveram a disposição, uma boneca que ela mesma trouxe da sala de espera e a caixa de panelinhas de brinquedo. Enquanto a mãe e a terapeuta conversam, a menina inicia a montagem da cena descrita no Quadro 9.

Quadro 9 - Brincando de mamãe

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Terapeuta entrega uma colher de brinquedo à menina.			1) Lálálá... colher! 2)
Menina pega e guarda acolher na caixa.		2) Áaa, áaa, aa..	3) É de fazer comida?

introduzir brinquedos que imitam utensílios domésticos surgiu por: 1º) as questões motoras já estavam se encaminhando; 2º) era preciso ampliar as brincadeiras metafóricas e uma boa estratégia são as experiências familiares. Como a brincadeira foi curta e aconteceu sozinha, optou-se por destacar este novo brincar nesta sessão.

Quadro 9 - Brincando de mamãe

(continuação)

Menina organiza seu corpo, abrindo as pernas e desse com o tronco apoiando as costas no tatame, abaixando-se para juntar boneca que havia caído.	4) E o papa tinha... ((mãe fala timidamente e chama a filha no diminutivo do nome))		
Com a boneca em uma mão, com a outra, a menina pega a ovelhinha de brinquedo que está no colo da mãe.	5) E o papa pro nenê?	6) Aaah...	
Menina segura os dois bonecos de brinquedo e fica olhando-os.			7) Dois bebês mamãe!
Menina entrega a ovelhinha de brinquedo para a mãe e fica apenas com a boneca.		8) Aaaa, nenê..	9) Quem dá papa pra nenê?
T. arruma a posição da boneca no colo: de cabeça para cima			
Menina começa a balançar-se para ninar a boneca (é um ninar o nenê).		10) Aaaa, ãaa, aa	110) A, ta bom!
Menina pede copinho que está na mão da terapeuta		12) Aaa..	
Menina leva o copinho até a boca da ovelhinha de brinquedo que está com a mãe e faz de conta que dá comidinha.		13) To, to, to... ((o estalo de língua quando se imita o barulho de que está tomando líquido))	
Menina pega a colher e dá comidinha para boneca que está no seu colo.	((mãe fica sorrindo ao ver a cena))	14) To, to, to...((mesmo estalo))	15) Viu que ela procura a boca, mãe!! ((terapeuta mostra para a mãe o movimento de T.))
Menina volta a dar comidinha para a ovelhinha que está com a mãe.		16) To, to, to...	
Menina entrega copinho para a mãe.		17) Mama..	
Mãe faz de conta que dá comidinha com o copinho para a ovelhinha e depois oferece ele para a filha.	18) Ó, o papa pro nenê.		

Quadro 9 - Brincando de mamãe

(conclusão)

Menina pega o copinho da mão da mãe e volta a dar comidinha para a boneca.		19) To, to, to...	
Menina dá comidinha para a ovelhinha que está com a mãe.		20) To, to...	
Mãe deixa escapar da mão a ovelhinha e menina a aperta com o copinho fazendo barulho.			21) Segura mamãe... ((imitando a voz da menina))
Mãe volta a segurar ovelhinha e menina continua a dar comidinha.		22) To, to, to...	
Menina alcança copinho para a mãe.			
Mãe faz de conta que toma algo no copinho.	23) To,to,to...	((Menina fica olhando para a mãe))	
Menina olha para a boneca que esta no seu colo e volta a niná-la.		24) Aãa, aaa, aaa. ((menina faz sons para nanar boneca de forma melodiosa, que realmente é uma cantiga de ninar))	25) Ela vai dormir...

Esta cena aponta um percurso construído pela menina de uma cadeia simbólica inserida na cultura familiar. O gesto expressa os papéis dos quais T. está reconhecendo como dos adultos, dos quais pode se valer, e daí considera-se que a mãe esteja engajada também. Trata-se, aqui, de supor uma hipótese de Imagem Corporal a qual a menina está se valendo. O valor instrumental dessa cena é inenarrável e, por isso, difícil de transcrever sem correr o risco de deixar de fora algo importante. Porém é importante proclamar que a menina está usando todo o seu repertório instrumental, que inclui o potencial motor, o qual se dimensiona para a compreensão de todos os elementos conceituais de Esquema Corporal, e que consegue inserir-se em um jogo simbólico de imitação e identificação; nada mais nada menos, que uma mãe cuidando de seu bebê, tratando-se de compor uma

Imagem Corporal de identificação com a mãe, ou com a maternagem que vê as tias fazendo com seus filhos, e com o que está vivenciando com a mãe.

Na perspectiva de uma terapeuta ocupacional, a brincadeira de experienciar os fazeres cotidianos de uma mãe alimentando e ninando seu filho(a), anuncia o um dia a dia que coloca a menina na condição de *se fazer* sujeito no reconhecimento dos fazeres da mãe, dado na relação dialética em seu cotidiano.

A mãe conta que está brincando muito com a filha, que ensina ela a cuidar dos bebês, que ela vê a mãe e as tias cuidando e que faz igual. Que também pede para ser ninada deitando na cama e batendo ela mesma nas suas costinhas, fazendo a cantiga de ninar com o som haããã. Pedido prontamente atendido tanto pela mãe quanto pelo pai. Deste lugar de filha, e sua função, compreende-se, também, que a menina está acessando seu repertório psíquico e cognitivo relativo à idade, para experimentar o que vem reconhecendo como do social. T. constrói um repertório cognitivo já adequado à idade cronológica, utilizando conceitos e estratégias, desde os relacionados aos objetos, quanto também as suas funções, a intencionalidade, a causalidade e os efeitos que pode provocar, tanto sob estes quanto sobre as pessoas e o ambiente. Isso deixa a menina, sob os olhos da mãe, na condição de quem está superando as condições advindas da prematuridade. Apesar do jeito tímido da mãe, ela já sustenta o brincar da filha, sem necessitar do auxílio da terapeuta.

Quanto à marcha, queixa inicial da mãe, a menina está praticamente independente, e, para orgulho da mãe, está “com manchas roxas de tanto cair”. A mãe diz que está “abobada com a filha”.

Outro destaque evidente é o funcionamento de linguagem. Durante os atendimentos a menina foi se deslocando de um lugar solitário e silencioso para um lugar de interlocução, passando a utilizar os primeiros mecanismos enunciativos (relativos à conjunção e disjunção do eu-tu) e, em seguida, já amplia semanticamente seu repertório na língua, com onomatopeias (tototo) e protopalavras (mamama) bem como interjeições que anunciam que em breve poderá emergir o segundo mecanismo enunciativo³¹. É visível a introdução de algo da cultura em que está inserida, mediando o diálogo tônico entre ela e a mãe, bem como o funcionamento de linguagem.

³¹ Esta avaliação se deu via interconsulta com a fonoaudióloga de referência do caso, considerando a interdisciplinaridade da equipe.

6.2.1.2.6 Quinta sessão: do deslocamento à confirmação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor

Esta sessão aconteceu uma semana após a última. T. já estava em tratamento fazia dois meses aproximadamente.

Nesta quinta sessão aconteceu em uma sequência de brincadeiras propostas pela menina, em que deu de comida, ninou, convidou para brincar. Ao final da sessão propôs uma brincadeira de esconde-esconde em que ela se escondia e quando aparecia dizia “aquiiii”, olhando para a terapeuta.

As cenas confirmavam a experiência da menina, mas algo de novo se deu.

9ª Cena: Entre a terapeuta e a mãe: a Mãe

Ela repetiu, como apresentado no Quadro 11, um circuito de passagem do brincar sozinha para o brincar com a mãe. Porém, em oferecer o brinquedo para a mãe, T. cometia o que se pode chamar de “ato falho”.³² Pegava o brinquedo e ia em direção à terapeuta. Rapidamente dava-se conta e oferecia para a mãe. A terapeuta posicionou-se, estrategicamente, nas costas da menina, saindo de cena (Quadro 10).

Quadro 10 - Entre a terapeuta e a mãe: a Mãe

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Menina pega o brinquedo musical do chão.		1) Huff, Óoo... óoo... ((menina dá uma bufadinha bem baixinho, como se reclamasse do fato de ter que se abaixar pegar a boneca e ela mesma diz do cuidado que deveria ter))	2) Humm, humm!! ((de sim. Terapeuta afirma que ela precisa fazer sozinha)

³² “Ato pelo qual um sujeito substitui, sem querer, um projeto ou uma intenção, a que visa, deliberadamente por uma ação ou conduta totalmente imprevistas” (CHEMAMA; VANDERMERSCH, 2007, p. 44). Aqui, T., em busca do prazer, produzido no brincar com o outro, vai rapidamente ao encontro de quem fez as primeiras construções com ela (a terapeuta), porém, corrige (lembra) que a mãe já consegue lhe oferecer a mesma sensação e escolhe a mãe para brincar.

Quadro 10 - Entre a terapeuta e a mãe: a Mãe

(continuação)

Menina vira e vacila: primeiro oferece o brinquedo musical para a terapeuta, e rapidamente corrige virando para a mãe e entregando para ela.		3) Que, que???	
Terapeuta ergue as mãos para pegar, mas T. tira de seu alcance.			4) O que? Ahhh, pra mamãe, claro!
A mãe pega e aperta um botão e começa tocar música.			
As duas dançam se olhando por alguns segundos (mãe movimenta o tronco sorrindo – T. também se balança, mas está séria			
T. pega outro brinquedo.			
Mãe diz o que o brinquedo é.	5) É mama!		
Menina faz de conta que vai tomar.		6) Mamaaa...	
Mãe aponta para uma boneca que está no chão e menina olha.	7) É para o nenê lá ó, lá no chão.		
Terapeuta junta a boneca e alcança para a menina.			
Menina pega e faz de conta que dá o mamá para a boneca.			
Menina entrega a mamadeira para sua mãe sem olhar para ela.		8) Eee, éee...	
Mãe pega e não faz nada.	(!)		
Menina fica olhando para o chão e junta uma colher de brinquedo que está no chão.			
Menina faz de conta que vai dar comida para a boneca com a colher.		9) Aãaa, aaa, aa..	

Quadro 10 - Entre a terapeuta e a mãe: a Mãe

(conclusão)			
Menina faz que vai entregar a colher para a terapeuta e se corrige, entregando para a mãe (mesmo vacilo anterior).		10) Nã queee ((disse não quer bem baixinho que terapeuta não escutou))	11) Aaaa é pra mim? Eu como???...
Mãe vai pegar e a menina tira.			12) Ah era para segurar? ((terapeuta tenta dar sentido ao gesto))
Menina entrega a boneca para a mãe e quando ela vai pegar a menina tira (há um desencontro).	13) Hã,	14) Aãaa, aaa, aa...	
Mãe pergunta (mãe olha, mas menina não olha para a mãe).	15) Não?	16) Aããã (!)	
T. pega a boneca e passa os dedos em uma fita na cabeça (um gesto rápido que a Terapeuta não percebe)		17) Ééé	
Mãe mostra enfeite no cabelo da boneca e filha olha.	16) Olha o enfeite no cabelo, ali ó....	18) Quee, ee, e....	
Menina pega a colher que está no tatame e a boneca, coloca no colo da mãe e as duas dão comidinha.		19) To, to, to... ((novamente o som de engolir))	
Menina guarda a colher e a boneca na caixa. Enquanto mãe olha para ela com aquele sorriso morno.			

Nesta cena algumas das hipóteses vão se confirmando. Iniciando pelo que seria a queixa da mãe, a menina está se deslocando sozinha, e também buscando alternativas motoras para alcançar seus objetivos propostos. A parte da cena em que a menina baixa o tronco e pernas para pegar a colher e dá uma “bufadinha” e a sequência de um óóó, algo como “te cuida que cai”, é bastante divertida aos olhos de quem analisa, pois anuncia também um bom lugar psíquico (no recalçamento) para o lugar da necessidade de a própria criança cuidar de si.

A menina saiu do lugar de quem deixava seu corpo à disposição da mãe, pois ali ela sabia que a encontraria, para encontrá-la em outras cenas. Já por parte da mãe, mesmo tímida na produção linguística e gestual, ela olhava para a filha de forma apaixonada, acolhia o discurso da menina, colocando-se na cena e propunha ações para a menina fazer, na lógica da brincadeira.

Depois desta sessão, passaram-se quatro semanas em que a terapeuta manteve contato por telefone, pois a mãe havia começado a trabalhar e não estava conseguindo horário para seguir o tratamento.

A última sessão apresentada neste estudo de caso refere-se à entrevista feita sem a presença da menina, estratégia utilizada pela terapeuta para um contato pessoal no dia em que a mãe vinha até o hospital da Universidade para exames pessoais.

6.2.1.2.7 Sexta sessão: a entrevista

A mãe relata que, após a morte de M. (nome do filho menino que faleceu prematuro de 24 semanas), ficou muito abalada. Que não gostava de olhar para outras crianças e que chegava a ter tremores. Que o marido também sofria. Que não conseguia pegar o bebê de seu irmão e que os dois se perguntavam: “por que com a gente”.

Conta que, “Eu engravidei por mim. Eu estava triste porque eu achava que não ia engravidar de novo, e engravidei”, aos nove meses após o falecimento de M. Neste período foi acompanhada no ambulatório de gestantes de alto risco, em que diz ter tido muito apoio.

Relata que sua revolta, com o falecimento do bebê, foi sendo substituída pelo entendimento de o quanto ele teria de problemas se sobrevivesse. Conta que a psicóloga da unidade hospitalar mostrou fotos e relatou como o bebê seria. Em seu dizer: “poderia não caminhar, e até ter que comer (sic) por sonda”.

Quando a filha nasceu prematura ela teve muito medo. Custou a ir até à UTIN, pois esperava encontrar a bebê nas mesmas condições do primeiro. Mas que à medida que acompanhava o processo de desenvolvimento da filha, percebia que era diferente. Teve apoio do marido, principalmente porque ele apontava para ela a diferença entre um filho e outro (no relato da mãe, o pai identificava a diferença entre um e outro). Neste caso, a comparação beneficiou T. que sempre esteve melhor que

o primeiro bebê. T., já no ultrassom, pesava mais do que o peso do primeiro bebê quando ele nasceu. A mãe faz algumas comparações como: “M. mamou durante dois dias e depois não conseguiu mais e faleceu. Já a T. mamou desde o primeiro dia (leite materno no copinho), mandou ver.” [...] “O tratamento estava dando certo”.

A mãe passou a relatar as façanhas da filha, divertindo-se a cada episódio narrado, como quando a menina andou pela primeira vez, brincou de esconde-esconde. Que quando a mãe pergunta: “Quem é a T?”, ela responde “nenê”. “Cadê a T.? “aquiiiiii” (imitando a filha). Conta que com o pai é a mesma coisa. Que com o pai a menina é mais obediente e que “sabe direitinho” quando está fazendo algo de errado.

Em um pulo da cadeira a mãe lembra: “haaaa, está comendo tudo agora”. Conta que passou a dar fatias de carne em que a menina chupava e que depois passou a comer. Que prestava muita atenção no prato do pai (comem todos à mesa), querendo comer o que o pai come. O pai ofereceu e ela aprendeu a comer feijão e carne de guisado: “ela manda ver” (este também é o termo que usa no início da entrevista, para contar que a filha mamava bastante na UTIN). Que pede um achocolatado com canudinho quando vai ao supermercado e “chupa sabendo como arrumar o canudinho”.

Quando a terapeuta diz que a menina está muito bem, parabeniza ela e o pai e inicia uma fala na tentativa de encontrar um dia para ver a menina, a mãe se coloca à disposição para vir na próxima semana no horário dela: “A sra. tem que ver ela, se não estiver chovendo trago ela certo”.

6.2.1.3 Considerações finais do caso clínico 1, menina T.

Retomando a HFP construída durante o tratamento

“O sintoma motor é um anúncio da necessidade da menina de que a mãe exista, que invista. Caindo, não fazendo, a menina encontra a mãe. E do lado da mãe, é neste lugar de cuidadora do corpo que ela se identifica com sua função de mãe, pois não vislumbra outro lugar, mas quer ser mãe de T.”

Para a clínica psicomotora, a defesa de que o “corpo dá-se a ver” (LEVIN, 2011) e o que se mostra é da ordem do que angustia a criança, vem ao encontro do que passou a menina com relação a sua mãe.

É possível considerar que T. muito sabiamente, com muita sensibilidade na identificação do rosto e da voz materna (LASNIK, 2013), percebeu que não a teria de outra forma se não pelo cuidado do corpo. Onde o corpo falhava, era onde encontrava a mãe.

Por parte da mãe, considerando o medo dos efeitos da prematuridade que culminou com a morte do primeiro bebê e nas sequelas do primo, somada a um estilo pessoal de poucas palavras, e certa descrença sobre os terapeutas que atendiam a menina, conseguia reconhecer a filha sob a ótica do que a mesma não conseguia fazer.

Tratava-se, considerando um raciocínio psicomotor, de um bom aparato biológico e cognitivo que ofereceu à menina condições de assimilar, do meio (que incluiu a mãe, o pai e demais parentes que convivia), conceitos importantes dos elementos do esquema corporal. Ela conhecia, utilizava e inclusive *não* utilizava seu corpo para marcar seu lugar na relação Primordial com sua mãe.

Apesar de, já nas duas primeiras sessões, a menina demonstrar, por meio do brincar e dos jogos que armou, que estava constituindo-se psiquicamente em uma estrutura simbólica de distinção entre ela e a mãe, ou seja, ela estava sob a égide do Nome-do-Pai (Estádio do Espelho, *Fort-da*, produções metafóricas), sua Imagem corporal estava grudada ao sintoma materno. E, seu corpo era o registro e a garantia de que se ali havia um encontro, este gesto persistiria.

Esta posição psíquica da criança é muito importante para o terapeuta em intervenção precoce. Para isso, as interconsultas com o profissional do campo psi, em geral da psicologia, são fundamentais (BORTAGARAI; PERUZZOLO; SOUZA, 2015), pois ajudam o profissional a conduzir o atendimento que tem por foco principal o bebê, mas que está sob os efeitos das angústias de sua mãe.

A grande diferença entre a clínica em psicomotricidade de crianças maiores, como já foi anunciado, é que, para esta, trata-se de deslocar um sintoma. Para a clínica com bebês, ou crianças cuja estrutura psíquica ainda está se constituindo, este gesto (considerado sintoma, por isso a defesa desta tese) é o anúncio de uma possível posição a ser assumida na cadeia de significantes, sua matriz simbólica (JERUSALINKY, 2011).

Por isso, a condição de que para cada sujeito haverá uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor, pois para cada sujeito o que seu corpo diz, o que seu gesto põe a ver como linguagem (diálogo tônico) é sua matriz constitutiva

(JERUSALINSKY, 2011), construída a partir da forma como o bebê compreende precisar ser para produzir o encontro que o sustenta em uma posição de filho.

O interessante deste caso é que, mesmo compreendendo-se que é da mãe que vinha a informação de tristeza, não foi sobre ela, diretamente, que a terapeuta interveio.

