UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

**Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física
congenita: limites, traços e riscos**

Diego Rodrigues Silva

São Paulo
2017

DIEGO RODRIGUES SILVA

**Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física
congenita: limites, traços e riscos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade de São Paulo, como exigência para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Psicologia Clínica

Orientadora: Prof^a. Associada Eliana Herzberg

**São Paulo
2017**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Dados fornecidos pelo autor

Silva, Diego Rodrigues

Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física congênita: limites, traços e riscos / Diego Rodrigues Silva; orientadora Eliana Herzberg. -- São Paulo, 2017.
188 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2017.

1. Deficiente físico. 2. Imagem corporal. 3. Narcisismo. 4. Relação pais-criança. I. Herzberg, Eliana, orient. II. Título.

Nome: Diego Rodrigues Silva

Título: Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física congênita: limites, traços e riscos

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Julgamento:

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Julgamento:

Prof^a. Dr^a.

Instituição:

Julgamento:

Agradecimentos

À Evani, minha companheira incondicional, por sua presença, seu apoio, suas críticas, seus questionamentos e suas discussões instigantes que me inspiram e me animam a cada dia.

À Aline, Juliano e Benedito, pelo apoio e pela aposta de que a educação é sempre um caminho profícuo.

À Eliana Herzberg, pela orientação e parceria ao longo destes dois anos.

Aos colegas de orientação Fabiana, Kleber, Rita e Simone, por trilhar este caminho conjunto com alegria e disposição para contribuir.

Aos colegas de mestrado Ana, Bartholomeu, Carine, Daniel, Filipe e Janderson pelo companheirismo, por compartilhar as dificuldades e alegrias deste processo e por dividir dúvidas, informações, conflitos, ideias e aspirações.

Aos professores, por dividirem seu conhecimento, por ouvirem as dúvidas e saná-las com atenção e por cada palavra que desconstrói e constrói o saber, estimula a reflexão e instiga a estudar cada vez mais.

À Rogerio Lerner, pela disciplina, pela atenção à minha pesquisa e minhas inquietações teóricas, pela supervisão do estágio PAE e pela banca de qualificação, por suas pontuações precisas, atenciosas e respeitadas, sem as quais o trabalho não tomaria este rumo. À sua disposição, escuta e auxílio, meus sinceros agradecimentos.

À Leda Bernardino, pela banca de qualificação, por sua arguição de grande riqueza clínica e suas recomendações precisas que permitiram um tratamento teórico e clínico fundamental para o desenvolvimento do trabalho e a consolidação das ideias.

Às crianças e seus pais que participaram da pesquisa de maneira disponível e respeitosa, acreditando na contribuição da pesquisa.

À Cristina e toda a equipe do Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri que acolheram a pesquisa e contribuíram imensamente para seu desenvolvimento, sempre de forma atenciosa, afetuosa e disponível.

À Marisa e Márcia, por auxiliarem e propiciarem os trâmites para a aprovação da pesquisa na Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo. Sua atenção foi de grande importância nos momentos iniciais da pesquisa e antes mesmo, na realização do projeto, tornando os processos burocráticos menos penosos e difíceis.

À Silvia, do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, por todo o auxílio e atenção em todas as vezes que a procurei, sempre oferecendo soluções de maneira cordial.

Aos funcionários e pessoas que trabalham nas dependências do IPUSP, por se fazerem presentes quando precisei de ajuda e pelo carinho, tornando o cotidiano mais agradável.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela concessão da bolsa para a realização desta pesquisa.

Aos amigos André, Caroline, Daniel, Helder, Lucas L., Lucas T., Luiz, Paula, Paulo, Renan e Vanderluiz pelo apoio, por tornar a vida mais leve e mais alegre, por trazer momentos de descontração sem os quais os momentos de trabalho não seriam os mesmos.

Mas mesmo se essas crianças não recuperaram um esquema corporal são, íntegro do ponto de vista motor e neurológico, a enfermidade pode não afetar sua imagem do corpo: para tanto é necessário que . . . a relação com a mãe e o ambiente humano tenha permanecido flexível e satisfatório, sem muita angústia por parte dos pais; que ela seja adaptada a suas necessidades, que deveriam ser sempre comentadas como se pudessem satisfazer isto por si mesmas, muito embora o insulto muscular decorrente da doença e suas sequelas as tornam incapazes de fazê-lo (Dolto, 1984/2015, p. 11-12).

Resumo

Silva, D. R. (2017). *Explorando a imagem corporal de crianças com deficiência física congênita: limites, traços e riscos* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A deficiência é compreendida como uma articulação entre os aspectos orgânicos, ambientais e pessoais. O resultado final do cruzamento destes fatores engendra o quadro final observado. No entanto, pouco se produziu sobre esta incidência dos fatores pessoais. A literatura propõe que crianças com deficiência física apresentam prejuízos na imagem corporal, associando alterações orgânicas com dificuldades do eu. Entretanto, estabelecem associações diretas e não indicam de que modo este eu prejudicado poderia compor o quadro da deficiência. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo explorar a imagem corporal no processo de constituição subjetiva de crianças com deficiência física congênita. Neste recorte, buscou-se investigar como o corpo incide sobre o sujeito e quais os efeitos da incidência do sujeito sobre o corpo. Para tal, é realizada uma revisão da literatura e a coleta de casos clínicos utilizando a Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos (AP3) e o Desenho da Figura Humana (DFH) em duas crianças com deficiência física e seus pais, seguindo o método clínico-qualitativo. Foi observado que nestes casos existem riscos de prejuízos da imagem corporal por conta de especificidades do quadro orgânico, como o excesso de intervenções e manipulações; manifestações do corpo, como movimentos involuntários, que rompem o simbólico e o imaginário e o uso de próteses/órteses. Estes dados orgânicos foram atrelados às significações e identificações que se oferecem ao eu, somadas as já presentes na rede significativa na qual a “deficiência” está inserida. Desta forma, verificou-se que tais identificações podem levar a danos secundários à deficiência, compondo seu quadro final. Os prejuízos na imagem corporal foram atrelados às demais manifestações do inconsciente, indicando no processo de constituição subjetiva e no exercício das funções parentais as bases da imagem corporal e das organizações pessoais que irão tomar o corpo e a deficiência. Frente aos dados, foram feitas considerações às áreas afins que podem se beneficiar do trabalho em equipe com o psicanalista e psicólogo. Concluindo, a pesquisa aponta para a noção de risco, seja de prejuízos da imagem corporal quanto de constituição do sujeito, levantando questões como o desenvolvimento de uma clínica preventiva e o estudo das reações frente à deficiência, o que se estende as diferentes deficiências dada a marca significativa que carregam.

Palavras-chave: Deficiente físico. Imagem corporal. Narcisismo. Relação pais-criança.

Abstract

Silva, D. R. (2017). *Exploring the body image of children with congenital physical disabilities: limits, traits and risk* (Dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Disability is understood as a combination of organic, environmental and personal aspects. The final result of the blend of these factors produces the condition observed. However, little has been written about the effects of these personal aspects. Literature suggests that children with physical disabilities suffer damage to their body image, and associates organic alterations with difficulties of the ego. However, although it makes direct associations, it fails to indicate how this impaired ego might be part of the overall picture of the disability. Thus, the aim of this research is to explore body image in the process of the subjective constitution of children with congenital physical disabilities. How the body affects the subject and the effects of the subject on the body were investigated. To this end, a review of the literature was made and data on clinical cases was collected, using the clinical-qualitative method, by performing the Psychoanalytic Assessment of 3-year-olds (PA3) and the Human Figure Drawing (HFD) on two children with physical disabilities and their parents. It was observed that in these cases, there is risk of damage to body image due to specificities of the organic condition such as excessive interventions and manipulation; body manifestations such as involuntary movements, which break the symbolic and the imaginary; and the use of prosthesis/orthosis. These organic data were linked to the meanings and identifications offered to the ego, in addition to those already present in the signifier's network in which the "disability" is contained. Thus, it was verified that these identifications can lead to damages secondary to the disability, composing its overall picture. Damages to body image were linked to other manifestations of the unconscious, indicating the bases of the body image and personal organization that the body and the disability will take on in the process of subjective constitution and the exercise of parental functions. Based on the data, considerations were made regarding related areas that might benefit from working jointly with psychoanalysts and psychologists. To conclude, the research points to the notion of risk, whether of damage to body image or to the constitution of the subject, raising questions such as the need for a preventative practice and the study of reactions to disability, which extends to different disabilities according to their particular signifier.

Keywords: Physically disabled. Body image. Narcissism. Parent-child relationship.

Lista de Figuras

Figura 1: Modelo esquemático dos componentes imaginários referentes ao corpo	16
Figura 2: Luíza – primeiro desenho	77
Figura 3: Luíza – segundo desenho	78
Figura 4: Luíza – desenho da AP3	85
Figura 5: Pedro – primeiro desenho	93
Figura 6: Pedro – segundo desenho	94
Figura 7: Pedro – desenho da AP3	100

Lista de Abreviaturas

AP3	Avaliação Psicanalítica aos Três Anos
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
DFH	Desenho da Figura Humana
IRDI	Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil
SATEPSI	Sistema de Avaliação das Técnicas de Exame Psicológica
SMG	Secretaria Municipal de Gestão
SMS-SP	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade

Sumário

1. Introdução	13
2. Objetivo	23
3. Método	25
3.1. Tipo de Pesquisa	26
3.2. Revisão da literatura	26
3.3. Casos clínicos	27
3.4. Instrumentos	27
3.4.1. Avaliação Psicanalítica aos 3 (AP3)	27
3.4.2. Desenho da Figura Humana (DFH)	30
3.5. Procedimentos	32
3.6. Considerações éticas	33
4. Primeira parte: Referenciais teóricos	34
4.1. Deficiência física: uma compreensão holística	35
4.1.1. O modelo orgânico e a CIF	35
4.1.2. O modelo social	39
4.1.3. O modelo da psicanálise nos autores clássicos	40
4.2. Narcisismo: do investimento à imagem	46
4.2.1. A imagem perfeita em Freud	46
4.2.2. Os ideais e a imagem em Lacan	48
4.3. Imagem corporal: formas e contornos	54
4.3.1. Pressupostos e bases teóricas	54
4.3.2. O marco de Paul Schilder	61
4.3.3. A imagem inconsciente do corpo	66
4.3.4. Imagem corporal na constituição subjetiva	68

5. Segunda parte: Apresentação de casos	72
5.1. Caso Luíza	73
5.1.1. Dados gerais e quadro da deficiência	73
5.1.2. DFH	75
5.1.3. AP3	82
5.2. Caso Pedro	89
5.2.1. Dados gerais e quadro da deficiência	89
5.2.2. DFH	92
5.2.3. AP3	96
6. Terceira parte: articulações	103
6.1. Imagem corporal de crianças com deficiência física	104
6.2. Quadro da deficiência e imagem corporal	121
6.3. Constituição subjetiva e funções parentais	127
6.4. Contribuições para áreas afins	143
7. Considerações finais	151
8. Referências	169
9. Anexos	172

1. Introdução

O corpo orgânico esteve presente na literatura da psicologia e psicanálise desde suas origens. Ainda que os objetos de estudo sejam outros, os pontos de contato com o orgânico desdobram diferentes questionamentos e impasses a estas áreas. Sem um consenso, ambas, psicologia e psicanálise, tecem posicionamentos, como a psicossomática, na tentativa de criar um sentido que dê conta da complexa relação entre o sujeito e seu corpo orgânico. Vale destacar a ênfase nesta especificação *corpo orgânico*. Longe de uma redundância, o corpo orgânico é um dos *corpos* engendrados pelos campos do conhecimento, de modo que não é o mesmo o corpo na psicologia, na psicanálise, nas ciências médicas e nas ciências da saúde, como a fisioterapia e terapia ocupacional. Trata-se da tentativa de dar conta do aspecto orgânico onde ele faz fronteira com os outros objetos de interesse.

Nesta inquietação com a interface com o corpo orgânico, em pesquisas anteriores, me ocupei do fenômeno do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) (Silva & Carreiro, 2013; 2014). De maneira interessante, encontrei muitas aproximações entre o arcabouço teórico da psicanálise e da neuropsicologia sobre o corpo em crianças ditas com TDAH e como ambas partem da regulação advinda da linguagem (Silva & Albertini, 2016). Contudo, pensar corpo e sujeito em uma patologia que congrega questões clínicas, políticas e ideológicas se torna difícil e carregado de vieses.

Para seguir na investigação lancei-me para um campo em que a questão orgânica não poderia ser refutada ou questionada por olhares distintos. Buscava uma situação em que o corpo orgânico fosse central, de modo que pensar sua relação seria quase um imperativo. A deficiência física surgiu, pela inquietação científica e pela experiência pessoal, como um objeto que atendia ao critério.

O que se compreende por deficiência¹ aqui é a anormalidade de uma estrutura, uma função fisiológica ou anatômica e deficiência física, por sua definição legal, uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física” (Brasil, 2004, s/p.). Enquanto quadro clínico, este

¹ Ainda que seja desfavorável, trata-se do termo veiculado atualmente e que consta na legislação, garantindo direitos para aqueles que se encontram sob este significante. Ainda, considerando os termos como “pessoa com necessidades especiais” e “deficiente”, “pessoa com deficiência” ainda é o conceito que melhor define. Para necessidades especiais, não se delimita um problema e a questão se centraliza em “necessidades” e não em configurações e arranjos que podem ou não levar a necessidades. O termo deficiente e seus antecessores na literatura e no cotidiano (especial, defeituoso, aleijado, etc.) trazem a marca do essencialismo, atrelando uma característica orgânica a uma característica individual. De fato, por esta via se torna uma marca, irremovível, constituinte, o que está distante do que se compreende por deficiência atualmente – como se lê no texto. Por fim, “portador” e suas derivações também se mostram inadequados, visto que não se trata de um objeto portátil. Como se costuma argumentar, em tom de chiste, “não se pode sair e deixar a deficiência em casa”. Bem como, não se trata de um vírus cujo hospedeiro é portador. A questão da nomenclatura e como ela diz das formas de se lidar com o fenômeno da deficiência por si só renderiam uma pesquisa, o que fica como sugestão.

conceito abarca diferentes apresentações, mas excluem-se do conceito as deformidades estéticas que não produzem dificuldades no desempenho das funções. Não apenas restrito ao aspecto orgânico, parto de que o ambiente é compreendido como um mediador da deficiência, visto que uma função só pode ser avaliada como eficaz ou ineficaz na interação com o meio. Deste modo, a referência que complementa o conceito legal de deficiência parte da Organização Mundial da Saúde (2003) que desenvolveu a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)², o documento oficial para tratar das questões que se referem à deficiência no nível global. A CIF busca sistematizar estas relações entre os aspectos orgânicos, ambientais e pessoais, ainda que afirmem:

Os Fatores Ambientais interagem com os componentes das Funções e Estruturas do Corpo e as Atividades e a Participação. Para cada componente, a natureza e a extensão dessa interação podem ser mais bem definidas com base nos resultados de trabalhos científicos a desenvolver no futuro (p. 17, tradução nossa).

Em relação aos aspectos pessoais (compostos pelas atividades e participação), a CIF afirma não os considerar em sua versão atual, mas indicam que sexo, idade, estilo de vida, hábitos, forma de enfrentar os problemas “padrão de comportamento em geral, caráter, valores psicológicos individuais e outros fatores relacionados: todos ou qualquer um podem desempenhar um papel na incapacidade a qualquer nível” (OMS, 2003, p. 20).

O conceito atual e vigente adotado pela pesquisa também nos faz assumir suas lacunas que, por sua vez, convergem com o interesse de pesquisa: inserir o sujeito em articulação com seu corpo, saber até que ponto um poderia influenciar o outro. Assim, seguir com crianças foi uma consequência quase lógica pois, partindo da psicanálise e concebendo a importância dos primeiros anos, formulava-se uma proposta de trabalho de investigar como se iniciava a relação do corpo com o sujeito, lá onde o corpo se coloca como uma questão importante. Ademais, a origem congênita vem reforçar esse ponto, visto que é um quadro que acompanha a criança desde a concepção, às vezes antes até, no pré-natal e no discurso parental, estando presente no surgimento do sujeito e do seu enodamento com corpo.

Como dito, *corpo* é tema amplo e complexo, podendo ser um norte, mas não uma questão de pesquisa, ainda que dentro do recorte *crianças com deficiência física congênita*. Em psicanálise, ao se tratar de corpo, abrem-se três vertentes que podem ser categorizadas e conceituadas pelos registros de real, simbólico e imaginário, assim como Nasio (2009) bem as descreve. No Real há o corpo das sensações internas: do desejo aberto ao outro para dar e

² A CIF tal como a vemos nos dias atuais é produto de uma história de classificações que acompanharam a forma pela qual a sociedade concebeu a deficiência. Assim, esta saiu do âmbito da classificação de doença para a expressão de uma condição de saúde, de modo que assim a compreensão holística pôde ganhar força, bem como foi ampliado o leque de propostas de intervenção (Brasil, 2008).

receber, assim como do gozo como pura energia psíquica que se (des)gasta e se degrada inexoravelmente. Assim, é o campo da força que move o corpo para o usar-se, o desenvolver devorando a si mesmo. Trata-se de algo inapreensível, não significável pela linguagem, e, por esta característica, mantém aberta uma hiância que move o sujeito permanentemente em direção aos objetos e na busca por produção de sentidos para este elemento fundamente. No Simbólico compreende-se o registro do corpo marcado pela linguagem que tatua sentidos diversos. Trata-se do corpo interpretado, simbolizado, signo (símbolo) e significante, isto é, agente de mudanças na realidade somática, afetiva e social e que representa o sujeito para os outros sujeitos. Neste aspecto, o corpo se põe como um revelador do inconsciente, dado este sentido significante que possui. No Imaginário tem-se o corpo visto, apreendido como massa, silhueta, sombra, imagem perceptível de fora. Trata-se de uma forma globalizante imaginária que discrimina o contorno humano dos demais objetos do meio. Esta forma privilegiada (disposição de formas, equilíbrio) é molde para as produções humanas, tanto no sentido da adaptação dos objetos a essa forma, quanto no aspecto de projeção.

Em uma primeira observação destas conceituações de corpo e possibilidades de estudo, a questão da imagem se destacou, em como a deficiência *se dá a ver* pelo registro imaginário. Do foco no aspecto orgânico, passou-se para a imagem deste aspecto orgânico. Se pesquisar o corpo enquanto tal se mostrava um objetivo amplo e heterogêneo, enfatizar a imagem do corpo parecia um recorte possível.

Neste recorte do registro imaginário, elementos surgem compondo o tema. Levin (1997) nos auxilia em uma sistematização que ilustra que questões são tocadas nesta proposta. De acordo com o autor três elementos interagem entre si: o eu, o corpo e a imagem do corpo.

Figura 1: Modelo esquemático dos componentes imaginários referentes ao corpo

Fonte: Levin (1997, p. 90)

Em A, entre corpo e imagem do corpo encontra-se o esquema corporal, trata-se de uma imagem limitada e condensada; remete a espécie e ao aparato orgânico do corpo real em seus referenciais. Em B, entre imagem do corpo e o eu está a identificação do sujeito com sua

imagem, trata-se do que se produz quando o eu assume uma imagem para lhe representar.

Entre corpo e o eu:

O setor C, por um lado, delimita a relação de dissimetria, de dissonância, entre o corpo (carne) e o eu, onde o sujeito se reconhece desconhecendo-se. Por outro lado, marca o entrelaçamento entre o corpo que lhe é próprio e o eu; o que comumente se denomina “o próprio corpo” (Levin, 1997, p. 91, grifo do autor).

E no centro tem-se o objeto *a*, como o buraco, o efeito da passagem pelo campo do Outro³, enodando os três campos. Estabelecemos assim, os pilares do estudo proposto e a forma como se relacionam e se fazem presentes, por exemplo, no projeto motor, responsável pelos movimentos do corpo.

Tal proposta de compreensão não é nova e já estava presente em Freud no começo de seus estudos. Já se indicava no sintoma histérico um sintoma no corpo, não em sua referência anatômica, mas em uma outra. O que se paralisava não era a parte *x* ou *y* cuja representação se encontra na porção *x* ou *y* do córtex motor. Assistia-se um sintoma em um membro sem referências conhecidas, membros cujos limites não eram orgânicos:

Noutras palavras, Freud demonstra que, por mais manifestos que sejam, os sintomas corporais histéricos não encontram seu princípio de inteligibilidade na configuração anatômica das partes ou nos segmentos do corpo, nem em uma correlação funcional de ordem fisiológica. Portanto, o corpo na histeria é um corpo fantasmático, cuja existência se deve à função imaginária, da qual a histérica retira suas referências à anatomia. Aspirado pelo simbólico, o corpo constitui-se como signo e é decalcado sobre o corpo-organismo, que, a partir daí, transforma-se em expressão (Winograd & Mendes, 2009, p. 220).

A referência para o sintoma era a imagem do corpo, seu aspecto imaginário de contorno, de boa forma. A partir deste ponto convergiam-se assim, a possibilidade de pensar o corpo que se dá a ver na deficiência e o corpo imaginário com que o sujeito se identifica e faz organizar seus movimentos e ações. Proposta possível e que poderia render resultados interessantes.

Neste caminho, em entrevista (Pavarin, 2015, 20 de novembro), Miguel Nicolelis, importante neurocientista que pesquisa exoesqueletos para pessoas com deficiência física, inclusive mundialmente conhecido por criar o protótipo que fez um homem com paralisia cerebral dar o primeiro chute na Copa do Mundo de 2014, afirma:

“Essa é uma das grandes descobertas que tivemos no projeto. O senso de ser. Modificamos o senso de ser e reintroduzimos o conceito de ter pernas. Quando começamos, pedíamos aos pacientes paraplégicos para que eles pensassem em andar e registrávamos a atividade cerebral. Não acontecia nada. Não tinha nenhuma modulação da atividade cerebral. Quando pedíamos para eles mexerem as mãos, só pensar, sem mexer, víamos que o cérebro estava realizando uma operação interna para imaginar e gerar o movimento. Foram precisos muitos meses para que víssemos uma modulação no cérebro dos pacientes

³ Com maiúscula para diferenciar de outro (com minúscula). Outro se refere a um lugar simbólico: o significante, a lei, a linguagem e o inconsciente, sendo o que determina o sujeito, seja de maneira externa a ela ou intrassubjetiva em sua relação com o desejo. Já o outro se refere ao semelhante, as pessoas, que podem assumir o lugar de Outro para outras pessoas (Roudinesco & Plon, 1998).

quando pedíamos para imaginarem o movimento das pernas. Então reintroduzimos esse conceito dentro do cérebro, o que ninguém tinha documentado ainda” (s/p.).

Registra-se assim que mesmo com a aparelhagem do pesquisador, para que o comando cerebral se iniciasse para mover o exoesqueleto era preciso ter o conceito da parte do corpo e do movimento em questão. Se a reportagem se intitulava “Estamos muito perto de fazer paraplégicos voltarem a andar”, um passo anterior e conjunto é pesquisar a imagem corporal nestes casos. Ainda que o enfoque metodológico seja estudar a imagem corporal nestes sujeitos, seus efeitos se desdobram até outras áreas afins, criando tensões que incitam novas pesquisas e compreensões que possam produzir tratamentos mais eficazes. Assim poderia se dar uma contribuição da psicologia e da psicanálise, visto que, conceito e imagem de si e do corpo são temas pertinentes a área.

Imagem do próprio corpo, imagem corporal, esquema corporal, autoconceito: um campo se abriu. Novamente um campo heterogêneo, misto. Ainda que dentro da psicologia, uma variedade de propostas, mas que seguiam a premissa de estudar as consequências subjetivas do corpo orgânico alterado nos casos de deficiência física. Se partindo de pressupostos diferentes, mas com objetivos semelhantes, os resultados também o eram. De maneira geral há um volume de resultados que apontam para consequências negativas, prejuízos e conflitos por conta da deficiência. Dentre estes encontra-se sentimentos de inadequação com o próprio corpo (Taleporos & McCabe, 2002), insatisfação sexual (Sweeney, Horne & Ketz, 2015), menor valoração de si e do próprio corpo, maiores níveis de conflito psicológico, menor atividade e participação (Suc, Lesnik & Erpic, 2015), assim como, maior ocorrência de sintomas de ansiedade, depressão e estresse (Rumsey, Clarke, White, Wyn-Williams & Garlick, 2004).