Certamente, este caminho clínico se deu pela terapeuta ser um terapeuta ocupacional e psicomotricista³³, mas há que se considerar o quanto essa estrutura de tratamento é recorrente e o quanto os terapeutas de bebês precisam estar preparados para encarar o sintoma familiar como questão de tratamento.

A questão para esta clínica é pensar qual sintoma está em evidência na relação mãe-bebê-pai.

Bebês que nascem com diagnósticos patológicos, com sequelas visíveis já nos primeiros meses de vida (síndrome de Down, más formações congênitas, etc.), acabam rapidamente preenchendo o espaço de prazer de uma mulher e de um homem na passagem para a função de mãe e função de pai, com as angústias relativas ao prognóstico. Muito rapidamente, os pais necessitam enfrentar o luto do filho desejado, que veio diferente, e também, o luto de não serem os pais que esperavam ser (BERGES, 88; LEVIN, 2001; PERUZZOLO et al, 2015)

Já, ao contrário, a prematuridade (o período de internação e primeiros cuidados), considerando que a maioria das UTINs, em serviços públicos, ainda não possui assistência humanizada com acolhimento aos pais, põe estes à espera do momento de sê-los.

Esta quebra narcísica em ter um filho deficiente, ou com diagnóstico de atraso no processo de desenvolvimento, ou sofrendo as consequências da prematuridade, recoloca, na família, os objetivos para os quais ele foi gerado: função de filho (LEVIN, 2001).

Muitos atendimentos em intervenção precoce são pautados por ajudar os pais a enfrentarem este luto do bebê que foi esperado, mas que veio diferente. O deslocamento deste lugar narcísico vai depender, aí sim, de como esta mulher e este homem entendem o que é preciso oferecer e não oferecer ao filho para que ele seja um componente da família e, isso, implica em também ter seu próprio lugar. Quando uma mãe faz desse filho seu objeto de gozo eterno, ou quando o abandona

³³ Atravessado por conceitos psicanalíticos adquiridos em formação, supervisão e análise pessoal.

à condição de não ser o objeto dela, é que se anuncia o sintoma que realmente paralisará o tratamento.

É do *sinthoma* familiar que se constituirá o bebê (LÉVY, 2008), ou do sintoma materno e paterno. A intervenção precoce, por vezes, recoloca cada produção familiar sobre seu bebê, pois poderão estar coladas em um sintoma ou em fantasmas familiares que dificultarão ainda mais o processo de desenvolvimento.

No caso clínico apresentado, quando a Hipótese de Funcionamento Psicomotor foi construída, foi indicado o caminho que, quando a menina deixasse de falhar (gesto motor), ela poderia alimentar a mãe do desejo de ser mãe que estava em suspenso pela tristeza e medo, tanto pela perda do primeiro filho, quanto da repetição dos problemas da prematuridade.

Sabia-se, pelos resultados da avaliação, que a menina possuía todas as condições necessárias para sair desse lugar, mas que precisava de outro tipo de investimento: ser convocada a fazer (brincar, dançar, jogar, sentar, engatinhar, caminhar) e, com isso, ser banhada de significantes que a desgrudasse dos acontecimentos vividos pelos pais pela prematuridade de seus filhos.

A certeza de que esta HFP estava se confirmando e, por isso, a manutenção do caminho clínico interpretativo do tratamento, veio já no segundo atendimento.

O fato de um terapeuta (pela informação da mãe, o primeiro) estar disposto a “não olhar e falar do que T. não fazia” e sim, conduzir a cena a partir do que a menina conseguia fazer, conduzido pelo olhar desejante da terapeuta de que a menina brincasse com ele³⁴, somado ao encontro com uma díade em que a menina queria ser a filha tão amada e sua mãe queria ser a mãe que esperava ser, há, no mínimo dois anos, e, pelas informações obtidas, culminando com um “pai cuidadoso e amoroso”, isso estava se construindo.

Por fim, cabe um comentário sobre os protocolos utilizados nas avaliações da pesquisa maior e a sua contribuição para o encaminhamento precoce do bebê. Interessante observar que a avaliação do seguimento de prematuros levou a menina a ser encaminhada para o setor de fisioterapia, o protocolo utilizado analisa o motor de modo objetivo, o que permitiu detectar o atraso instrumental.

No entanto, ao mesmo tempo, a equipe de pesquisa estava muito preocupada não somente pela inibição motora, mas principalmente com o que se apresentava

³⁴ Sobre o desejo de brincar da terapeuta ver capítulo “O objeto do Especialista” de Elsa Coriat (1997, p. 185-208)

como um problema no laço mãe-filha. Já fazia, na época da primeira filmagem e na coleta dos sinais PRÉAUT e dos IRDIs, a hipótese de que havia algo que não estava bem na relação.

Pelas alterações nos Sinais PRÉAUT, havia clareza de que o problema estava mais centrado nas reações da menina em relação à mãe, do que propriamente com outras pessoas, pois buscava espontaneamente o pesquisador, mesmo sem estimulação. Isso se confirmava com a troca de olhares e reação ao *manhês* com o pesquisador, em oposição ao que ocorria com a mãe, em que esses índices estavam ausentes. A mãe não conseguia supor um sujeito e estabelecer suas demandas, o que supunha falha nos mecanismos inaugurais de uma relação mãe-bebê. Obviamente, tais sinais indicaram que algo não ia bem e que, durante os atendimentos, foi possível confirmar, identificando-se por que vias psíquicas o fantasma materno estava se estruturando.

É possível afirmar que enquanto o Denver II, cujo foco é motor, confirmava que a menina estava se desenvolvendo adequadamente, sob uma interpretação instrumental, os sinais PRÉAUT e IRDIs sinalizavam, para a equipe, que havia a necessidade de acompanhar a produção relacional elaborada entre mãe e bebê.

Felizmente, com muito cuidado a equipe de pesquisa conseguiu produzir uma demanda junto ao setor de fisioterapia para o encaminhamento ao setor de intervenção precoce, pois é claro que já havia uma impossibilidade, explicitada pelo choro da menina, de um tratamento apenas com aportes instrumentais. Possivelmente, se T. fosse um bebê apenas sofrendo efeitos da prematuridade em seu domínio motor amplo, não haveria choro e resistência aos estímulos da fisioterapia. No entanto, a menina precisava do sintoma e resistia aos aportes puramente instrumentais, pois eles retiravam a possibilidade de encontro com sua mãe. A formulação da HFP permitiu, ao contrário da proposta puramente instrumental, supor estratégias para que esse encontro se desse em outros termos e que o sintoma fosse superado, antes da cristalização do mesmo.

O relato desse caso demonstra que a clínica de bebês demanda o conhecimento da imbricação entre aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento, e que a intervenção precoce produz efeitos muito rápidos e amplos em todos os aspectos evolutivos do bebê porque, na perspectiva adotada nesta tese, propõe-se a considerar o bebê como filho de alguém, que constrói habilidades de modo endereçado a seus pais. Por isso, não se trata de trabalhar

habilidades instrumentais, como a musculatura para deambular, mas de propor estratégias em que andar faça sentido a partir da possibilidade de encontrar a mãe de outro modo, que não pelo sintoma psicomotor. Como efeito T. evoluiu no caminhar, na cognição, na linguagem e o principal: encontrou uma mãe e um pai, liberados para suas funções. Tal evolução, no entanto, não exige a equipe de seguir ao menos tendo notícias dessa menina, pois se teme que, diante de qualquer desafio de saúde de T., o fantasma do filho falecido retorne. Hoje, no entanto, a mãe já sabe a quem recorrer e onde pode ser escutada.

6.2.2 Caso clínico 2: menino A

6.2.2.1 O encaminhamento

A. nasceu em setembro de 2014. É filho único, fruto de um namoro. A mãe tem 32 anos e o pai 26 anos. Chegou para o atendimento em intervenção precoce com 10 meses de vida.

Veio encaminhado pela equipe da pesquisa referida na metodologia, pois os resultados dos primeiros protocolos coletados indicavam risco ao processo de desenvolvimento e risco psíquico.

Considerando a primeira etapa dos IRDIs que correspondem aos itens de 1 ao 5, estavam ausentes os de número 4 e 5: *4 – A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação; 5 - Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.* Este resultado não implicaria um encaminhamento direto para tratamento, visto que, nesta primeira etapa seria necessário que os cinco itens estivessem ausentes para indicar risco psíquico.

Porém, os sinais PRÉAUT também apresentaram resultados negativos, em que houve ausência em toda a primeira parte do questionário: *1) O bebê procura olhar para você?; 2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?* E também houve ausência no item três da segunda parte: *3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto) ele olha para sua mãe e ele sorri para sua mãe.*

A análise conjunta dos resultados, somada à análise da filmagem e da entrevista feita pela equipe da pesquisa que identificou o choro do menino e o discurso materno como indicativo de que algo não estava indo bem, justificou o

encaminhamento para o acompanhamento clínico especializado em intervenção precoce.

No mesmo período inicial da intervenção, foi aplicado o teste Denver II de processo de desenvolvimento em que todas as habilidades estavam presentes, indicando plena condição motora para suas aquisições futuras.

6.2.2.2 *A avaliação da terapia ocupacional até à produção da Hipótese de Funcionamento Psicomotor*

A HFP foi construída nas duas primeiras sessões, pois havia muita disponibilidade da mãe e da avó materna em falar sobre o menino e seu contexto familiar, além do fato de ele apresentar de imediato seu sintoma psicomotor. Na terceira sessão foi feita uma entrevista com a mãe que, além de ampliar os conhecimentos sobre o menino e sobre a dinâmica familiar, confirmaram a Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Ele vinha sendo acompanhado pela equipe da Unidade Básica de Saúde, que compreendia seu choro e agitação como característica de um *menino brabo*. Nesta lógica a mãe dizia se parecer com ela: *forte*.

As duas primeiras sessões foram compostas pela mãe, o bebê, a avó materna e a terapeuta. A terceira sessão foi uma entrevista com a mãe, quando também foi apresentada a proposta de tratamento que considerou a Hipótese de Funcionamento Psicomotor. Todas elas tiveram um tempo aproximado de uma hora e trinta minutos. Em diário de campo, a terapeuta afirma que possui um tempo cronológico interno, pela experiência que faz com que, normalmente ela encerre seus atendimentos aos quarenta minutos de sessão, mas que com esta família isso não acontecia. “Quando eu via já havia se passado uma hora e meia de sessão, só ali eu estava cansada” (registro da terapeuta em diário de campo).

6.2.2.3 *A primeira sessão: conhecendo quem parecia não querer ser conhecido*

Na primeira sessão a mãe dividiu o tempo em dois relatos importantes: o choro constante e desesperado do filho que desestruturava a família, e a separação do pai do menino. Ela iniciou relatando sobre o menino, depois contou da separação, e voltou a apresentar o filho. Durante a conversa o menino manipulou,

sozinho, alguns brinquedos, chorou desesperadamente com uma agitação psicomotora, dormiu, mamou, não olhou para sua mãe, avó e terapeuta. Somente no final de uma hora e trinta de sessão ele olhou rapidamente, mas com intenção, para a terapeuta, depois uma terceira tentativa de aproximação.

6.2.2.3.1 O menino conforme relato da mãe e da avó materna

A. é um menino *chucro, irritado*, que não aceita outras pessoas a não ser a mãe o pai e os avós maternos. Os familiares consideram estranho ele não querer ficar com mais ninguém (dinda por exemplo). Que não aceita nem que outras crianças toquem nele. Na maioria das vezes, não sabem por que ele começa chorar, nem por que ele para de chorar. Chora muito por horas (já chegou a ficar três horas chorando). A mãe diz: *é muita coisa*. Quando chora a noite, por horas, ficam desesperados.

Porém, por vezes, entendem que foi a intrusão de alguém. Respondendo a uma pergunta sobre o porquê do primeiro momento de choro dele na sessão, a mãe responde: *Porque ele não quer você!* E dá um sorriso.

A mãe considera A. muito agitado: *até para dormir. Se bate a noite toda. Não é uma criança calminha* (está muito séria neste momento). Relata que ele não se interessa por muita coisa. Que fica pouco tempo explorando algum objeto ou brinquedo e já passa para outro.

A mãe também conta que o filho é inteligente. Que ele sabe e conhece a forma que cada familiar tem de chegar nele. O avô com assobio, o tio com brincadeiras bruscas no corpo como voar, jogá-lo para o alto, o pai com o olhar.

Como mãe e avó estão desempregadas, a primeira perdeu o emprego pelo tempo que ficou afastada após o parto e a avó pediu demissão de um emprego de 20 anos para cuidar do menino, ficam mais tempo na casa da avó, pois é maior e A. tem mais espaço para brincar. A mãe tem uma casa a cinco quadras da casa da avó, que o menino já está estranhando por não ir muito.

Quanto à rotina, A. acorda perto das cinco da manhã, com o barulho do movimento do avô que se prepara para trabalhar. Por vezes, toma o mamá na cama com a mãe, ou já levanta e vai para a sala. Ficam brincando com ele e se revezando nos fazeres domésticos. Os alimentos são oferecidos de três em três horas. O almoço acontece com ele sentado em uma cadeira para criança e é diferente para a

mãe e para a avó. Para a mãe, apesar de ele ter um objeto na mão, pede para que se concentre e avisa que vai dar comida brincando de aviãozinho. A avó também o distrai com um objeto (normalmente tampa de um utensílio), porém ele recusa, resmunga, vira o rosto quando oferece a comida. A avó acaba tendo que distraí-lo ainda mais, e dá a comida na boca sem que ele perceba. O avô presenciou o almoço nas duas situações e comentou que o menino “abusa” da avó.

O alimento do almoço é amassado, mas estão tentando que coma grãos. Ele separa dentro da boca o grão e joga fora. Engole somente o pastoso. Porém come bolacha, mastiga pedaços de frutas de um iogurte, chupa no canudinho para tomar suco (foi possível observar isso também nas sessões).

Quando a terapeuta perguntou se ele conseguia pedir comida, a mãe diz que sim. Faz hãhã. Porém em outro momento da entrevista ela diz que nunca o deixam com fome. Estão sempre oferecendo algo e que ele recusa quando não quer. Ela oferece duas vezes e se ele não quer ela para de oferecer. Já a avó, diz a mãe, e a vó está escutando: *ela continua insistindo. Chega colocar dentro da boca dele.*

Ele não dorme após o almoço. Com isso passam o restante do dia brincando, passeando a pé, inclusive longos trajetos que ele fica muito bem. Diminuem o ritmo das brincadeiras perto das 22 horas, para que ele se acalme para dormir. A mãe coloca A. na cama e nina ele para dormir. As vezes ele mesmo “se nina”, balançando seu corpo de barriga para baixo na cama.

A mãe e a avó relatam que, tanto no quarto quanto na sala, sempre tem uma TV ligada, passando um dos dois ou três programas infantis que o menino gosta.

Ele gosta do banho e para trocar de roupa é agitado, porém a mãe relata que conversa com ele para que ele ajude e ele vai se acalmado.

Desde os quatro meses o menino endurecia as pernas para informar aos cuidadores que queria fazer cocô, pois não fazia na fralda. O xixi ele faz na fralda e o cocô, no pinico ou no vaso sanitário. A avó tem levado ele para fora da casa, em baixo de algumas árvores, na ideia de distraí-lo. A mãe não concorda e diz tentar evitar que avó o faça. As duas relatam a dificuldade e o desespero que a avó passa, quando o menino tenta evacuar. Referem que ele tem fezes de adulto e que, além de sofrer muito para expeli-las, por vezes, rompe algum vaso e sangra muito. Já estão tratando com homeopatia indicada pela pediatra da UBS.

Quando a terapeuta pergunta como ele responde ao não, a mãe relata que ele faz biquinho de triste e que vai até a avó para reclamar. Que ela diz não e que

ele sabe do que ela está falando. Relata um episódio em que pegou ele no flagra tentando botar os dedos em um lugar que ela não queria e que já havia pedido para que não fizesse. Ela só o chamou pelo nome, ele se assustou e parou. Conta sorrindo: *ele sabia que estava fazendo uma coisa errada e levou um susto.*

Ele aprende com os erros, como por exemplo: bateu a cabeça, então passou a fazer mais devagar. Depois que descobriu uma forma de passar pela porta com o andador que trancava, fazia sempre da mesma forma.

Junto com todas estas informações, captadas ao longo da primeira sessão, o destaque da mãe e da avó foi dado exatamente para o choro:

É um choro sem rumo.

Ele não sabe o que ele quer.

Ele ganha no choro.

Deve ter alguma coisa que eu estou errando (diz a mãe)

6.2.2.3.2 O relacionamento com o pai, relatado pela mãe e pela avó materna

A mãe passa uma boa parte da sessão relatando a separação com o pai do menino. Que acabaram morando juntos quando o menino nasceu, pois até então estavam tendo um relacionamento sem muito compromisso. Neste período, a mãe relata que passa a compreender que o pai não faz nada. Tudo deveria ser pedido a ele, inclusive os cuidados com o filho. Conta que pedia para que o pai falasse com o filho: “fala algo, ele precisa ouvir tua voz”, mas ele não conseguia, que era mais observador. Queria manter as atividades de antes do nascimento do filho, como juntar-se para jogar vídeo game e futebol, tentando levar a mãe e o bebê junto, porém o menino chorava muito.

A mãe diz que *“anulei toda minha vida para cuidar do A. Ele (o pai) não queria fazer isso também. Então disse vai...vai e fica”*.

Contam que o pai tem outro bebê, um pouco mais novo que A., de um outro namoro. A avó diz nessa hora: *“Ela foi enganada por ele”* (referindo-se à filha).

A mãe diz que tinha duas crianças em casa e que levantava até para fazer leite com achocolatado para o pai. *“Ele não tem iniciativa para nada”*. *Agora quer visitar o A. quando tem uma folguinha no trabalho. Eu sei: quando não tem nenhuma menininha lá com ele, aí ele lembra do A. Assim não quero”*.

Existem fotos na casa da mãe, dele com o pai, em que ela se pergunta se deve deixar ou tirar. Está elaborando o que dizer para o filho quando perguntar pelo pai.

6.2.2.3.3 O menino observado pela terapeuta

A. é um menino bastante angustiado. Não olha para o rosto da mãe e da avó. Não antecipa algo que queira pelo olhar, pela voz, ou mostrando, apontando. Ele vai em direção aos objetos sem conhecer o ambiente. Quando a angústia aparece ele procura o colo da mãe ou da avó. Caso elas não o peguem, ele escala, já resmungando num início de choro. Apesar de as duas iniciarem uma oferta ansiosa de coisas para pegar, ou para olhar, ou para comer, tentando evitar que comece chorar, elas não são bem sucedidas. Ele chora.

O choro é estridente, desesperado, e agitado. O que chamou a atenção foi exatamente o corpo em constante agitação, se torcendo por vezes como se quisesse sair do colo (elas o colocam no chão e ele se desespera mais ainda, buscando o colo). Vai em direção ao tronco da mãe como se fosse acomodar-se, esconder-se, mas volta jogando-se para fora do colo, de costas. Esperneia, como se fosse andar ali no colo delas. Ou para, repentinamente, de agitar-se, continua chorando e olhando para os lados e para cima, como se estivesse perdido.

A mãe tenta uma contensão e um balanceio para ninar que não dá certo. Trocam de colo e ele não para. Acalmou-se, no primeiro choro dessa sessão quando enxergou a porta de saída do ambulatório. Mas mesmo assim custou a diminuir a agitação psicomotora.

O primeiro choro durou cinco minutos e o segundo durou oito. Depois disso ele dormiu. Quando acordou a terapeuta conseguiu seu primeiro contato, quando foi possível observar também que o menino atendia pelo nome ao chamamento da mãe. Que, algumas vezes, obedeceu a mãe em ordens como: vamos sentar. Preparando o corpo para ficar sentado. Olhando-se no espelho deu beijos no bebê, a pedido da mãe, porém não foi possível concluir se ele reconhecia a imagem dele no espelho. Para a imagem da mãe ele olhava no espelho e não olhava para ela, a real. Da mesma forma para a terapeuta.

Não utilizou nenhum dos brinquedos com a função destes, muito menos criou uma função para eles (que seria adequado à idade de 10 meses, como por exemplo,

bater um no outro, botar na boca, jogar longe). Ficou interessado em um brinquedo musical, porém quando a música chegava ao fim, ele esperava um pouco e já desviava para outro brinquedo.

No único contato frutífero com a terapeuta, o menino seguiu a trajetória dela enquanto se escondia, e antecipava o aparecimento dela, olhando para o local. Aceitou passivamente a brincadeira. Divertiu-se, olhou a terapeuta, porém não pediu para que a brincadeira se repetisse (interesse existente normalmente em crianças dessa idade). O menino apresentava pouco potencial simbólico e dificuldades intersubjetivas.

1ª Cena: O Contato

Nesta cena o menino está no colo da avó, no meio da sala em pé. A mãe e a terapeuta estão em um mesmo lado da sala: a mãe sentada no tatame e a terapeuta em uma cadeira. A mãe e a terapeuta cantam juntas para o menino, uma música que a mãe diz que ele gosta muito. O menino olha para a terapeuta e sorri. A seguir, a terapeuta canta sozinha e o menino sorri. Quando a música acaba, há silêncio; o menino então olha para as bolas atrás dele e volta para frente olhando para a terapeuta (deu um giro no corpo como um *flaping*).

Quando olha para a terapeuta, começa a cantar novamente, desta vez gesticulando com os braços o movimento do trem que compõe o enredo da música. Ele sorri. Quando a música para ele volta a olhar para as bolas atrás dele e a olhar para a terapeuta. Ele sorri para a terapeuta que prontamente volta a cantar com gestos. Ela levanta da cadeira, cantando e dançando. E inicia também uma brincadeira de esconde-esconde, atrás da avó (aproximando-se dele). A. aceita a brincadeira e segue a trajetória da terapeuta atrás da avó. Isso se repete por três vezes: a terapeuta toma cuidado de não deixar intervalo entre o final e o início do jogo de esconde-esconde. Iniciando toda vez que se encontram, de forma sedutora, cantando a música que combina com o início e o final da brincadeira.

Depois das três vezes em que o menino está concentrado, a terapeuta arrisca um contato no corpo. Cantando, quando se encontravam depois de escondidos, ela tocava no corpo como uma comemoração ao encontro. Ele aceitou a primeira vez. Na segunda, mesmo atento e sorrindo, ao final escondeu-se no colo da avó iniciando um choro.

O relato a seguir descreve o final deste encontro e sinaliza a posição tanto da avó quanto da mãe, na relação armada com o neto e filho.

No quadro 11, são apresentadas as informações sobre o encontro apresentado anteriormente.

Quadro 11 - Tirando o terceiro de cena

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM			
	Mãe	Avó	Criança	Terapeuta
Terapeuta em pé junto à avó que segura A. no colo			Resmunga (como se iniciasse um chorinho)	1) Tchau
Menino, no colo da avó, volta seu corpo em direção às bolas e olha fixamente para elas				
Mãe que assiste tudo relata	2) Teve uma professora de uma escola que pegou ele um dia quando estávamos passando. Achei que não ficaria com ela, mas ficou um pouco e depois começou chorar. É que elas têm jeito com criança né.			
Em seguida, a avó que segura o menino, o oferece para a terapeuta		3) Vai com a tia vai.		
Terapeuta interpela			(!)	4) Não eu não vou vó! (Como se fosse o menino falando) Está ótimo assim né! Que vó ansiosa!!! (Com voz de adulta, mas brincalhona)

continuação

Terapeuta pega uma das bolas que está ao alcance e mostra para o menino oferecendo.				5) Você quer? (.) A bola? (.) Quer?
O menino olha fixamente para a terapeuta, depois olha para a avó e volta a olhar para a terapeuta.				
Terapeuta segue oferecendo a bola e leva em direção ao menino, muito lentamente.				6) Quer a bola? (.)
A terapeuta deixa a bola tocar nele. Ele sorri, mas fica de costas para a terapeuta, abraçando-se na avó.				
A bola volta para a terapeuta que diz				7) Jogou para mim? Para mim!! Muito obrigada!! (Está muito feliz, sorri)
O menino, com expressão tranquila, olhou para a terapeuta e voltou a ir em direção ao colo da avó.				
Neste momento a avó senta A. no tatame e oferece outro brinquedo. O menino aceita e senta.		7) Olha a ovelhinha aqui ó!	(!)	((É nítido o mal estar da terapeuta))
A mãe, sentada no tatame, agora de frente para o menino e para a avó, parece tentar remediar	8) Olha a tia no espelho. Lá ó A.!!!		(!)	
Avó, em pé, nas costas do menino, entrega por cima dele, um brinquedo musical. Aperta o botão e uma música começa.			(!)	
O menino passa a manusear o brinquedo de frente para o espelho e para a mãe. De costas para a avó e para a terapeuta.			(!)	
Terapeuta passando a bola de uma mão para a outra, se aproxima da avó com tom de cumplicidade				9) Vou fazer uma pergunta bem na cara de pau vó! Posso fazer a pergunta?

Quadro 11 - Tirando o terceiro de cena

(conclusão)				
Avó		10) Pode	.	
Terapeuta fala gesticulando				11) Eu estava brincando com teu neto... ((com um sorriso amigável))
É interrompida pela mãe de A.	12) Bem feito...eu digo ((rindo))			
Terapeuta termina a frase				13) E você me tirou ele de perto! Sentou ele ali!
Mãe, que continua sentada na frente do filho	14) Ela tirou ele. Quando eu digo ela fica furiosa comigo. Eu digo: quando eu dou uma ordem é isso aí ó!!!! Entendeu agora? Então eu não estou tão louca assim (rindo muito)			
Terapeuta abraça a avó que está desconsertada.				
Mãe	15) Eu digo para ela: mãe eu botei aquilo ali, espera para ver se ele vai gostar.			

Esta cena, somada a outras cenas em que a avó tenta acalmar o choro e a agitação motora do menino com ofertas variadas e a mãe da mesma forma só que com um pouco mais de colo e balanceio, oferece recursos para a terapeuta destacar duas questões importantes que foram apresentadas para elas e que repercutiram na segunda sessão:

1º) A terapeuta aponta a importância de que A. saiba o que está acontecendo com o pai. É preciso contar de uma forma bem simples, que o papai não está morando mais com eles, mas que continuará vindo vê-lo.

Sugere também que ajude o menino a compreender o que está sentindo quando vê as fotos do pai com ele. E, principalmente, que não subestime o menino. *“Nesta idade ele já conhece o rosto de vocês. As crianças pequenas conseguem identificar se os adultos estão tristes, preocupados, irritados”*.

2º) A terapeuta solicita que observem o quanto estão oferecendo brinquedos ou trocando brinquedos e oferecendo alimentos antes mesmo de o menino indicar se quer ou não quer.

Logo após o acontecimento relatado no Quadro 12, a terapeuta conduz a conversa no sentido de sensibilizar a mãe e a avó para perceberem-se quanto ao ritmo de oferta de brinquedos para o menino: *Se percebam, se vocês já não estão no pique de oferecer brinquedos, inclusive em momentos em que ele está brincando tranquilamente. [...] Se percebam se, em não querendo que ele chore, vocês já não estão antecipando a troca de brinquedos para ele não chorar. [...] Na próxima sessão vocês vão me dizer: sim fazemos, e estamos diminuindo a oferta; sim fazemos, mas é o único jeito de diminuir o choro; não fazemos. Pois estou levantando a hipótese de que ele não tem tempo de pensar sobre o que está acontecendo e nem de manifestar-se.*

6.2.2.4 A segunda sessão

Uma semana depois, comparecem à sessão - trazendo o menino -, a mãe, a avó e o padrinho. A mãe entra, sozinha com A., na sala de atendimento. Ele já olha para a terapeuta.

A mãe posiciona o menino apoiado no tatame em pé no chão, e apresenta os brinquedos que estão à disposição. O menino manipula. Perguntada sobre como saíram da sessão anterior, ela conta que conversaram sobre o *“puxão de orelha”* (SIC da mãe). Que a avó pensou em não vir, mas a mãe disse que era preciso ir pois *“eu também tenho falhas”* (SIC da mãe)

Conta que tentaram enturmar mais o menino, saindo mais, porém ele chora muito quando alguém se aproxima, e que ela fica sem jeito.

Também relatou que retirou as fotos do pai com ele e que substituiu por fotos suas com o filho. Mostrou para o menino que guardou as fotos e diz; *“quando ele me perguntar cadê o pai aí eu conto”*.

Neste momento o menino olha para a terapeuta e diz: *Bó!* A mãe diz: *a vó está de castigo* (na sala de espera, pois não foi convidada pela mãe para entrar).

Depois de A. brincar um pouco no espelho, proporcionado pela mãe, a terapeuta solicita que deixe o menino brincar livremente, sem intervenção. Ele fica por aproximadamente cinco minutos manipulando os brinquedos, sem olhar ou chamar por ninguém. A sua frente está a terapeuta; atrás a mãe.

Após esse tempo houve uma tentativa de contato entre a terapeuta e o menino, que não deu frutos.

Neste tempo, foi possível avaliar que tipo de recursos intelectuais o menino estava usando até o momento. Seguiu sem compreender a utilidade dos brinquedos, porém tirava e colocava novamente em uma caixa transparente de plástico. A brincadeira consistia em encher e esvaziar. Para isso precisou engatinhar, sentar, apoiou-se com uma mão e dos dois pés, liberando uma das mãos – a esquerda – para pegar os objetos.

Numa tentativa de pegar um desses brinquedos, bateu muito de leve a cabeça. A mãe falou em *manhês* que bateu a cabeça e ele resmungou, chorou e passou a produzir o choro desesperado com agitação motora, por oito minutos. Neste período a mãe balançou no colo, mostrou a janela, ofereceu água, suco, saiu da sala e encaminhou-o o colo da avó (diminui o choro por pouco tempo), deram chocolate que ele comeu diminuindo o choro. Olhou para a porta, o vidro da porta, o ventilador de teto. A mãe disse: *“ele adora ventiladores”*.

2ª Cena: um encontro afetuoso depois do desespero

O menino, no colo da avó, comia o chocolate olhando para o teto, quando baixou os olhos na direção da porta e encontrou a terapeuta.

Esta cena é encerrada com o menino voltando a chorar. Não foi possível identificar o motivo na análise do vídeo, nem a terapeuta supôs em seu diário de campo. Porém o choro foi mais curto, sendo interrompido com a oferta de um suco.

Esse encontro é relatado no quadro 12:

Quadro 12 - Um encontro para reconhecimento

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM			
	Mãe	Avó	Criança	Terapeuta
Terapeuta com um olhar de que o chocolate estava muito gostoso				1) Delícia iiiii!!!
Menino ficou olhando para terapeuta.				
Terapeuta com a mesma expressão pergunta				2) O que é?
Menino olha para a terapeuta e estica o braço e a mão, mostrando o chocolate.				
Terapeuta aproxima-se lentamente com suas mãos das mãos dele e pega				3) Está me dando?
Os dois ficam brincando com as mãos um do outro. Terapeuta olha para os olhos do menino. Ele não. Ele olha para as mãos.				
Terapeuta aproxima o rosto dela do rosto dele que se tocam. Ela está sorrindo.				
A avó que está segurando ele no colo diz		4) Olha ele fazendo carinho nela!		
A mãe que assiste tudo do lado da terapeuta e mais para atrás da avó, com um rosto sereno diz	5) Mas ele está mais calmo, está saindo mais.			
O menino começa a mexer no rosto da terapeuta até apertar o nariz dela. Ele está olhando fixamente para ela.				

3ª Cena: a primeira brincadeira entre a criança e a terapeuta

Depois de uma hora e dez minutos de sessão a terapia vai-se encaminhando para o final quando a avó coloca o menino no chão e ele vai em direção a uma bola que estava lá (ele já estava dando alguns passos com apoio). Terapeuta tenta armar um jogo de futebol em que pergunta para o menino se ele quer que ela jogue.

Depois de duas tentativas em que parece que o menino pedia para que jogasse e a terapeuta jogou, ele começou a chorar. A terapeuta está disposta a encerrar a sessão, dizendo tchau para a bola e para o menino.

Esse episódio acontece na sala de espera, sob os olhos da mãe, da avó e do padrinho (Quadro 13).

Quadro 13 – Um encontro solidário

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM			
	Mãe	Avó	Criança	Terapeuta
Terapeuta com uma expressão de decepção em pé olhando para o menino que já está no colo da avó novamente				1) Bem eu guardei a bola. Você disse heheh ((imitando choro)). Achei que não queria mais.
O menino para de chorar e olha fixo para a terapeuta				
A terapeuta passa a imitá-lo no som e fazendo gestos exagerados na cabeça, tronco e braços (uma agitação motora)				2) Você fez bem assim ó: hec, hec, hec ((som de choro de bebê))
Ele olha fixamente para terapeuta.				
A terapeuta faz de conta que chora mesmo, esfregando os olhos. Faz isso três vezes e para séria olhando para o menino.				3) Inhéee, inhéee, inhéee!!!
Ele olha atento.				
A terapeuta repete isso mais duas vezes e tenta aproximar seu rosto no rosto dele sorrindo.				
Ele para de olhar, se atira para a frente e para o lado, começa a querer chorar e terapeuta diz:				4) É bem assim. Bem assim que tu faz ((voz afirmativa e carinhosa)).
O menino vira de costas para a terapeuta escondendo-se no colo da avó.				

Quadro 13 – Um encontro solidário

(conclusão)

Terapeuta continua imitando o choro e agitação motora com espaços de silêncio entre eles.				5) Inhéee, inhéee, inhéee!!!
Ele passa a observar atento com expressão de espanto, sem choro (isso dura 20 segundos – longo tempo).				6) Inhéee, inhéee, inhéee!!!
Terapeuta com olhar acolhedor				7) Tu faz assim!
O menino dirige seu corpo em direção à terapeuta e faz carinho no rosto dela.				
Terapeuta permite a aproximação com sorriso e expressão de cumplicidade				8) Você ficou solidário comigo? Eu estou solidária contigo!!
Ele esfrega as mãos nos olhos, vira para a avó, no colo e volta a olhar para a terapeuta.				9) Geme como se estivesse chorando
Terapeuta repete o gesto do menino com som e movimento motor (mãos, tronco e pernas – esperneia como ele faz)				10) Inhéee, inhéee.
O menino observa, vira-se para o colo da avó e imita o gesto da terapeuta – esperneia, esfrega os olhos e volta a olhar para ela.				
Terapeuta aposta que está se armando uma brincadeira com o menino e investe na repetição motora sem o choro				11) Inhéee, inhéee (.)
Quando a terapeuta faz ele olha. Quando a terapeuta para ele imita o gesto, escondendo-se no colo da avó. Volta a olhar para a terapeuta e sorri.				12) Inhéee, inhéee (.)

Esta brincadeira aconteceu por sete vezes, durando 44 segundos. Todas às vezes, a terapeuta imediatamente após ele sorrir, segue produzindo o gesto de agitação motora. Quando a terapeuta não faz mais (ela fica olhando fixo e sorrindo para o menino), ele repete o gesto da agitação motora, que a terapeuta compreende

como um pedido para voltar a brincar. Nesta cena A. está provocando a terapeuta para a repetição da brincadeira, o que já sugere que se instalam as bases para o assujeitamento, pois ele provoca a interação que lhe interessa.

Até então a avó e a mãe estavam só observando. Quando a brincadeira para pela terceira vez, pois terapeuta não se propõe a fazer o gesto novamente, eles ficam se olhando e a avó diz: *Mostra para a tia que você sabe mandar beijo!*

Os dois estão se olhando fixamente e terapeuta sorri mandando um beijo, aproximando-se dele. A. vira-se para a avó, volta a olhar para a terapeuta e se oferece para que ela o pegue no colo e ela o faz.

Nisso, a avó sai por trás dos dois, pega a mãe e vão se esconder em uma sala. O menino acompanha visualmente o deslocamento da avó e chora.

Ao final da sessão a terapeuta compreende que já possuía uma HFP. Quando a terapeuta começa a brincadeira de imitação, elabuscava a confirmação de sua Hipótese de Funcionamento Psicomotor que foi mais bem elaborada e apresentada para a mãe na entrevista individual, fruto do terceiro atendimento.

No fechamento desta sessão a terapeuta julgou necessário, além de retomar a orientação feita na primeira sessão, dar outra orientação:

Retoma a questão da oferta rápida de brinquedos e alimentos. A mãe diz que deixam ele pedir mais. *Ele estando quietinho eu policio. Estamos deixando mais ele, mas agora está com gripe.*

Quanto às orientações:

1º) O raciocínio: A terapeuta afirma que o menino não sabe muito bem o que quer. Mexe com brinquedos, mas não cria uma brincadeira. Passa de colo em colo, mas não cria. Quando ele está chorando, ele também não sabe por que chora. Então é difícil encontrar algo que diminua a angústia produzida pelo vazio do não saber o que fazer. Que é preciso fazer o menino pensar. Aprender a pensar. Isso exige tempo dele. Tempo para se perguntar se quer ou não quer. Ele não está pensando muito. Está fazendo. Por isso o corpo agitado. A mãe concorda dizendo que *ele não tem rumo.*

2ª) A orientação: *Ele é um bom obediente. Vamos ver se ele é um bom pensante.* Diz a terapeuta. Para isso é preciso perguntar, quando ele não está chorando: *você quer suco? E aguardar. Você quer colo? Você quer passear? Quer levantar? Colo de quem você quer? Mamãe ou vovó?*

É preciso que vocês acreditem que ele tem opinião, e que tem algo a dizer sobre o dia a dia.