Os termos utilizados, por sua vez, também diferem. Há pesquisas que estudam o mesmo objeto, mas que usam termos distintos, assim como termos diferentes para recortes diferentes, o que dificulta o estudo destas variáveis e a delimitação de que ponto cada uma incide. Entretanto, há um consenso nesta literatura que a imagem corporal abarca as formas do corpo físico, as significações culturais e as relações sociais. Lawlor e Elliot (2012) demonstram que pesquisas sobre imagem corporal de crianças com deficiência física frequentemente afirmam existir uma imagem corporal negativa, mas uma análise apurada ilustra que são escassos os trabalhos que examinam diretamente o fenômeno e as evidências encontradas são contraditórias e inconclusivas. Existem questões metodológicas como heterogeneidade dos grupos, por exemplo utilizando em conjunto sujeitos com distúrbios alimentares, assim como, pesquisas que trabalham especificamente com crianças são pouco

expressivos. Os métodos empregados também variam, mas em sua maioria se dividem em questionários e desenhos. O desenho, já clássico nas avaliações e atendimentos na psicologia, se mostra um recurso válido quando se quer avaliar a imagem corporal nesta população. Sendo assim, esta foi mais uma escolha para a pesquisa na linha de recortar o fenômeno, o que por si só marca algumas especificidades, como será visto ao longo do trabalho.

Neste campo de estudo da imagem corporal de pessoas com deficiência por meio do grafismo também existem variações, ainda que a literatura pareça seguir tendências, não necessariamente obedecendo a épocas específicas, mas notam-se momentos distintos. Em um primeiro momento notam-se pesquisas que partem da premissa de que uma alteração anatômica causa alguma alteração na representação da pessoa nos desenhos. Verificada a existência de numerosos casos em que isto ocorre, uma segunda tendência procura relacionar as alterações encontradas nestes desenhos com características psicológicas e de personalidade, tal como se faz usualmente com os testes projetivos. Procura-se uma relação quase direta entre o desenho alterado e dificuldades psicológicas, ou poder-se-ia ler: uma relação entre a ocorrência da deficiência e dificuldades psicológicas. Com publicações afirmando esta relação, a terceira tendência, com um número reduzido de produções, se questiona se essas alterações que aparecem nos desenhos, consideradas questões de personalidade (do eu) seriam marcas de uma constituição subjetiva em que, desde as primeiras relações, a criança seria vista a partir de um lugar tal por conta da deficiência que levaria a uma organização psicológica e psíquica que se veria nos desenhos. Nota-se aqui a entrada da psicanálise no tema, dialogando com a psicologia e propondo questões. Partindo desta terceira tendência e propondo uma quarta, questiono se caso o corpo orgânico alterado seja marcado no psiquismo enquanto deficiência, compondo sua organização, isto poderia influenciar o modo como a criança se movimenta e estabelece quadros posturais. O que se quer dizer é, o aspecto psíquico da imagem corporal, afetada pelo organismo alterado, pode compor as dificuldades motoras observadas na deficiência? Há um caminho de mão dupla que propõe pensar como o organismo incide sobre o sujeito e como o sujeito incide sobre o organismo. Assim, haveria um caminho para preencher a lacuna da CIF, de como os aspectos pessoais influenciam o quadro final de uma deficiência. Como visto, ainda que suposta esta relação, o documento carece de informação técnica sobre.

Parto assim de que uma criança com deficiência pode ou não apresentar um desenho de uma figura humana com alterações e que estes desenhos, se bem utilizados, dizem de como a imagem corporal está constituída. Entretanto, questionamos a causalidade direta da deficiência com as alterações/dificuldades. Como afirma Dolto (1984/2015), um corpo

orgânico com prejuízos não necessariamente terá uma imagem corporal prejudicada, desde que haja uma relação particularizada e uma fala que reconheça ali um sujeito (nomeações e suposições). Deste modo, o corpo puro biológico, alterado ou não, pode ganhar diferentes sentidos e funções, ampliando suas capacidades até então reflexas e automáticas. É nesta inter-relação com o outro nos primeiros anos que o desejo da criança se encarna no corpo, formando uma imagem dinâmica que, pelos recursos orgânicos disponíveis e com os objetos do meio externo cultural, engendra formas de buscar satisfação. Para tal, faz notar a autora, não bastam apenas os processos pedagógicos ou fisioterapêuticos, mas se faz essencial que seja reconhecido um sujeito que se aproprie de seu corpo de maneira singular:

Assim, uma criança paraplégica tem necessidade de brincar verbalmente com a mãe, falando sobre atividades como correr, saltar . . . que seus desejos sejam assim falados a alguém que aceita com ele este jogo projetivo, permite ao sujeito integrar na linguagem tais desejos, apesar da realidade, da enfermidade de seu corpo (Dolto, 1984/2015, p. 12).

Depreende-se que, a depender de condições relacionais, a imagem corporal irá se organizar, independente de como se encontra a condição orgânica e é a imagem corporal que irá nortear os movimentos, se valendo aparato biológico. Se define aqui a necessidade de se avaliar uma imagem corporal para poder avaliar se esta pode ou não compor uma dificuldade motora, demandando um passo atrás, uma avaliação geral para uma especulação específica sobre a relação com a motricidade. Havendo pouco material na terceira tendência citada, ainda é preciso avançar no processo de constituição subjetiva destas crianças para se chegar aos possíveis desdobramentos.

Isto posto, a presente pesquisa tem por objetivo explorar a imagem corporal no processo de constituição subjetiva de crianças com deficiência física congênita. Trata-se de seguir o percurso da literatura, aqui, partindo da psicanálise e sua noção específica de imagem corporal. Partimos da hipótese de que a imagem corporal, como um produto do inconsciente, pode apresentar prejuízos por conta do aspecto visual da alteração orgânica e seu impacto no sujeito e nos que estão em seu entorno. Nestes casos, os prejuízos ou arranjos problemáticos na imagem corporal podem levar a quadros motores que irão compor o quadro final da deficiência.

Esta pesquisa se justifica do ponto de vista social pela proposta de compreensão holística do corpo na deficiência, muitas vezes restrito ao elemento biológico. Oferece assim, material sobre a complexidade biopsicossocial do humano, que reconhece a existência de um sujeito singular. Bem como, a importância nos primeiros anos para a criança, tenha ela uma deficiência ou não. Com isso, pode oferecer informações junto à população para que aspectos funcionais do aparato físico não sejam prejudicados por aspectos relacionais passíveis de

intervenção, criando propostas e alertando sobre a necessidade de busca de atendimento não só dos campos médicos. Ainda que não seja possível reverter o quadro de uma deficiência física, há um campo a ser estudado para que se possam reduzir os danos a ela subjacentes. Se evidenciadas relações, seria possível contribuir para que se atinja, ou se evite que se restrinjam, as possibilidades máximas do aparato orgânico da pessoa com deficiência.

Para o campo científico pode produzir conhecimento para aqueles que trabalham com a questão da deficiência física, buscando sustentar a importância de uma escuta para além das necessidades físicas e funcionais, mas que preconize também o desejo singular em suas diversas possibilidades de satisfação. Os dados encontrados podem auxiliar o trabalho de áreas como a fisioterapia, terapia ocupacional e fisiatria. Bem como do próprio psicólogo e psicanalista em sua atividade clínica. Para a literatura da imagem corporal, possibilita um trabalho sobre sua variedade difusa, oferecendo mais um olhar em articulação com os já existentes, talvez, consequentemente, estabelecendo uma forma de compreensão geral do campo que beneficia a todos que trabalham com o constructo.

Para a psicologia e psicanálise, permite verificar possíveis contribuições para outras áreas, permitindo mostrar a importância de seus arcabouços teóricos e suas atuações. Desta forma, pode expandir o lugar destes profissionais na área da saúde e da atenção à pessoa com deficiência, aumentando sua visibilidade e de seus benefícios à população.

Desta forma a pesquisa se divide em três partes. Na primeira empreendemos uma pesquisa teórica, apresentando os fundamentos e conceitos relacionados à deficiência e a imagem corporal. Para a deficiência buscamos compreensões complexas que melhor servissem as discussões entre diferentes campos, principalmente enfatizando os aspectos pessoais presentes nestes quadros. Nesta linha, trabalhamos a imagem da deficiência física em sua vertente orgânica, social e relacional, o que permitiu verificar o tema pelos autores da psicanálise e assim abrir para uma discussão acerca da imagem corporal na constituição subjetiva. Bem como, desta forma, manteve o critério de que a imagem corporal é composta das formas do corpo físico, as significações culturais e as relações sociais.

Para a contextualização do tema na constituição subjetiva, percorremos as raízes do conceito de narcisismo em Freud e Lacan. Enfatizando a vertente imaginária e a organização do eu, tecemos uma trama conceitual que chega as contribuições mais recentes sobre imagem corporal. Nos valem de uma elasticidade para trabalhar este conceito na psicanálise, em sua pertinência ao psiquismo e ao inconsciente, e na psicologia, em sua articulação com a fisiologia e a psicomotricidade. Desta articulação, discutimos também pesquisas na área que pudessem se somar aos tópicos teóricos e fornecer dados relevantes.

Na segunda parte trabalhamos com casos clínicos. Trata-se de uma investigação empírica sobre o tema a fim de incrementar a pesquisa, justamente no modelo clínico proposto. Apresentamos e discutimos dois casos, Luíza e Pedro⁴, a partir de um encontro para verificar a apresentação da imagem corporal, sua organização, sua relação com as demais produções do inconsciente e na constituição subjetiva a partir de seu lugar na família. No modelo de estudo de caso, esta parte detalha, a partir da singularidade, a constituição da imagem corporal oferecendo dados à pesquisa.

A terceira parte é dedicada a uma articulação dos dados obtidos na pesquisa a partir da literatura e dos casos clínicos. São propostas compreensões acerca da imagem corporal em crianças com deficiência física e possíveis questões e problemáticas; possíveis relações entre aspectos pessoais e orgânicos no quadro das deficiências; articulações entre funções parentais e constituição da imagem corporal e apontamentos a áreas afins no que tange ao corpo e suas significações.

⁴ Nomes fictícios para assegurar a preservação dos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

2. Objetivos

2.1. Geral:

Explorar a imagem corporal no processo de constituição subjetiva de crianças com deficiência física congênita.

2.2. Específicos:

- a) Verificar a existência ou não de prejuízos na imagem corporal;
- b) Identificar se há relação entre o quadro da deficiência e a imagem corporal;
- c) Verificar como as funções parentais incidem sobre a constituição da imagem corporal;
- d) Verificar se há relação entre a imagem corporal e as demais produções do inconsciente;
- e) Apontar possíveis contribuições para as demais áreas que se ocupam das pessoas com deficiência física.

3. Método

3.1. Tipo de Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa exploratória, visto que o tema circunscrito encontra-se pouco explorado e demanda “identificar conceitos ou variáveis promissoras, estabelecer prioridades sobre pesquisas futuras, ou sugerir afirmações e postulados” (Sampieri, Collado & Lucio, 2006, p. 100). O método empregado foi o clínico-qualitativo. Turato (2003) define que tal método tem por característica o enfoque das angústias e ansiedades, assim, das questões emocionais e psicodinâmicas da relação com o outro. Assim, “busca dar interpretações a sentidos e significações trazidos por tais indivíduos sobre múltiplos fenômenos pertinentes ao campo do binômio saúde-doença” (p. 242). O pesquisador é colocado como instrumento desde a proposta pela pesquisa, passando pela relação com o colaborador, até a análise interpretativa dos dados obtidos. Há uma preocupação em relação a um ambiente para a coleta de dados e com as angústias e ansiedades mobilizadas. As teorias, experiências e percepções do pesquisador são tomadas como ponto de partida, utilizando de raciocínio indutivo e dedutivo e uma postura que considera a síntese de diferentes partes do fenômeno para compreender o processo de seu funcionamento. Com isto, a força no rigor da validade destas pesquisas se encontra no modo pelo qual o pesquisador apreende os dados e lhes dá sentido.

Para o delineamento metodológico Turato (2003) utiliza o termo *bricoleur*, retirado de Claude Lévi-Strauss, que significa fazer um novo objeto a partir de pedaços ou fragmentos de outros objetos. Deste modo, não há um plano rigorosamente controlado de pesquisa, pois os dados encontrados em relação ao objeto servem a ele, sendo de utilidade para sua compreensão. Nessa reunião de fragmentos de diferentes naturezas para compor a compreensão, o uso de multimétodos na pesquisa clínico qualitativa se refere a essa bricolagem. Seguindo a proposta, a pesquisa assume duas frentes, uma de revisão da literatura e outra empírica.

3.2. Revisão da literatura

Para a revisão foram utilizados os autores referências dos temas trabalhados, assim como autores recentes. Publicações de periódicos também foram consultadas a partir dos descritores “Deficiência física”, “Imagem corporal”, “Narcisismo” e “Relação pais-criança” e seus respectivos termos em inglês. Das bases de dados consultadas constam PsycNET, Web of Science, Scopus, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e SIBiUSP.

3.3. Casos clínicos

Para a coleta empírica, a amostra foi selecionada por conveniência, visto que, no enfoque qualitativo, preconiza-se a imersão no campo às possibilidades de generalização dos resultados. Delimitamos, dentro da amostra por conveniência (não-probabilística), e não como um método, o estudo de caso. Nesta limitação do objeto, consideram-se unidades básicas como pessoas, casais, famílias, dentre outros. Para a presente pesquisa, optou-se por considerar o Estudo de Caso Instrumental. Este modelo é utilizado para fornecer um material relacionado a um problema de pesquisa que pode refinar constructos teóricos e/ou fornecer dados que contribuam para o trabalho com casos semelhantes (Sampieri et al., 2006).

Assim, ao total, foram avaliadas duas crianças com deficiência física congênita com cinco e seis anos e seus cuidadores. Como critérios de inclusão foram consideradas crianças com deficiência física, independente da problemática que levou ao quadro. Como critérios de exclusão, crianças com “deformidades estéticas que não produzam dificuldades no desempenho das funções”, tal como disposto na definição (Brasil, 2004), crianças que apresentem um quadro de deficiências múltiplas e crianças que apresentem um nível de prejuízo motor e de fala tal possa inviabilizar a coleta com os instrumentos selecionados para esta pesquisa.

3.4. Instrumentos

3.4.1. Avaliação Psicanalítica aos 3 (AP3)

Para avaliar a imagem corporal a partir da psicanálise considerando o processo de constituição subjetiva foi utilizada a AP3. Para compreender o instrumento é preciso retomar o contexto no qual foi criada e o percurso que culminou em seu surgimento. No ano de 2001, a pedido do Ministério da Saúde e com o apoio da Fapesp, iniciou-se uma pesquisa para a construção e validação de indicadores de risco para o desenvolvimento infantil (IRDIs), tendo como plano de ação que estes fossem utilizados por pediatras e outros profissionais de saúde da atenção primária em consultas nas unidades básicas e/ou centros de saúde. Para tal, um grupo foi formado por 10 especialistas brasileiros inspirados e fundamentados na psicanálise que se dispuseram a contribuir com os cuidados dos aspectos psíquicos do desenvolvimento. Até então havia materiais sobre o desenvolvimento neurológico, social e psicomotor, estando a dimensão do psiquismo, quando existente, desarticulada das demais áreas (Kupfer, Rocha, Cavalcanti, Escobar & Fingerhann, 2008).

A pesquisa (Kupfer et al., 2010) constituiu-se de um estudo multicêntrico e longitudinal com uma amostra de 727 bebês de 0 a 18 meses. Deste modo, quatro eixos foram estabelecidos a partir do referencial teórico da psicanálise e das experiências clínicas. Tratam-se de operadores básicos presentes na relação pais-criança para que o desenvolvimento/constituição subjetiva se dê, a saber: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna.

os indicadores foram escolhidos e organizados de acordo com as operações formadoras do psiquismo da criança, tanto no que se refere à atividade de seus pais quanto no que se refere aos modos em que a criança recebe essas operações formadoras (Jerusalinsky, 2008, p. 118).

Dados os indicadores, a amostra foi separada em um grupo experimental, em que se encontravam ausentes dois ou mais indicadores e em grupo controle, com um ou nenhum indicador. Assim, uma nova pesquisa foi realizada quando estas crianças contavam com 3 anos. Aqui vemos o surgimento da AP3:

Interessava à pesquisa estabelecer a relação entre os indicadores já aplicados, naquilo que eles evidenciaram a respeito das primeiras operações formadoras da subjetividade, e os efeitos manifestos a que essas operações deram lugar (Kupfer et al., 2010, p. 56).

No término da pesquisa, foi verificado que o instrumento poderia detectar problemas no desenvolvimento com ou sem risco para a constituição subjetiva. E, com 280 avaliações, foi construída uma tabela com 55 sintomas clínicos detectados e passíveis de observação. Ao final da pesquisa completa, por meio de análises estatísticas, foi possível encontrar correlação entre os indicadores das funções constitutivas do psiquismo e os desdobramentos na AP3, trazendo validade para o uso de ambos os instrumentos.

A partir da referida pesquisa, uma série de trabalhos foram e têm sido realizados em diferentes áreas do conhecimento. Com a AP3 encontramos o trabalho de Di Paolo (2010) estudando qualidade de vida e sintomas da criança; Di Paolo e Barros (2010) discutindo o uso da AP3 em instituições; Bernardino e Vaz (2015) avaliando crianças com deficiência em escolas; Tiussi (2012) avaliando grupos de educação terapêutica; Césarís (2013) investigando a construção da imagem corporal; Portela, Schoten, Stanczyk e Cherem (2013) avaliando constituição subjetiva de crianças de creches pública e privada; Araujo, Lerner e Hoffmann (2013) avaliando o risco psíquico de irmãos de crianças autistas; Lacet (2014) pesquisando o TDAH e Mota (2015) avaliando a sensibilidade de instrumentos para detecção do autismo. Compreendido o contexto do instrumento e seu lugar no contexto atual, passamos para sua descrição prática.

A AP3 parte das operações formadoras do psiquismo e dos sintomas deste advindo, considerando-se sintoma enquanto a solução de compromisso proposta por Freud em que

conflitam as possibilidades ideias de realização dos desejos. Deste modo, os sintomas podem ser de estrutura, compreendendo dificuldades subjetivas que incidem no desenvolvimento, transitórios ou permanentes, como enureses, e dificuldades para dormir, que mostram as formas de se lidar com a fantasia fundamental. E sintomas clínicos, que, por outro lado, tratam da impossibilidade de elaboração das demandas da fantasia, indicando riscos para a constituição subjetiva e prejuízos estruturais que podem levar as psicopatologias graves da infância. Estes sintomas se manifestam, e podem ser observados na criança, em suas formações inconscientes:

Desenhar, brincar, temores noturnos transitórios, enurese circunstancial, mentira e fabulação ocasional, transgressões exploratórias ligadas à curiosidade, trapaceadas defensivas, a série dos três jogos típicos de elaboração da alienação e separação: objeto transicional, jogo do *Fort-Da*, jogo de bordas etc. (Jerusalinsky, 2008, p. 120, grifo do autor).

Dentre estas formações, a AP3 seleciona quatro que permitem colher informações a respeito da posição do sujeito em cada criança. São eles: 1) *o brincar e o estatuto da fantasia*, que avalia os recursos simbólicos de elaboração e como a fantasia se organiza quanto ao conteúdo e a estrutura. 2) *A imagem corporal*, que avalia diferenciação sexual, gestualidade, postura, movimento, esquema motores, traços de autoconhecimento do corpo e articulação entre intenção, demanda e motricidade. 3) *As formações da lei*, avaliando como os cuidadores colocam as imposições e como a criança responde. 4) *Posição do sujeito na linguagem*, verificando como a criança se enuncia e representa pela língua, utilizando de significações, relações com objetos e com os outros (Jerusalinsky, 2008).

Dados estes pressupostos, a AP3 consiste em um roteiro de entrevista para se realizar com os pais e com a criança em conjunto, composto por 49 perguntas divididas entre as quatro categorias (ANEXO A). Tratam-se de propostas de questões para se investigar e indicações sobre pontos a se observar durante a interação. Sua aplicação é feita com a criança e seus cuidadores com duração de uma hora e trinta minutos, reservando-se 30 minutos apenas com a criança em interação lúdica, também com atividades orientadas pelo instrumento, como brincadeiras com um espelho e o pedido de um desenho em que a criança se retrate. Ao final é preenchida uma síntese da avaliação e uma ficha diagnóstica (Kupfer, Jerusalinsky, Infante, Bernardino, et al, 2008). Nesta são marcados, quando existentes, os sintomas da criança de acordo com a lista obtida pela pesquisa IRDI e que se encontra discutida em Jerusalinsky (2008) e listada em Kupfer et al. (2008).

Como indicamos, a pesquisa de Kupfer et al. (2010) nos fornece dados estatísticos de base para a utilização do instrumento e fazer relações retroativas entre as expressões observadas na AP3 e as operações formadoras que as sucederam. Jerusalinsky (2008) bem

marca que a AP3 “permite formular a hipótese indutiva de que haverá correlação significativa entre apresentação de sintomas clínicos nas formações do inconsciente avaliadas e ausência de indicadores nas operações formadoras do fantasma fundamental” (p. 121).

Não se trata assim, de uma avaliação da estrutura de fato ou de uma condição psicopatológica.

Enquanto manifestações do inconsciente é preciso uma interpretação para poder estabelecer as relações e verificar se existe algum risco em curso (Jerusalinky, 2008). Aqui se observa a necessidade de cuidados para manter o rigor científico e como o método clínico-qualitativo de Turato (2003) oferece subsídios para tal. E, se tratando de uma pesquisa sobre a deficiência física e de um instrumento que atua como roteiro e não questionário fechado permitindo uma maleabilidade, tal como visto nos demais trabalhos usando o instrumento, acrescentamos o tema da deficiência para explorá-lo em alguma medida a partir do instrumento.

3.4.2. Desenho da Figura Humana (DFH)

Para avaliar a imagem corporal do ponto de vista de sua apresentação formal, recorremos ao DFH. Desenvolvido por Karen Machover (1949), o Desenho da Figura Humana, enquanto um teste projetivo⁵, parte do pressuposto de que quando alguém desenha, o faz segundo algumas referências como seu investimento sobre os órgãos (sensações, percepções e emoções); a percepção da imagem corporal; o próprio corpo; o Eu, com suas projeções e introjeções e as marcas culturais que atribuem sentidos as formas, movimentos e características do corpo humano. Deste modo, desenhar é tido como um ato consciente e inconsciente. Assim como uma linguagem, a autora concebe o desenho como uma forma de expressão das necessidades e conflitos do corpo, ainda que estes conteúdos necessitem das associações verbais feitas acerca do desenho. Odette Lourenção van Kolck (1984) partiu dos trabalhos de Machover e foi responsável por uma série de estudos com o instrumento no Brasil. A autora enfatiza, para além de Machover, o modo como a imagem corporal é construída na relação com o outro.

Do ponto de vista prático, trata-se de uma técnica projetiva gráfica em que se pede um desenho de uma figura humana e outro do sexo oposto ao primeiro desenho. A partir do

⁵Existem variações do teste do DFH. Em duas categorias gerais encontram-se a vertente da avaliação da maturidade conceitual e a da personalidade. Na primeira, podemos citar como referência o nome de Florence Goodenough.

desenho de mesmo sexo do participante⁶ é realizado um inquérito que auxilia na compreensão dos dados obtidos. São oferecidos para a atividade apenas lápis preto, borracha e folha A4 (Machover, 1949). Lourenção van Kolck (1984) estabeleceu uma sistematização dos critérios de avaliação em que se preenche uma tabela avaliando aspectos adaptativos, expressivos e projetivos. As interpretações por nós empregadas foram feitas a parte de todo o material obtido, evitando assim relacionar *a priori* determinados traços a determinadas características. Buscamos assim nos deter à avaliação da imagem corporal, no modo como esta é expressa/representada dentro do sistema de compreensão que o instrumento oferece, sem adentrar a segunda parte de interpretações sobre a personalidade.

Acerca de sua validação, não existem aspectos normativos quantificáveis. Enquanto um método projetivo, o parâmetro de análise é o próprio sujeito. Lourenção van Kolck (1984) afirma que processos de teste e reteste se tornam inviáveis quando se trata do traçado de um desenho que, enquanto expressão subjetiva, não se repete necessariamente, o que nos leva a considerar todas as produções válidas. Tal postura é fundamentada por Turato (2003) no contexto da pesquisa clínico-qualitativa em que se tem o conceito de *validity* como o rigor científico que legitima um dado pela própria produção deste pela interpretação. A validade do desenho, enquanto dado de pesquisa, não se encontra na localização em uma amostra normativa, mas na interpretação do desenho bruto que se torna assim, um dado.

Vale salientar também que este instrumento não se encontra, atualmente, no Sistema de Avaliação das Técnicas de Exame Psicológica (SATEPSI)⁷ do Conselho Federal de Psicologia para a prática clínica. Não há restrições para o uso em pesquisa, assim como, estas podem contribuir para que o instrumento possa voltar a ser legitimado para o uso clínico.

Por fim, apontamos que os DFHs, em conjunto com o desenho solicitado pela AP3, permitem uma compreensão dos conteúdos relacionados à imagem corporal a partir de diferentes momentos, materiais, instruções e análises. Existem diferenças quando se pede um desenho genérico e um desenho de si, assim como, quando se trata de um desenho cromático ou monocromático. E o mesmo para momentos iniciais da entrevista em que há maior controle e resistência para os finais em que se tornam mais livres as expressões.

⁶ Esta especificidade é descrita em Lourenção van Kolck (1984, p. 20): “Machover não deixa claro se é aplicado o questionário às duas figuras; entretanto, Kohan (1961) afirma que Machover aplica o questionário à figura que representa o sexo do sujeito”.

⁷ O Desenho da Figura Humana também é empregado para avaliar do nível intelectual. Ainda que o nome e a orientação de se fazer um desenho de uma pessoa sejam os mesmos, os pressupostos teóricos, o objeto avaliado e o objetivo são outros. Desta forma, o SATEPSI relaciona o DFH enquanto teste favorável ao uso, mas não se trata da técnica projetiva de Machover proposta para esta pesquisa, mas sua outra modalidade de avaliação intelectual.

3.5. Procedimentos

Para a revisão da literatura, os trabalhos foram levantados e categorizados dada sua pertinência e relevância. Para algumas partes a pesquisa foi inespecífica quanto a abarcar crianças, visto que com este filtro o número de produções existentes é escasso, de modo que os dados pertinentes ao objetivo sobre adolescentes e adultos também foram contemplados.

Quanto a parte empírica, foi escolhido como local para coleta de dados o Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. Trata-se de um dispositivo da saúde pública que disponibiliza ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com deficiência. Inserido na unidade, fiz contato com a equipe, informando sobre a pesquisa e solicitando contatos de possíveis participantes que se enquadrassem nos critérios. Assim como, pedi uma sala de atendimento para a realização da coleta. Com os nomes, conversei com um profissional que atendia a criança para levantar alguns dados iniciais e pedir os respectivos prontuários para anotar dados acerca do quadro geral da deficiência. Seleccionada a criança para a realização da coleta de dados, foram contatados os seus responsáveis, relatando o objetivo da pesquisa e os procedimentos. Tendo este primeiro aceite dos responsáveis legais das crianças, foi combinado o encontro.

As coletas foram feitas em 1 hora e 30 minutos de duração, ocorrendo em uma das salas da unidade que dispunha de espaço adequado, conjunto mesa e cadeira para os adultos e outro pequeno para as crianças e um espelho em uma das paredes. Além de adequado às condições necessárias para a pesquisa, era confortável e, sendo uma sala fechada, era possível manter o sigilo. Foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais (*ANEXO F*) e da criança (*ANEXO G*), em uma linguagem que permitisse sua ciência e consentimento, oficializado pela assinatura da responsável, também assentindo com a participação do filho.

Inicialmente, apliquei o DFH na criança, solicitando o desenho e fazendo o inquérito. Na sequência chamei os pais para participar e realizei a AP3. Ao final da primeira hora, pedi que os pais se ausentassem e fiz a parte final da AP3 apenas com a criança nos 30 minutos finais. A escolha do DFH no início se justificou por sua especificidade de se tratar de um desenho neutro, “um desenho de uma figura humana” e utilizando apenas material acromático. Na AP3, é solicitado um desenho de si e com materiais cromáticos, inclusive giz de cera (*ANEXO A*, item 39). Nessa sequência, partiu-se de uma demanda simples para uma demanda complexa e de uma menos ansiógena para uma mais ansiógena. Ao término, foi combinado um segundo encontro de 1 hora para uma entrevista devolutiva informando os

principais elementos encontrados e, havendo a necessidade, criança e/ou pais serão indicados para atendimentos especializados.

3.6. Considerações éticas

Tratando-se de uma pesquisa com seres humanos, o projeto foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IP-USP (nº 44281915.5.0000.5561) (*ANEXO B*). Obedecendo a Portaria SMS.G Nº 2427/2013⁸ (Brasil, 2013), para que a pesquisa pudesse ser realizada na instituição escolhida, foi necessário que a pesquisa tramitasse também no CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS-SP). Este fluxo foi proposto pelo Coordenador Regional Alexandre Nemes Filho e tem como objetivo acompanhar os trâmites e garantir a ciência e a anuência de todas as instâncias envolvidas.

Foi feito contato com a SMS-SP que encaminhou o projeto e a Carta de Anuência (*ANEXO C*) para a unidade em questão. Com um pré-aceite quanto aos procedimentos e a amostra, o projeto foi encaminhado oficialmente para a SMS-SP, circulando entre esta instância, a Coordenadoria Regional de Saúde Oeste responsável pela região, que, por sua vez encaminhou uma carta oficial à Supervisão Técnica de Saúde, responsável pelas unidades da região. Com o aceite, o Coordenador Regional disponibilizou um documento deferindo a coleta (*ANEXO D*). Este documento foi anexado à Plataforma Brasil, assim como, foi incluída a instituição como coparticipante, o que permitiu que o material chegasse ao CEP SMS-SP e fosse aprovado (nº 44281915.5.3001.0086) (*ANEXO E*).

Visando um bem-fazer dentro do campo científico, consideramos os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, tal como disposto sobre a Resolução nº 466 (Brasil, 2012). Com os colaboradores, estes participaram apenas sob assentimento livre e esclarecido, sendo informados os procedimentos utilizados e seus – ainda que reduzidos – potenciais de risco e incômodo, tal como ilustrado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (*ANEXO F e G*) e sua utilização na coleta, como descrito anteriormente. O mesmo se aplica a instituição coparticipante. Garantimos que todos os cuidados éticos foram tomados nas diferentes etapas da pesquisa, sendo mantido sigilo e confidencialidade sobre as informações e tomadas as precauções necessárias para com os participantes da pesquisa.

⁸ Secretaria Municipal de Gestão

Primeira parte: Referenciais teóricos

4.1. Deficiência física: uma compreensão holística

4.1.1. O modelo orgânico e a CIF

Iniciamos definindo teoricamente o que se assume por deficiência física. Inicialmente é seu aparato orgânico prejudicado que se sobressai, sendo esta primeira vertente enfatizada neste tópico. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (OMS, 2003), já apresentada, é um marco para definir a questão orgânica da deficiência e localizá-la em relação às demais esferas do fenômeno. Vale apontar que este documento é utilizado para avaliar a deficiência no nível global. A necessidade de *avaliar* já demonstra que se trata de considerar cada caso como particular, sendo necessário um olhar clínico, por assim dizer. Invertendo a lógica de avaliar uma doença, a CIF sistematiza condições de saúde. Trata-se de um arranjo alcançado pela intersecção de quatro níveis, assim divididos: “Funcionalidade e Incapacidade” (Funções e Estruturas do Corpo; Atividades e Participação) e “Fatores Contextuais” (Fatores Ambientais e Fatores Pessoais). Com estes, tabelas são preenchidas, levando a uma compreensão detalhada de como se apresenta a deficiência para aquela pessoa. Esta avaliação se torna uma ferramenta legal em diferentes âmbitos como o trabalho, educação, desenvolvimento de políticas públicas, entre outros.

Esclarecendo os níveis, a deficiência é compreendida como uma “anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo” (OMS, 2003, p. 13). Este ponto se refere ao componente biológico estrito, do qual a deficiência se encontra como desviante de uma norma. Entretanto, não há uma relação direta entre a etiologia da deficiência e o curso de seu desenvolvimento, logo, definir a causa da deficiência não permite explicá-la em sua totalidade. Desta forma, uma doença, perturbação ou um estado fisiológico podem configurar um quadro de deficiência. Assim como este quadro final pode acarretar outros prejuízos. Por exemplo, a diminuição da força muscular advinda de uma etiologia que configura a deficiência pode comprometer a função de um movimento específico, de modo que este comprometimento é secundário à etiologia, mas primário em relação ao quadro final.

As funções do corpo são compreendidas em sua expressão funcional, considerando as diferentes tarefas em suas possibilidades de participação, limitações e restrições, dadas as condições que cada deficiência encerra. A proposta é compreender como o prejuízo orgânico pode ou não afetar uma função, o que também irá depender dos fatores contextuais. Considera-se assim, o ambiente em que a pessoa se encontra inserida. Ambiente aqui abarcando o físico, social e atitudinal. Estes podem influenciar, de maneira positiva ou

negativa, o desempenho, a capacidade, as funções e a própria estrutura do corpo. Desta forma, compreende-se que o prejuízo em uma função pode ou não se configurar como uma dificuldade a depender do ambiente. Seja pelas barreiras concretas que podem se fazer presentes, seja pelas concepções culturais, uma função pode ter um melhor ou pior desempenho. Contudo, tais fatores estão ainda atrelados aos fatores pessoais, como já apresentado, podendo estes, segundo a CIF (OMS, 2003) configurar uma incapacidade em qualquer nível.

Do ponto de vista fenomenológico a deficiência física pode se apresentar como completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Sistematizando, em sua forma pode se configurar como⁹:

- paraplegia: paralisia total ou parcial da metade inferior do corpo, comprometendo as funções das pernas;
- paraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores;
- monoplegia: perda total das funções motoras de um só membro (podendo ser membro superior ou membro inferior);
- monoparesia: perda parcial das funções motoras de um só membro (podendo ser membro superior ou membro inferior);
- tetraplegia: paralisia total ou parcial do corpo, comprometendo as funções dos braços e pernas;
- tetraparesia: perda parcial das funções motoras dos membros inferiores e superiores;
- triplegia: perda total das funções motoras em três membros;
- triparesia: perda parcial das funções motoras em três membros;
- hemiplegia: perda total das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo);
- hemiparesia: perda parcial das funções motoras de um hemisfério do corpo (direito ou esquerdo).

Para citar algumas etiologias específicas que levam a deficiência física mais recorrentes, destacamos a paralisia cerebral, que traz limitações psicomotoras por conta de uma lesão no sistema nervoso central, cuja característica mais marcante é a espasticidade nos músculos; lesão medular, geralmente ocasionada por acidentes. A depender de sua altura, pode comprometer diferentes partes do corpo e má formação congênita, que acarreta em uma anomalia física desde a gestação (Macedo, 2008).

⁹ Classificações citadas de forma literal de Macedo (2008), p. 128.

Estando na interface com as neurociências, neste contexto de posições complexas frente a deficiência, cabe indicar de que modo a compreendemos. Jerusalinsky e Laznik (2011) apontam que nos últimos 25 anos os avanços da neurociência têm se aproximado à psicanálise, justamente no ponto em que ambas tratam dos processos constitutivos dos primeiros anos. Desde os estudos de Minkowski em 1948 o ambiente e as condições de estimulação ao qual o feto é exposto influenciam diretamente na formação do sistema nervoso. Esta posição vem fazer frente ao tradicional modelo causal da medicina e abre para diferentes propostas. Os autores detalham que uma parte significativa dos neurônios se desenvolve após o nascimento. Este desenvolvimento não ocorre por automatismos, mas por um tipo de matriz lógico-simbólica, a depender de como o cérebro é posto para funcionar. Foi prosseguindo nesta ideia que o Nobel de medicina de 2000, Eric Kandel, desenvolveu o conceito de neuroplasticidade, enfatizando a possibilidade de modificação do sistema a partir da seletividade do crescimento neuronal a depender do que a criança é exposta.

Deste modo, ao se considerar danos causados ao sistema nervoso é preciso levar em conta a dependência do simbólico para a organização orgânica. E, por outro lado, que o simbólico, característico do sujeito humano constituído na linguagem, depende do orgânico para se expressar. A linguagem que funda o sujeito e seu psiquismo aqui é tomada como central, atuando como a matriz orientadora do desenvolvimento. Desta forma, Jerusalinsky e Laznik (2011) sustentam que quanto mais *sujeito* e *psiquismo* prevalecem, quanto maior a articulação simbólica disponível, menores são os automatismos mentais e orgânicos. Apontam assim a presença de três itens a despeito da maturação: condições físicas internas (integridade orgânica); condições físicas externas (ambiente) e condições psíquicas oferecidas aos bebês nos primeiros anos.

Como exemplo do modo pelo qual o organismo pode ser situado, citamos alguns achados do grupo de pesquisa de Nicolelis (citado na introdução) com pessoas com deficiência física. Em Shokur et al. (2013) é indicado que as pesquisas atuais apontam para as áreas cerebrais responsáveis pelo esquema corporal. Enquanto partes do sistema nervoso, estão suscetíveis à plasticidade, assim como à incorporação de ferramentas artificiais¹⁰. Em estudos preliminares com macacos, um de seus braços era tocado enquanto uma imagem virtual de um braço também sendo estimulado era projetada nos olhos dos animais por meio de óculos de realidade virtual. Medindo a atividade cerebral, encontram que em questão de

¹⁰ Como exemplo citam a experiência da ilusão da mão de borracha em que esta prótese, em conjunto com a mão real escondida, são estimuladas simultaneamente, fazendo com que os sujeitos sintam que a mão se encontra no lugar da mão artificial, havendo um rebaixamento da temperatura da mão real.

minutos as áreas motoras e somato-sensoriais passaram a responder simplesmente ao estímulo virtual, sendo considerado que os macacos podem integrar o *avatar* virtual aos seus corpos. Transpondo para humanos, os resultados são semelhantes.

Em Shokur et al. (2016) detalham o experimento com pessoas com deficiência física adquirida, destacando os mecanismos da realidade virtual e seus efeitos no corpo. No protocolo, inseridos em esteiras e içados por uma estrutura, são realizadas simulações de marcha em diferentes texturas, dentre elas a areia. Destacamos que, durante o experimento, as sensações (bastante semelhante a sensação real) evocaram lembranças como "Estou andando feliz, pois estou andando na praia" (p. 10). Com o protocolo, as pessoas podem se ver andando e de fato realizando o movimento. Trata-se da possibilidade de experimentar a postura bípede, mas cuja efetividade se dá na medida em que o movimento é acompanhado de uma imagem com que podem se identificar. Assim como de associações subjacentes que podem advir. Neste conjunto, podem atuar no sistema nervoso provocando alterações mesmo onde havia uma lesão.

Alguns resultados deste inovador projeto do grupo se encontram em Donati et al. (2016). Do protocolo com 8 pessoas com lesão medular completa e incompleta, após 12 meses, encontram uma recuperação parcial das sensações (exceto de temperatura) e controle motor voluntário das partes injuriadas, sendo o primeiro estudo a apresentar dados consistentes neste campo. Vale destacar destes resultados que a representação do membro paralisado, inicialmente (após o treino com realidade virtual) apresentava quatro componentes nas áreas motoras e somatosensoriais. Ao final encontram 12 componentes na somatória dos casos, demonstrando uma maior atividade nestas áreas, conseqüentemente uma representação mais complexa da parte do corpo. Concluem assim que a interface cérebro-máquina é capaz de mudar a representação do corpo ou mesmo reativar representações de membros paralisados.

Isto posto, marcamos que existe na deficiência física uma problemática orgânica, mesmo que variável e condicionada à diversos fatores. Ainda, que essa somatória seja o que de fato se apresenta e se chama como deficiência física. Decompondo as partes do quadro, observam-se diferentes variáveis, em especial e bem destacada, do aspecto relacional da deficiência, o que será importante para o arranjo teórico que se segue. Se o orgânico alterado dá a ver uma imagem ao outro, a cultura e as relações sociais engendram uma imagem própria, nem sempre condizente com as limitações orgânicas.

4.1.2. O modelo social

O ambiente, frequentemente citado quando se fala de deficiência física também traz para esta alguns impasses. Dizemos *impasses* e não *problemas*, como dito sobre a questão orgânica, pois neste aspecto abrem-se múltiplas possibilidades. Não nos propomos a fazer uma análise pormenorizada de questões como preconceito e segregação, mas levantar formas pela qual a pessoa com deficiência é vista pelo social. Interessa compreender quais as características formam a imagem de uma pessoa com deficiência, o que estará posteriormente em cada discurso parental e do sujeito e no modo como este verá a si próprio¹¹.

Goffman (1988) produziu uma compreensão que bem serve ao modelo de discussão proposto. O autor afirma que para entender o diferente é preciso olhar, não para este, mas para as “pessoas comuns”. Seu argumento indica que a condição para a vida social é que todos compartilhem determinados traços normativos, determinadas concepções fixas quanto as formas e funções, o que no fim, tratam-se de ideias que em um momento ou outro as pessoas fracassarão em atender. Estas normas formam o *normal* e o *desviante*, mas seu alcance é ainda mais ordenador das relações humanas. Nestas categorias, determinados traços organizam as relações. Um homem branco, jovem e cristão, por suas características, ocupam determinados lugares de determinadas formas. E, um homem negro, entre homens brancos, afirma o autor, também apresentaria um roteiro ficcional. O diferencial deste texto está no reconhecimento de que se tratam de lugares intercambiáveis e não de definições intrínsecas às características. Com isso compreende que uma pessoa sem deficiência, em um grupo de pessoas com deficiência irá se sentir excluída e diferente.

Seguindo este modelo de organização social por concepções compartilhadas, Amaral (1994) tem todo um trabalho para mostrar como, desde pequenas, as crianças podem ouvir histórias sobre o Saci-Pererê, que não tem uma das pernas, ou o Curupira, que tem os pés virados para trás, e aprender (ou assimilar, introjetar) que tais configurações do corpo não se encontram nas pessoas comuns, mas nos seres fantásticos e nos monstros. Assim a autora traça um percurso histórico para ilustrar que dada a organização humana em torno do imaginário¹² cindiu-se, em juízo de valor, a ordem e a desordem enquanto bem/bom e

¹¹ Como se verá adiante, trata-se da compreensão de laço social: “Tendo sua inscrição no mundo humano – seu lugar na ordem simbólica – produzida muito antes de seu nascimento como ser vivo e organismo biológico, o sujeito falante se inscreve em uma realidade discursiva preexistente a partir dos significantes do campo do Outro” (Jorge, 2002, p. 26).

¹² De acordo com Jorge e Ferreira (2005) “O imaginário é tudo o que diz respeito à imagem do corpo sem a mediação da palavra, reduzindo as relações humanas à especularidade, o que faz com que sejam anulados os limites e as diferenças entre o sujeito e o outro como semelhante. No imaginário reina a lei do transitivismo,

mal/mau. Se a ordem imaginária é um imperativo, aquilo que é ambíguo, desestruturado, fora das normas e do controle, traz insegurança, inquietação e terror. Nesta linha, a pessoa com deficiência vem expor a assimetria, o des-equilíbrio e as des-funções.

Livneh (1982) descreve alguns exemplos de concepções, ou imagens, que se formam no social: deficiência como uma vivência de sofrimento obrigatório, deficiência como punição por um ato ilícito e/ou pecaminoso, deficiência como desvio de caráter/personalidade (um subproduto da noção de punição), deficiência enquanto doença, no sentido de contaminação, e as já citadas associações com monstros e seres fantásticos.

De forma ilustrativa, vale citar que existe um número representativo de artigos sobre deficiência física na China. Tal dado pode ser explicado por uma passagem no trabalho de Sit, Lau e Vertinsky (2009) com pessoas com deficiências físicas adquiridas. Enquanto justificativa para sua pesquisa apontam a necessidade de se estudar esta população no contexto que as concepções sociais/culturais acerca da deficiência são inspiradas pela noção de Confúcio de que estes nunca poderão estar certos e adequados em uma sociedade harmoniosa. Assim como em Tam, Chan, Lam e Lam (2003) que discutem a presença de um discurso desde a infância para ser saudável e cuidar do corpo, visto que este foi dado pelos pais à criança. Deste modo, danos ao corpo são considerados afrontas aos ancestrais, sendo a deficiência uma forma de punição por crimes passados.

Se o social é ordenado por lugares atrelados a características identificáveis, aqueles que se colocam no lugar de deficiente tem à sua disposição uma série de imagens que vem marcar posições e orientar comportamentos. Depreendemos, deste modo, que a vertente social da deficiência indica que um aparato orgânico alterado não é a condição máxima para *ser uma pessoa com deficiência*. O “ser deficiente”, em nossa concepção, remete a ocupar lugares e identificações imaginárias. Deste modo, utilizamos *impasses* do social, visto que estas imagens podem variar, assim como cada sujeito poderá assumir ou não este lugar, em diferentes contextos e situações.

4.1.3. O modelo da psicanálise nos autores clássicos

Partimos junto a CIF (OMS, 2003) na proposta de que a deficiência ultrapassa um problema orgânico, mostrando como este está condicionado a questões ambientais e pessoais. Do ponto de vista do ambiente, no que tange ao ambiente social, localizamos algumas

onde o eu se torna sinônimo do outro. O caráter de univocidade do imaginário elimina a ambigüidade, a polissemia e o equívoco, marcas indelévels do simbólico” (p. 35-36).

questões que podem incidir sobre a deficiência, restando trabalhar a questão pessoal. Ainda que seja o objetivo da pesquisa percorrer esta questão trata-se de traçar algumas linhas de pensamento, bases teóricas para desenvolver propostas posteriormente. Assim, seguindo o referencial teórico da psicanálise adotado na pesquisa, apresentamos o que a literatura clássica refere sobre a deficiência física, marcando a incidência do aspecto pessoal (reunindo sob este termo os itens apresentados pela CIF descritos na introdução).

Sigmund Freud (1856-1939) deteve-se sob os aspectos orgânicos, inclusive lesionados. Enquanto neurologista inserido no paradigma naturalista-organicista, ao longo dos anos 1890 deteve-se sobre a paralisia cerebral infantil em três trabalhos minuciosos e de grande volume clínico (Honda, 2013), sendo inclusive referenciado na literatura como aquele que cunhou o termo. Entretanto, pouco recupera do tema ao longo de sua obra, exceto pela citação de um caso do qual leu a autobiografia, presente em sua 31ª Conferência (Freud, 1932/1996j). São citados poucos dados sobre o caso, visto que se trata de uma passagem a título de exemplo, deste modo não se tem detalhes clínicos específicos. A biografia é de um conhecido homem com deficiência física advinda de uma lesão durante o nascimento que acarretou em uma alteração de um de seus membros. O autor da biografia buscou descrever o desenvolvimento de sua personalidade e o modo como o sentimento de inferioridade que apresentava decorria da deficiência. Freud se diferencia desta postura, apontando que o sentimento de inferioridade não decorreria da autopercepção do sujeito em relação à deficiência; a raiz de tal sentimento, propôs, estaria nas relações afetivas e na tensão entre o eu e o super eu. Da biografia, Freud destacou que, após o nascimento, sua mãe “retirou do filho o seu amor, por causa da enfermidade dele” (p. 71). Tais relações iniciais foram marcadas no sujeito, que mostrava por seus atos tais formas de relação.