Apesar de a terapeuta ficar bastante incomodada com a atitude da avó, quando esta se esconde no momento em que o menino pede o seu colo, inclusive, registrando em seu diário de campo a pergunta: - “avó perversa?”, julgou que sua fala na hora do ocorrido tinha sido suficiente para alertá-las do que estavam fazendo com o menino e com a terapeuta: *Ah! Que sapecas!!!! Isso!!!! Gostam muito de mim!!!!. [...]*

Respondendo à questão da mãe de que queriam saber o que ele iria fazer: *Vou me desesperar né?! (Em nome do menino). O que é isso???? Quem é essa louca que está me segurando e essas outras que saem correndo?????*

6.2.2.5 Análise da entrevista feita com a mãe

A mãe retoma à queixa principal sobre o choro e a irritação, dizendo que é muito difícil. Que o menino “*não retribui. Não responde quando chora*”. Relata que tenta dar limite, mas que os avós acham que ela “*é muito dura e mimam ele*”. Fazem de tudo para que A. não chore, mantendo-o distraído com a TV, brinquedos e alimentos. Que duas coisas acalmam muito ele: passear pela rua e ser puxado por uma cadeira (tipo bebê conforto) com rodinhas, que o avô fez, a toda velocidade. Ela mostra um vídeo. Mas diz que estão mais atentos à forma como lidam com ele, e que ela tem reclamado quando os avós chamam o menino quando ele está quieto.

Conta que ficou por 14 dias após o parto cesariana, afastada do filho por complicações na cirurgia e quem cuidou foram a avó e a cunhada. “*Ali ele pegou balda, pois até os cinco dias de vida ele não chorava, não se mexia*”.

A mãe chora ao relatar que gostaria de estar morando com A. em sua casa, mas que, neste momento os avós estão ajudando, que a casa dos avós é maior e que, por isso, ficam ali. Diz que briga com os pais, e principalmente com a mãe, pelos cuidados com o filho. Que há alguns dias conversou com os pais, dizendo que era muito grata por tudo que fizeram e que estavam fazendo por ela e pelo filho, mas que A. é filho dela e todos teriam que se acostumar com a ideia. Neste momento a terapeuta fortalece o esforço que é necessário fazer quando uma filha torna-se mãe: “*Pelo teu filho, é preciso assumir o papel de mãe. Isso exige sair um pouco da posição de filha*”.

Traz a questão do pai de A. somente uma vez para referir-se a uma defesa que fez do filho quando a avó disse a uma vizinha que o menino seria problemático no futuro por não ter pai presente. *“Até porque estamos organizando horários fixos para que o pai veja o filho”*.

A terapeuta utiliza a entrevista para retomar as reflexões até então apontadas nas duas consultas e também as orientações.

Dá um retorno da avaliação e anuncia o plano de tratamento que implicava **ajudar A. a colocar seu corpo a serviço de produção de inteligência** (a Hipótese de Funcionamento Psicomotor, a seguir, descrita).

6.2.2.6 A Hipótese de Funcionamento Psicomotor

Considerando que os resultados dos testes até os quatro meses de vida de A. anunciaram um risco para transtorno psíquico do tipo autístico, e do sintoma psicomotor (choro e agitação motora) do menino que, apesar da colagem no corpo da mãe e da avó, produzia um desencontro entre eles, o tratamento foi tomado compreendendo que o investimento deveria ser aplicado nos momentos de não sintoma, de não crise.

Por algum motivo, que pode estar relacionado aos recursos inatos ao menino (intersubjetividade inata) como também a forma como a família tomou o nascimento do menino em seus primeiros dias de vida, ou a soma dos dois, produziu este sintoma psicomotor que deflagra algo que não está indo bem no processo de desenvolvimento de A., e que diminui ainda mais a potência relacional familiar. É possível supor que a família não deixou que faltasse absolutamente nada **para** A. e **em** A. Foi tomado sempre com muitas ofertas, não tendo experiência de “não estar”. Então mesmo “estando na relação” (constante investimento familiar de oferta de coisas para olhar, tocar, ouvir, falar, comer), a oferta não produzia um repertório de diálogo tônico e linguístico entre o menino e sua família.

Somado a isso, a posição intersubjetiva de A., considerando os resultados dos testes, principalmente, do PRÉAUT, quanto ao risco de autismo, e às teorias de Muratori (2014) e Bullanger (2006) sobre a hipersensibilidade tátil, auditiva e visual, característicos em crianças com este diagnóstico, poderia supor também o aumento da angústia do menino. O investimento familiar no corpo de um menino que sensível

e, por isso, resistente à aproximação, produzia um preenchimento de si sem sentido, sem uma construção, a não ser a da angústia.

Os conceitos sobre seu corpo, que o ajudariam a colocar seus instrumentos à disposição de sua satisfação (EC), não tinham por propósito experimentar. Sua condição de equilíbrio, lateralidade, dominância, espaço, tempo, motricidade fina e grossa não eram utilizadas para a produção de uma nova experiência. Havia como registro de sua existência física, somente a manipulação de objetos (quando deixado sozinho), a alimentação em que recusava os grãos que lhe demandavam maior sensibilidade na identificação, as fezes que lhe provocavam muita dor e o circuito de choro e agitação no corpo do outro.

Já a elaboração de sua Imagem Corporal estava sendo construída em uma perspectiva de que não sabia ser outra coisa que não a criança já esperada pela família: *menino chucro, irritado, que não aceita outras pessoas a não ser a mãe o pai e os avós maternos* (SIC da mãe). Porém, naquele momento, nem mesmo eles estavam sendo suficientes para o menino, pois o que era para ser um gesto de recusa ao tipo de investimento familiar, passou a ser um sintoma psicomotor. E, segundo esta tese, já que o sintoma psicomotor pode ser empreendido como um pedido de socorro e também como o anúncio de por onde se deve intervir, era necessário que o menino, a mãe e avó construíssem outras cenas familiares, em que fossem demandadas outras habilidades de A. que não somente sua manipulação, sua audição, sua visão, seus movimentos corpóreos de forma passiva.

Principalmente porque se instalava um círculo vicioso onde, a iniciativa de evitar o desencadeamento do sintoma psicomotor seguia também não oferecendo recursos ao menino para que conseguisse evitar desorganizar-se.

O sintoma de choro desesperado com agitação motora, tratado aqui como o sintoma psicomotor, sugere que, quando o menino se depara com ele mesmo, na forma de pensamento sobre o que fazer, o que ser, há um vazio. Ele se angustia, pois não sabe o que fazer com o vazio tanto da oferta que não o atrai quanto de seu potencial de produzir algo novo. O externo não oferece alternativas produtivas e sim estanca seu pensamento e seu desejo de desvendar o fora dele. O Outro é o todo que tem tudo, que produz. O Outro não produz algo que o fisgue.

Esta agitação motora, sem rumo, estaria pela ordem de também não saber o que fazer com seu corpo. Um corpo que possui registros de prazer na brutalidade do

deslocamento (andador e corrida no bebê conforto), colocado em uma posição passiva ao outro e, não em uma produção ativa e criativa.

Com isso, ele se desespera, chorando, e não sabe o que fazer com ele e, principalmente, o que fazer com o próprio corpo a não ser circular pelo corpo de quem sempre esteve ali.

Uma questão que surge para a terapeuta é em como construir, com os familiares, um tempo necessário para que o menino elabore uma pergunta, produza um desejo, mas também um tempo necessário para que não se desligue do meio, por meio da manipulação de objetos de forma solitária. É necessário um tempo para que A. produza uma pergunta que possa responder. Que encontre um lugar em que a angústia seja de produção de novas possibilidades e não de um desaparecimento no sintoma, mas também é preciso não deixa-lo desaparecer na pura manipulação dos objetos.

6.2.2.7 A confirmação da Hipótese de Funcionamento Psicomotor

As duas próximas sessões foram marcadas por uma diminuição do choro e da agitação motora. Foi possível experimentar tanto alternativas de acolhimento no momento em que o sintoma psicomotor tomava o menino, como a produção de espaços em que o menino vivenciasse seu corpo e seu potencial cognitivo e linguístico na relação com o outro.

Três cenas são destacadas para exemplificar o trabalho terapêutico em sessão, considerando a HFP, além é claro do trabalho de escuta e reflexão com a mãe e a avó, sobre as propostas e orientações até o momento apresentadas.

Cena 4: na quarta sessão além do sintoma psicomotor a possibilidade de armar uma brincadeira no corpo

O menino já havia se desorganizado por duas vezes em que a terapeuta havia conduzido a mãe a não oferecer nada além do colo afetuoso e de um balanceio com sua música preferida. Ele acalmava-se, porém ela parecia não perceber e tentava oferecer outra coisa:

Terapeuta fala em nome do menino: *Mãe eu estou curtindo teu colinho, não me oferece outra coisa.*

Após o segundo momento de desorganização, a mãe o conduz para perto da porta de saída.

Esta brincadeira acontece por cinco vezes. Até que a terapeuta para e pergunta, se ele quer que ela vá e aguarda alguns segundos pela resposta, ele vira de costas para ela e volta a olhar para o ventilador de teto.

Nesta mesma sessão ele aceita uma brincadeira de esconde-esconde no colo da mãe, na mesma porta. A terapeuta que chega do desconhecido. Ele acha muita graça e imita a risada de gargalhada da terapeuta.

O menino está no colo da mãe, olhando para o ventilador de teto e se acalma (quadro 14).

Quadro 14 - Mais uma criança que gosta de cosquinhas...O trivial que passa a existir
(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Terapeuta que está na frente da porta de saída aberta bate com os dedos no vidro fazendo um barulho ritmado (batida ritmada)	1) Hóooo		((Está sorrindo, como que oferecendo o brinquedo barulho))
O menino, no colo da mãe, olha atento para a terapeuta			
Terapeuta produz uma trajetória com os dedos e com o som: da porta para os braços e barriga do menino de forma bem lenta. Faz cosquinhas na barriga e volta para a porta fazendo barulho na trajetória de retorno			2) Hiiiiiii ((sorri fazendo barulho))
O menino se chacoalha no colo, mas segue olhando			
Terapeuta repete o gesto chegando na barriga, fazendo cosquinhas. O menino espera ansioso a chegada da terapeuta, agitando o corpo e sorrindo.	3) Haaa ((som de surpresa, sorrindo: mãe faz esse som como participando da brincadeira))	4) Haaaa ((menino sorri uma gargalhada))	5) Hiiii ((muito feliz pelo encontro))

Quadro 14 - Mais uma criança que gosta de cosquinhas...O trivial que passa a existir (conclusão)

<p>Terapeuta volta para a porta, fazendo o barulho e a trajetória até o local de origem do movimento</p>	<p>((Mãe sorri em silêncio))</p>	<p>((Menino olha atento para a terapeuta, mantém o corpo na posição de espera e sorri))</p>	<p>((Terapeuta sorrindo com jeito de malandra, como se provocasse o encontro))</p>
<p>Ele olha para a terapeuta que já começa novamente o retorno (não há muito tempo entre o fim e o início da trajetória pois terapeuta tenta aumentar o prazer produzido pelo encontro NO CORPO, mas sustentado pela relação transferencial)</p>	<p>4) Haaa ((o mesmo som de surpresa))</p>	<p>5) Haaa..griiiii ((o menino sorri uma gargalhada e depois faz um sorriso esganiçado))</p>	<p>6) Hãss ((puxa o ar com a boca como que se preparando para voltar a porta)) 7) Griiii ((terapeuta imita o som que ele produziu, na tentativa de anunciar que também está se divertindo muito))</p>

Na brincadeira, o menino pede para ir ao encontro da terapeuta, quando ela demora a chegar, porém isso só pode ser visto na filmagem (a terapeuta não via a reação do menino e a mãe não conseguiu compreender que aquilo era um pedido, pois era muito parecido com a agitação motora das crises). Depois disso o menino inicia uma tentativa de choro que é encerrada pelo convite para ir embora e a saída do ambulatório, pela mãe (o horário era de encerramento do atendimento mesmo).

Cena 5: Então, ... existe uma criança que se reencontra com uma nova Imagem Corporal

Esta cena aconteceu na quinta sessão. Já na chegada, o menino aceitou uma brincadeira que a terapeuta propôs. Ele aceitou uma brincadeira em que um dedo da

terapeuta transformado em minhoca corria para sua barriga e fazia cosquinhas. A terceira vez ele pegou o dedo dela, gargalhando, e o afastou.

Foi uma sessão mais tranquila e silenciosa, pois mãe e avó também estavam menos demandantes. A terapeuta fez várias perguntas e, com isso, produziram-se muitos momentos silenciosos, sem interpretação de ninguém, nem do menino, e que ele não se desorganizou: *Quer? Posso? Onde? E agora? O que fazer?*

Ele olha muito para a mãe, a avó e a terapeuta. A cena relatada a seguir, descreve a brincadeira que já está constituída na relação, inscrita no corpo, e gravada na memória do menino, confirmando que o tratamento considerando a HFP já estava produzindo seus efeitos.

O menino brinca com uma boneca (que representa uma personagem de um desenho animado do qual ele gosta muito: Pepa). Está no chão da sala de espera, sentado de costas para a mãe e de frente para a terapeuta. A boneca cai entre ele e a terapeuta (Quadro 15).

Quadro 15 - Já propõe uma brincadeira

(continua)

DIÁLOGO TÔNICO	FUNCIONAMENTO DE LINGUAGEM		
	Mãe	Criança	Terapeuta
Terapeuta pega a boneca. Vai entregando lentamente e pergunta se ele quer de volta			1) Quer para você?
Ele olha para a terapeuta e se torce protegendo a barriga.		2) Griiiiiiii ((faz o barulho das gargalhadas que fizeram nas outras brincadeiras anteriores))	
Terapeuta compreende o que ele está lembrando e sorri, fazendo a boneca morder a barriga e imitando ele.	((Mãe está olhando e sorrindo.))		3) Griiiiiiii
O menino está com a boneca. Morde, manipula, deixa cair e olha para a terapeuta	((Mãe está olhando e sorrindo.))		
Terapeuta pega sorrindo	((Mãe está olhando e sorrindo.))		4) Eu pego. Pegueiiii para mimmmmm!!! (.)

Quadro 15 - Já propõe uma brincadeira

(conclusão)			
Ele olha atentamente para terapeuta e abre os braços sorrindo	((Mãe está olhando e sorrindo.))	5) Agggg	6) Você quer!!!???
Ela leva a boneca em direção a sua barriga com movimento de que vai mordê-lo	((Mãe está olhando e sorrindo.))	7) Haaa!! Griiii ((sorri gargalhando como nas outras brincadeiras))	8) Haaaa ((terapeuta acha graça dele da façanha de antecipação e ri alto))
Ele olha para a terapeuta e a imita	((Mãe está olhando e sorrindo.))	8) Haaaaa	((Terapeuta sorrindo em silêncio))
Terapeuta olhando para o menino, brinca de imitá-lo.	((Mãe está olhando e sorrindo.))		8) Haaaaa
Ele está com a boneca no colo e passa a mordê-la novamente. A mãe séria movimentava-se falando e interrompe a brincadeira limpando a boca de A., dizendo.	9) Ele nunca colocava nada na boca, agora passou a fazer isso. Tudo na boca		

A próxima sessão foi uma visita domiciliar que preocupou muito a terapeuta. Seus relatos em diário de campo anunciam uma casa bastante barulhenta. A TV ligada em cada peça da casa mantém um aglomerado de sons, fora de ritmo e de contexto. Quando A. se desloca de uma peça para outra, ele se concentra em programas ou tempos do programa diferentes, pois uma TV está em um canal fechado, outra está em um canal aberto e a do quarto está ligada com DVD.

Dizem que só assim ele se acalma: se distrai com a TV.

Porém não foi o que a terapeuta viu. O menino estava muito angustiado, sem brincar com nada. A avó oferecia os brinquedos um a um, sem que desse tempo de A. manipulá-los. Não se concentrava na TV, mas sim na mudança de som que ela proporcionava, ou seja: cada vez que mudava a melodia (uma música ou um programa) ele olhava, mas não fixava. Era realmente uma distração. Distraía A. da possibilidade de fazer uma construção com os brinquedos disponíveis.

6.2.2.8 Avaliação até a 9ª sessão

A partir da quarta sessão o menino não manifestou mais seu sintoma psicomotor em cena e em casa, a mãe relata que diminuiu muito. Com a retirada do andador, o menino iniciou marcha independente.

Com a diminuição do sintoma psicomotor e início da marcha, o menino passou a apresentar um padrão motor que até então não existia ou não era visível pelo seu estado de agitação motora: caminha na ponta dos pés, principalmente com o pé esquerdo. Mantinha um padrão de flexão de braços e preensão palmar, que era liberada voluntariamente quando queria pegar algo. O hemicorpo esquerdo se destacava, apresentando maior tonicidade.

Há um episódio de terror noturno em que o menino chorou por quatro horas seguidas, obrigando a família a levá-lo ao pronto socorro pediátrico que informa não haver nada com o menino e sugerem uma avaliação neurológica pois identificaram sintomas de autismo. Esse episódio reaproxima o pai, pois a mãe o chama para ajudá-la. Em diário de campo, a terapeuta levanta a hipótese de que a mãe estava revendo o lugar do pai do menino, após uma conversa que tiveram em que a mãe se dá conta de que de qualquer forma, *com pai presente ou pai ausente, o menino teria que se haver com essa separação e, que, protegê-lo implicaria em ajudá-lo a construir recursos pessoais para enfrentar as diversidades da vida* (fala parcial da terapeuta a partir do dito da mãe que estava evitando que o filho visse o pai já que o mesmo não tinha uma rotina de visitas).

Neste período, por questões de muitas chuvas na cidade, o menino não estava indo ao tratamento, e a terapeuta conversava muito por telefone com a mãe, inclusive sobre o que a ciência está definindo como autismo atualmente e o que seria algumas características autísticas do filho.

Nas próximas três sessões há a confirmação de que o sintoma psicomotor não existe mais. A mãe relata que ele chora por coisas de criança, mas que não mais como fazia antigamente.

Na última sessão, considerada para este estudo, o menino não apresentava mais os sintomas motores de ponta do pé e flexão de membros superiores. Pegava objetos com as duas mãos, fazendo uso no mesmo momento dos dois lados do corpo em funções distintas. Estavam nascendo dois dentes e o menino colocava muito as mãos na boca inclusive mordendo de leve o próprio braço. A avó relatou

que o menino estava com medo de tudo, desde que estivesse molhado: feijão com caldo, carne e arroz com molho. Arroz seco ou massa seca ainda não.

Nestas últimas sessões ele mesmo retomou os brinquedos com os quais estava acostumado, montando os mesmos jogos de quando eles foram apresentados pela terapeuta ao menino. Estava mais falante também. A cachorrinha que chama pelo nome da cachorra de casa, o trem que canta e que ele faz brum, brum. A boneca que toca música e que ele pede para que comece novamente, chacoalhando os braços ou batendo palmas, e até mesmo o ventilador de teto, passa a ser representado com um bruuu com tom de interrogação e surpresa por estar desligado (interpretação introduzida pela terapeuta quando o menino olhava para ele). Prestava muita atenção nas propostas da terapeuta e de outra terapeuta ocupacional, especialista em integração sensorial, que ajudou na avaliação para o final dessa tese.

A família informa que, estão seguindo a orientação da terapeuta de que deveriam proteger A. de pessoas que quisessem chegar nele sem que ele autorizasse e que isso tinha feito com que A. passasse a chamar e aceitar mais a presença de estranhos.