Faz-se notar que há aqui uma diferença epistemológica¹³ entre sua perspectiva e a do autor da autobiografia. Se a autopercepção, um processo consciente, fosse considerada como decorrência linear da condição de deficiência, todos aqueles que apresentassem este quadro também compartilhariam tais sentimentos, o que não se aplica. O que Freud (1932/1996j) propõe é a existência de uma parte inconsciente do psiquismo, desconhecida da própria pessoa, de modo que a percepção e atribuição de sentidos às diversas experiências não se encontra apenas no campo da consciência, sendo, em parte, produto do inconsciente. Logo,

¹³ A distinção de Freud se dá frente as perspectivas da psicologia do eu, a qual busca se distanciar enfatizando o inconsciente. O mesmo o faz Fédida (1984) ao trabalhar a questão da deficiência física. Enquanto psicanalista se diz desanimado com a psicologia voltada ao eu enquanto pensa em termos de ajustamento, força egóica, adaptação, etc. Reforça a importância de se considerar para a discussão a compulsão a repetição e a pulsão de morte. Assim, intenta escapar da postura educativa e aconselhadora, ocupando uma posição particular.

apreende-se que a deficiência não é causa direta de efeitos psíquicos. Esta é significada a partir da complexidade da construção do psiquismo, podendo se dar das formas mais diversas e singulares.

O paradigma freudiano pode ser descrito a partir de sua compreensão de Séries Complementares (Freud, 1896/1996a; 1905/1996b; 1915-16/1996g). Trata-se uma concepção etiopatológica em que os fatores hereditários se relacionam aos inter-relacionais na expressão das neuroses (logo, da expressão da própria pessoa). Nesta perspectiva, o sentimento de inferioridade advém das relações: Freud aponta para o laço afetivo que se forma entre o bebê e seu cuidador, no investimento libidinal, na particularidade de como este é tratado e significado. Bem como, do desenvolvimento psíquico que se dá a partir desta relação, que no caso, estabeleceu uma posição marcada pela inferiorização frente ao outro. Do ponto de vista do psiquismo, considera-se a conflitiva entre eu e super eu, fruto do modo pelo qual o sujeito recebe esta forma de cuidado e faz algo dela, criando vias específicas de investimento dos objetos, logo, formas de se relacionar. Observa-se que a deficiência não se encontra como fator causal, mas como um disparador (causa concorrente, seguindo a nomenclatura freudiana) de um determinado traço psíquico do sujeito, ou seguindo a terminologia, uma determinada pré-disposição que se tornou permanente por conta das experiências da criança, principalmente as da primeira infância que imprimem estas marcas específicas. Estes elementos seguem uma lógica de complementaridade quantitativa, em que quando uma se faz menos expressivo o outro se torna mais expressivo para organizar a pessoa a partir de seu psiquismo.

Apreendemos assim, com Freud, que uma deficiência pode ser um fator disparador de questões do sujeito, questões estas advindas das relações, na qual a deficiência também pode se interpor. Vale enfatizar que em um caso ou em outro a deficiência é secundária e nunca agente principal das questões pessoais. Por sua vez, estes aparecem contornando a deficiência, usando desta para se expressar.

Prosseguindo e mostrando o outro lado deixado por Freud, o da psicologia do eu, citamos Donald Woods Winnicott (1896-1971) que ilustra uma vinheta clínica e um modo de compreensão. Winnicott foi um psicanalista inglês advindo da psiquiatria que dedicou grande parte de sua obra à infância. Desta, o Caso Iiro trata de uma criança com sindactilismo permitindo algumas considerações acerca da deficiência física. No atendimento relatado, o autor utilizou a técnica do jogo de rabiscos, a qual o menino apresentou "o pé de um pato" (Winnicott, 1971, p. 20), tratando de sua questão orgânica. Por meio dos desenhos, a criança foi expressando de que modo a deficiência se apresentava a ele. Transformava os traços em

patas de pato e mãos, não se tratavam apenas de representações, principalmente no caso da mão, mas de maneiras de expressar o modo como a vivenciava, seja vendo-a diferente, seja transformando-a em uma flor como se lê no exemplo. Dos desenhos pôde falar da série de intervenções que fez e faria nas mãos e pés. Assim como do que gostaria de fazer caso não tivesse o quadro de sindactilia. Considerando que Iiro não apresentava dificuldades em relação a deficiência e podia dizer dela de forma espontânea, Winnicott apenas aponta que o menino precisava ser amado no estado em que nasceu, antes das intervenções, apontando, talvez, para as primeiras relações com os pais.

Em uma entrevista posterior com a mãe, esta conta também ter sindactilia e fala da fantasia de ser punida com um filho com a mesma condição. "A cada vez que nascia uma criança e ela era normal eu me sentia imensamente aliviada. Com Iiro, porém, não tive essa sensação, pois lá estava ele com dedos e artelhos como os meus; eu havia sido punida. Quando o vi, odiei-o. Repudiei-o completamente, e durante alguns momentos (uns vinte minutos ou mais) senti que não queria vê-lo nunca mais" (Winnicott, 1971, p. 35). Frente a possibilidade de correções cirúrgicas conta relata o amar "mais que aos outros" e ter ficado "obcecada por esse impulso de recorrer a cirurgias" (p. 35). Deste modo o autor interpreta o modo pelo qual Iiro entendia os procedimentos perpassava a fala e o desejo da mãe, no que entendeu como uma *persistência*.

Avançamos cronologicamente e passamos para os autores que seguiram com a linha de Jacques Lacan. Françoise Dolto (1908-1988) foi uma psicanalista francesa que se ocupou de crianças, inclusive no contexto de instituições educacionais e de saúde. Em sua obra dedicada a questão da imagem corporal, a autora (1984/2015), trata da deficiência física. Cita o caso de Denise Legrix, conhecida pela alcunha de "mulher-tronco" devido a focomelia, uma anomalia congênita que incide sobre a formação dos membros, não possuía membros inferiores e superiores. Conta que mesmo com a deficiência física congênita foi amada por seus pais e por seu meio social. Com isso, afirma, tendo ocorrido relações humanas satisfatórias, Legrix pôde manter uma imagem corporal sã.

Nesta linha afirma: "Sem dúvida, golpes orgânicos precoces podem provocar perturbações do esquema corporal, e estas, por falta ou interrupção das relações 'linguageiras', podem conduzir a modificações passageiras ou duráveis, da imagem do corpo" (Dolto, 1984/2015, p. 11). Enfatiza a importância da linguagem, enquanto uma possibilidade de tomar o corpo destas pessoas a partir de seu desejo, falando das diferenças, possibilidades e limitações. Ressalta a importância de palavras verdadeiras, desde a tenra idade, mas que não se prendam ao ato motor concreto, mas ao ato simbólico. Deste modo, não falar de uma

enfermidade existente é a causa uma imagem corporal não saudável e não cadastrada, que por sua vez limita a autonomia do sujeito e promove uma fixação fílica ou fóbica com os pais. Deste modo, é preciso falar acerca de correr, pular, atribuindo sentidos e imprimindo-os no corpo, ainda que prejudicado. A troca simbólica, principalmente com o adulto tutelar nos primeiros anos permite sustentar uma imagem corporal íntegra mesmo com uma deficiência, e com isso, o permite se satisfazer com seu corpo tal como é.

Compreendemos que a autora aponta para a disjunção entre o corpo orgânico e como cada sujeito o apreende. Mais uma vez a deficiência não é situada em termos de causa e efeito, pelo contrário, assim como Freud, é concebida a partir da construção singular acerca do corpo. Vale destacar o modo como Dolto (1984/2015) adentra a questão psicomotora, postulando que os aspectos pessoais, aqui as experiências com o outro e os modos de significação, fundam uma imagem corporal que regula o corpo orgânico e seus movimentos, podendo ampliá-los ou limitá-los. Indica casos em que crianças sem membros podem chegar a pintar com a boca com a mesma habilidade, desde que tenham sido investidas libidinalmente para se tornarem criadoras e representarem suas pulsões na troca com o outro.

Segundo Dolto, Maud Mannoni (1923-1998), também psicanalista francesa ocupada com crianças, tratou da deficiência. Ainda que seus trabalhos enfatizem mais a deficiência intelectual, suas contribuições podem ser estendidas para a deficiência de um modo geral. Esta autora se debruçou sobre as relações pais-criança (1963-67/1999a), apontando que a atitude da mãe em relação à deficiência física do filho produz neste determinados tipos de resposta. Trata-se de escolhas privilegiadas pela criança, no sentido de modos de posicionar frente ao real de seu corpo biológico. Desta forma, retira a ênfase no aparato orgânico para enfatizar o modo pelo qual este é concebido pela criança a partir da fala de seus pais.

Aprofundando em sua proposta, Mannoni (1964/1999b) indica o olhar acerca dos efeitos da relação no corpo orgânico – o modo pelo qual os fatores pessoais levam a modos de usar o corpo. Uma criança cuja relação se encontra atravessada pela deficiência pode deixar de receber estímulos necessários para o seu desenvolvimento, levando a uma apatia psíquica se torna uma apatia geral, observada pela falta de movimentos espontâneos. Com o passar do tempo novos desdobramentos poderiam surgir e se veria, como indica a CIF, o modo pelo qual o quadro orgânico final é composto por aspectos orgânicos, ambientais (sociais) e pessoais.

Nesta retomada pelos autores clássicos da psicanálise verificamos que, do ponto de vista psíquico (o que tomamos enquanto aspectos pessoais) podem ou não haver dificuldades. A atribuição de sentido ao fenômeno é o ponto principal. Ainda que uma deficiência possa ser

qualificada entre menos ou mais grave, tal apreensão está no nível do psiquismo em que o sujeito, a partir de suas experiências, atribuirá sentidos singulares, os mais diversos possíveis. O percurso mostra ainda que pode ser engendrada uma *imagem deficiente*. Desde o discurso dos pais, um sentido para a criança com deficiência pode ser o sentido de uma deficiência enquanto dificuldade, doença, mas também quaisquer outros não limitantes, a depender do modo de investimento narcísico dos pais nesta criança quando a deficiência perpassa a relação.

Recuperando o capítulo, a proposta foi construir teoricamente um conceito de deficiência física a partir de uma visão holística, ou seja, incluindo aspectos orgânicos, ambientais e pessoais. Foi visto que a) existe um problema orgânico advindo de uma etiologia específica depende de outros fatores para formar o quadro final de uma deficiência, dentre estes, fatores ambientais e pessoais irão “moldar” os primeiros prejuízos, alterando-os, criando outros, diminuindo-os, ocultando-os. Assim, mesmo o aspecto orgânico da deficiência é dinâmico; b) podem haver impasses sociais se considerada a deficiência enquanto um sentido compartilhado para compreender o fenômeno de pessoas que possuem o aparato orgânico comprometido. Nesta linha, a deficiência é um lugar a ser ocupado, recusado, modificado, ainda que seja um regulador das relações, seja para as pessoas com deficiência ou não; c) podem ou não haver dificuldade psíquicas quando há uma deficiência, justamente no ponto em que esta poderá se colocar na relação pais-criança. Entretanto, também dependerá da significação de cada um.

Nos três pontos uma imagem se engendra, uma imagem orgânica, advinda do corpo, uma imagem social, advinda da cultura e uma imagem psíquica, do lugar que se ocupa, quem se é. Em ambas se cruzam o sujeito e o Outro, há uma troca de imagens e construções concomitantes. Identificações operam e o conjunto das imagens incidem sobre o organismo da mesma forma que o organismo alterado é o ponto de partida para o problema da deficiência em ambos os fatores. Congrega-se aqui temas pertinentes ao conceito de narcisismo, proposta psicanalítica que vem desdobrar teoricamente o modo pelo qual as imagens são criadas e assumidas, assim como as consequências deste processo.

4.2. Narcisismo: do investimento à imagem

4.2.1. A imagem perfeita em Freud

O percurso pela questão da imagem pode ser iniciado pelo conceito de narcisismo. Roudinesco e Plon (1998) recuperam o termo “Narcisismo” na tradição grega que designava o amor de um sujeito por si mesmo. Ao longo da história teóricos trouxeram o termo para o campo psicopatológico e do desenvolvimento. Em 1910 Freud adiciona uma nota sobre o tema aos Três Ensaio sobre a Teoria da Sexualidade (1905/1996b), adentrando na discussão. No texto, o autor discorre sobre o fenômeno do tomar a si mesmo como objeto sexual no caso da homossexualidade. Ainda que mais diretamente atrelado a esta questão, já é possível depreender aspectos fundamentais da teoria como o eu enquanto um objeto de amor, a identificação como base de seu funcionamento e sua participação nas escolhas amorosas. Em 1910, Freud (1996c) propõe que o amor pela mãe é reprimido, surgindo no lugar uma identificação, de modo que “toma a si próprio como um modelo a que devem assemelhar-se os novos objetos de seu amor” (p. 108). Ponto importante, pois indica a criação de um modelo que serve para dar um sentido a si e aos objetos do mundo. Com isso, tal modelo advém da lembrança de si mesmo da infância, enquanto era objeto de amor dos pais. Nesta forma de relação com os objetos se situa o narcisismo, e, em uma nota acrescentada em 1919, afirma que qualquer pessoa em qualquer momento da vida pode fazer esta eleição de objeto homossexual.

No Caso Schreber, Freud (1911/2010) insere o narcisismo enquanto um estágio de desenvolvimento da libido, ocorrendo entre as fases do autoerotismo e do amor objetual. Seguindo, em 1913 (1996d), indica haver no narcisismo uma nova organização da libido: se na fase autoerótica estava o corpo, nesta está “seu próprio ego, que se constituiu aproximadamente nesta mesma época” (p. 102). Assim, narcisismo corresponde ao enamoramento de si próprio. A partir deste modelo o autor propõe o seguinte funcionamento: “catexias de objetos que efetua são, por assim dizer, emanações da libido que ainda permanece no ego e pode ser novamente arrastada para ele” (p. 102). Há um fluxo de entrada e saída da libido a partir do eu¹⁴, tendo-o com referência. Daí a extensão de si para os objetos, da ocorrência de uma onipotência de pensamento que irá orientar e dar sentido.

¹⁴ O termo *Ego* foi substituído na pesquisa por *Eu*, seguindo a proposta das traduções mais recentes da obra de Freud e do uso que os demais autores utilizados na pesquisa o fazem. Bem como, *Eu* está mais próximo do original alemão *Das Ich* do que o termo *Ego*.

Em obra mais especificamente voltada ao tema, Freud (1914/1996e) sistematiza a libido objetal e libido do eu (ou narcisista), de modo que a primeira, deriva da segunda na medida em que é empreendida em objetos externos. Há uma relação quantitativa, aponta, em que quanto mais uma é empregada mais a outra é esvaziada. Na modalidade narcisista afirma que o investimento pode se dar sobre modelos construídos, em nossa compreensão, sobre imagens. Destas, podem ser a de como se é de fato, como se foi, como se gostaria de ser e alguém que se foi. Na modalidade objetal, quando posteriormente vem investir pessoas do entorno da criança, o investimento pode se dar na mulher que o alimenta e no homem que a protege, indicando o lugar dos pais na economia libidinal. Nestas catexias, Freud trata da “influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido” (p. 89). Há aqui sua conhecida concepção de que uma mal-estar orgânico promove o movimento de retirada da libido do mundo externo, diminuindo seu interesse: “enquanto sofre, deixa de amar” (p. 89). Sobre este ponto, indica a existência de uma erogenicidade dos órgãos, que podem modificar as catexiais sobre as partes do corpo. Por sua vez, tais modificações incidem sobre catexia libidinal do eu.

A noção de modelo enquanto imagem proposta anteriormente, se desdobra em Freud (1914/1996e) acerca de sua concepção de ideal. Indica que durante o desenvolvimento os ideais culturais e éticos levam ao recalque das pulsões e engendram conflitos. Do agente do recalque aponta “um *ideal* em si mesmo, pelo qual mede seu ego real” (p. 100, grifo do autor). Este eu ideal advém da imagem de quem se foi para os pais enquanto investido libidinalmente por estes com “toda perfeição de valor” (p. 100). Tal lugar do eu, segundo o autor, não será renunciado ao longo da vida, sendo buscado “sob a forma de um ego ideal. O que ele projeta diante de si como sendo seu ideal é o substituto do narcisismo perdido na sua infância na qual ele era o seu próprio ideal” (p. 101).

A criança adquire este brilho ideal a partir do narcisismo dos pais que cresceram e ainda se colocam na busca pelo modelo:

Se prestarmos atenção à atitude de pais afetuosos para com os filhos, temos de reconhecer que ela é uma revivescência e reprodução de seu próprio narcisismo, que há muito abandonaram. . . . Assim eles se acham sob a compulsão de atribuir todas as perfeições ao filho – o que uma observação sóbria não permitiria – e de ocultar e esquecer todas as deficiências dele (Freud, 1914/1996e, p. 97).

O filho é colocado no lugar da satisfação sem restrições – dado que os pais já se encontram em meio as privações. “‘Sua Majestade o Bebê’, como outrora nós mesmos nos imaginávamos. A criança concretizará os sonhos dourados que os pais jamais realizaram”. (p. 98). Desta forma, o ideal julgador da criança surge nos pais e é seguido das pessoas do ambiente e da opinião pública (Freud, 1914/1996e).

Esta é uma passagem importante para a pesquisa visto que levanta questionamentos acerca de um filho com deficiência física. Poderia haver nestes casos impactos na relação narcísica com os pais acerca da construção deste lugar fálico em que os pais o colocam? Artigos indicam que existem casos em que sim, e apontam justamente para o ponto da imagem orgânica que se dá a ver. Chacon (2011) cita que a não correspondência entre mãe e bebê do ponto de vista de uma *gestalt* do corpo desorganiza e suscita a concepção de um filho “não normal”. O seguinte relato da mãe de uma criança com má-formação congênita vem ilustrar este questão: “*Na primeira vez que vi minha filha, fiquei muito assustada; a cabecinha dela era enorme, hoje eu até peço perdão a DEUS, mas eu cheguei a ficar com medo dela...* (Sic E8)”. (Santos, Dias, Salimena & Bara, 2011, p. 494). Desta desconstrução, podem ocorrer outras acerca do que se esperava para esta criança enquanto possibilidade continuidade do desejo dos pais (Bénony, 2005; Gomes & Piccinini, 2010; Barbosa, Balieiro & Pettengill, 2012). Isto posto, cabe questionar se nestes casos, a construção da imagem corporal pode ser prejudicada. Para esta transição, prosseguimos fundamentando teoricamente com as contribuições de Jacques Lacan que partem do conceito de narcisismo de Freud para tratar da questão da imagem e dos ideais, fundamentais para a pesquisa.

4.2.2. Os ideais e a imagem em Lacan

Em seu primeiro seminário, Lacan (1953-4/1986), em diálogo com Octave Mannoni, recuperam o texto freudiano de 1914, debruçando-se sobre a questão do investimento narcísico, indicando a necessidade de maior esclarecimento. Sobre o jogo de investimentos do eu e dos objetos consideram se tratar de uma “metáfora realista”, visto que a libido não investe objetos reais, mas sim suas imagens.

o investimento do eu pode ser um fenômeno intrapsíquico, em que a realidade ontológica do eu que é investida. Se a libido se tornou libido de objetos, ela não pode mais investir senão alguma coisa que será simétrica à imagem do eu" (p. 144).

Lacan (1953-54/1986) segue esta linha e indica a importância da imagem para o psiquismo. Recupera da ótica seu conceito: trata-se de cada ponto de um objeto em correspondência com cada ponto de uma imagem, de modo que todos os raios que saem de um ponto devem se encontrar em algum lugar em um ponto único. Estabelecido que a questão do narcisismo é um jogo ótico de imagem, o autor opta por se valer de esquemas para trabalhar o conceito. Destes, encontram-se desdobramentos fundamentais.

Um dos primeiros modelos adotado por Lacan é o Estádio do Espelho (1949/1998). Inspirado pelas pesquisas etológicas e pelo trabalho de Wallon com crianças frente ao

espelho, discute a importância da imagem para o desenvolvimento. Indica que aos seis meses, um bebê passa a sofrer o efeito de uma imagem virtual: ainda sem uma coordenação motora e uma postura ereta, este pode interagir frente a um espelho e se relacionar com esse duplo virtual, desde que, ao seu lado, encontre-se um adulto tutelar que confirme a relação então estabelecida. Como efeito, o autor aponta a identificação, uma “transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem” (p. 97). Há assim, uma antecipação ao processo de maturação a partir da imagem, fazendo com que a fantasia do corpo despedaçado (ou seja, composto de várias partes distintas) passe para a totalidade de um corpo próprio, ortopédico, para então se tornar a “armadura enfim assumida de uma identidade alienante” (p. 100). Diz-se de uma alienação, pois neste processo de identificação, surge um Eu, mas que se vincula à forma/imagem de seu corpo. Assim, esta identificação modifica a relação do *infans* com seu corpo biológico, fazendo com que a turbulência dos movimentos autômatos passe a ganhar o contorno social, instaurando-se um controle sobre estes. Entretanto, o autor aponta que assim há uma nova forma de automatismo dos movimentos, não mais do biológico, mas do psíquico, com os fantasmas (fantasias) da imagem do corpo que constituem o sujeito advindo do processo de identificação.

Encontra-se aqui o surgimento do Eu, como marcava Freud nesses momentos iniciais do bebê. No entanto trata-se de um Eu virtual, visto que não representa o sujeito tal como é, mas como uma forma completa, homogênea, diferente da turbulência pulsional e do corpo desorganizado em suas partes. Desta forma, Lacan (1949/1998) indica ser este eu um eu-ideal com o qual o sujeito se identifica enquanto uma representação sua, ainda que discordante de sua realidade. E ainda, um eu advindo do meio externo, não sendo algo constituído. Tal identificação se dá antes das determinações sociais que organizariam o eu de determinadas formas. É uma primeira identificação que dará origem as demais que poderão se suceder. Em 1953-54, Lacan (1986) articula o estágio do espelho com o Esquema Ótico. Trata-se de um experimento em que é possível ver um vaso envolver um buque de flores sob uma mesa, ainda que o vaso não esteja onde parece estar. Por meio de um espelho côncavo, a depender de onde se olha, o vaso, invertido embaixo da mesa, se mostra do lado de cima no reflexo, acolhendo as flores. Pelas leis da ótica, linhas traçam o percurso da imagem para o reflexo, passando por um ponto de foco que permite que o vaso invertido seja projetado em uma imagem real em cima da mesa. Colocando um espelho plano a frente, o observador veria por este uma imagem virtual da composição completa.

Nestes termos, o estágio do espelho é relido enquanto metáfora da formação do eu na relação com o outro. Onde não havia nada, surge um eu, a imagem real do vaso. Logo,

encontra-se aí um malogro, dado que o vaso visto é um truque de espelhos, um produto da relação: não é uma consistência definitiva. Como um produto externo, o Eu para Lacan é uma representação, ainda que se confunda com o sujeito¹⁵. O espelho plano do esquema é o outro, à figura parental para onde olha a criança a fim de confirmar se a imagem no espelho lhe corresponde. Assim, é no espelho, no outro, que se formará a imagem com que o sujeito se identifica, contudo, para tanto dependerá o ângulo em que se olha, mais uma vez mostrando a inconsistência do eu e as condições para sua existência (Lacan, 1953/1986; 1960/1998; 1960-61/1992).