Neste período, a terapeuta registra em diário de campo que findara o sintoma psicomotor, porém dava-se conta de que o menino seguia apresentando características de espectro autístico. Além dos componentes motores anunciados no texto, o menino seguia recusando o contato com pessoas além do que já conhecia. Havia qualificado sua relação com a mãe chegando ao terceiro tempo do circuito pulsional. Considerando estudos na área da psicanálise³⁵, a terapeuta supôs que o menino ainda tentava manter um campo de conforto, característico do autismo, por isso faz a indicação de que o outro o provoque, mas não chegue ao contato corporal. Que se faça isso somente após ele autorizar.

Esta sessão, também sob os olhos da terapeuta ocupacional que acompanhava pelas filmagens e pelos relatos do caso, marca o final deste estudo, pois pode-se até aqui afirmar que o sintoma psicomotor cessou e que no lugar da angústia produzida pelo não ser e não fazer, que produzia um sintoma psicomotor,

³⁵ Formação de Formadores: intervenção precocíssima de bebês com risco de autismo e seus pais. Em andamento. Promovido pelo Instituto Langage/SP, que tem como formadora a Dra. Marie Christine Laznik.

incorporou-se³⁶ uma posição psicomotora de alguém que estava disposto a construir com seus familiares (mãe, avó, e até este período também o pai em visitas semanais) bem como com a terapeuta, espaços de interlocução. A qualidade desses espaços e a relação com outros que não estes atores, será parte das próximas HFP, que já estão sendo elaboradas e que seguirão sendo trabalhadas no tratamento de A. que segue por tempo indeterminado.

6.2.2.9 Considerações finais do caso clínico 2, menino A.

Retomando a Hipótese de Funcionamento Psicomotor:

O sintoma de choro desesperado com agitação motora, tratado aqui como o sintoma psicomotor, sugere que, quando o menino A. se depara com ele mesmo, na forma de pensamento sobre o que fazer, o que ser, há um vazio. Ele se angustia, pois não sabe o que fazer com o vazio tanto da oferta do outro que não o atrai quanto de seu potencial de produzir algo novo. O externo não oferece alternativas produtivas e sim estanca seu pensamento e seu desejo de desvendar o fora dele. A agitação motora sem rumo estaria pela ordem de também não saber o que fazer com seu corpo. Um corpo que possui registros de prazer na brutalidade do deslocamento (andador e corrida no bebê conforto) colocado em uma posição passiva ao outro, e não em uma produção ativa, e criativa.

Com isso ele se desespera chorando e não sabe o que fazer com ele e, principalmente o que fazer com o corpo a não ser circular pelo corpo de quem sempre esteve ali.

Para Levin (2011, p. 257), uma criança que apresenta um sintoma psicomotor “caiu em uma armadilha, na captura narcísica dos pais, que a impede de conquistar seu próprio espaço separado do Outro”. No caso de A., sua agitação psicomotora anuncia uma tentativa de reconhecer-se, de saber sobre si e sobre seu corpo, pois não o conhece fora do Outro que não operou o corte (narcísico produzido pelo Nome-do-Pai). Um dar-se a ver para ser reconhecido, para ser marcado em um corpo que não compreende como sendo o seu, que, aos olhos da psicomotricidade, estaria na junção do conhecimento dos conceitos relativos ao Esquema Corporal e o lugar psíquico atribuído à construção de uma Imagem Corporal.

³⁶ Um trocadilho para lembrar que saiu do corpo um *sintoma* e estava fazendo parte do corpo um *sinthoma*.

O mais interessante nos casos de agitação psicomotora, é compreender que a criança “busca uma forma de informar-se sobre o corpo” (LEVIN, 2011, p. 160), e é por isso que se agita constantemente. No caso de uma inibição psicomotora, a criança estaria com um bloqueio geral em seu agir, para que não a vissem, assim não operaria o corte. Considerando que, para crianças tão pequenas, a queixa e a procura de tratamento estão nos pais, a criança com agitação psicomotora, normalmente, é identificada mais rápido como estando com problemas, pois provoca mais rápido cansaço e angústia nos pais. Ela produz o que Crespim (2010), na formação do PRÉAUT, afirma como série barulhenta que alerta o ambiente sobre o problema.

Certamente este foi o motivo para que a mãe e avó aderissem tão rapidamente ao tratamento. Elas relatam que estavam muito cansadas e supunham que havia algo no menino. A mãe identificou o período em que ficou hospitalizada e que a avó precisou cuidar do bebê, como o período em que a angústia se produziu (*balda*, diz a mãe). Porém, aos olhos da terapeuta, a função paterna (que a mãe não encontrou no pai), ou a lei que estava no discurso da mãe, era destituída pela avó. Estava-se diante de uma avó assumindo uma função de mãe engolfante: que destituía a filha do lugar de mãe e o menino do lugar de alguém que poderia ter algo a dizer.

Quando a avaliação e orientação da terapeuta denunciou o lugar da avó como o de quem não estava disposto a dividi-lo com ninguém, fortaleceu e sustentou o que a mãe (filha) dizia já ter percebido. A sequência da conversa em sessão, operou o fortalecimento materno que sustentou a função paterna instituída na mãe. Ou seja, ajudou a mãe a reassumir o lugar de lei, perante à criação de seu filho. Com isso, o menino passou a receber o interdito demarcado na linguagem, sinalizando o **tempo** (*agora não; [...] espera um pouco que já vou te dar (SIC da mãe)*), localizando o **corpo no espaço** (*se você quer vai pegar! [...]; eu já te avisei que dói, mas se você quiser fazer é contigo; supondo um falante em A. [...] diz para a mãe o que você quer, eu não tenho como adivinhar [...]; supondo um corpo em separado: pega o suco e você segura.*

Porém, é necessário considerar que existem componentes também no menino que diminuía seus recursos pessoais para encontrar em outros, os adultos, o que lhe faltava para constituir-se sem a produção de sintomas que obstaculizassem o processo de desenvolvimento (intersubjetividade primária ou

inata). Seguia-se supondo a existência de algo em A. que o impedia de reivindicar o lugar de bebê de uma forma mais organizada, na condição de um *sinthoma* e não como um *sintoma*. O fato de que, mesmo encerrado o sintoma psicomotor, mesmo iniciando a produção de uma relação afetiva menos tumultuada com sua mãe (3º tempo do circuito pulsional), por um período, junto a tudo isso, A. adquiriu novos traços de uma condição autística (tensão muscular em membros superiores e Inferiores, com caminhada na ponta do pé e terror noturno).

Isso pode sugerir, à luz dos diagnósticos e estudos sobre o tratamento precoces de autismo (DSM V, 2013; LASNIK, 2013; MURATORI, 2014), que o menino possuía e possui características de espectro autístico, necessitando que o tratamento siga. Por isso, o investimento da terapeuta em aproximar-se do menino para tentar armar um encontro e que esse encontro contemplasse a sustentação de sua condição psíquica e cognitiva, a partir de sua condição motora. Um encontro que anunciasse que aquele Outro da totalidade poderia ser um Outro parcial. Um Outro que o sustentasse, mas que lhe oferecesse a oportunidade de ser, de fazer-se (ser) de forma singular, utilizando seus recursos psicomotores. Então, não era possível deixar o menino à mercê de sua condição pessoal, pois supunha-se que talvez ele também não tivesse recursos pessoais para interpretar esses novos papéis familiares sozinho (como a menina do primeiro caso tinha). Era preciso ajudá-lo a produzir recursos internos e externos para tal. Tratava-se de reconstruir uma Imagem Corporal, instrumentalizando seu Esquema Corporal considerando então uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

Levin (2011) afirma que a relação terapêutica gerada entre terapeuta e paciente, é que constrói a possibilidade para a criança dar-se a ver, de identificar-se a partir de outro lugar. Implica compreender “que nessa produção corporal da criança está em jogo uma posição” (p. 166) que não só motora, mas também psíquica. Por vezes, cabe ao terapeuta em intervenção precoce, sustentar frente à família e frente à própria criança, essa nova “posição subjetiva”. Foi o que se deu no tratamento de A. Era preciso intervir nos momentos em que ele não se angustiava, e acolhê-lo nos momentos de crise. Abria-se um espaço de experiência pessoal na construção de novos conhecimentos sobre si, seu corpo, seu interesse, e de experiências relacionais, que ofereciam ao menino a chance de ser e de fazer, qualificando seu repertório instrumental e estrutural.

Nesse sentido, o trabalho de sensibilização da mãe e da avó, pela terapeuta, de que o investimento no menino seria nos períodos em que ele não estivesse chorando e agitado, valorizando então um tempo de possibilidades de produção e não de estancamento do sintoma psicomotor, influenciou não somente o processo de desenvolvimento de A., mas também aumentou os momentos de encontros prazerosos entre mãe e filho.

A transformação da angústia do menino no encontro com o vazio do desejo e no deparar-se com o vazio da incapacidade de uma produção pessoal, vinda do corpo, que não o próprio sintoma psicomotor, foi acontecendo a medida que a terapeuta conseguia atribuir sentido a um objeto, aumentando o tempo entre um choro e outro, com um brinquedo que tinha uma história para contar, uma pergunta a fazer, uma resposta a construir. Com isso, ampliava-se o campo de conhecimento do menino sobre seu corpo, o espaço, a função dos objetos e, principalmente, colocava o menino na condição de ser alguém fora do contexto já produzido.

Considera-se que, como já foi dito, a produção de um campo de conhecimento está diretamente relacionada com o desejo de quem o está apresentando. Retomando-se a Molina (1996, p. 16): “O sujeito conhece a partir de desejar o desejo do outro desejante, que, encarnado, sustentará a função da aprendizagem”. Esse dito parece se processar então para A. a partir da intervenção.

Os interrogantes da terapeuta sobre a função dos objetos (seu próprio corpo como brinquedo, outros brinquedos, alimentos) e sobre a trajetória destes (Onde foi? Está passando! Desapareceu? Cadê? Está dentro? Está fora? Está em baixo? Em cima? Atrás de você?) recolocavam o menino na condição ativa de protagonista e também situavam seu corpo no espaço e no tempo. Um movimento transformava-se em gesto, trazidos sob a luz da psicomotricidade como diálogo tônico.

Isso foi produzindo em A. uma nova interpretação sobre seu limite corporal, sobre a potência de seus sons – corpo real, Esquema Corporal -, sobre a compreensão de ser um e a mãe/avó serem outro – corpo imaginário, para que, posteriormente, ele suportasse a existência de outros além delas (Nome-do-Pai: função paterna, lei, castração – corpo simbólico – Imagem Corporal).

Essa instrumentalização estava se dando inclusive no sintoma, no deslocamento, na reconstrução de um **ser** e **estar** além do sintoma.

Aquela cena geradora de força psíquica, de “entusiasmo de viver” definida por Molina (1998) estava sendo construída na perspectiva de um novo encontro entre

filho e mãe. Um encontro que produzisse algo prazeroso aos dois para romper com o ciclo de angústia, medo e cansaço existente no menino, na mãe e na avó.

Quando o menino compreende que pode ser berço de prazer tanto para ele quanto para o Outro, passa a produzir voluntariamente, momentos entre seus familiares em que está disposto a brincar de ser o rei. Diz a mãe: *“ele é muito sedutor”*.

7 DISCUSSÃO GERAL

A clínica em intervenção precoce tem agregado ao seu repertório, conceitos teóricos e práticos que, na atualidade, colocam o bebê e seus pais em outra posição na produção de relações afetivas já no início da vida dos pais e do bebê. Os autores citados nesta tese, como Busnel e Melgaço (2013) e Brenner (2011), afirmam que o bebê é muito mais ativo nesta construção relacional que se supunha. Por consequência, os esforços em encontrar indicadores de que algo não vai bem neste encontro entre pais e filhos, tem trazido para a clínica, bebês muito jovens. Os indicadores de que algo estaria obstaculizando o processo de desenvolvimento do bebê que, tradicionalmente, estavam vinculados ao diagnóstico de uma patologia como afecções neurológicas, síndromes e malformações, por exemplo, atualmente estão sendo ampliados, considerando a avaliação do potencial simbólico ou uma intersubjetividade inata (NAGY; MOLNARB, 2013) do bebê. Ainda mais atual se reflete sobre a forma como ele recebe e processa as informações sensoriais captadas do meio ambiente (BULLINGER, 2006), potencializando ainda mais e de forma plural a influência do ambiente no processo de desenvolvimento infantil. Essa influência é ressaltada como epigenética (JERUSALINSKY, 2015; MURATORI, 2014).

Junto a todas essas informações, as pesquisas que seguem investindo na interpretação o mais precoce possível de sinais que indiquem problemas relacionais (de investimento relacional entre o bebê e seus pais em uma relação dialética), nunca estiveram mais atuais. Principalmente, porque, até descobrirem-se questões biológicas, tem sido comum a criança já apresentar sintomas como desligamento, irritabilidade, déficit de atenção, hiperatividade, etc. Os dois protocolos apresentados aqui (IRDIs e PRÉAUT), são instrumentos que foram sensíveis à identificação de que algo não estava bem entre o bebê e seus pais em vários casos coletados na pesquisa que triou os dois pacientes para este estudo. Para esta tese, tanto T. quanto A. apresentaram indicadores, com maior evidência em PRÉAUT³⁷, que foram confirmados durante a avaliação e tratamento. Em épocas que se buscam diagnósticos rápidos, tanto pelas demandas dos pais quanto pela ansiedade dos médicos, estes instrumentos oferecem uma grande contribuição, principalmente

³⁷ Está para ser publicado um artigo internacional que apresenta resultados significativos sobre o uso dos sinais PRÉAUT para triagem e até diagnóstico de autismo, produzindo evidência científica para seu uso.

porque oportunizam identificar na relação armada entre o bebê e seus pais, previamente a instalação de sintomas, os sinais psíquicos para sua detecção. Por exemplo, já existem evidências científicas anunciando que os IRDIs, entre seus eixos, identificam a ausência de suposição de saber materno, ou a ausência da suposição de saber do bebê, ou ausência de função paterna, e que este último, falha na maioria dos bebês que apresentam transtornos psíquicos (KUPFER, 2008).

A grande questão é que, quando o paciente é acolhido em tratamento de intervenção precoce, há de se perguntar se existe algo biológico, psicomotor, sensorial, intersubjetivo no bebê, que o impeça ou dificulte a construção relacional com seus pais.

Apesar de isso não ser tão novo, para algumas disciplinas como a própria terapia ocupacional que originou o conceito de Integração Sensorial (MAGALHÃES, 2008) e que possui em seu repertório teórico o conceito de sujeito como aquele que se constitui em uma práxis na/da cultura e no/do social; ou para a Fonoaudiologia no encontro com as teorias enunciativas de Benveniste (1991) que dão ao sujeito a condição de estar no mundo na e a partir da linguagem (SUREAUX, 2006); além é claro da própria teoria psicanalítica, transversalizada nesta tese, que foi e é um campo de saber e prática que sempre apontou e defendeu a importância dos pais na clínica com bebês, amparada na suposição teórica/clínica de que o sujeito se constitui na relação com um Outro que o sustenta, tanto orgânica quanto psiquicamente (DOLTO, 2012; JERUSALINSKY, 2008; LAZNIK, 2013; WINNICOTT, 1975), é preciso seguir-se produzindo estudos que afirmem essa condição e que apresentem de forma eficaz uma clínica que considere tudo isso, já tão cedo: a clínica da intervenção precoce.

Estes estudos, somados a políticas para a redução da mortalidade infantil (seguimento de prematuros, por exemplo), têm trazido para tratamento bebês muito novos e pais ainda mais angustiados.

Preocupar-se clinicamente com a qualidade do processo de desenvolvimento geral de um bebê prematuro não era comum há até dez anos. Muito menos tomar em tratamento um bebê com idade menor de um ano, com risco de autismo, principalmente, porque o enquadramento diagnóstico, que anteriormente estava diluída em várias síndromes (transtorno autista ou autismo clássico, transtorno de Asperger, Transtorno Invasivo do Processo de desenvolvimento – Sem Outra Especificação (PDD-NOS), Transtorno Desintegrativo da Infância), independente do

nível do autismo ou grau de manifestação de suas características, passou no DSM-V a compor uma só doença (Transtorno do Espectro do Autismo). Então, se já existem protocolos que identificam risco de autismo, a partir dos quatro meses, e se o autismo, atualmente, agrega desde o mais clássico até o mais leve (pela sua condição conceitual de espectro), é preciso que o terapeuta esteja também preparado para ajudar os pais a não desinvestirem em seu filho, supondo que ele é o autista “do filme”³⁸, ou de alguma instituição que conhecem ou do que encontraram na internet.

Este novo cenário implica que o terapeuta em intervenção reconsidere seu saber e busque novos conhecimentos para oferecer um atendimento que componha com as novas pesquisas tanto com prematuros, quanto para diagnósticos muito precoces, e, principalmente de tratamentos precoces de sintomas precoces.

A defesa desta tese de que os conceitos psicomotores, revisitados para pensar-se a constituição do bebê, oferece um caminho para a clínica da intervenção precoce e um campo terapêutico que garanta uma escuta, interpretação e intervenção na díade mãe-bebê, considerando a singularidade e o potencial de cada um neste processo de fazer-se mãe e fazer-se filho. Por isso fazer-se pai, fazer-se castrado, na condição de lei: Nome-do-Pai.

O exercício de trazer os aportes psicomotores de Esquema Corporal e Imagem corporal, que, tradicionalmente, estavam vinculados à educação (LE BOULCH, 1982) e à eficácia motora (CORIAT, 1997), e para a clínica psicomotora em transferência (LEVIN, 2011) estava sendo problematizado para crianças mais velhas, cujo processo psíquico já diziam de um sintoma psicomotor estruturado, oferece ao terapeuta em intervenção precoce a possibilidade de estar frente a uma técnica que se dispõe a olhar o paciente bebê como sujeito em constituição, que tem algo a dizer sobre seu processo, seus prazeres e suas angústias, considerando o corpo como campo de anúncio na condição de um diálogo-tônico (WALLON, 2007)

Seguindo os passos de Surreaux (2006, p. 69) em que afirma:

Se a fala sintomática pressupõe um tipo singular de organização, ela atualiza em sua lógica uma forma impar de o sujeito enunciar. Obviamente, a peculiaridade dessa fala traz à tona o funcionamento da linguagem do

³⁸ Filme: *Son-Rise: a Miracle of Love* (Meu Filho, Meu Mundo). Lançado em 1979 e dirigido por Glenn Jordan, que conta a história de pais que tratam de seu filho autista em casa de forma leiga, mas amorosa.

sujeito. E linguagem em funcionamento, numa perspectiva que comporte o funcionamento do não funcionamento, é sempre da ordem da enunciação.

A leitura do quadro psicomotor do bebê foi tomada como um anúncio de como ele estava apropriando-se das informações apresentadas pelo meio, canalizadas inicialmente pelas funções parentais representadas no cuidado materno, e que uso estava fazendo disso para colocar-se no mundo, considerando também seu potencial intersubjetivo.

O terapeuta precisa apropriar-se do conhecimento sobre os recursos estruturais e instrumentais dos familiares e do bebê e as formas que estão sendo disponibilizados para que o bebê se desenvolva, considerando também o que o ele tem a dizer a partir de sua condição psicomotora, produzindo um novo lugar diferente do diagnóstico psicomotor.