Ainda que complexa, a metáfora dos esquemas ajuda a desenvolver alguns pontos deixados por Freud. Passemos a uma leitura mais detalhada. Encontramos nos textos freudianos que o narcisismo é a base para a extensão da imagem de si para a imagem dos objetos do mundo. Ou seja, da forma como o sujeito se vê, vê o mundo. Um segundo passo ainda é encontrado: o sujeito se vê da forma como é visto pelo Outro. Mantendo esta lógica, Lacan (1953-54/1986) afirma,

Há inicialmente, com efeito, um narcisismo que se relaciona à imagem corporal. Essa imagem é idêntica para o conjunto dos mecanismos do sujeito e dá sua forma ao seu *Umwelt* [ambiente/mundo externo], na medida em que é homem e não cavalo. Ela faz a unidade do sujeito, e nós a vemos se projetar de mil maneiras (p. 147 - grifo do autor).

Compreende-se assim a função do outro na construção desta imagem. Vale já destacar a ênfase dada acerca da imagem da forma humana, como indica, "é homem e não cavalo", o que será retomado adiante, ao se tratar da imagem corporal. Deste modo, a partir da metáfora, o Outro, no caso os cuidadores de uma criança, fornecem uma imagem ao filho.

A título de comparação, Winnicott (1967/1975) propõe em seu texto sobre o estágio do espelho, que ambos se olham, mas não se vêem a si mesmo, trata-se de uma apercepção em que a mãe vê no filho algo relacionado a ela e o bebê vê nela o que compreende por ser ele mesmo. Neste ponto o autor concebe o rosto da mãe como um espelho, ainda que não reflita o bebê, mas o modo como é visto, sendo um processo de identificação importante nos primeiros anos para o desenvolvimento psíquico.

De forma semelhante à discutida, é possível encontrar em termos lacanianos:

É, realmente, a mais simples das hipóteses, supor o Outro um espelho vivo, de tal modo que, quando olho pra ele, é ele em mim quem se olha e quem se vê em meu lugar, no lugar que ocupo nele. Se ele nada mais é que seu próprio olhar, é ele quem funda o verdadeiro desse olhar (Lacan, 1960-61/1992, p. 362).

¹⁵ O Eu, produto da alienação à imagem se difere do sujeito do inconsciente, anterior ao Estádio do Espelho. O sujeito é aquele que se engendra com a linguagem, que pode ser representado por um significante, mas não inteiramente, assim é barrado, dividido, sem uma unidade ontológica. Sendo assim, o sujeito é uma diferença pura (Jorge, 2002).

Pode-se localizar aqui o lugar narcísico engendrado pelos pais em a criança passa a ocupar e se identificar a esta imagem e a estende para quadros pré-formados da realidade.

Prosseguindo, outro ponto destacado por Lacan é a utilização dos termos de Freud eu ideal e ideal de eu. Recuperando distinções dos conceitos encontra-se que o primeiro está no plano imaginário e o segundo no simbólico, abarcando as exigências da lei (1953/1986); “o Ideal do Eu, seguindo a lei de agradar, leva o sujeito a se desagradar ao sabor da ordem; o Eu Ideal, com o risco de desagradar, só triunfa ao agradar a despeito da ordem” (1960/1998, p. 678). Assim, indica o Ideal de Eu como um modelo e o Eu Ideal como uma aspiração; do ponto de vista da experiência do vaso, a imagem real formada é o eu ideal, grafado por *i(a)* e o foco por onde convergem os raios dos reflexos para formar a imagem o ideal de eu, grafado por *I*. Com isso, o eu ideal é a imagem engendrada pelo desejo do outro, como visto, e o ideal de eu é um organizador, a presença de uma lei que ordena o desejo do sujeito (1960-61/1992; 1961-1962/2003). A relação entre ambos se dá na medida em que o ideal de eu permite manter, de alguma forma, o eu ideal. Como exemplo, cita (1960-61/1992) o rapaz em seu carro esporte e a mulher que decide entrar para o partido comunista. Em ambos está em jogo sustentar uma posição, mimetizar um ideal. Porém, ambos dependem da figura do pai, de modo que o rapaz considera ser “comportado, de boa família” e a mulher entende seu ato como uma afronta ao pai. Em ambos, a forma de satisfazer o ideal de eu, tentar restituir o lugar de investimento do outro, perpassa um ordenamento, no caso, agradar, ou desagradar o pai.

Desta distinção apreende-se que o eu ideal advém do espelho, tanto de uma imagem simbólica dada pelo Outro, cuidador, como “fulano é quietinho”, quanto pela imagem virtual que de fato é mostrada ao Outro, ainda que a ênfase aqui recaia para a primeira proposta. Enquanto um modelo a se seguir, trata-se de um guia, um ordenador – ou instância julgadora, segundo Freud (1914/1996e) – para que o sujeito localize imaginariamente de que modo pode ter o amor do outro. Ou seja, como deve ser para manter seu lugar de investimento. Já o ideal de eu é localizado no complexo de Édipo na medida em que a imagem identificada é a imago do genitor. O julgamento neste é de outra ordem, visto que se trata de um crivo cultural que vem reformular as identificações anteriores, de certo modo, libertando e ampliando as possibilidades. De “fulano é quietinho” pode-se ter “fulano é brasileiro, é médico”, e, mais uma vez, todas as consequências de se assumir estas identificações.

Um terceiro e último ponto apreendido se refere a articulação entre o imaginário e o simbólico a partir da relação entre ideal de eu e eu ideal. O outro do estádio do espelho, no

lugar do espelho plano, é grafado com maiúscula, Outro, indicando se tratar instância doadora de sentidos, um lugar de referência para o pequeno sujeito encarnada no cuidador.

O eu só se apresenta e se sustenta, como problemático, a partir do olhar do grande Outro. O fato de que este olhar seja interiorizado por sua vez não quer dizer que ele se confunda com o lugar e o suporte que já estão constituídos como eu ideal (Lacan, 1960-61/1992, p. 342-343).

Desta forma, o autor usa da analogia do esquema óptico para indicar que, se para o aparecimento do vaso com as flores depende do ângulo com que se olha, a voz do Outro, ao lado da criança faz esta função. Compreendendo, o Outro dispõe de sentidos e referências (“fulano é quietinho”) e serão estes que guiaram a forma pela qual o sujeito se coloca frente ao espelho/os ideias. “É a palavra, a função simbólica que define o maior ou menor grau de perfeição, de completude, de aproximação, do imaginário” (Lacan, 1953-54/1986, p. 165). Detalhando, esta identificação narcísica com o Outro, se dá por um traço, um signo: o traço unário (Lacan, 1961-1962/2003).

A partir do traço unário, abre-se o espaço para a falta, na medida em que ao se inscrever a linguagem delimita-se contornos, deixando algo de fora, o que escapa às significações, o objeto *a*. Na articulação com a experiência do vaso invertido, Lacan associa *a* às flores, na medida que o vaso, *i(a)*, vem justamente envolvê-las. Como consequência, tem-se a fórmula: o eu ideal, contornando *a*, organiza a fantasia, que por sua vez é suporte do desejo. Ou seja, é evidenciado de que modo o sujeito se organiza a partir da imagem do Outro e como seus desejos são regulados, dado que ideal de eu e eu ideal operam em conjunto. Um interessante exemplo é dado para falar do altruísmo. O autor cita aquele que ajuda “uma pobre menina”, tomada enquanto tal pelo sujeito que ajuda. Em *i(a)* surge a angústia, montando a cena em que o sujeito, mimetizando o altruísta, supõe na menina um estado tal que em sua fantasia possa operar. Na menina se encontra o objeto *a*, e ali seu desejo contorna e engendra a cena em que o sujeito se considera estar ajudando. Assim, na medida em que algo falta, *a* concebe o brilho aos objetos, causando para o *i(a)* o desejo de investi-los narcisicamente seguindo a ficção da fantasia (Lacan, 1960-61/1992; 1961-1962/2003).

Este modelo agrega desde o lugar da criança no desejo parental enquanto uma imagem, as condições de identificação a ela, até as consequências desta imagem para o psiquismo enquanto um revestimento para a fantasia. Desta forma, a imagem de si, ou imagem corporal está presente na constituição da subjetividade, contendo a *gestalt* orgânica que se dá a ver (imaginária) e a forma oferecida pelo Outro (simbólica), ambas regulando e organizando o sujeito.

A título de exemplo, em uma pesquisa realizada pela Assistance éducative et recherches (1988), foram acompanhadas duas creches (uma *école maternelle* e um *jardin*

d'enfants) com crianças de 3 a 7 anos com deficiências física, visual e intelectual. O objetivo era verificar o processo de inclusão destas crianças no ensino regular. Das limitações encontradas pelo estudo citam que uma parcela da amostra não se beneficiou do trabalho da creche. Indicam que a convivência com outras crianças que não tinham uma deficiência causava isolamentos e a construção de predicativos com que se identificavam como “‘Eu sou aquele que não vê’, ‘que não anda’, ‘que não tem os mesmos olhos’, ‘que não tem o mesmo rosto’” (p. 103 - tradução nossa). Desta forma, explicam: da imagem de si construíram uma concepção de si falha, julgada de forma pejorativa, levando à reclusão. Por este ponto a pesquisa pondera se não existiriam casos em que seria mais indicado a integração destas crianças em conjunto, sem a presença de crianças sem deficiência.

Considerando esta parcela de casos, se o eu ideal depende do discurso parental, como visto, existem casos em que este discurso engendra lugares difíceis para a criança. Se o ideal de eu advém do social, enquanto norma da cultura, pode-se conceber que os lugares destinados à deficiência também não a favorecem. Cabe assim considerar se existem implicações na formação desta imagem corporal, com seus consequentes alcances na fantasia, ou seja, na forma como o sujeito se posiciona frente ao Outro. Ademais, como a imagem que se dá a ver pelo quadro orgânico se faz presente junto aos demais elementos.

4.3. Imagem corporal: formas e contornos

4.3.1. Pressupostos e bases teóricas

Estabelecidos os marcos teóricos que consideramos pertinentes ao tema, passamos para o conceito de imagem corporal de fato. O percurso demonstrou como desde as primeiras relações engendra-se uma imagem que tem como referencia o próprio corpo. Nesta linha, desde Freud (1911/2010) tem-se que

o indivíduo em desenvolvimento, que unificou seus instintos sexuais que agem de forma autoerótica, a fim de obter um objeto de amor, primeiramente toma a si mesmo, a seu próprio corpo, como objeto de amor, antes de passar à escolha de uma outra pessoa como objeto (p. 81).

Desde os primeiros anos, nos tempos ainda do autoerotismo, onde ainda não há um eu, encontra-se o corpo fazendo esta função. Do funcionamento primário do bebê, a pulsão advém do ambiente, de uma parte do corpo e/ou de um órgão. Assim, para o segundo, são necessárias atividades mais complexas em relação ao primeiro, e que ainda assim, não encontraram um alívio (satisfação) plena – ainda que sua finalidade seja esta tentativa – dado que o estímulo é contínuo (Freud, 1915/1996f). A relação estabelecida por Freud que nos interessa se encontra na seguinte definição, citando-a literalmente:

um “instinto” nos aparecerá como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como o representante psíquico dos estímulos que se originam dentro do organismo e alcançam a mente, como uma medida da exigência feita à mente no sentido de trabalhar em consequência de sua ligação com o corpo (p. 127).

Encontra-se aqui o surgimento do aparelho psíquico como uma consequência do trabalho exercido sobre as exigências do organismo, entendido como uma fonte. Entretanto, aqui a ocorrência de problemas orgânicos parece pouco influenciar, mas seguindo adiante em sua obra encontramos o corpo não apenas como fonte, mas como base de projeção para o eu:

O ego é, primeiro e acima de tudo, um ego corporal; não é simplesmente uma entidade de superfície, mas é, ele próprio, a projeção de uma superfície. Se quisermos encontrar uma analogia anatômica para ele, poderemos identificá-lo melhor com o homúnculo cortical dos anatomistas, que fica de cabeça para baixo no córtex, estira os calcanhares, tem o rosto virado para trás e, como sabemos, possui sua área de fala no lado esquerdo (Freud, 1923/1996i, p. 39-40).

Talvez esteja aqui uma forma de compreensão da anatomia psíquica dos sintomas histéricos ditos na introdução deste trabalho. A interessante analogia de Freud com o homúnculo da neurociência permite avançar na compreensão de uma imagem corporal: todo um esquema de referentes, não cognitivos/perceptivos, mas psíquicos. Deste modo, pode-se explorar esta perspectiva:

O próprio corpo de uma pessoa e, acima de tudo, a sua superfície, constitui um lugar de onde podem originar-se sensações tanto externas quanto internas. Ele é *visto* como qualquer outro objeto, mas, *ao tato*, produz duas espécies de sensações, uma das quais pode ser equivalente a uma percepção interna (Freud, 1923/1996i, p. 39, grifos do autor).

Já nesta citação, comparece uma vertente que se alinha a psicofísica. Freud (1923/1996i) cita que trocas táteis e dor promovem uma forma de conhecimento sobre o corpo, criando uma imagem deste. Estas experiências do corpo, somadas as construções psíquicas e perceptivas/sensoriais, são responsáveis pelo surgimento do eu e sua diferenciação do isso¹⁶. Segundo Amparo, Magalhães e Chatelard (2013), a proposta freudiana é de que o eu se organiza, em alguma instância seguindo a *gestalt* do corpo, o que desdobra em duas questões: a ocorrência de um eu que se diferencia do outro, inaugurando a experiência da individualidade e um eu que se coloca como projeção psíquica, relacionando-o a imagem do corpo. Porém, não se trata de uma representação direta deste, mas do conjunto de suas experiências, o que está de acordo com as teorias apresentadas no capítulo anterior.

Esta é a compreensão de lugar do corpo para Freud e o modo como anuncia algo psíquico, mas que abarca a psicofísica, o contato, a dor e as referências anatômicas. No capítulo anterior frisou-se a imagem especular advinda do narcisismo em termos psicanalíticos¹⁷, neste, trabalharemos a imagem corporal que considera as partes do corpo, suas formas e funções, e que possui um arcabouço teórico próprio, bastante atrelado à psicologia. Devido ao objetivo proposto, buscaremos este diálogo com a psicologia e as áreas afins, justamente para abarcar essa vertente deixada por Freud e retomada por diferentes autores.

De acordo com Lawlor e Elliot (2012), múltiplas disciplinas compõe o tema Imagem Corporal, principalmente considerando as crianças, como enfatiza o artigo. Dentre estas, cita a psicologia, antropologia, sociologia médica, estudos sobre a deficiência, neurociência, filosofia, terapia ocupacional, medicina reabilitativa, pediatria, psiquiatria e a psicanálise. Como um tema diverso, existem múltiplas definições e variações do que se concebe por imagem corporal, ainda que haja um consenso de que se trata de um fenômeno desenvolvimental multidimensional que agrega percepções, crenças, experiências, personificações, autorrepresentações, representações e atitudes sociais e culturais frente a beleza física e às boas formas do corpo. Deste modo, convencionou-se que o estudo da imagem corporal vai além do corpo físico, adentrando o campo social e relacional.

Bastante alinhado a proposta da pesquisa, esta apresentação panorâmica sobre o tema ilustra a composição da imagem corporal pelas imagens do corpo orgânico, a imagem engendrada no social e a constituída nas relações com o outro. A título de organização do

¹⁶ Seguindo as nomenclaturas, tratamos *ego* por *eu* e *id* por *isso*, seguindo a mesma justificativa anteriormente apresentada. No caso, *das es* do alemão é melhor traduzido por *isso*.

¹⁷ Para uma revisão teórica detalhada sobre o tema ver Césarís (2016).

tema, empreendemos uma pesquisa com os termos *imagem corporal* e *deficiência física*. Ilustramos a seguir a definição de imagem corporal de alguns trabalhos para ilustrar o estado da obra. Pode-se dividi-los em três frentes: psicológica, biológica e psicanalítica, seguindo as tendências da literatura e a proposta de sistematização apresentada por Ajuriaguerra (1983, p. 338).

Na primeira, parte-se da noção de corpo como “quem se é no mundo”, agente da percepção e compreensão. Encontramos nesta categoria Taleporos e McCabe (2002) que consideram imagem corporal uma experiência psicológica focada nos sentimentos e atitudes frente ao próprio corpo. Inclui aspectos conscientes e inconscientes que podem ter relação com o tamanho, função, aparência e potencial do corpo. Estes por sua vez são influenciados pelas variações históricas, culturais e sociais; fatores individuais e biológicos e ambientais. Howes, Edwards e Benton (2005) concebem imagem corporal pelo que se chama de “autoconceito”. Este se define pela visão subjetiva do próprio corpo, estado de saúde, aparência física, habilidades e sexualidade. Tam et al. (2003), também utilizando o termo autoconceito, o compreendem como o quadro de referências pela qual o indivíduo interage com o mundo, sendo uma forte influência para o comportamento humano. Está relacionado às experiências, competências e à autoatualização. Para Hammar, Ozolins, Idvall e Rudebeck (2009) a imagem corporal é considerada parte do conceito de autoestima e autopercepção. É um constructo multidimensional e de nomenclatura variada. Possui duas dimensões, uma em relação à percepção e outra à atitude. Sweeney et al. (2015) utilizam autoesquema sexual, definindo-o como generalizações cognitivas sobre aspectos sexuais de experiências passadas, de modo que influencia as informações sobre a sexualidade e guia o comportamento sexual. E Suc et al. (2015) utilizam o termo autopercepção, definindo por um processo mental que inclui processos de identificação com outras pessoas, podendo mudar, evoluir e se ajustar nas novas situações da vida. A autopercepção leva ao autoconceito, a percepção de si, composta por sensações, pensamentos e noções sobre si. Trata-se daquilo que se pensa de si e suas capacidades, características, seus corpos, suas chances, sucessos e falhas.

Na segunda linha, consideram-se os fenômenos do corpo como integração de estímulos, sendo valorizado o sistema sensorial visual e a motricidade, assim como sua dependência nos circuitos anatomofisiológicos, principalmente do sistema nervoso. Neste, encontra-se Guenther et al. (2010) que partem do conceito de imagem corporal como a imagem mental do ser físico e os sentimentos acerca desta estrutura. É uma visão emocional do aparato físico, estando a margem da consciência. E Breakey (1997) compreendendo

imagem corporal como a imagem mental das formas do aparato físico. É uma imagem individual considerada ideal em relação ao corpo. Está relacionada às emoções, percepções e reações psicossociais. Considera o registro sensorial, as respostas reflexas, respostas da espécie relacionadas à sobrevivência, identidade, no sentido da relação com o outro e avaliações sociais, atuando como estímulos para si e para os outros. Abarca também a compreensão de um lugar de existência privada e protegida, o que também permite a expressão em uma linguagem corporal compartilhada nas relações sociais.

Na terceira, o corpo é considerado ao lado do eu e dos fenômenos do narcisismo. Encontra-se o artigo de Gascón, Santos, Capitão, Fantine-Nogueira e Oliveira (2013), pressupondo que o corpo elabora uma imagem inconsciente desde a concepção dadas as sensações e o contato com a mãe, tanto pelas trocas afetivas quanto pela linguagem. Trata-se de uma memória sensorial que se torna memória do corpo-vivido. É o modo como cada um se percebe no tempo e espaço, é sua identidade e tradução de si mesmo.

Este detalhamento comprova a asserção de Lawlor e Elliot (2012) quanto a variedade de quadros teóricos abarcados sob o termo Imagem Corporal. Contudo, observando resultados de pesquisas na área encontram-se convergências, tanto de pressupostos quanto de dados encontrados, em sua maioria, indicando a ocorrência de problemas na imagem corporal. Passemos à alguns resultados pertinentes, mais uma vez recorrendo a divisão epistemológica proposta.

No grupo psicológico, Hammar et al. (2009), estudando a imagem corporal de adolescentes com deficiência física, trabalharam com uma amostra de 61 sujeitos com paralisia cerebral e 98 sem deficiência. O grupo experimental apresentou baixo índice quanto a percepção de sua competência ou adequação. O maior resultado encontrado nesta categoria foi a de “corpo dependente”. Compreendem que o grupo com deficiência tende a se considerar menos capaz fisicamente e menos aptos, chamando a atenção das pessoas. Mais uma vez é citada a questão do modelo social atuando sobre a imagem corporal desta população.

Guenther et al. (2010) avaliaram a imagem corporal de pessoas com espondilite anquilosante por meio de questionários. Participaram 56 pessoas no grupo experimental e 48 sem deficiência no grupo controle. A grupo com deficiência apresentou maiores escores de julgamento negativo do corpo e insegurança/preocupação e menores de atratividade. Não houve diferenças em problemas sexuais e estresse com a aparência do corpo. Entretanto, os com maior severidade de deficiência obtiveram menor cuidado com a aparência em relação

aos de severidade média. No grupo com deficiência foram significativos os resultados de maior vitalidade, energia e orientação para atividades físicas em relação ao grupo controle, ainda, se sentem fisicamente fortes, dispostos e saudáveis. Explicam que este dado pode estar relacionado as atividades frequentes como fisioterapias, podendo ser um fator mediador da imagem corporal.

Taleporos e McCabe (2002) entrevistando sete adultos com deficiência física acerca de sua imagem corporal encontraram a influência da imagem negativa conjecturada no ideal social e a internalização destes atributos. Assim como, uma dissociação entre a apreciação negativa da imagem corporal e a sensação de ser sexualmente atraente, o que em muitas pesquisas acaba por ser tratado enquanto variações conjuntas. De maneira inversa, Botero e Perez (2015), para validar um questionário avaliaram 114 sujeitos entre 18 e 51 anos. A maior parte apresentou uma valoração positiva de sua imagem corporal, especialmente no quesito satisfação. A aceitação de si também foi adequada quanto à deficiência e ao próprio corpo.

Tam et al. (2003) avaliaram o autoconceito de adultos chineses com deficiências físicas visíveis e não visíveis. Participaram 35 sujeitos e todos do primeiro grupo utilizavam cadeiras de rodas. Ainda que o objetivo tenha se mostrado interessante, o recorte metodológico não permite comparações mais conclusivas. O grupo com “deficiências não visíveis” contou com pessoas com câncer, artrites e doenças crônicas. Ainda com este problema, os dados apontam para menor autoconceito no grupo experimental, explicado pelo lugar social estigmatizado que ocupam, reforçado pela questão visível quando esta é proeminente. Contudo, esta questão não diferenciou os grupos quanto ao autoconceito do aparato físico, havendo características semelhantes em ambos os grupos. O grupo com deficiências visíveis ainda demonstrou maior dificuldade nas relações sociais e menos atividades diárias (também explicado pelas limitações do ambiente).

Neste primeiro grupo já se evidencia a incidência do modelo social nas compreensões, a questão da imagem física e a variabilidade quanto a ocorrência ou não de prejuízos na imagem corporal desta população. No grupo biológico/cognitivo, nota-se uma ocorrência semelhante.

Shields, Murdoch, Loy, Dodd e Taylor (2006) buscaram comparar o autoconceito de jovens (até 18 anos) com e sem paralisia cerebral por meio de uma revisão da literatura. Encontraram que crianças com deficiência física apresentam menor autoconceito em alguns domínios em relação as sem deficiência, sem que se possa afirmar que seja globalmente

menor. Enquanto consequência, apontam que estes podem se considerar menos competentes em atividades físicas, aumentando a dificuldade de participação nestas.

Moin, Duvdevany e Mazor (2011) examinaram a associação entre identidade sexual, imagem corporal e satisfação na vida de mulheres com e sem deficiência física. Participaram 70 sujeitos no primeiro grupo e 64 no segundo, entre 21 e 45 anos. Por meio de questionários e escalas, encontram mesmos níveis de preocupação sexual em ambos os grupos, mas quanto à imagem corporal, autoestima sexual, satisfação sexual e satisfação na vida os resultados foram significativamente menores no grupo com deficiência. Encontram ainda nesta amostra maiores dificuldades em formar e manter relacionamentos com parceiros, compreendido pela percepção social de que se tratam de pessoas sem sexualidade. Houve diferenças maiores no grupo mais jovem, indicando serem questões mais presentes na juventude. Assim, concluem, frente as variações encontradas mesmo entre os grupos, terem demonstrado a existência de diferenças singulares nos casos de deficiência física quanto as variáveis trabalhadas.

Breakey (1997), revisando a literatura, aponta que a discrepância entre uma alteração física percebida e a alteração de fato produzem tensões emocionais. A forma física, aponta, afeta a autopercepção que por sua vez incide sobre a capacidade de aceitar os outros. Estes fatores, somados aos potenciais efeitos de estigmatização podem levar a uma imagem corporal negativa, afetando o bem-estar. Indicam que a imagem corporal é concebida como o centro da personalidade e da vida psicológica e influenciam as sensações óticas e táteis, experiências emocionais e sociais. Desta forma, levantam algumas conclusões: há pouca evidencia de que características da personalidade estão associadas com deficiências particulares; também pouca quanto a idade e severidade em relação ao ajustamento psicológico da deficiência; pessoas com deficiência, de forma geral, manifestam diferentes sintomas em relação as sem deficiência, dentre entes ansiedade, depressão e baixo autoconceito. Em seu texto, citam ainda um interessante esquema de quatro níveis da experiência corporal: esquema corporal, autoimagem, fantasia do corpo e conceito do corpo. No primeiro há a percepção do corpo enquanto objeto no espaço. No segundo há a incorporação do esquema, cria-se uma fronteira/limite para o espaço pessoal. No terceiro falam do modo pelo qual o corpo é significado subjetivamente. No quarto há os significados culturais que julgam as formas e funções do corpo, estabelecendo referências para comparação.

Este segundo grupo trata, a partir de seus pressupostos epistemológicos, do aparato biológico como um modelo a ser visto de forma real ou distorcida. Fazemos questão de

apresentar este grupo de trabalhos justamente para mostrar que tais propostas, obviamente, não consideram o aspecto imaginário e simbólico do corpo (ainda que encontrem a subjetividade), assim como a singularidade das experiências que norteiam esta percepção. Assim, a discussão passa a se pautar em orientação e educação no sentido de fazer do orgânico um modelo subjetivo. No entanto, como discutido (ver tópico 4.2.2), tal aproximação com o corpo orgânico já se faz desarticulada desde a entrada na linguagem que faz do corpo uma apropriação do sujeito, afastando-o de sua natureza, por assim dizer.

No terceiro grupo, intitulado psicanalítico, Gascón et al. (2013) avaliaram 63 pacientes com paraparesia espástica tropical advinda de um vírus que leva a uma degeneração neurológica. A maioria apresentou grau de depressão moderado. Houve aspectos emocionais negativos como culpa, revolta e sensação de castigo; referências aos comprometimentos nas atividades, formas de lidar com a doença e sintomas físicos como dor e cansaço. As compreensões dos dados valem ser detalhadas. Afirmam que com o agravamento da doença surge um conflito gerado pela necessidade de desinvestimento da imagem do corpo passado para aceitar o corpo novo de forma positiva.

Neste ponto encontra-se que não se trata de um trabalho de imagem corporal pela psicanálise, como se supunha, mas uma pesquisa em psicologia que se vale de conceitos psicanalíticos¹⁸. A compreensão de imagem corporal ainda é semelhante ao do grupo de pesquisas em psicologia ou ainda do grupo biológico, que o considera uma expressão direta do corpo físico com necessidade de se adaptar. Esta pontuação se faz importante para manter o rigor dos conceitos e das compreensões. Assim, indicam que a não correspondência da imagem corporal pode gerar os sentimentos depressivos e afetar a autoestima, dada sua ligação com o narcisismo. Enfatizam um luto pelo corpo *saudável* perdido, mas evidenciam que é este corpo genérico que se perde – diferente seria pensar um corpo singular perdido. Mais uma vez a questão social é colocada e os autores indicam haver nestes casos o desejo de se ter um corpo semelhante ao dos demais e a criação de uma concepção de si enquanto *uma pessoa deficiente* ou mesmo um questionamento de quem se é neste corpo estranho.

¹⁸ Sendo mais rigoroso caberia aqui colocar os três grupos no discurso positivo, oposto ao psicanalítico, seguindo a proposta de Prizskulnik (2000). “O paradigma da clínica médica, clínica positiva, é uma configuração que é adotada para o trabalho clínico também por outros profissionais, como psicólogos, fonoaudiólogos, psicopedagogos. Esses profissionais aceitam a nomenclatura das doenças (doenças com substrato orgânico), realizam os diagnósticos utilizando provas organizadas a partir de pesquisas científicas (testes de inteligência, testes de personalidade, testes de aptidões, etc.), buscam curar, ou eliminar, ou aliviar os sintomas, recorrem a técnicas padronizadas de tratamento, ou trabalham no nível da consciência. . . . valorizam os pressupostos que a ciência determina, ou seja, a objetividade, a quantificação, a homogeneidade, a generalização, etc. e valorizam um trabalho baseado na consciência e na razão” (p. 26).

Como dito, existem diferenças, mas pontos em comum. Verifica-se assim uma literatura preocupada com o que pode fazer uma imagem física alterada, em como esta pode levar a identificações, como *ser uma pessoa deficiente* ou *ser incapaz*. Há uma associação entre questões orgânicas e formas de se comportar – e consequentemente de sofrer – que causam inquietações. De formas diferentes, a imagem corporal é referida a partir do corpo físico, reflexo do espelho, do meio social e das relações singulares, mas é predominante a concepção de imagem corporal como modelo genérico. Ou trata-se do corpo físico que deve ser visto da forma exata como é ou de um corpo *saudável* supostamente compartilhado por todos. O ponto é que mesmo sendo consenso de que a imagem corporal é algo subjetivo e singular, não é concebida como algo construído dentre as infinitas possibilidades pelo sujeito. Nas tentativas de generalização e comparação deixa-se de se estudar o fenômeno pelo ponto de vista singular, o que no caso da deficiência física, que já se define enquanto tal dentro deste quadro de comparação com a norma, torna as pesquisas e resultados círculos endógenos.

Tendo apresentado o tema e levantado questões, avançamos traçando a concepção de imagem corporal empreendida nesta pesquisa. Frisamos a importância de bem definir conceitos e mecanismos, assim como de propor formas de compreensão diferentes para pensar imagem corporal e deficiência física, principalmente de crianças com quadros congênitos cujos estudos são bastante escassos. Para tanto serão necessários dois momentos, ou melhor, dois autores. De um lado tem-se Paul Schilder, com uma compreensão psicológica e psicofísica de imagem corporal e de outro Françoise Dolto com uma proposta de imagem corporal a partir da psicanálise, mas em relação direta com o corpo físico e a motricidade. Aventamos que estas duas propostas articuladas permitam explorar de maneira mais detalhada a questão da imagem corporal na deficiência.

4.3.2. O marco de Paul Schilder

Esta é a principal referência de imagem corporal. Independente da área e do recorte epistemológico, o autor é frequentemente citado. Para nosso objetivo, trata-se de uma referência importante, pois além de deixar os marcos do conceito e pontos de estudo, propõe uma articulação entre esquemas mentais, cognitivos, sensações, percepções e questões psíquicas como o narcisismo e a significação do corpo do social para o sujeito.

Schilder (1950/1980) trata a imagem do corpo não apenas pelas impressões das sensações corporais (táteis, térmicas e de dor, cita o autor), mas como uma experiência de unidade. Indica que nas experiências humanas há mais do que uma percepção, pois ocorre

também uma esquematização e uma figuração a partir das experiências passadas que são registradas fora da consciência. Próximo ao texto de Freud (1923/1996i) comentado, a imagem do corpo se estende de uma simples esquematização mental do corpo e se coloca como uma forma de organização e síntese do sujeito no nível inconsciente. Assim, Schilder não distingue esquema de imagem corporal¹⁹, articulando percepções conscientes e construções inconscientes. O autor trabalha em seu texto as especificidades da imagem que trazem contribuições para nossa pesquisa. Primeiramente, indica as bases orgânicas da imagem corporal e se vale de uma série de pesquisas experimentais para fundamentar sua discussão. Aponta que, para que se organize o corpo e seus movimentos é preciso que uma sensação tátil esteja relacionada a uma imagem para formar um ponto de localização. Assim, sensações e percepções interagem continuamente em referência a uma imagem de si (Schilder, 1950/1980).

Centrados nesta unidade, as partes do corpo se organizam por autoregulação. Quando uma parte do corpo se move, as demais se repocicionam mantendo um modelo postural, sem que haja um controle consciente. E, criam assim, uma sincronia singular e rítmica. Por este motivo, casos de tônus de rigidez extrapiramidal e de lesões piramidais, frequentes nos casos de deficiência física, não incidem sobre a imagem corporal apenas em movimentos específicos, mas em todo o conhecimento sobre o corpo, dado os processos de autoregulação (Schilder, 1950/1980).

O psiquismo se coloca dentro de sistema como mais uma variável. Como exemplo, cita que quando uma parte do corpo recebe uma importância excessiva, a simetria e o equilíbrio são perdidos, demandando uma nova reorganização. Outro caso ocorre quando há irrupção de angústia. Schilder (1950/1980) define que a coerência da imagem corporal em uma unidade ocorre por conta do narcisismo que se trata de um investimento na imagem construída. Logo, quando há angústia e se perde o investimento narcísico, a imagem se rompe, ainda que não tenha encontrado na literatura de sua época dados para fundamentar esta consideração. Ainda, determinadas posturas subjetivas conjeturam modelos posturais específicos: suplica, desafio, tristeza promovem tensões e relaxamentos característicos e determinada delimitações da imagem do corpo.

¹⁹ Le Boulch (2001) afirma que durante a história esta distinção se colocou como fonte de divergências entre os diferentes teóricos, de modo que os mais ligados às ciências biológicas preferiam utilizar o termo “esquema corporal” enfatizando as relações neurológicas de um modelo postural que organizava os movimentos, enquanto que aqueles que estavam voltados para a subjetividade e o psiquismo utilizavam o termo imagem corporal, enfatizando o modo como o corpo é representado afetivamente para cada um. Contudo, o autor aponta que esta divisão trata o tema de maneira cindida, como se corpo, organismo e psiquismo não interagissem entre si e pudessem ser recortados de sua totalidade.

Podemos observar que o autor indica a ocorrência de uma extrapolação do corpo por parte do sujeito. O organismo faz barreira ao sujeito, mas este, por sua vez exige que se modifique, se configure e se ajuste para atender as suas necessidades. É possível considerar a infinidade de situações das quais o corpo é submetido a fim de atender ao sujeito. De maneira semelhante e ilustrativa Winnicott (1990) afirma que quanto maior o conflito psíquico, as inibições, compulsões e ansiedades, maiores são as dificuldades de adaptação e os danos ao corpo e suas funções.

A imagem corporal se concretiza com o movimento. Desde bebê, as experiências de dor (poderíamos falar de satisfação/insatisfação) pautam o que irá decidir se aproximar ou afastar. Assim, o autor afirma que as decisões se dão pela ação motora, que, além de engendram formas do sujeito se relacionar com seu meio, criam situações com as quais o corpo precisa lidar, aumentando a complexidade de seu sistema e suas inter-relações. Isto posto, a imagem corporal é definida como uma unidade que se transforma pela experiência. Neste caso, podemos ampliar o termo experiência para abarcar eventos mais cotidianos, como o uso de roupas, acessórios e instrumentos. Para o autor, estes objetos se somam a imagem corporal, entrando no sistema de regulação (Schilder, 1950/1980). Podemos questionar se uma prótese ou uma órtese, como a cadeira de rodas ou a muleta, peças frequentemente presentes na população estudada, podem compor a imagem corporal e organizar o corpo para que todas as partes entrem em consonância. Ainda que não diretamente, o autor nos fornece uma pista:

A doença orgânica provoca sensações anormais, mudando imediatamente a imagem do corpo, do ponto de vista da figuração e do conteúdo libidinal. Estas sensações se tornam imediatamente parte da atitude e da experiência gerais do indivíduo, situando-se na base da transformação e da transposição, das condensações e simbolizações que estudamos no caso da neurose (p. 158).

Talvez a citação tivesse maior valor para os quadros de deficiência adquirida, dado que haveria uma mudança na configuração do corpo orgânico. Ainda assim, nos alerta para considerar que uma deficiência, e principalmente por carregar este valor patológico pelo social, venha marcar a imagem corporal de maneiras específicas.

Tratando do desenvolvimento, Schilder postula que a imagem corporal “se desenvolve em contato com o mundo externo, e que aquelas partes do corpo que mantêm um contato variado e estreito com a realidade são as mais importantes” (p. 59). Assim, o papel do outro na primeira infância é ressaltado. São as pessoas do entorno da criança que vão incitar seu interesse em uma parte ou outra do corpo, bem como vão servir de modelo postural para que possa criar sua própria imagem – neste último ponto, há toda a dimensão cultural que orienta o corpo, tal como já discutimos anteriormente. Determinadas posturas, a fala e o toque podem

privilegiar determinadas partes e a criança distribuirá seu interesse a partir dessas relações e posturas, e assim, inicia-se o jogo dinâmico dos intersistemas. Ademais, o autor refere que a imagem corporal só alcança uma unidade quando a organização psíquica atinge a genitalidade (Schilder, 1950/1980). Poderíamos dizer, quando o processo de constituição subjetiva culmina no surgimento de um sujeito desejante estruturado no laço social.

O autor levanta questões pertinentes à questão da deficiência física. A sensorialidade, que pode não existir ou ser exacerbada em diferentes quadros de deficiência; a movimentação e suas regulações pela imagem criando arranjos posturais singulares; o papel do outro como uma referência para a constituição da imagem corporal, ainda que este outro apresente um arranjo de corpo diferente; e a incidência da cultura moldando a imagem que será referência para os modos de se comportar.

A tradição de Schilder também deixa um caminho de pesquisa. Diferente da revisão apresentada (ver tópico 4.3.1.), há uma literatura preocupada com as formas da imagem do corpo, disposição dos membros, arranjos e junções e de que modo a representação por um desenho diz de como o sujeito lida com seu corpo em uma imagem corporal. Nos termos do autor:

a criança se satisfaz plenamente com seus desenhos e, conseqüente, acredito que o modo como as crianças desenham as figuras humanas realmente reflete o conhecimento e a experiência motora que têm da imagem corporal. No mínimo expressam a imagem mental que possuem do corpo humano, e a imagem corporal é tanto imagem mental quanto percepção (Schilder, 1950/1980, p. 95).

Entramos assim em um campo da literatura que avalia a imagem corporal por meio de desenhos, interpretando-os seguindo a proposta de Schilder. Realizamos uma revisão da literatura buscando trabalhos²⁰ que utilizaram de desenhos de figuras humanas com pessoas com deficiência física. Neste tópico ampliamos o escopo de crianças com deficiência física congênita para simplesmente deficiência física, visto que na literatura existem poucos trabalhos com nossa especificidade.

Quanto aos dados acerca de características dos desenhos, há a dissertação de Scherb (1998) que avaliou pessoas com lesão medular adquirida. 30% da amostra apresentou desenhos considerados grandes e a maioria mostrou distúrbios na assimetria, indicando prejuízos na integração da imagem corporal. Há ainda transparências, rasuras e correções, indicando pontos conflitivos, assim como omissão de membros do corpo e membros curtos e

²⁰ A revisão e sua conseqüente discussão enfatizando o teste do Desenho da Figura Humana no contexto clínico e científico foi apresentada na modalidade de painel no VII Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica. Assim como, o texto contendo a discussão completa foi publicado em Silva e Herzberg (2017).

finos. Quanto ao tamanho da cabeça, olhos, nariz e boca foram encontrados traços de tamanho grande.

Na revisão de Lourenção van Kolk (1972), há referência a trabalhos em que se observam também omissões e discrepância em relação aos membros, presença de órteses desenhadas nas figuras e junções impróprias com o tronco. O mesmo foi visto em Silverstein e Robinson (1956) que também encontraram, em crianças com poliomielite, desenhos que não evidenciaram a presença de indicadores de deficiência, como os anteriormente citados. Somado a estes, Campos, Avoglia e Custódio (2007), encontraram em adultos com paraplegia adquirida a divisão do tronco em partes, havendo uma separação marcada pela cintura, o que de acordo com os autores, pode ser entendida pela própria configuração da paraplegia.

Os trabalhos indicam que é preciso um cuidado no tratamento dos desenhos visto que estes podem expressar uma condição análoga ao corpo real, necessidades, sentimentos e idealizações (Abel, 1953). Assim como, nestas possibilidades, o desenho de si próprio demonstrou fornecer representações diretas da pessoa, enquanto os demais, mais as representações das projeções conscientes e inconscientes (Johnson, 1972; Silverstein & Robinson, 1956; Abel, 1953).

Alguns trabalhos (Manganyi, 1972; Nielsen, 1961) que compararam grupos (seja entre pessoas com diferentes deficiências ou entre pessoas com e sem deficiência) não encontraram diferenças significativas. Silverstein e Robinson (1956) analisam este dado e indicam que a expressão de um desenho com características consideradas de pessoas com deficiência expressando a si própria podem ser vistas em pessoas sem deficiência cuja vivência se encontra conflitiva a ponto de haver uma mesma representação. O mesmo pode ocorrer se pessoas com deficiência bem integradas aos seus corpos, produzirem figuras cuja imagem corporal encontra-se tal qual a de alguém sem uma deficiência. Neste ponto, os dados permitem considerar que quando não há esta integração da imagem corporal, quando a experiência com a deficiência é vivenciada como conflitiva, encontram-se maiores alterações inusuais nos desenhos, ilustrando que tal parte, em sua assunção simbólica, guarda problemáticas para o psiquismo daquele sujeito. Enquanto que, para os que chegam a uma integração, o desenho deixa de ser uma questão e se apresenta de forma menos alterada (como por exemplo, com menor número de rasuras, correções, aumento, diminuição e omissão).

Mais uma vez os dados não são conclusivos para indicar a ocorrência de prejuízos na imagem corporal quando há uma deficiência física, ainda que hajam especificidades. Assim, a ênfase recai sobre a experiência e o modo pelo qual o corpo é significado. Se dissemos que as

pesquisas que tratam da imagem corporal partem de modelos genéricos, nestes há esta tendência, mas examinar as produções individuais permite alguma forma de compreensão do singular, como cada sujeito se arranjou dada o quadro de sua deficiência. Como enfatizamos, esta vertente psicológica da imagem corporal enfatiza aspectos psicofísicos e se atêm as formas. Passemos agora para a segunda proposta, psicanalítica.

4.3.3. A imagem inconsciente do corpo

Dolto é contemporânea de Lacan e estabeleceu diálogos com temas trabalhados pelo autor. O estágio do espelho é um destes exemplos. Se Lacan indicava que a experiência do espelho traz júbilo, a autora (Dolto, 1984/2015) compreende que há no lugar um choque. Antes deste momento não há uma distinção eu-outro, assim como não há uma noção de particularidade. Um bebê frequentemente vê os demais, mas pouco se vê. Quando este pode se identificar a imagem do espelho engendra-se para o pequeno sujeito que esta imagem é a que o representa para o outro, e, por esta imagem, e apenas por esta, que será visto e referenciado. A incompatibilidade entre o sujeito e sua imagem aqui é ainda mais agravada, visto que para a autora surge um buraco simbólico entre o que se é e o que se mostra, de modo que os sintomas surgem como formas de contornar esta incompatibilidade. A noção de ideal também é utilizada para localizar a função da imagem para o sujeito, semelhante as concepções de Lacan. Também semelhante, é o fato de Dolto situar a importância deste momento para a organização do sujeito. Se identificando a imagem do espelho pode se diferenciar dos objetos, criando representações distintas e definidas, abrindo para o simbólico. Se o objeto tem a forma de uma mesa, serve a determinados objetos e funções e o mesmo com o corpo.

Dolto (1984/2015) ainda vai adiante, concebendo que o estágio do espelho é uma *castração primária*. Seu conceito de castração está atrelado as possibilidades de inserção no laço social, assim, tratam-se de ordenamentos humanizantes, inscrições da cultura que transformam o puro orgânico em sujeito. Em relação à identificação da imagem corporal, indica que as crianças observam as formas do corpo de seus pares e estabelece diferenças. A questão da partilha dos sexos é destacada, no sentido de como a imagem da diferença sexual é identificada e orienta o sujeito a se organizar de formas específicas. Assim, os movimentos involuntários e desconexos ganham um sentido humano, uma forma compartilhada e uma expressão funcional dentro do contexto cultural em que está inserida: um esguio se torna um sorriso, um movimento de braço, um aceno de “tchau”, um choro um chamado pela saudade

da mãe e assim por diante. A transformação do orgânico e a distância que se abre este o natural e o subjetivo é bem ilustrada, assim como a importância da imagem neste processo.

Nesta linha é conceituada a imagem corporal. Dolto (1984/2015) a diferencia de esquema corporal: o corpo orgânico, a disposição de sua massa em oposição ao meio. O corpo generalizável e compartilhado por todo aquele representante da espécie humana e igual em condições semelhantes. Enquanto imagem corporal é compreendida como a síntese das experiências emocionais e inter-humanas, tal como um conjunto de traços de registro mnêmico. É a encarnação do sujeito desejante em seu esquema corporal, assim como é suporte do narcisismo, responsável pela experiência de si. Sendo assim, é uma referência base para a compreensão do mundo (assim como visto no capítulo 4.2) e o modo pelo qual cada um se posiciona frente a ele.

Distingue-se assim três modalidades da imagem corporal. A *imagem de base*, referente ao narcisismo primordial que permite uma vivência de continuidade, de repetição do ser. A *imagem funcional*, que constitui o corpo como desejante em busca de satisfazer necessidades e desejos. Entretanto, se o sujeito se encontra confinado em seu corpo, na conjugação da imagem corporal sob o esquema corporal há uma incompatibilidade que deixa uma falta, falta esta que não poderá se satisfazer por completo com os objetos do meio. Ainda que o desejo, simbolicamente, seja direcionado para o ambiente, trata-se de algo de outra ordem. Contudo, é justamente na possibilidade de deslocar o desejo que o corpo poderá atender à exigência do sujeito, multiplicando suas possibilidades na tentativa de se satisfazer. Como exemplo, o início da capacidade de manipulação/manuseio dos objetos se dá com a inibição das respostas do bebê de explorar os objetos do meio com a boca. Tem-se assim, uma imagem funcional que permeará a forma como o sujeito interage com o ambiente em sua busca por satisfação. E a *imagem erógena*, se referindo à demanda do desejo que se coloca frente à falta, impelindo o sujeito ao constante perseverar em um advir. Nessa expectativa de se atingir o objeto, há uma balística em que o esquema corporal é organizado – para atender a uma demanda do desejo/imagem do corpo – para atingir um objetivo. Assim, o desejo faz um trajeto, um caminho pontilhado que traça um ritmo do movimento para que se busque o objeto.

Articulando a ação das três modalidades tem-se a seguinte compreensão: o desejo age na *imagem de base*, para realizar, por meio da *imagem funcional* (que dá um local, uma forma ao desejo) e da *imagem erógena*, se organizando para atingir um objeto/objetivo. É a partir da *imagem de base* que dê consistência de um eu que segue a ética da vida, do se desenvolver, encarnada em um corpo simbólico, que permite deslocar funções, ampliando suas

possibilidades, mas que, entretanto, não se satisfaz por completo, colocando-se em direção a um eterno devir/buscar, que re-convoca a articulação esquema e imagem corporal, mas de uma forma ordenada, criando um movimento rítmico específico que o coloca em direção ao mundo externo.

Neste percurso entre Schilder e Dolto conceituamos a imagem corporal tal como a pressupomos nesta pesquisa. O componente orgânico e suas funções precisam ser considerados, mas situados dentro dos contornos que cada sujeito lhe atribui. De modo que esta atribuição perpassa os quadros pré-formados advindos do laço social. Esta passagem do social para individual e do individual para o orgânico é responsável por situarmos a discussão da imagem corporal no processo de constituição subjetiva. Se partimos do ponto de que esta imagem é uma construção singular advinda da relação com o outro não caberia estudá-la simplesmente por escalas ou apenas desenhos. É preciso o contorno entorno destas formas, para assim pode alcançar a vertente identificatória da imagem, os efeitos desta sobre o corpo, sobre os movimentos e posturas e assim propor algo acerca da deficiência física. Segue-se assim pontuando o que tratamos por constituição subjetiva e como a imagem corporal se situa nesta. Os pontos principais já foram levantados ao longo deste capítulo, sendo necessário apenas articulá-los adequadamente.