A ideia de Surreaux (2006) de que, para a clínica da linguagem é preciso produzir uma *Hipótese de Funcionamento de Linguagem*, em que a singularidade da fala, o sintoma, está na condição de enunciação da posição enquanto sujeito, ofereceu a esta tese a defesa de que, também o corpo pode ser tomado como tal. Para a clínica em intervenção precoce, em que o sujeito está em constituição, é preciso tomar a singularidade do movimento motor e do conhecimento e o uso do corpo a partir da produção de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor. Ou seja, o bebê e seu corpo têm algo a dizer sobre sua condição intersubjetiva e sua interpretação sobre o investimento materno e paterno. É a partir desta Hipótese que se deve supor o tratamento, pois só assim a irregularidade psicomotora poderá ser tratada, considerando sua singularidade e garantindo a interpretação dela como um anúncio do bebê sobre si e sobre o outro.

Os dois casos aqui relatados confirmam esta afirmativa. Apesar de as duas crianças apresentarem sintomas psicomotores, supondo, com isso, a clássica intervenção no corpo como algo a ser corrigido ou investido para a aquisição dos marcos motores, a proposta clínica lançou uma pergunta sobre o que estaria provocando estes sintomas. Na busca de respostas, as HFP foram diferentes, mas as duas apostaram no investimento individual e familiar, fortalecendo ainda mais a defesa de que, na clínica com bebês, os pais também devem ser trabalhados.

A menina T. do primeiro caso apresentava um atraso no processo de desenvolvimento com um sintoma psicomotor que se destacava na aquisição da marcha, em que algumas aquisições relativas ao esquema corporal estavam

comprometidas (equilíbrio, espaço, lateralidade, dominância), mas que tinham um ponto de encontro na sua percepção sobre o relacionamento com a mãe: fez o sintoma para estar com a mãe. Para encontrá-la no momento de investimento funcional em que a mãe cuida dela para que não caia.

Já o menino A., também apresentava um atraso no processo de desenvolvimento que, no decorrer do tratamento vai confirmando o indicativo do protocolo PRÉAUT de risco para autismo, porém seu sintoma psicomotor não estava para fisgar a mãe, e sim para mantê-la afastada de um encontro entre eles. O choro e a agitação motora preenchiam vazios psíquicos do bebê, que, por ironia do tipo de relação, produziu-se na constante e incessante tentativa de a família de mantê-lo atento ao meio.

Os dois casos ficaram ainda mais interessantes, quando comparados, pois o risco atribuído à menina referia-se a prematuridade e, para o menino o risco era de se produzir um autismo. Os dois casos apresentavam atrasos nas aquisições motoras³⁹, se comparados às etapas de processo de desenvolvimento, mas a simples identificação desse atraso não produzia um caminho terapêutico. Por isso, os dois foram tratados considerando o mesmo caminho teórico, afirmando ainda mais a defesa de que uma *Hipótese de Funcionamento Psicomotor* é produzida a partir da identificação dos recursos pessoais do bebê, tanto estruturais quanto instrumentais, da posição subjetiva que ele está para seus pais, na condição de uma Imagem Corporal, e da instauração da lei, no corte psíquico necessário para que esse sujeito que está *dando-se a ver, fazendo um sintoma*, possa ressignificar seus limites, inclusive corpóreos e desse irregular, produzir um *sintoma*.

Para lidar com todas essas questões, é preciso considerar a afirmação de Surreaux (2006) que o caminho terapêutico não deve lidar com a ideia da supressão urgente do irregular identificado através do sintoma. Para que o sintoma psicomotor desapareça é preciso intervir no que o provoca e não no que ele é. Levin (2011) afirma que esse *dar-se a ver* é um pedido de ajuda para compreender algo que angustia, que não está bem acomodado na instância do recalçamento. Considerando que, segundo Lopes (2006), é no *fazer* que se instaura o encontro entre o sujeito singular, sua cultura, sua história, em um contexto social, é preciso

³⁹ Isso foi detectado em avaliação clínica durante, pois para os dois casos o Denver II não identificou atraso.

tomar o sintoma psicomotor como a condição de uma criança de *fazer-ser* no desencontro entre ela e seus pais.

O tratamento a partir de uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor implica oferecer à criança um novo *fazer* psicomotor que produza um novo encontro entre ela e seus pais, para, daí *ser* a partir deles, que já são outros.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando eu e minha orientadora definimos este problema para a tese, já lançávamos a hipótese de que sim, *é possível produzir uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor para a clínica em intervenção precoce, considerando os aspectos psicomotores como uma condição singular e instituído a partir da relação com o Outro em bebês nos dois primeiros anos de vida.*

Ela, a hipótese, estava calcada em 20 anos de minha clínica interdisciplinar em intervenção precoce, dos quais, uns bons 15 anos estiveram também dirigidos à luta política/clínica na defesa de um tipo de tratamento que considerasse a família (bebê, mãe e pai), e não somente o bebê e, pior ainda, que não o tomasse somente considerando seus aspectos instrumentais de forma isolada, divididos por disciplinas diversas.

Neste tempo, o nome deste tipo de clínica passou de estimulação para intervenção precoce, principalmente para contradizer a ideia de que qualquer tipo de estímulo ajudaria e que quanto mais, seria melhor. O termo intervenção hoje pode ser interpretado, aos olhos de minha experiência, como a tentativa de também garantir que é preciso investir em técnicas teóricas e práticas que potencializem os aspectos instrumentais do bebê, sem com isso deixar de lado a máxima “a serviço de quem os profissionais estão?”.

Do terapeuta? Do encontro com o filho idealizado pelos pais e pela cultura que os rege? Ou a serviço da busca constante do humano em ser desejado, investido, admirado?

O avanço na clínica da intervenção precoce está hoje na condição de se poder considerar os aportes psicanalíticos (que garantiram, principalmente no sul do país, por muito tempo, a posição clínica de um tratamento que está a serviço da constituição de um sujeito desejante), somados a outros campos conceituais, que reúnem informações sobre o investimento nos aspectos instrumentais, melhor trabalhados para facilitar o encontro psíquico entre o bebê e seus pais.

Porém, mesmo considerando todo esse percurso, tanto pessoal quando da própria intervenção precoce, os encontros e reencontros proporcionados por esta tese reuniram conceitos clássicos e novos, reafirmaram uma posição clínica frente à intervenção sobre os sujeitos da cena em intervenção precoce (bebê, pais, terapeuta e equipe), traduziram esta cena e a problematizaram teoricamente à luz de um novo

olhar sobre a clínica psicomotora para bebês, conduzida por um terapeuta ocupacional.

A análise dos efeitos de uma Hipótese sobre o Funcionamento Psicomotor para a clínica com bebês, conduzidas em dois casos clínicos tão distintos, que resultam em um desaparecimento dos sintomas psicomotores em um curto espaço de tempo (o primeiro, aconteceu em seis sessões, distribuídas em três meses; o segundo, em nove sessões, distribuídas em cinco meses), oferece ao terapeuta em intervenção precoce mais um conjunto teórico/prático para qualificar o tratamento de crianças cada vez mais novas.

Os referenciais teóricos escolhidos demonstraram-se efetivos na construção da HFP de modo a permitir o delineamento de um percurso de intervenção também efetivo nos dois casos apresentados. Esses dados transcendem à simples identificação de um atraso psicomotor avaliado a partir de marcos motores obtidos em testes, padronizados, em processo de desenvolvimento infantil. Não se trata, porém de desvalorizar a existência de testes de triagem motora, mas de entender suas limitações na detecção e na intervenção precoces. Nesse sentido os sinais PRÉAUT e os IRDIs compõem um novo olhar fundamental à clínica de bebês, pois ao abordarem o psíquico, contemplam o que testes usais de triagem não fazem: a constituição do sujeito em seu ambiente.

Certamente, outros caminhos existem e novos que estão a se construirão seguirão problematizando e encontrando recursos para o tratamento do bebê, porém, quando um terapeuta estiver disposto a considerar que o sintoma psicomotor de um bebê está anunciando sua condição de interpretação sobre si e sobre o outro, e que para ajudá-lo a reencontrar-se e ao outro, considerando uma intervenção psicomotora, há um bom caminho clínico quando se produz uma Hipótese de Funcionamento Psicomotor.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J de. **Manual de psiquiatria infantil**. Rio de Janeiro: Masson do Brasil, 1976.

ARAÚJO, A.C.; NETO, F. L. A nova classificação americana para transtornos mentais – o DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn.**, 2014, Vol. XVI, no. 1, 67 – 82. Associação Brasileira de Psicomotricidade. Disponível em: <<http://www.psicomotricidade.com.br/index.htm>>. Acesso em: 08 abril 2013.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

BELTRAMI, L. **Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no processo de desenvolvimento infantil** [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria, 2011.

BENETTON, J.; TEDESCO S.; FERRARI, S. M. L. Hábitos, cotidiano e Terapia Ocupacional. **Revista do Ceto**, São Paulo, v. 8, n. 8, p. 27-40, 2003.

BENETTON, J. O encontro do sentido do cotidiano na Terapia Ocupacional para a construção de significados. **Revista Ceto**. Ano 12 - nº 12, p. 32-9, 2010. Disponível em: <<http://www.ceto.pro.br/revistas/12/12-06.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2014.

BENVENISTE, E. **Problemas de linguística geral I**. São Paulo: Pontes, 1991.

BERGES, J. **Escritos da Criança**: edição dedicada a textos de Jean Bergès. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1988.

_____. **O corpo na neurologia e na psicanálise**: lições clínicas de um psicanalista de crianças. Porto Alegre: CMC, 2008.

BORTAGARAI, F.; PERUZZOLO, D. L.; SOUZA, A.P.R. A interconsulta como dispositivo interdisciplinar em um grupo de intervenção precoce. **Distúrb Comun**, São Paulo, 27(2): 392-400, junho, 2015.

BRANDÃO, P. et al. Abordagens do Imaginário na Cena Terapêutica em Estimulação Precoce. In: **Escritos da Criança**, nº 3, 2. ed. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat. p. 8-21, 1997.

BRENNER, M.B. O quarto tempo do circuito pulsional. **Rev. Assoc. Psicanal.** Porto Alegre, Porto Alegre, n. 40, p. 74-88, jan./jun. 2011.

BULLANGER, A. Approche sensorimotrice des troubles envahissants du développement. **Contraste**, 2006/2, n. 25, p. 125-39.

BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. (Org.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage. p. 25-48, 2013.

CANIGLIA, M. M. Rumo à ciência da atividade humana. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 2, n. 2-3, p. 60-65, 1991.

CARDOSO, J. L. **Princípios de Análise Enunciativa na Clínica dos Distúrbios da Linguagem**. Tese (Doutorado no Instituto de Legras). UFRGS. Porto Alegre/RS, 2010.

CARDOSO, A. S. et al. Estudo exploratório de dor em recém-nascidos pré-termos em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. v. 18, n. 2, p 105-14, ago. 2010. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/File/349/278>>. Acesso em: 18 mar. 2012.

CASTIGLIONI, M. C. et al. Análise de atividades: apontamentos para uma reflexão atual. In: CARLO, M. M. R. P. (Org.). **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 47-73,

CASTRO, E.D; SILVA.J.G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional - USP**, São Paulo, 1(2), p. 71-5, 1º sem., 1990.

CATÃO I, et al. **O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo**. São Paulo: Instituto Language, 2009.

CHEMAMA, R.; VANDERMERSCH, B. **Dicionário de psicanálise**. São Leopoldo: UNISINOS, 2007.

CORIAT, L. F. **Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança**. São Paulo: Centauro, 2001.

CORIAT, L. F; JERUSALINSKY, N. Aspectos estruturais e instrumentais do processo de desenvolvimento. 5. ed. **Escritos da Criança**. Porto Alegre: Centro Lidya Coriat, nº4. p.6-12, 2007.

_____. Processo de desenvolvimento e Maturação. In: **Escritos da Criança**. 2. ed. Porto Alegre: Centro Lidya Coriat, 1997.

CORIAT, H. L. Estimulación Temprana: la construcción de uma disciplina em el campo de los problemas del desarrollo infantil. In: **Escritos de la Infancia. Número dedicado a la Estimulación Temprana**. Buenos Aires: Banco de La Provincia de Buenos Aires. p. 29-34: 1997.

CORIAT E. **Psicanálise e clínica de bebês: a psicanálise na clínica de bebês e crianças pequenas**. Porto Alegre: Artes & Ofícios. 1997.

CORONADO, N. B. **Coordenação fina e escrita de crianças de 6 a 9 anos nascidas a termo e pré-termo: estudo descritivo**. 2014. 86f. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

CRESPIN, G.; PARLATO-OLIVEIRA, E. Projeto Préaut. In: JERUSALINSKY, A. **Dossiê Autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015.

CRESTANI, A. H. et al. A experiência da maternidade e a dialogia mãe-filho com distúrbio de linguagem. **Rev. CEFAC**, v.14, n.2, abr, 2012.

CRESTANI, A. H.; MORAES A. B.; SOUZA, A. P. R. Análise da Associação entre Índices de Risco ao Processo de desenvolvimento Infantil e Produção Inicial de Fala Entre 13 E 16 Meses. **Rev. CEFAC**. jan-fev: 17(1): p. 169-176, 2015

DINIZ, S.G. Gênero, saúde materna e o paradoxo perinatal. **Revista brasileira crescimento processo de desenvolvimento humano**. v. 19, n. 2, p. 313-26, ago. 2009.

DOLTO, F. **A Imagem Inconsciente do Corpo**. 2. ed. 4ª reimp. São Paulo: Perspectiva. 2012.

DOR, J. **Introdução à leitura de Lacan**: o inconsciente estruturado como linguagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

DRACHLER, M. L.; MARSHALL, T.; LEITE, J. C. C. A continuous-scale measure of child development for population-based epidemiological surveys: a preliminary study using Item Response Theory for the Denver Test. **Pediatr Perinat Epidemiol**, v.21, p.138-153, 2007.

ESPOSITO, G.; VENUTI, P. Symmetry in Infancy: Analysis of Motor Development in Autism Spectrum Disorders. **Journal Symmetry**. nº 1, 215-225, 2009. Disponível em: <www.mdpi.com/journal/symmetry>. Acesso em: 10 abr. 2015

FERREIRA, S. A Interação mãe-bebê: primeiros passos. **Palavras em torno do berço**, Ágalma, São Paulo, p. 77-88, 1997.

FERNANDES, L. V. et al. Neurodevelopmental assessment of very low birth weight Preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. **J. Pediatr.**, v. 88, n.6, p. 471-78, 2013. doi:10.2223/JPED.2230. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23172131>>. Acesso em: 06 mar. 2012

FLORES, V. Entre o dizer e o mostrar: a transcrição como modalidade de enunciação. **Organon**. Vol. 20, N° 40-41, 61-75, 2006.

FOSTER, O. H.; JERUSALINSKY, A. Bases neurofisiológicas da estimulação precoce. In: JERUZALINSKY, A E COLABORADORES. **Psicanálise e processo de desenvolvimento infantil**. 2. ed. Porto Alegre: Artes e Ofício, 1999.

FOUSSET, J. Aspectos Topológicos no autismo. In: BUSNEL, M. C.; MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013.

FREUD, S. Mas Allá Del Principio Del Placer (1920). **Obras Completas**. p. 2508-41, Madri (Espanha): Biblioteca Neuva, 1996.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura subjetividade e contexto histórico-social. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 104-9, 2003.

GOLDIM, J. R. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. Porto Alegre: Dacasa. 1997.

GOLSE, B. O autismo infantil, a intersubjetividade e a subjetivação entre as neurociências e a psicanálise. In: MARIN, I. K.; ARAGÃO, R. O.(Org.). **Do que fala o corpo do bebê**. São Paulo: Escuta, p. 263-278, 2013.

GUALDI-RUSSO, et al. Weight Status and Perception of body image in Children: the effect of maternal immigrant status. **Nutrition Journal** p. 02-09, 2012, p.11-85. Disponível em: <<http://www.nutritionj.com/content/11/1/85>>. Acesso em: 08 mar. 2014

HALPERN, R. et al. Fatores de risco para suspeita de atraso no processo de desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 6, p. 421-8, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000090&pid=S0021-7557200400030001300028&lng=en>. Acesso em: 08 mar. 2013.

JERUSALINSKY, A. Función materna y Estimulación Temprana. Experiência controlada com 100 sujeitos de 3 a 16 meses de edad cronológica. **Cuadernos Del Desarrollo Infantil**. Ceentro Lydia Coriat. Buenos Aires/AR. 1983 p. 71-77

_____. A formação da imagem corporal: psicanálise e psicomotricidade. **Escritos da criança**, nº 3, Porto Alegre: Centro Lydia Coriat. p. 82- 95. 1997.

_____. **Psicanálise e processo de desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes & Ofícios, 1999.

_____. Considerações acerca da avaliação psicanalítica de crianças de três anos – AP3. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. **Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Escuta, 2008.

_____. O corpo na clínica. In: HEIZ; PERUZZOLO. **Deficiência múltipla, uma abordagem psicanalítica interdisciplinar**. São Leopoldo: Oikos, p. 41-8, 2013.

_____. **Para compreender a criança: chaves psicanalíticas**. São Paulo: Instituto Langage, 2011.

_____. **Dossiê autismo**. São Paulo: Instituto Langage, 2015

KLIN, A. **Uma nova forma para diagnosticar autismo**. Palestra apresentada, set. 2011. Disponível em: <http://www.ted.com/talks/ami_klin_a_new_way_to_diagnose_autism?language=pt-br>. Acesso em: 08 mar. 2015.

KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisa de orientação psicanalítica: um debate conceitual. **Rev. Psicologia: teoria e pesquisa**. Vol. 21, n. 3, p. 359-64, set-dez, 2005.

_____. **Relatório científico final: leitura da constituição e da psicopatologia do laço social por meio de indicadores clínicos: uma abordagem multidisciplinar atravessada pela psicanálise (PT Fapesp) – nº 2003/09687**. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2008.

_____; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da pesquisa IRDI. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, mar. 2009.

_____. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. **Rev. latinoam. Psicopatol. Fundam.** São Paulo, v.13, n. 1, março, 2010.

KRUEL, C. S. **O amadurecimento do bebê e a linguagem: uma leitura a partir de Winnicott e Benveniste**. Tese (Doutorado em Distúrbios da Comunicação Humana) Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2015.

LACAN, J. **Seminário 23 – O Sinthoma (1975-1976)**. Rio de Janeiro/RJ: Jorge Zahar, 2007.

_____. **O Seminário**. Livro 1 Os Escritos técnicos de Freud. IV o eu e o outro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Reimpressão de 1994. p. 50- 65, 1994.

_____. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. Cadernos Lacan – 1º Parte. (ed. bras.: A terceira. **Cadernos Lacan**. v. 1. Publicação não comercial da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2001).

LAZNIK, M. C. Les effets de la parole sur le regard des parents, fondateur du corps de l'enfant. In Les parentes, le pédiatre et le psychanalyste (Danièle Brun, ed.). condé-sur-L'Escaut:Éditions P.A.U. Ed. Bras.: Os efeitos da palavra sobre o olhar dos pais, fundador do corpo da criança. In: WANDERLEY, D. (org). **Agora eu era o rei**. Salvador: Álgama, 1999.