4.3.4. Imagem corporal na constituição subjetiva

De acordo com a nota de Lacan sobre a criança (1969/2003) concebe-se que a função da família é a transmissão da cultura. Enquanto função, que os pais ultrapassem a satisfação das necessidades e engendrem uma relação particular com a criança de modo a constituir ali um sujeito. O pano de fundo da relação pais-criança é a trama familiar. Esta é composta pelas questões de cada membro que se inter cruzam em jogos de projeção que atendem ao desejo de complementaridade com o outro. A criança, não isenta desta dinâmica, é alvo destas projeções que carregam os conflitos do desejo parental. Entretanto, são estes mesmos desejos que permitem inserir o novo sujeito em um discurso não anônimo, assim, constitutivo do ponto de vista subjetivo (Pincus & Dare, 1987). Deste modo, o lugar da criança é construído antes mesmo de sua concepção, já se encontrando nas expectativas e suposições do casal. Observamos que, no cerne da relação parental, é montada uma imagem da criança. Imagem esta que a insere em uma trama familiar, que já supõe neste ser-por-vir um sujeito que atenderá as questões singulares e do casal enquanto unidade. Os desdobramentos desta imagem verificam-se ao passo que se desenvolve a criança.

Faria (2010) sistematiza os três tempos lógicos presentes na constituição subjetiva, descritos por Lacan, marcado entre os zero e três anos. O primeiro tempo ocorre no nascimento do bebê e nas relações que se iniciam dada a sua prematuridade. Para sobreviver, este depende inteiramente do outro, que, como vimos, ao atender as necessidades da criança, a insere na linguagem, permitindo que a criança possa demandar aquilo que deseja. A relação segue o modelo triangular em que o 1) bebê ocupa o lugar de 2) falo da 3) mãe, permitindo que a criança seja investida como um objeto de amor e que nela seja suposto um sujeito (que de fato ainda não existe) que vem atender as fantasias da mãe. Do lado do bebê, é na alienação a este desejo que este garante sua sobrevivência. Como produto desta relação, o Eu do bebê surge no lugar da mãe e o Eu da mãe (seus desejos, fantasias e questões) se transforma no Outro (com maiúscula) do bebê, ou seja, a mãe passa de sua pessoa real para uma fonte de referências para o sujeito que emerge. Encontram-se aqui os fenômenos do estádio do espelho.

O segundo tempo se dá com as presenças e ausências da mãe, abrindo uma hiância na relação, até então, fusional. Trata da castração incidindo sobre a mãe, no sentido de desinvestir o filho do lugar imaginário de completude plena. Assim, esta pode se ausentar e aguardar antes de satisfazer prontamente às demandas do bebê. Por consequente, a castração incide também no bebê, que sai do lugar de objeto para emergir como sujeito, que precisará se engajar em forças de interpretar o desejo do outro para satisfazê-lo e recuperar seu lugar perdido. A linguagem e o brincar surgem como formas simbólicas de fazer presente o que está ausente. Finalmente, no terceiro tempo, o pai, que no tempo anterior fazia função daquele que ocupava o falo e podia satisfazer a mãe, neste, faz com que o falo circule, instaurando para o bebê a possibilidade de também ocupar esta posição. Se a mãe se ausenta, também retorna em algum momento, é possível ter alguma satisfação, mas não a completa e exclusiva do primeiro tempo. A nova lógica paterna vem se sobrepor a materna e assim as marcas da cultura se imprimem no sujeito (Faria, 2010).

Sintetizando, estas operações advindas dos cuidadores da criança são responsáveis pela formação de uma matriz denominada fantasia/fantasma fundamental, em termos freudianos, o cerne do aparelho psíquico²¹. Esta matriz é composta por três elementos fundamentais: a sexuação, inscrição no real na partilha dos sexos; a filiação, a inscrição simbólica no sistema familiar e as identificações que dizem respeito a estas relações imaginárias que se conjugam. “Elas regulam, organizam e determinam as relações do sujeito

²¹ Para as correlações do conceito em Klein, Winnicott e Dolto ver Jerusalinsky (2008), p. 118-119.

com os outros, com os objetos, e com seu próprio pensamento . . . são as que comandam a disposição dos desejos” (Jerusalinsky, 2008, p. 119).

Define-se assim a função do outro para a criança no processo de constituição subjetiva. Por este quadro sistematizamos funções e consequências, permitindo uma compreensão detalhada dos processos. Do ponto de vista imaginário, da construção do Eu e da imagem corporal encontramos suas raízes e o modo pelo qual os cuidadores precisam atuar sobre a criança a fim de favorecer tais aquisições. Encontramos exemplos na literatura que discutem casos de deficiência física.

Battikha et al. (2007) indicam que o diagnóstico de uma deficiência pode ser tomado pelos pais como um destino inexorável, aumentando a possibilidade de riscos psíquicos no vínculo mãe-bebê. Em sua pesquisa com 11 mães de bebês com doenças graves (mielomeningocele, síndromes genéticas, encefalopatia, malformações, dentro outros), os autores realizaram uma entrevista pautada na questão disparadora “Conte-me sobre seu filho”²². Em seus resultados, o filho foi falado a partir da deficiência, tal como se um equivalesse ao outro, o que explicam com o alcance da marca permanente no corpo feita pela deficiência e as dificuldades de assim produzir outras significações sobre o filho. Nestes lugares produzimos em torno da deficiência, Gomes e Piccinini (2010) observam que as dificuldades e as possíveis incapacidades que o bebê pode ter se tornam maior que a condição orgânica que subjaz a deficiência dado o imaginário dos pais. E de forma semelhante, Munhoz (2011), pesquisando como a relação mãe-filho influencia a formação da imagem corporal em crianças com paralisia cerebral, indica que

a imagem que a mãe faz da criança influencia na formação da imagem que a criança tem de si. Por exemplo, se a mãe vê a criança com capacidades muito aquém das reais, com limitações quase totais, estas experiências da criança com o próprio corpo e o mundo provavelmente serão evitadas ao máximo, dificultando que a criança forme uma imagem de si mesma mais próxima do real (p. 59-60).

Assim, nota-se que a imagem orgânica da deficiência pode ser estendida ao lugar de identificação oferecido à criança em sua constituição subjetiva, podendo levar a imagem corporal marcada não pela alteração orgânica direta, mas por sua imagem significada, carregada de valores e lugares sociais. Se esta imagem organiza a compreensão do mundo e de si, cabe discutir os possíveis efeitos. Assim como, se esta imagem organiza o corpo e suas funções, cabe discutir de modo pode participar do quadro de uma deficiência.

²² Este detalhamento se justifica do ponto de vista científico, visto que a maioria das pesquisas com este teor que foram encontradas dirigiam perguntas como “quais os problemas você tem com seu filho?”, que insere um viés nas respostas e pressupõe uma vivência percebida pelos pais como problemática, sendo mais indicada a proposta dos autores.

Encerra-se aqui o percurso de revisão da literatura, considera-se que algumas bases teóricas foram apresentadas, temas relevantes foram levantados e dados foram ilustrados para auxiliar no objetivo da pesquisa. Adiante iniciamos a apresentação de casos clínicos.

Segunda parte: Apresentação de casos

Os casos serão apresentados no formato de Estudo de Caso Instrumental (Sampieri, et al., 2006). Serão apresentados os dados gerais do caso, incluindo informações acerca da deficiência advindos tanto do prontuário quanto da AP3, resultados do DFH, com a tabela que sintetiza os resultados e o inquérito, e resultados da AP3. Cada unidade, no percurso, será discutida individualmente. Os nomes são fictícios, visando a preservação do sigilo e confidencialidade dos participantes.

5.1. Caso Luíza

5.1.1. Dados gerais e quadro da deficiência

Luíza tem 5 anos e mora com sua mãe e seus avós maternos. Os pais são separados, havendo pouco contato entre estes, ainda que o pai veja a criança frequentemente. Vale já comentar que a relação entre pai e mãe é conflituosa, de modo que optamos por não chamar o pai para participar da coleta, como recomenda a AP3. Consideramos que com uma relação conflitiva, a presença do pai poderia prejudicar a coleta, podendo comprometer os demais dados.

Segundo o prontuário, a criança tem Paralisia Cerebral Espástica, com um quadro de hemiparesia direita (G80-G80.2) de origem congênita. De acordo com o relato da mãe, as complicações ocorreram no momento do parto, que teve duração muito acima do esperado. Relatou ter sido uma gravidez sem intercorrências, exceto por uma queda na 34ª semana, “um tombo bobo” (sic), mas que levou ao rompimento da bolsa. Contudo, afirmou que se tratava de uma criança “normal” (sic), até o momento em que a avó notou, aos quatro meses, que a criança utilizava apenas uma das mãos em seus movimentos, de modo que a mão direita permanecia fechada. Logo foram feitos exames de ressonância magnética e foi detectado o prejuízo, seguido de encaminhamentos. Assim, desde os oito meses a criança faz fisioterapia. Em seu prontuário constam que foi diagnosticada com acidente vascular cerebral (AVC) intrauterino por oclusão da artéria cerebral média esquerda, acarretando no comprometimento dos membros do lado direito do corpo. Em exame de eletroencefalograma não foram verificadas alterações.

Quando se fala de Paralisia Cerebral há uma frequente confusão entre diagnóstico e o quadro clínico, visto que o nome não especifica uma etiologia ou uma doença, mas sim uma apresentação clínica (Chabrier, Roubertie, Allard, Bonhomme & Gautheron, 2010). Deste modo, é caracterizada por uma lesão ou anomalia no cérebro em desenvolvimento, ocasionando uma disfunção durável, de origem medular, periférica ou mecânica e não

evolutiva a partir da lesão inicial (ainda que possa evoluir por conta de outros fatores). Acrescenta-se o termo hemiplegia, como os demais, para caracterizar a modalidade de paralisia cerebral, no nosso caso, unilateral. Os autores indicam que 65 a 80 % das crianças hemiplégicas nascem a termo e com peso normal, de modo que o caso que estudamos dentro da faixa de menor porcentagem de ocorrência.

No caso da hemiplegia, também há a definição “espástica”, caracterizando hipotonia e resistência no estiramento muscular, mais marcadamente no membro superior e mais comum no lado direito e que se mostram ao longo do desenvolvimento (Chabrier et al., 2010). A espasticidade aumenta quando há início de um movimento, levando a movimentos bruscos, lentos e anárquicos. Estes músculos se mantem em contração contínua, aparentando fraqueza e produzindo posições anormais das articulações (Lima & Fonseca, 2004).

Tratando da etiologia do quadro, Trønnes, Wilcox, Lie, Markestad e Moster (2014) apontam que o risco de paralisia cerebral (PC) é maior em crianças pretermo, pois implica em riscos para o desenvolvimento cerebral normal. Contudo, indicam que estas relações ainda não se encontram claras, principalmente quando somadas aos problemas na gestação. Em seu estudo com dados populacionais de 3151 casos na Noruega 9% nasceu entre 34 e 36 semanas, sendo a maioria entre 37 a 41 semanas. Encontraram que em nascidos após a 31ª semana o risco de desenvolver PC aumenta em quase 2% quando há um problema na gestação.

É importante lembrar que a partir do quarto mês o sistema nervoso se encontra vulnerável a injúrias, pois depois de passado o momento de neurogênese dos meses anteriores, se torna difícil recuperar o processo para que as células danificadas sejam repostas. Assim como, por volta da 27ª semana, após terminada a migração das células nervosas para seus respectivos lugares se inicia a maturação neuronal e então o desenvolvimento sináptico, sendo períodos chave para a organização do sistema nervoso. Por este motivo, lesões ocorridas nos últimos meses da gestação produzem uma atrofia cortical ampla (Kolb & Whishaw, 2002).

Vemos assim como o parto na 34ª semana, por si só traz comprometimentos para a formação do sistema nervoso, contudo, quando associado a algum problema na gestação o quadro se complexifica. Vimos que Luiza foi acometida de um AVC perinatal, que segundo Golomb, Saha, Garg, Azzouz e Williams (2007), produz riscos de PC, deficiência intelectual e epilepsia. E como foi dito anteriormente, esta relação também não se encontra extensivamente estudada na literatura. Afirmam que quando há um quadro de PC depois de um AVC há prejuízos adicionais em relação a quando esta variável não se faz presente. Dentre estas indicam que mais de 40% apresentam déficits cognitivos e de linguagem e epilepsia. As bases anatomofisiológicas da linguagem se encontram do lado esquerdo, sendo

afetadas as artérias deste lado, é possível encontra prejuízos tanto na fala/compreensão quanto na área motora. Lembrando, na extensão do sistema nervoso periférico há uma inversão do lado esquerdo com o lado direito em relação ao sistema nervoso central, acarretando em um prejuízo do lado direito. Contudo não podemos precisar (e nem é nosso objetivo) qual a extensão da prematuridade e do AVC, visto que as condições de maneira independente trazem prejuízos para o sistema nervoso e consequentemente para o controle dos movimentos. E como vimos, sua associação traz prejuízos adicionais.

Alguns dados do relatório da fisioterapeuta em seu prontuário especificam que a criança deambula sem auxílio e com equilíbrio satisfatório; o membro inferior direito possui leves comprometimentos, resultando em desequilíbrio muscular; possui um prejuízo no posicionamento articular do punho direito (desvio ulnar) e cotovelo com leve flexão. De forma geral, tem desempenho satisfatório nas atividades motoras grossas, mas apresenta um déficit motor nas atividades que exigem coordenação e pressão fina, visto que a mão direita apresenta um desvio lateral. Até os primeiros atendimentos na instituição a criança fazia uso de órtese suropodálica (utilizada no membro inferior direito para auxiliar na marcha).

Observando a criança, verifica-se uma marcha satisfatória e a mão direita totalmente aberta e com recursos funcionais. Os prejuízos são leves e mais perceptíveis quando a criança, em alguns momentos, segura objetos com as “costas da mão”, ou quando deixa o membro direito em repouso mantendo o desvio. Devemos citar que a criança já dispõe de recursos para utilizar o membro de maneira mais funcional, mas nos momentos lúdicos e de distração se nota o posicionamento do punho de maneira desviante.

5.1.2. DFH

Luíza se mostrou colaborativa para desenhar, mas resistente para responder o inquérito, apresentado vocabulário monossilábico e poucas associações. Não verbalizou ao longo da realização dos desenhos e estes foram feitos em cerca de 1 minuto cada um. Desenhou em primeiro lugar a figura do sexo feminino (desenhos na página 77 e 78).

Do ponto de vista dos elementos adaptativos verificamos que a criança realizou o que foi proposto e demonstrou um desenho esperado para sua idade. De acordo com Lowenfeld (1958), entre quatro e sete anos, as crianças não apenas representam seu pensamento nos desenhos, mas buscam estabelecer relações reais com os objetos representados. Características específicas passam a ser retratadas de modo a representar, por aquele traço, uma especificidade da figura. Ainda, traços estes que ganham importância para a criança,

como cita o exemplo do menino que desenhava o pai com cabeça, pernas e mãos grandes e como recentemente este havia ensinado a criança a atravessar a rua. Trata-se de uma idade de maior percepção do ambiente e, podemos dizer, das particularidades de cada parte do corpo. Assim, implica um desenvolvimento, em que o investimento não se restringe ao Eu, mas há intercâmbios com o mundo exterior. Deste modo, ainda que poucos, observamos traços que marcam especificidades, como o cabelo e o tronco diferenciado em relação aos sexos, assim como diferenças no tamanho dos membros.

Figura 2: Lúfa – primeiro desenho

Fonte: colaborador

Figura 3: Lufza – segundo desenho

Fonte: colaborador

Tabela 1 -Tabela de análise do DFH - Luíza

<i>Indicador</i>	<i>Mesmo sexo</i>	<i>Sexo oposto</i>
Elementos gerais		
Posição na folha	Vertical	Vertical
Localização	Metade inferior	Metade inferior
Tamanho	Pequeno	Pequeno
Grafismo	Linha fina	Linha fina
Resistências	Não houve	Não houve
Elementos formais		
Tema	Desenho pedagógico	Desenho pedagógico
Postura	Ereta	Ereta / leve inclinação para a direita
Ação/Movimento	Parada	Parada
Perspectiva	Figura toda de perfil	Figura toda de perfil
Transparência	Cabeça-pescoço / mão direita	Cabeça-pescoço
Sucessão dos desenhos	Normal	Normal
Simetria	Simétrico	Simétrico
Linha mediana	Dupla (como um cinto)	Dupla (como um cinto)
Articulações	Ausência	Ausência
Anatomia interna	Ausência	Ausência
Pormenores	Ausência	Ausência
Complementos	Ausência de linha de solo	Ausência de linha de solo
Proporções	Mãos e dedos aumentados / olho direito maior	Mãos e dedos aumentados/ olho esquerdo maior / mão esquerda menor
Indicadores de conflito	Ausência	Ausência
Ordem das figuras	Próprio sexo desenhado em primeiro lugar	
Diferenças nas figuras	Cabelo e tronco	
Tipo de imagem do corpo	Desenho esquemático	Desenho esquemático
Aspectos de conteúdo		
Cabeça	Normal	Normal
Cabelos	Escassos	Desordenados
Rosto	Normal	Normal
Bigode e barba	-	Ausente
Olhos	Grandes/ Só um círculo	Grandes/ Só um círculo
Nariz	Médio / Um só traço	Médio / Um só traço
Boca	Grande / Um só traço	Grande / Um só traço
Orelhas	Ausência	Ausência
Pescoço	Omissão	Longo
Tronco	Retangular / cintura com cinto	Longo e estreito / cintura com cinto
Braços	Um só traço / em horizontal e de forma mecânica em ângulo reto com a linha do corpo	Um só traço / em horizontal e de forma mecânica em ângulo reto com a linha do corpo
Mãos e dedos	Grandes / dedos como palitos, menos de 5 dedos.	Grandes / dedos como palitos, menos de 5 dedos na mão esquerda.
Pernas	Médias / um só traço	Médias / um só traço
Pés	Encerrados por uma linha	Encerrados por uma linha
Roupas e acessórios	Nu parcial (roupa indicada por cinto)	Nu parcial (roupa indicada por cinto)

Fonte: Própria - versão Lourenção van Kolck (1984) modificada

No inquérito a criança ofereceu respostas pontuais, como exemplo, em relação ao que a menina do desenho estava fazendo respondeu “caminhando” (sic). Em relação à idade disse ter 5 anos, demonstrando uma identificação, que se complexifica adiante quando fiz a pergunta sobre o trabalho da menina ao que respondeu que cursava ensino superior, o mesmo curso na qual sua mãe é formada, o que reforça a identificação no desenho. Contudo,

demonstra o conflito de um corpo de criança que desempenha atividades de adulto. Sobre a parte mais bonita e mais feia do corpo da menina do desenho, respondeu cabelo e pé respectivamente. Sobre os piores hábitos respondeu “bater” (sic), simulando bater em sua cabeça com a mão fechada. Ainda que tentasse investigar a resposta a criança não esclareceu. Sobre os melhores hábitos respondeu “acompanhar os outros” (sic). E sobre como se diverte disse “sair com os amigos” (sic).

O instrumento forneceu dados para discutirmos a imagem corporal de Luíza. De forma geral, vemos o tamanho pequeno, o traço fraco e falta de especificidades (a maioria das partes do corpo são representadas por um traço simples). Há um modelo esquemático, assim como a disposição mecânica dos braços segue esta direção e, segundo Lourenção van Kolck (1984), indicam falta de investimento afetivo. Johnson (1972) também encontrou em sua pesquisa com pessoas com poliomielite desenhos de tamanhos menores, fato que relaciona à questão do autoinvestimento.

Ainda que possa se dizer que Luíza tenha se apresentado resistente à realização do desenho de maneira mais trabalhada, esta interpretação não justifica o tamanho, formato do tronco e posição dos braços, que nos demonstram – seguindo a orientação da autora de verificar o que o desenho de forma geral suscita – uma imagem corporal que se compõe da união das diferentes partes, mas sem que haja as marcas simbólicas que as contornam e definem as especificidades de um sujeito.

Chamaram atenção alguns detalhes que se mostram de lados específicos do corpo. Ainda que tomemos cuidado para não enviesar nosso olhar pela hemiplegia, encontramos um tratamento diferenciado de um dos lados nos desenhos. Nas figuras, a simetria do rosto se destaca, principalmente no caso da menina em que o lado esquerdo tem o olho menor e há uma protuberância no rosto neste lado. No menino, é o olho direito que é menor, mas em ambos se notam os diferentes tamanhos. Observando as mãos, no menino, a mão esquerda é visivelmente menor que a direita e na menina a mão esquerda apresenta transparência. O número de dedos no menino sofre o mesmo efeito, demonstrando apenas três. Vale lembrar que, como afirma Lowenfeld (1958), as proporções nos desenhos desta idade dizem mais da relação com determinada parte, do que da tentativa de expressá-la em termos de realidade.

Estes dados que encontramos são congruentes aos encontrados na literatura que aponta nos casos de deficiência física tratamento inusual nos membros, apresentando aumento, diminuição, rasuras ou sombreados (Lourenção van Kolck, 1972, 1973), principalmente levando em conta as mãos e dedos se apresentarem como grandes e de maneira aberta, sendo indicativo de possíveis compensações no contato e controle do ambiente (Lourenção van

Kolck, 1984). Podemos compreender este dado ainda no inquérito, em que a parte mais feia do corpo é considerada o pé. Bem como, pelo desenho do menino, podemos dizer que houve uma expressão da deficiência no desenho, ainda que do lado oposto à condição orgânica, tal como nos estudos de Machover (1949), Silverstein e Robinson (1956), Lourenção van Kolck (1972; 1973) e Johnson (1972). Ainda que se trate de uma representação da deficiência, nos parece mais coerente considerá-la uma expressão da imagem corporal do que uma tentativa de retratar a si própria. Ou ponto referente à literatura do DFH se refere a como o desenho do mesmo sexo apresenta representações diretas enquanto o outro as projeções (Abel, 1953; Silverstein & Robinson, 1956; Johnson, 1972). No caso apresentado, vimos que o desenho do sexo oposto foi o que trouxe uma forma de representação mais direta.

Visto estas articulações com a literatura, nos parece interessante acrescentar a leitura pelo modo como a criança lida com o real de seu corpo, o que demanda que o trabalho psíquico passe por este obstáculo (Jerusalinsky, 1988). Neste caso, a deficiência agindo sobre um dos lados do corpo. Talvez, seja pertinente dizer: demandando lidar com uma assimetria, o que pode se expressar nas mais diversas formas, seja em diferentes membros ou lados, visto que a questão se faz marcada de um modo ou de outro. Poderíamos ir mais além e especular como a questão poderia marcar a posição subjetiva da criança a partir deste traço real.

O modo como Luíza tratou a cintura também chamou atenção. No desenho da menina trata-se da única demarcação de divisão do tronco e no menino, além da divisão da cintura há que separa o pescoço. Foi desenhada uma linha dupla em ambas figuras e no menino percebemos o corpo dividido em duas partes. Esta injunção imprópria do tronco também foi vista por Lourenção van Kolck (1972) e Campos et al. (2007). Podemos hipotetizar que esta divisão expressa uma dificuldade de integração do corpo enquanto uma unidade, seguindo a mesma linha do que foi mencionado sobre os membros, há uma forma de expressão simbólica que traz dessa dificuldade. Ainda que não seja algo expressivo, podemos considerar que a integração do tronco possibilita coordenar a parte superior e inferior, permitindo a sincronização dos movimentos de movimentos em prol dos objetivos (Le Boulch, 2001). Se retomarmos os intersistemas da imagem corporal referido por Schilder (1950/1980), se um hemisfério do corpo escapa a simetria dos movimentos, o outro se modificará para organizar um conjunto harmonioso do ponto de vista da imagem corporal, ainda que o resultado observado seja, por exemplo, uma marcha cambaleante.