_____. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. **Estilos da clínica**, São Paulo: USP, vol. V, n. 8, 2000.

_____. **A voz da sereia: o autismo e os impasses na constituição do sujeito**. 3. ed. Salvado: Ágalma,. 2013.

_____. COHEN, D. **O bebê e seus intérpretes: clínica e pesquisa**. São Paulo: Instituto Language, 2011.

_____. COHEM, D. **A hora e a vez do bebê**. São Paulo: Instituto Language, 2013.

LE BOULCH, J. **O processo de desenvolvimento psicomotor do nascimento até 6 anos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

LEITE, N. V. de A. Corpolingüagem. In: VORCARO, A. (org) **Quem fala na língua**. Salvador: Álgama, 2004. p.180-8.

LEVIN, E. **La infância em escena** – Constitución del sujeto y desarrollo psicomotor. Buenos Aires: Nueva Visión, 1995.

_____. O gesto e o outro: o visível e o invisível. In: **Escritos da Criança**, 2. ed, nº 3. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat, 1997.

_____. **A função do filho**: espelho e labirintos da infância. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **A clínica psicomotora**: o corpo na linguagem. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

LÉVY, R. **O infantil na psicanálise**: o que entendemos por sintoma na criança. Petrópolis: Vozes, 2008.

LERNER, R. et a.l., Aplicação de indicadores Clínicos de Risco para o Processo de desenvolvimento Infantil –ICRDI a vídeos caseiros de crianças diagnosticados como autistas visando a ajustes para detecção de sinais de risco para o autismo. In:

LIMA, E. M. F. A.; PASTORE, M. N.; OKUMA, D. G. As Atividades no Campo da Terapia Ocupacional: mapeamento da produção científica dos terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 68-75, 2011.

_____; OKUMA D.G.; PASTORE, M. N. Atividade, ação, fazer e ocupação: a discussão dos termos na Terapia Ocupacional brasileira. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 243-54, 2013 Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.026>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

LOPES, R. E. Terapia Ocupacional Social e a Infância e a Juventude Pobres: Experiências do Núcleo UFSCAR do Projeto METUIA. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**, v.14, nº 1, São Carlos: p. 5-14, 2006.

MAGALHÃES, L. C. Integração sensorial: uma abordagem específica de Terapia Ocupacional. In: DRUMMOND, Adriana de França; REZENDE, Márcia Bastos (Org). **Intervenções da terapia ocupacional**. Belo Horizonte: UFMG, 2008.

_____. et al. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso extremo baixo peso segundo o teste de Denver-II. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife: v. 11, n. 4, p. 445-53, out./dez. 2011.

_____. Estudos comparativos sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arq Neuropsiquiatria**, 61(2-A), p. 250-5, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v61n2a/15691.pdf>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

MARQUES, A. P.; PECCIN M.S. Pesquisa em Fisioterapia: a prática baseada em evidências e modelos de estudos. **Fisioter Pesq.** 11(1), p. 43-8, jan/abr., 2005.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Rev. Ter. Ocup. Univ.** São Paulo, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010.

MEDEIROS, M.H. da R. Terapia Ocupacional um Enfoque Epistemológico e Social. Editora Hucitec – EduFsCar, São Paulo, 2003.

MOLINA, S. A organização das construções cognitivas a partir da constituição subjetiva. **Escritos da Criança**, Porto Alegre, Centro Lydia Coriat, nº 4, p. 13-7, 1996.

_____. O bebê da estimulação precoce. **Escritos da criança**, n 5. Porto Alegre: Centro Lydia Coriat. p. 11-4, 1998.

MURATORI, F. **O diagnóstico precoce do autismo**: guia prático para pediatras. Núcleo Interdisciplinar de Intervenção Precoce da Bahia Salvador, 2014.

NAGY, E. ; MOLNAR, P. Homo Imitans or Homo Provocans? Human Imprinting Model of Neonatal Imitation. In: **Infant Behavior & Development** 27, p.54-63, 2004.

NAGY E., MOLNAR, P. Homo imitans ou homo provocans? Modelo de imprinting a partir de imitação neonatal. In: BUSNEL, M.C., MELGAÇO, R. G. **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Language, 2013.

NAUJORKS, M. I. Cadernos de Educação Especial / Universidade Federal de Santa Maria. Centro de Educação / Departamento de Educação Especial / Laboratório de Pesquisa e Documentação. **Lapedoc**, vol. 2, nº 16. p. 85, 2000.

NEGRINE, A. A **Coordenação psicomotora e suas implicações**. Porto Alegre: Pallotti, 1987.

NOBRE, M.R.C. et al. A Prática Clínica Baseada em evidências: Parte III Avaliação Crítica das Informações de Pesquisas Clínicas. **Revista Associação Médica Brasileira**, Vol. 50, nº2. P. 221-8, 2004.

NOVAES; BARZAGI. In: MARCHESAN, I. Q.; SILVA, H. J. da; TOMÊ, M.C. **Tratado de especialidades em fonoaudiologia** . São Paulo: Roca, 2014. Edição Digital.

OLIVEIRA, L. D.; FLORES, O.; SOUZA, A.P.R. Fatores de risco psíquico ao processo de desenvolvimento infantil: implicações para a fonoaudiologia. **Rev. CEFAC**, Junho-5, p. 205-10. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/2011nahead/205-10.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2012.

_____.; PERUZZOLO, D. L.; SOUZA, A.P.R. Intervenção precoce em um caso de prematuridade e risco ao processo de desenvolvimento: contribuições da

proposta de Terapeuta Único sustentado na interdisciplinaridade. **Distúrb. Comum.** 25; 2; p. 187-202, 2013.

OUSS, L. et al. Infant's engagement and emotion as predictors of autism or intellectual disability in West syndrome, **European Child & Adolescent Psychiatry** Mar;23(3): p.143-9, 2014. DOI 10.1007/s00787-013-0430-x. . 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23728914>>. Acesso em: 08 maio 2014.

PARLATO-OLIVEIRA, E. et al. Plasticity of illusory vowel perception in Brazilian-Japanese bilinguals. **J Acoust Soc Am.** v.127, n.6, p.3738-48, 2010.

PERUZZOLO, D. L. Espelho Fotografado: A constituição subjetiva num caso clínico em estimulação precoce. **Correio da APPOA.** Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre. p. 20-6, 2009.

_____; et al., Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014.

_____; et al., Contribuição à Clínica da Terapia Ocupacional na área da Intervenção Precoce em Equipe Interdisciplinar. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos. V.23, n2, p. 295-303, 2015

PIAGET, J. **O nascimento da inteligência na criança.** 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

PIEROTI, M. M. S.; LEVY, L.; ZORNIG, S. A. J. O manhês: costurando laços. **Estílos da Clínica**, 15 (2): p. 420-33, 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141571282010000200009&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 18 out. 2014.

PINHO, G.S. O brincar na clínica interdisciplinar com crianças. **Escritos da criança**, 6. Centro Lidya Corat. Porto Alegre. p. 179-92, 2006.

PRÉAUT. PROJETO DE PESQUISA PRÉAUT BRASIL. **Perturbações precoces da comunicação na interação pais-bebê e seu impacto na saúde mental na primeira infância**, 2010.

PRETTO-CARLESSO, J. **Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao processo de desenvolvimento infantil.** [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2011.

RAMOS, A. P. A interpretância na articulação corpo linguagem na clínica de bebês. Manuscrito a ser apresentado no e disponível nos anais do III Seminário Internacional Transdisciplinar sobre o Bebê: emergência do sujeito e processo de desenvolvimento do bebê. **Instituto Langage**, Paris III- Sorbone, Paris, 2013.

_____; FLORES, V. N. A passagem de locutor a sujeito como efeito do processo e apropriação na clínica da infância: estudo de um caso. In: BUSNEL,M-C.;

MELGAÇO R. G. (Org.). **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, p. 185-200, 2013.

REUNER, G. et al. Comparison of the developmental test Bayley-III and Bayley-II in 7-month-old infants born preterm. **Ver. Eur J. Pediatr** 172: p. 393-400, 2013.

RODRIGUES, O. M. P; BOLSONI-SILVA, A. T. Efeitos da prematuridade sobre o processo de desenvolvimento de lactentes. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 21 n. 1, p. 111- 21, 2011.

ROSE, D. Análise de Imagens em Movimento. In BAUER. M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 343-64.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 265-73, 2013.

SANTOS, R. S.; ARAÚJO, A. P.; PORTO, M. A.S. Diagnóstico precoce de anormalidades no processo de desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **J Pediatr**, v.84, p.289-99, 2008.

SANTOS, D. C. C.; TOLOCKA, R. E.; CARVALHO, J. Desempenho motor grosso e sua associação com fatores neonatais, familiares e de exposição à creche em crianças até 3 anos de idade. **Rev. Bras. Fisioter. São Carlos**, v. 2, n.13, p. 173-9, 2009.

SAINT-GEORGE, C. et al., Motherese in Interaction: At the Cross-Road of Emotion and Cognition? **A Systematic Review**. 8; 10; on-line, 18 out, 2011.

SILVA, C.L.C. **A criança na linguagem**: enunciação e aquisição. Campinas: Pontes, 2009.

SILVA, N. D. H. et al. Instrumentos de avaliação do processo de desenvolvimento infantil de recém-nascidos prematuros. **Revista Brasileira de Crescimento e Processo de desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 85-98, 2011.

SOUZA. A. P. R. A Linguagem em uma Perspectiva Enunciativa: Análise de um caso do espectro autista. In: SCHMIDT, C. **Autismo, educação e transdisciplinaridade**. Papyrus. Campinas, p. 105-24, 2013.

_____; FLORES, V. N. A Passagem de locutor a sujeito como efeito do processo de apropriação na clínica da infância: estudo de caso. In: BUSNEL, M-C.; MELGAÇO. **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. Instituto Langage, São Paulo/SP 2013. p. 185-99.

SURREAUX, L. **Linguagem, Sintoma e Clínica em Clínica de Linguagem**. Tese (Doutorado em Letras). UFRGS. Porto Alegre/RS, 2006.

TAKATORI, M. A terapia ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. **Mundo da Saúde**, v. 25, p. 371-7, 2001.

VENDRUSCOLO, J. V. et al. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o processo de desenvolvimento infantil. **Distúrb Comun**, São Paulo, 24(1). p. 41-52, abril, 2012.

VIGOSTSKY, L.S. **A Formação Social da Mente**. Texto proveniente de: Seção Braille da Biblioteca Pública do Paraná, 1991. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/vygotsky-a-formac3a7c3a3o-social-da-mente.pdf>. Acesso em: 08 mar. 2015.

VORCARO, A. **Crianças na psicanálise**: clínica, instituição, laço social. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1999.

WADSWORTH, B. J. **Inteligência e afetividade da criança na Teoria de Piaget**. 5. ed. Revisada. São Paulo: Pioneira, 1997.

WALLON, Henri. **A evolução psicológica da criança**. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WITT, A. et al. Body Part Identification in 1-to 2-year – old Children. **Am J Occup Ther**. Feb., 44(2):147-53, 1990. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2178442>>. Acesso em: 08 mar. 2014.

WINICOTT, DW. **O brincar & a realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

YAÑES, Z. G. Psicomotricidade e seus Conceitos Fundamentais. **Escritos da Criança**. n. 4. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat, 1996.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A – OS PROTOCOLOS DENVER II, PRÉAUT E IRDIS

- O Teste Denver II

Teste de Denver II (Protocolo Anexo 1) é originário do Denver Developmental Screening Test (DDST) desenvolvido por Frankenburg Dodds em 1967, nos Estados Unidos da América, na Universidade de Colorado Medical Center, após críticas ao DDST sobre sua aplicação clínica e carência de elementos que contemplasse mais áreas do processo de desenvolvimento (MAGALHÃES et al., 2011; SANTOS et al., 2008).

O instrumento visa considerar o processo de desenvolvimento infantil da criança ou bebê. É um teste de triagem, de fácil aplicação e funcional para equipes com demanda elevada de pacientes para avaliação em curto tempo de consulta (RODRIGUES, 2012), em que o preenchimento dos itens pode ser observado na criança e/ou através dos relatos dos cuidadores (SANTOS et al., 2009; RODRIGUES, 2012).

O Denver II foi validado no Brasil por Drachler, Marshall e Leite (2007), que realizaram, em Porto Alegre, RS, o ajuste do instrumento ao contexto cultural brasileiro por meio do estudo com 3.389 crianças abaixo dos cinco anos de idade. Portanto, embora antigo na literatura internacional, é muito recente na realidade brasileira.

O instrumento contempla a análise do processo de desenvolvimento global infantil de crianças de zero a seis anos de idade e não possui valor prognóstico, mas direciona por meio dos resultados os cuidados com o bebê ou a criança (SILVA et al., 2011). É composto por 125 itens distribuídos em quatro eixos discriminados do processo de desenvolvimento neuropsicomotor: motricidade ampla, motricidade fina, conduta adaptativa pessoal-social e linguagem (HALPERN et al., 2000; SILVA et al., 2011).

Segundo Halpern et al. (2000), o aspecto Pessoal/social (25 itens) diz respeito a socialização da criança no ambiente familiar e fora dele; Motricidade fina – adaptação (29 itens) abrange a relação de coordenação olho/mão e a manipulação de pequenos objetos, analisa os movimentos de destreza muscular fina; Linguagem (39 itens) aborda a contextualização dos sons, se reconhece, entende e usa a linguagem; Motricidade ampla (32 itens) analisa controle motor postural, movimentos realizados pela musculatura ampla como pular, sentar, caminhar.

Para os itens a serem avaliados, a folha de triagem disponibiliza a porcentagem de crianças que realizam determinada tarefa de 25, 50, 75 e 90% conforme estudo de base em crianças norte-americanas (MAGALHÃES et al., 2011).

Os critérios de pontuação podem ser: passa, falha, sem oportunidade ou recusa (MAGALHÃES et al., 2011). Ainda, passa, se a criança consegue realizar ou é perguntado ao responsável que relata o fazer; falha, se a criança não consegue realizar a tarefa ou é perguntado ao responsável que relata que a criança não realiza determinada tarefa; sem oportunidade, quando o avaliador não consegue verificar se a criança realiza a tarefa devido a fatores externos; recusa, quando a criança se recusa a realizar determinada tarefa (HALPERN et al., 2002).

Todos os itens são testados de acordo com procedimentos padronizados descritos no manual. Os materiais utilizados para tal investigação são sino; pompom de lã vermelha; bola de tênis; boneca; mamadeira; chocalho; dez cubos (conforme tamanho e cor estipulados no manual); uvas passas e pote (FRANKENBURG et al., 1992).

Os resultados são em forma de gráfico ponderando os marcos do processo de desenvolvimento infantil e que alguns autores assinalam a importância de considerar a idade corrigida no caso da prematuridade (PERUZZOLO et al., 2014).

- Os sinais PRÉAUT

O *Programme Recherche Evaluation Autisme* (PRÉAUT) (ANEXO B) faz parte de uma pesquisa intitulada *Avaliação de um conjunto coerente de instrumentos de determinação de perturbações precoces da comunicação que pode prever um distúrbio grave do processo de desenvolvimento de tipo autístico* (PRÉAUT, 2010), que identifica a presença de sinais no bebê e na mãe, que anunciam a construção psíquica da criança. Estes sinais foram pensados a partir do conceito de circuito pulsional de Lacan (1994), e relocalados em forma de indicadores a serem avaliados. A ausência destes sinais seria indicativa de perturbações na comunicação entre o bebê e sua mãe.

Os dois sinais, que podem ser identificados no curso de uma consulta são: sinal comunicativo 1 (S1): O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou substituto) na ausência de qualquer solicitação dela; sinal comunicativo 2 (S2): o bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto) na ausência de qualquer solicitação dela (PRÉAUT, 2010). O questionário PRÉAUT é aplicado aos

quatro e nove meses de idade do bebê e possui quatro questões principais: *O bebê procura olhar para você? O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)? Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto), Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto).*

Já existe uma primeira publicação internacional com os sinais na análise da síndrome de West demonstrando sua alta sensibilidade e especificidade para risco de evolução autística em bebês com esse diagnóstico (OUSS et al., 2014).

- Os Indicadores de Risco ao Processo de desenvolvimento Infantil (IRDIs)

Pressupostos psicanalíticos referem que é na relação mãe-bebê que a criança se constituiu enquanto ser psíquico, sendo do nascimento até os 18 meses, período importante para os desdobramentos das funções psíquicas e mentais, onde as reações neurobiológicas são codificadas pelo cuidador e começam a fazer inscrições significativas e estruturantes para vida da criança, subjetivando o bebê (JERUSALINSKY et al., 2008).

Pensando na relação mãe/bebê e a partir de concepções psicanalíticas (KUPFER, 2008) foram desenvolvidos os Indicadores Clínicos de Risco para o Processo de desenvolvimento Infantil (ANEXO C), por meio da pesquisa realizada no Brasil, cujas bases epistemológicas estão publicadas em Kupfer e Voltolini (2005), estão descritos quatro eixos teóricos propostos pelo campo freudo-lacaniano para o processo de constituição psíquica de um sujeito: suposição do sujeito; estabelecimento da demanda; alternância presença/ausência e função paterna.

A suposição do sujeito (SS) alude para as significações que a mãe dá aos atos reflexos do filho, sendo uma antecipação de um sujeito psíquico, que ainda está em constituição, colocando “o bebê em uma posição de quem tem algo a dizer” (PERUZZOLO et al., 2014, p.156), causando grande prazer ao bebê (KUPFER et al., 2010) que tentará corresponder ou produzir a cena (PERUZZOLO et al., 2014, p.156).

O estabelecimento da demanda (ED) refere-se às reações reflexas e involuntárias do bebê, como o “choro, postura motora, sucção” (PERUZZOLO et al., 2014, p.156), que serão interpretados pela mãe como pedido endereçado a ela, criando uma demanda “que estará na base de toda a atividade posterior da linguagem e de relação com os outros” (KUPFER et al., 2009, p. 53).

O terceiro eixo, alternância presença/ausência (PA), segundo Peruzzolo et al. (2014), “aponta um tempo um pouco além dos três meses, no qual a mãe já consegue colocar-se em uma posição de quem não sabe tudo sobre o filho” (p. 156). Nesse eixo, a mãe não está totalmente à disposição do bebê, ocorrendo uma alternância física que produzirá no bebê um dispositivo simbólico (KUPFER et al., 2009).

O quarto eixo, função paterna (FP), compreendido como a lei, na dimensão social, introjetado na mãe e relacionado ao homem/pai. A função paterna aparece na relação mãe/bebê como “efeito de uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como um ‘objeto’ voltado unicamente para a sua satisfação. Portanto, depende dessa função a singularização do filho e sua diferenciação em relação ao corpo e às palavras maternas” (KUPFER et al., 2009, p. 53).

Os IRDIs são avaliados em sua ausência ou a presença dos indicadores. A ausência de fatores desse circuito prediz risco ou ao processo de desenvolvimento ou risco psíquico. Indica que o processo de desenvolvimento está seguindo o curso esperado para uma constituição neurótica, porém, segundo os autores, “ele foi feito para ser utilizado em serviços de saúde pública e, portanto, é inespecífico para diagnóstico (LERNER et al., 2008 apud LAZNIK, 2011, p. 181).

O relato científico de Kupfer (2008) diferencia índices de risco que têm capacidade de prever risco psíquico, ou estruturação de psicopatologias graves como o autismo e a psicose, dos índices que apontam um obstáculo no processo de desenvolvimento que pode ter implicações emocionais ou instrumentais. Em ambos os casos, o bebê e sua família devem ser encaminhados para uma avaliação e acompanhamento por profissional especializado na clínica de bebês.

Lerner et al. (2008 apud LAZNIK, 2011) apresentam os resultados da pesquisa multicêntrica que validou os IRDIs e também de pesquisa mais específica quanto ao grau de evidência na ausência de indicadores para risco psíquico.

A primeira pesquisa estabeleceu que os IRDIs apresentam 70,3% de capacidade de prever problemas de processo de desenvolvimento e que, entre os indicadores, quatro possuem capacidade de predição de risco psíquico: 7- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades; 18 – A criança estranha pessoas desconhecidas para ela; 22 – A criança aceita alimentação

semissólida, sólida e variada; e 30 – Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança (Ibid. p. 180).

A validação segue apontando que existem itens que, se correlacionados considerando as faixas etárias, também predizem risco psíquico. Segundo Kupfer et al. (2009, 2010):

- na faixa entre 0 e quatro meses: os cinco indicadores formam um fator só significativo para predizer risco psíquico;
- na faixa entre quatro e oito meses: indicadores 6,7,8 e 9
- na faixa de oito a 12 meses: indicadores 16 e 22
- na faixa de 12 a 18 meses: indicadores 23, 24, 26, 30 significantes para risco psíquico e para problemas de processo de desenvolvimento.

Os estudos brasileiros que utilizam os IRDIs como instrumento para avaliação de bebês, têm apontado resultados significativos, justificando o seu uso como indicador da necessidade de encaminhamentos para avaliações mais específicas e também para um seguimento mais próximo do bebê, durante o processo de desenvolvimento (CRESTANI; MORAES, SOUZA, 2015; KUPFER, 2008; KUPFER; BERNARDINO, 2009; OLIVEIRA; FLORES; SOUZA, 2012; OLIVEIRA; PERUZZOLO, SOUZA, 2013; SOUZA, 2013).

APÊNDICE B - REFLEXOS ARCAICOS E O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO

Lydia Coriat em seu livro *Maturação Psicomotora no Primeiro Ano de Vida da Criança* (2001) descreve minuciosamente os principais reflexos, apresentados a seguir:

- Reflexo de Moro: brusca extensão da cabeça, alterando sua relação com o tronco em extensão, abdução e elevação de ambos os membros superiores (braços em cruz) e deve desaparecer entre o segundo e terceiro mês de vida (p. 34).
- Reflexo Tônico-Cervical Assimétrico: tendência em manter a cabeça voltada para um ou outro lado. A resposta motora que fecha o arco reflexo determina a extensão dos membros para os quais se orienta a face, e a flexão dos membros opostos à face (membros nucais flexionados). Desaparece entre dois ou três meses (p. 39).
- Reflexo de Landau: reações labirínticas e tônico-cervicais. A criança quando suspensa horizontalmente, dorso para cima, onde a cabeça se eleva espontaneamente, em dorso-flexão, convocando o corpo a se estender. Quando se flexiona a cabeça, o tronco flete também. Desaparece entre três e sete meses de vida (p. 47).
- Reflexo olho de boneca japonesa: com uma das mãos se imprime à cabeça um movimento de rotação, os globos oculares não a acompanham, parecendo deslocar-se em sentido inverso. São mecanismos labirínticos. Permanece até o 10º dia, dos nascidos a termo (p. 49)
- Reflexo mão-boca: consiste na rotação da cabeça para a linha média, acompanhada da abertura da boca como resposta à pressão exercida pelos polegares do observador sobre as palmas das mãos do lactente. Atenua-se no terceiro mês para desaparecer no quarto mês (p. 51).
- Reflexo de preensão palmar: estimulando a palma da mão, obtêm-se a flexão dos dedos das mãos.
- Reflexo de preensão plantar ou, manobra continuada de Turner: estimulando a planta dos pés obtêm-se a flexão dos dedos dos pés, às vezes, plantar, outras vezes dorsal (reflexo em leque). Normal no primeiro ano de vida (p. 64).

- Reflexos orais: constitui um conjunto de complexa sinergia, uma concatenação de reflexos que têm, como ato comum, o objetivo de possibilitar o ato alimentar de busca; consistem do reflexo de sucção que permite que o bebê abocanhe e sugue no seio materno e reflexo dos quatro pontos cardiais, que auxilia na orientação seletiva dos lábios e da cabeça para o local onde se aplica uma suave estimulação peribucal. Este desaparece no segundo mês de vida. Ainda tem-se o reflexo de mordida presente como proteção inicial do bebê que cerra a boca quando tocada sua gengiva (p.56), e que deverá ser suprimido assim que a motricidade voluntária plena para o sugar e deglutir se efetiva, entre os cinco e sete meses.

Apesar da rigidez técnica da descrição dos conceitos, essas informações são importantes, pois, se esses reflexos não existirem ou se existirem e permanecem além de seu tempo, certamente é anúncio de uma patologia biológica. Porém, muitas vezes, só na observação ou no próprio ato de colocar o bebê em superfície para descanso, ou quando a mãe o convoca para brincar já é o suficiente para avaliá-lo.

Segundo Coriat (2001), mesmo com essa descrição dos reflexos, eles exigem certa experiência do observador e, quanto mais esta for aprimorada, mais eficaz será a avaliação e menos agressiva será para o bebê e seus pais. Principalmente porque, para os pais, este movimento reflexo usualmente tem a conotação de um gesto. Tomar os reflexos como ensaio de gestos é dar uma atribuição a mais à condição neurofuncional, necessária tanto à mãe quanto ao bebê para que, daí, se produzam os diálogos necessários à sua constituição psíquica.

APÊNDICE C – AQUISIÇÕES POSTURAIS E HABILIDADES MOTRIZES NOS DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA DO BEBÊ

- No primeiro trimestre: O primeiro trimestre está regido por muitos reflexos ativos (postura reflexa tônico-cervical assimétrica, olhos de boneca, tônico flexor, busca e preensão, marcha reflexa), evidentes nas atitudes posturais do bebê. Ele pode levar a cabeça até a linha média para observar objetos. Estímulos sensoriais provocam respostas reflexas, determinando mudanças de orientação da cabeça. A luz suave promove uma atração enquanto que o estímulo luminoso forte promove uma rejeição e a rotação da cabeça no sentido oposto. A posição assimétrica na cabeça produz assimetria postural dos membros, predominando a extensão no lado do hemicorpo para o qual a criança olha, porém esta assimetria não é constante e geralmente os membros se mantêm simetricamente aduzidos e flexionados. Nos membros superiores, as mãos ficam próximas aos ombros; os dedos flexionados fecham os punhos e os polegares se opõem, geralmente por fora, aos outros dedos. Nos membros inferiores, nos momentos de repouso, em vigília, os joelhos flexionados ficam muito próximos entre si e, em plena etapa de paratonia fisiológica, os calcanhares não tocam o plano de apoio. O tronco permanece na linha média, mesmo que a cabeça esteja rodada. O bebê pode manifestar certo grau de lateralização devido à hipertonia do plano dorsal da coluna que causa um discreto opistótono fisiológico nesta idade. Destaca-se como principal ganho motor a elevação da cabeça, ao findar do terceiro mês.

- No segundo trimestre: o cessar dos reflexos do primeiro trimestre permite uma intencionalidade nos movimentos e uma evolução da coordenação viso-motora, na habilidade manual e postural. O bebê pode acompanhar um objeto que cai no chão, não o perdendo de vista; pode levar as mãos à linha média para pegar objetos; deitado em prona eleva a cabeça e com o apoio dos membros superiores consegue elevar o tronco e pode tentar buscar o objeto com uma das mãos; pode movimentar-se na superfície de apoio pela posição de ponte (em supina – pés na superfície de apoio e os quadris e joelhos fletidos) ou por rastejamento (em prona – empurra-se com mãos e joelhos) e senta-se com apoio.

- No terceiro trimestre: o bebê possui habilidades motoras para se mover pelo ambiente e explorá-lo. Ele rola de supina para prona; brinca com objetos na posição prona; senta sem suporte, passa o brinquedo de uma mão para a outra e mantém

um objeto em cada mão; passa de sentado para a posição quadrúpede (de gatas – ao final do terceiro trimestre), envolvendo-se num comportamento de balanceio, o qual estimula os membros superiores, inferiores e o sistema vestibular. Em pé, move-se com apoio e inicia um trabalho de equilíbrio e transferência de peso.

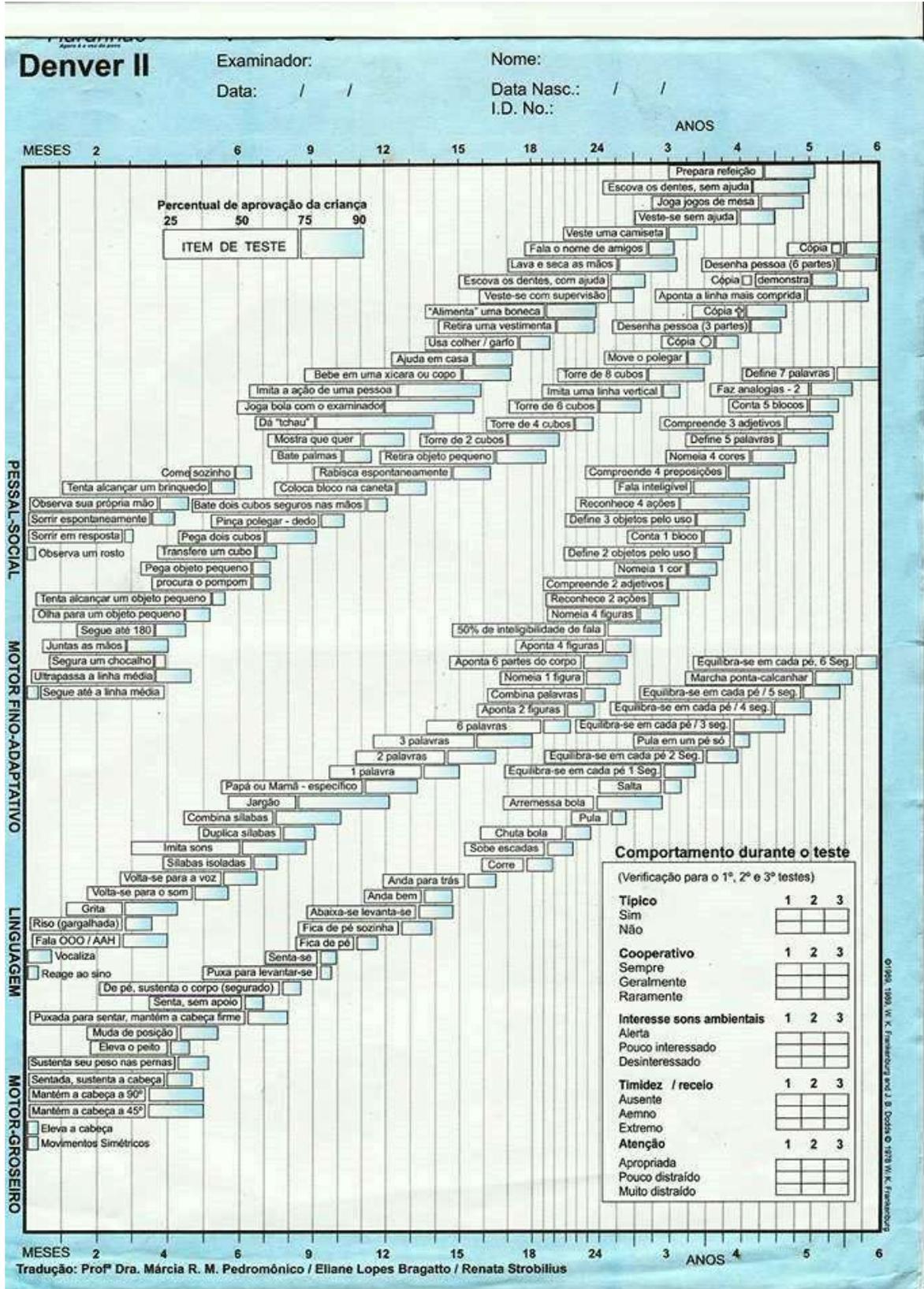
- No quarto trimestre: há o aumento da mobilidade e do equilíbrio. O bebê fica pouco tempo nas posturas de supino e prono, preferindo engatinhar. Já a posição sentada é funcional para possibilitar passar para a postura de “gatas” e em pé, apoiando-se nos móveis para se elevar. Consegue dar seus primeiros passos de marcha livre e ir a busca de objetos que chamam a sua atenção. Exercita a preensão bimanual e simétrica a um nível superior. Também faz pinça fina e consegue agarrar a colher e levá-la até a boca para se alimentar.

Já o segundo ano de vida do bebê será pautado por ampliar suas habilidades motrizes, ampliando com isso seu repertório para as produções psíquicas e intelectuais. Com isso a criança experimenta uma independência instrumental, nos fazeres cotidianos como deslocar-se sozinho, pegar objetos sozinho, ir ao encontro dos pais e outros familiares, passando da condição de bebê para uma condição de criança pequena que, embora mantenha uma certa dependência do outro. Esse é um caminho importante para as produções também psíquicas e cognitivas.

Os conceitos apresentados são importantes para que, na clínica interdisciplinar, a terapeuta único, ou de referência no caso clínico em intervenção precoce, possa identificar os componentes motores que poderão influenciar a construção dos outros aspectos estruturantes do sujeito, e que também são fundamentais para a emergência do instrumental psicomotor.

ANEXOS

ANEXO A - DENVER II



ANEXO B – INDICADORES DE RISCO AO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Irdis			
De 0 a 4 meses Fase I	De 4 a 8 meses Fase II	De 8 a 12 meses Fase III	De 12 a 18 meses Fase IV
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	6. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades	9. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	15. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (<i>mamanhês</i>).	7. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	10. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	16. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.
3. A criança reage ao <i>mamanhês</i> .	8. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	11. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	17. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.		12. A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.	18. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.		13. A criança faz gracinhas.	
		14. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	

Fonte: Kupfer (2008 apud OLIVEIRA et al., 2011, p.7)

ANEXO C - QUESTIONÁRIO PRÉAUT

1ª parte do questionário – 4º e 9º mês

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
1) O bebê procura olhar para você?		
a) Espontaneamente	Sim	4
	Não	0
b) Quando você fala com ele (proto-conversaço)	Sim	1
	Não	0
2) O bebê procura se fazer olhar por sua mãe (ou pelo substituto dela)?		
a) Na ausência de qualquer solicitação da mãe, vocalizando, gesticulando ao mesmo tempo em que a olha intensamente.	Sim	8
	Não	0
b) Quando ela fala com ele (proto-conversaço)	Sim	2
	Não	0
ESCORE TOTAL		

Se o escore é superior a 5, não responda às questões 3 e 4.

2ª parte do questionário: 4º e 9º mês

QUESTÃO	RESPOSTA	VALOR
3) Sem qualquer estimulação de sua mãe (ou de seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Ele sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar uma troca prazerosa com sua mãe (ou seu substituto), por exemplo se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

4) Depois de ser estimulado por sua mãe (ou pelo seu substituto)		
a) Ele olha para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	1
	Não	0
b) Sorri para sua mãe (ou para seu substituto)	Sim	2
	Não	0
c) O bebê procura suscitar a troca jubilatória com sua mãe (ou com seu substituto); por exemplo, se oferecendo ou estendendo em sua direção os dedos do seu pé ou da sua mão?	Sim	4
	Não	0

Fonte: Projeto PRÉAUT (2010, 2015)

ANEXO D - MECANISMOS ENUNCIATIVOS DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DA LINGUAGEM

Considerando as dimensões no processo de aquisição da linguagem, Silva (2009) propôs mecanismos e estratégias enunciativas que estão sintetizados no quadro 16:

Quadro 16 - Mecanismos enunciativos do processo de aquisição da linguagem

(continua)

Mecanismos Enunciativos	Estratégias Enunciativas
<p>1º mecanismo enunciativo: as relações de conjunção eu-tu e de disjunção eu/tu.</p>	<p>I – Apresentação pelo eu de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu;</p> <p>II – Instanciação pelo tu de estruturas rotineiras da família para o eu que preenche seu lugar enunciativo com gestos e verbalizações;</p> <p>III – Solicitações do eu ao tu;</p> <p>IV – Reconhecimento do eu acerca do efeito do preenchimento de seu lugar enunciativo sobre o tu;</p>
<p>2º mecanismo enunciativo: a semantização da língua e a construção da referência pela díade (eu-tu)/ele.</p>	<p>I – Nomeação dêitica produzida pelo eu na proximidade de um referente;</p> <p>II – Comentários e pedidos dêitico constituídos pela relação de referência do eu e da correferência do tu face à presença de um referente;</p> <p>III – Marcação de posição do eu no discurso sobre o ele para o tu de modo dêitico e discursivo;</p> <p>IV – Repetição do dizer do tu no discurso do eu;</p> <p>V – Reformulação do eu sobre a referência do tu (marcas de reflexividade);</p> <p>VI – Combinação de palavras no discurso do eu:</p> <p>a) Estrutura com palavras em inversão na frase;</p> <p>b) Estrutura com palavras ordenadas na frase;</p> <p>VII – Ajustes de sentido entre eu e tu:</p> <p>a) Repetição do eu diante do não entendimento do tu;</p> <p>b) Não entendimento do eu acerca do dizer do tu;</p> <p>c) Retorno de forma não específica do dizer do eu com forma específica no dizer do tu;</p>

Quadro 16 - Mecanismos enunciativos do processo de aquisição da linguagem

(conclusão)

<p>3º mecanismo enunciativo: a instauração do sujeito na língua-discurso.</p>	<p>I – Do aparelho de funções: a) Através da intimação; b) Através da interrogação; II – Do aparelho de formas de instanciação do eu: a) Uso do “nós”; b) Oscilação entre terceira e primeira pessoa; c) Marca do eu no verbo; d) Instanciação do nome; e) Atualização de referência ao locutor com a forma pronominal eu; III – Mecanismos de instanciação da dupla enunciação pelo eu: a) Recuperação da alocação anterior pelo eu através de indução do tu; b) Constituição do relato de ações e a posição do eu com o estabelecimento de relação entre os tempos linguísticos presente e passado; c) Constituição do relato de dizer e a posição do eu: c.1) Por projeção do eu de nova enunciação; c.2) Por retomada do eu de enunciação anterior; d) Simulação de eu de outra enunciação: a criança brincando com o outro, via língua.</p>
---	---

Fonte: Silva (2009)