Nesta esteira que tangencia os aspectos dinâmicos e econômicos da imagem corporal, o primeiro desenho foi do mesmo sexo, indicando uma identificação à figura. Este dado se confirma no inquérito, tal como comentamos anteriormente. Todavia, observando ambos os

desenhos, apenas dois traços denotam características de diferenciação sexual: o cabelo, que na menina se apresentou como “escasso” e no menino “desordenado”, sendo este último mais trabalhado. E o tronco, mais largo na menina e mais fino no menino. Ainda que simples, há alguma forma de sistematização e organização em que determinadas características são atribuídas a um sexo ou outro, dando indicativos para compreender que as funções da sexuação foram operadas e se encontram na construção da imagem corporal. Assim como, da mesma forma, em relação à simetria que houve detalhes expressos de maneira diferente em cada um dos desenhos, o que é indicativo de identificações e projeções específicas com cada um dos sexos.

5.1.3. AP3

Verificamos que a criança é vista em suas particularidades no discurso da mãe. Esta aponta traços singulares como gostos específicos e formas de se posicionar como quando indica que Luíza é “toda menininha” (sic) no sentido de ser delicada e “chorar por qualquer coisa” (sic). A criança é situada na família por comparações com a mãe e com a avó, seja pelas semelhanças ou pelas diferenças, mas que tomam como referência os membros da família. Neste cenário, a mãe afirma que todos “mimam” (sic) Luíza. Consideramos que há uma relação sujeito-a-sujeito na interação mãe-criança. A fala de Luíza é levada em conta, assim como sua mãe permite que se expresse, colocando seu lugar de importância durante a entrevista.

Com relação à posição frente à lei nos pareceu que sua aplicação pela mãe se encontra mais do lado das regras do que da implicação na cultura ou mesmo das demandas singulares direcionadas à criança que compõe a relação entre ambas. Esta interpretação advém de três situações. A primeira se refere aos tempos da amamentação exemplificados pela mãe, em que afirmou ter deixado à criança mamar até os dois anos “porque ela pedia” (sic). A segunda é sobre o controle dos esfíncteres em que a mãe colocou nos termos “eu mandava e ela fazia” (sic), “deixei ela só de calcinha e ela gostou” (sic) e logo ela aprendeu “ela muito esperta, muito rápida” (sic). E a terceira trata do uso dos talheres: a mãe referiu que até o momento a criança come de colher e quando questionei o motivo de não utilizar os demais talheres esta respondeu nunca ter proposto, evidenciando que a questão não se colocava como uma preocupação.

O primeiro e o terceiro exemplos nos chamam atenção por haver um certo modo de permissividade, diminuindo as interposições para romper a lógica dos primeiros tempos da

constituição subjetiva. A função paterna instaura uma nova lógica que irá se sobrepor a lógica materna e assim as marcas da cultura se imprimem no sujeito o organizando para o laço social (Faria, 2010). Dolto (1984/2015) afirma que as castrações sucessivas ao longo do desenvolvimento produzem um efeito humanizante, no sentido de mudar o curso dos desejos. Trata-se de restringir um elemento para multiplicá-lo pelas suas diversas possibilidades. No momento em que a criança continua pedindo para mamar e a mãe não exerce a função paterna, a mantém nesta posição, até o momento em que as circunstâncias não permitam mais que ocorra. Entretanto, do ponto de vista psíquico, algo deixou de ocorrer. E a postura se mantém ao deixar de marcar o uso dos talheres, nem que seja pela via de uma inquietação.

O quadro de nossa compreensão se completa no segundo exemplo em que a necessidade de controle dos esfíncteres – uma demanda social mais imperiosa do que usar garfo e faca – se coloca por uma ordem neutra: “faça”. E mais uma vez a permissividade “deixar só de calcinha”, indicando esta via escolhida para exercer a função paterna. O resultado “aprendeu porque é muito esperta e muito rápida” nos intriga sobre o modo como a criança recebe esse modo de relação. Como aponta Marcelli e Cohen (2010), o desenvolvimento e a maturação são, por si só, fontes de conflito. Deste modo, não se trata de “esperteza”, mas de lidar com a castração, com a qual é preciso elaboração psíquica para que se possa modificar o comportamento. Com isso hipotetizamos que haja, do lado da criança e como resposta à relação, uma postura de passividade e aceitação.

Do ponto de vista da criança, e aqui inserimos os dados da segunda parte da AP3 em que a mãe se ausenta, verificamos que esta demonstrou recursos para lidar com a separação e com as novas demandas surgidas, sem que houvesse irrompido ansiedades observáveis ou angústia em suas expressões. Em relação às demandas colocadas por mim, Luíza as atendeu prontamente sem questionar, entretanto, mais do que isso, o fazia de modo mecânico, sem expressar qualquer afeto.

No brincar e o estatuto da fantasia, verificamos que Luíza encena situações e conflitos e produz histórias de faz-de-conta. Insere a diferença entre fantasia e realidade com frases do tipo “finge que isto aqui é uma cama”, quando era um fogão. O tema de suas brincadeiras é a ordenação. De início, tentou dispor os bonecos dos membros da família, de modo que todos pudessem ocupar os sofás que havia. Entretanto, um membro sempre ficava sem lugar, iniciando pelo cachorro, depois o bebê, então o irmão. Adiante, seguiu com o temor de o pai acordar e ver a casa bagunçada, e a demanda, desta vez, era correr contra o tempo para atender a este imperativo que era vivido com ansiedade. Depois encenou o despertar da família em uma manhã, colocando o que cada um fazia. Interessante notar que o agente da lei

teve início no pai, seguindo para o avô e então para avó, que também colocava o imperativo da ordem e uma ameaça de punição. Contudo, vale notar que avó se mostrava a mais autoritária em sua encenação. É interessante lembrar que a criança passa maior parte do tempo sob os cuidados da avó que se dispõe a cuidar da criança e pelos dados encontrados pareceu exercer, de uma forma ou de outra, as funções materna e paterna.

Sobre a imagem corporal há marcas de diferenciação sexual pelo discurso da mãe, (como dito sobre a “menininha”) marcando diferentes comportamentos que são atrelados a um lado da partilha dos sexos. Com relação ao espelho, logo quando entrou na sala parou um instante e ficou se olhando. Durante a entrevista se colocou por duas vezes próximo ao espelho, uma delas parecendo olhar seus dentes com a boca aberta (usa aparelho ortodentário). E na outra brincava com um dos bonecos de animais de frente para o espelho. Vemos que existe um investimento em sua imagem no espelho, ainda, uma preocupação com esta imagem, indicando que sua imagem corporal perpassa a dinâmica psíquica. Em seu desenho (Figura 4) os traços de identificação se mostram pelo cabelo e pelos lábios, acentuados e vermelhos. Entretanto, ainda que tenha sido solicitado um desenho de si, Luiza não insere traços específicos de identificação e quando perguntei sobre o que se passava na imagem sua resposta refere uma “menina indo para a escola” (sic).

Figura 4: Luíza - desenho da AP3

Fonte: colaborador

Luíza demonstrou concordância entre desejo, demanda e esquemas motores, de modo que se organiza no espaço, seus movimentos são condizentes com suas expressões e não se notaram dificuldades neste sentido. Inclusive, importante notar que a mão direita, em que há comprometimento por conta da deficiência, era bem inserida em seus movimentos, porém, como observado anteriormente, usava as costas das mãos, para apoiar algo, por exemplo, e não fazendo um esforço para utilizar a mão na forma convencional²³.

Verificamos que Luíza tem autonomia em seu cotidiano, salvo pequenas dificuldades como se vestir, com algumas peças mais justas, em que a deficiência traz algum prejuízo. “ela tenta, tenta, tenta até conseguir” (sic), caso contrário diz chamar e pedir ajuda. Sobre estes momentos a mãe disse “ah eu nem lembro mais [da deficiência], vai ficando automático, já vou lá e ajudo” (sic). O modelo permite considerar, por esse exemplo, que há um espaço para que a criança viva a dificuldade e possa desenvolver recursos. Acerca dos cuidados com o corpo, a mãe relata que Luíza “vive machucada” (sic). Refere que, assim como ela, a criança é “desastrada” (sic) e frequentemente se machuca brincando. Temos que considerar que essa característica se insere laço filiativo que reconhece um traço da mãe na filha, colocando-a em um lugar na família e que a condição da deficiência, principalmente as dificuldades na marcha podem contribuir para esta ocorrência. Contudo, na entrevista, a mãe afirmou se tratar de uma forma específica de brincar, talvez mais impulsiva.

Ainda nesta categoria, a mãe indicou que em relação à sujeira Luíza “tem nojinho, ela é toda preocupada com limpeza, igual à avó, puxou por ela, eu não sou assim (risos)” (sic). Afirmou que a criança tem costume de se lavar frequentemente, citando como exemplo que se ela se suja na hora de comer, pede pra trocar a roupa. Sobre este pedido, explicou que há uma certa ansiedade que se coloca na relação como demanda para que troque depressa. Deste modo, marcamos o sintoma “18. Preocupação excessiva com a sujeira”.

Luíza fez jogos de esconder, ainda que se mantendo em evidencia aos olhos do outro, o que diz de uma possibilidade de ensaiar, de alguma forma, a ausência do outro. Este ponto pode ser melhor trabalhado considerado a existência de um objeto transicional, que segundo a mãe “deve” (sic) estar junto em todos os lugares, exceto quando vai a escola. Durante a entrevista, por várias vezes Luíza buscava contato com o corpo da mãe. Se aproximava, se encostava, ia para suas costas, encostava sua cabeça na dela e mexia em seu cabelo. Ainda, por dois breves momentos a criança de fato brincou sozinha. Perambulava pela sala (sem lugar, como em sua brincadeira?) e realizava estas trocas de presença e ausência com o

²³ Vale comentar que cheguei a acompanhar por alguns momentos uma sessão de fisioterapia de Luíza, sendo possível ver como dispunha deste recurso para tirar o tênis, pegar e jogar uma bola.

contato corporal da mãe. Interessante notar que sobre o início da escolarização, em que estas questões poderiam emergir como problemáticas, ambas, mãe e filha, segundo o relato da mãe, não tiveram dificuldades. Esta relatou que ficou apenas dois dias com Luíza, sendo desnecessário continuar, pois a menina já havia se adaptado. Nos chama atenção esta “facilidade” e nos faz lembrar do controle dos esfíncteres e de minhas demandas dirigidas a ela. Em todo o caso, marcamos aqui os sintomas clínicos “6. Colagem no corpo da mãe” e “9. Dificuldade de separação”.

Bernardino e Kupfer (2008) discutem, a partir dos resultados da pesquisa IRDI associações entre falta de limites, agitação motora e dificuldade de separação. As autoras discutem pela via do contexto contemporâneo marcado pela perda das referências identitárias, referências estas que são essenciais para a organização psíquica. Como uma figura emblemática deste cenário apontam a queda do lugar do pai, ou melhor do exercício de sua função, reduzindo a autoridade ao comando e à obediência. Assim, com menos limites, menos o corpo é de-limitado, organizado em seus próprios contornos. Se a função paterna vem separar mãe-bebe, o mesmo vale para seus corpos, de modo que a separação permite uma vivência singular do corpo, sustentado por um sujeito. Entramos assim no terceiro item, as formações da lei. De forma geral a criança obedece a ordens, se restringe e se organiza a partir de referenciais. Diferencia as situações, organizações e lugares, ilustrando características de funcionamento a adulto no brincar. E o pai é colocado como referência para a criança durante a entrevista, mesmo havendo o conflito entre o casal. Já havíamos nos referido sobre o modo como a avó parece exercer as funções parentais e como a mãe demonstra permissividade no exercício da função paterna. Bem como, que a criança vivencia a lei de maneira ansiosa, talvez persecutória e demonstra submissão frente às demandas que lhe são colocadas durante a entrevista. De acordo com o relato da mãe, quando a criança pede algo, não sendo algo que não pode ser comprado, o fato é explicado à criança, que chora, mas compreende. Quando faz algo de errado, disse a mãe, é colocada de castigo para ficar no quarto e mais uma vez a reação da criança é chorar. Bem como, quando indico que é preciso terminar a brincadeira, há uma primeira tentativa de burlar a regra.

Com estes exemplos, modulamos nossa avaliação de uma submissão excessiva, não marcado este sintoma clínico que seria indicativo de prejuízos na estruturação psíquica. Ainda assim, para compreender o modo como Luíza se submete as minhas demandas (um estranho) durante a entrevista precisamos admitir a existência de submissão frente à lei. Ademais, considerando o modo como encenou a relação com a lei no brincar, podemos levantar a hipótese que seja a ansiedade (temor?) frente à lei que a coloque em posição de submissão.

Deste modo marcamos o sintoma clínico “3. Confusão e angústia frente à lei”. Na pesquisa de Bernardino e Vaz (2015) utilizando a AP3 com crianças com deficiência, como apresentamos, é discutido um caso de hemiplegia em que foram encontrados os sintomas “pobreza simbólica” e “submissão excessiva as regras”, assim como dificuldades na posição em relação à linguagem. Nossos dados demonstram uma proximidade interessante com esta pesquisa, o que se reforça pela análise do último item, a seguir.

Por fim, na posição do sujeito na linguagem, verificamos que Luíza se enuncia e se representa pela língua, articulando fatos e eventos em que expressa sua posição nas situações. Percebe as demandas que lhe são colocadas, permitindo uma troca com o outro pela linguagem. Contudo, vale citar que no início da entrevista com a criança, esta repetia o que lhe era dito para manter o diálogo, sem assim produzir um diálogo próprio. É necessário fazer uma observação neste momento, para apontar que durante o inquérito do DFH o mesmo foi observado. Trata-se do sintoma clínico “5. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução”, visto que repete o que o interlocutor fala em tentativa frustrada de participar do diálogo. Sintoma este que foi observado nestes momentos em que a interação comigo foi mais direta e demandava que se posicionasse, se arranjando com os recursos que dispõem.

Talvez este dado esteja relacionado com as dificuldades da criança nos momentos em que eu alternava o contato com a mãe para lhe perguntar algo. Nestes, a criança se dispunha a responder, falava por si, sem, por exemplo, olhar para a mãe. Entretanto, na maioria das vezes, falava baixo e de forma abafada, saindo quase como um resmungo. Após uma tentativa e uma nova pergunta para esclarecer, a mãe intervinha para “traduzir”, qualificando assim o sintoma “10. Fala traduzida pelo cuidador”. Este sintoma não se apresentou durante o momento da entrevista apenas com a criança, podendo dizer da relação entre mãe-filha. Seguindo nossa discussão, ainda em uma modalidade dual, sem que a lei seja incisiva a ponto de exigir uma fala articulada para que outros além da mãe possam compreender.

Para o desfecho clínico da AP3 concebemos que houve emergência de um sujeito. Considerando a suposição do que ocorreu do ponto de vista das operações de sexualização, filiação e identificação, a criança demonstra os efeitos destas operações, visto pelas especificações da partilha dos sexos, a forma como é situada na família e as identificações que expressa. Há manifestação de sintomas de estrutura, indicando possibilidades de lidar com a fantasia fundamental. O processo parece ter ocorrido de maneira satisfatória, sem que tenha se caracterizado com comprometimentos graves para a criança. No entanto, encontramos elementos que precisam ser observados, principalmente quanto à imagem corporal e à

linguagem, que parecem se relacionar ao modo pelo qual ocorreram, e ainda ocorrem, as funções paternas.

5.2. Caso Pedro

5.2.1. Dados gerais e quadro da deficiência

Pedro tem 6 anos, mora com os pais e irmãos. Estuda no 1º ano e ainda que com notas baixas, dá conta das demandas da escola. Segundo dados do prontuário e informações fornecidas pela mãe, a gestação ocorreu sem maiores problemas, mas durante o parto (normal) Pedro teve um quadro de anóxia, sepse e com dois dias de vida teve uma convulsão. Não há indícios de uma deficiência nestes primeiros relatos, ainda assim criança foi acompanhada por profissionais desde então, assim como toma anticonvulsivantes do nascimento até os dias atuais. Nesta início, passou períodos na UTI.

É conhecido que o quadro de anóxia perinatal é responsável por quadros de deficiência física (Macedo, 2008). Em relação à sepse há um agravante. De acordo com Iwashyna, Ely, Smith e Langa (2010), a sepse constituiu-se de uma infecção que desencadeia inflamações no organismo, ocasionando prejuízos diversos. Em casos severos, como tratam os autores, podem ocorrer impactos permanentes na cognição e no funcionamento físico, ainda que estas relações sejam desconhecidas. Com uma coorte nacional de americanos, os pesquisadores encontraram que a ocorrência de sepse severa aumentou significativamente a apresentação de deficiência intelectual moderada e severa, bem como, de limitações funcionais gerais. Destas últimas, o aumento incidiu na intensidade e velocidade do desenvolvimento das limitações. Entretanto, nos casos em que já havia um prejuízo orgânico pré-existente não houve aumentos significativos. Para uma possível explicação citam que nestes casos ocorre uma degradação do sistema nervoso por inflamação e hipoperfusão (baixa irrigação sanguínea) das fibras musculares e dos neurônios. Tal quadro pode ser agravado por imobilidade prolongada e falta de fisioterapia. Esta compreensão lança luz sobre os aspectos orgânicos e motores da deficiência e se fazem importantes no caso de Pedro em que a questão da mobilidade foi reduzida.

O prontuário detalha pontos importantes do desenvolvimento a serem registrados. Com 4 meses de idade há relatos de que não sentava, mas pegava brinquedos e rolava, sendo indicado que exercícios fossem feitos. Há também menção de que a criança é “muito irritada e mãe muito superprotetora” (sic). Aos 5 meses é relatada dificuldades auditivas, sendo

orientado estimulação sonora e da linguagem e uso de calça de posicionamento. Com 7 meses é dito que chora muito e que não houve evoluções, sendo necessário orientar a mãe novamente quanto aos exercícios a serem feitos. Com 7 meses é descrito que ainda não senta, não rola, não explora e balbucia. Pega objetos e leva à boca e tem reflexos normais. Exames genéticos descartaram a possibilidade de alguma síndrome. Com 1 ano e um mês não andava (mas engatinhava bem e ficava em pé sem apoio) e não falava corretamente (“ma”, “pa”). Com as intervenções da fisioterapeuta melhorou equilíbrio do tronco. Foi verificada a necessidade do uso de óculos (atualmente tem 3º). Com 1 ano e 3 meses anda com apoio e dá alguns passos sozinho. “É sociável, sorridente. Bate palmas para acompanhar músicas” (sic). 1 ano e 4 meses teve alta da fisioterapia em que fazia um grupo de estimulação. 1 ano e 7 não ia para creche, mas brincava com prima de 5 anos. Andava sem apoio, demonstrava deformidade craniana e hipertonia nos movimentos. Com 1 ano e 10 meses não haviam queixas além de não falar bem, ainda que a mãe entendesse. Com 2 anos a motricidade estava satisfatória e falava palavras completas. 2 anos e 7 meses aumentou o repertório, mas não formava frases. É dito que pai e irmão fazem “muito suas vontades” (sic) e mãe “logo adivinha o que [Pedro] quer” (sic), dificultando a comunicação. Gosta de bola, carros, de espelhos e não encaixa peças. A mãe voltou a trabalhar e ficava com irmã de 16 anos. Não mastigava, engasgava com alimentos sólidos, respirava pela boca e apresentava sialorreia constante. Foi proposto uso de colher em L, pois derruba a comida do talher devida a pouca coordenação motora, o que não se mostrou eficaz.

Com 3 anos e 5 meses foi colocado na creche, ainda sem controle esfinteriano e falando com dificuldades. Apresentava grande dificuldade de coordenação motora, dificultando a alimentação independente. Musculatura orofacial flácida e sialorreia persistente. Aos 4 anos já havia adquirido controle esfinteriano, apresentava dificuldade no controle motor (exemplo pegar o lápis), falava frases e andava na ponta do pé. Em exame de ressonância magnética apresentou alterações da intensidade de sinal das regiões peritrigonais e perirolandicas (na substância branca e relacionadas a mielinização dos neurônios), assim como nos giros frontais superiores, indicando como provável etiologia sequelas de uma injúria vascular ou hipoglicemia neonatal. Este dado pode aumentar a compreensão da etiologia que levou a deficiência de Pedro.

Em Cândido (2004), encontra-se que casos semelhantes à paralisia cerebral ocorrem quando há uma encefalopatia pós vacinal e pós infecciosa, em traumatismos cranioencefálicos e em processos vasculares. Assim como, na ocorrência de convulsões no período neonatal que

podem agravar lesões já existentes. Sobre este aspecto, indica que estas convulsões podem causar deficiências adicionais. Nos casos em que se torna difícil seu controle é necessária a administração de anticonvulsivantes, que podem prejudicar o aprendizado e a socialização no futuro. Nesta semelhança entre o quadro de Pedro e os casos de PC, a presença de dificuldades oromotoras se fazem presentes. A autora aponta que a dificuldade de deglutir está ligada à sialorreia, justamente pela disfunção da coordenação da musculatura oral, bem como pela posição da cabeça, postura ao sentar, tamanho do nariz e o quanto consegue respirar por este. Como comenta a autora, a sialorreia pode levar a infecções e causar dificuldades nos cuidados à criança.

Com 5 anos e 4 meses há relato de 2 crises convulsivas graves e duas leves, sem perda de sentidos ao despertar. Não conseguia formar frases longas e não sabia fazer círculos ou letras. Ainda andava na ponta dos pés e passou a também com os pés voltados para dentro (pé Equino e Varo). Aos seis anos é descrito de forma conclusiva que se trata de um quadro de paralisia cerebral com hemiparesia direita devido a uma lesão no hemisfério esquerdo. É relatada grande melhora, com evolução da qualidade da fala e dos comprometimentos motores, destacando que há tentativa de falar (frases curtas), quando há dificuldades tenta se explicar, tem compreensão, boa percepção e memória e noção de tempo. Deste último período dada ainda a existência de prejuízos motores adaptativos e leve comprometimento cognitivo, o que pode estar relaciona às dificuldades de fala. Alimentos mais sólidos como maçã mastiga, mas expele. Sialorreia está flutuante, sendo feitos exercícios de massagem intra e extra oral. Também foi inserido o uso de bandagem funcional para auxiliar no controle oral, o que foi retirado no mês seguinte, levando a uma regressão da sialorreia, sendo indicada uma nova tentativa será com toxina botulínica.

Verificamos que o quadro da deficiência da criança trouxe complicações que marcaram os primeiros anos não apenas por suas ocorrências, mas também pelas intervenções consecutivas que se fizeram presentes. Relatam-se diferentes exames e medicações, neste momento em que se encontra em desenvolvimento e construção de sua imagem corporal. Gomes e Piccinini (2010) apontam que existem casos em que a deficiência física demanda múltiplas intervenções no corpo em etapas iniciais em que a discriminação eu/não está se estabelecendo. Deste modo, discutem os possíveis impactos para a constituição subjetiva, dada sua relação com o corpo biológico e o que é feito deste nos primeiros anos.

Finalmente, vale citar que existem melhoras substancias em seu quadro. Atualmente observa-se Pedro andando, ainda que um pouco cambaleante, e com recursos motores para dar

conta das demandas cotidianas, mesmo que com uma espasticidade que comprometa o movimento. A questão da boca é central, seja para falar, quanto para comer e respirar. E mesmo frente as dificuldades, há uma preferência da criança pelas atividades motoras mais intensas, como futebol.

5.2.2. DFH

Pedro mostrou-se colaborativo para desenhar, mas apresentou dificuldades em algumas respostas, assim como houve situações em que sua fala não pôde ser compreendida. Demonstrou entender a atividade e em algumas questões (14, 15, 29) apresentou alguma resistência em responder, ficando com vergonha e dizendo “sei não” (sic). Do ponto de vista dos elementos adaptativos verificamos que a criança realizou o que foi proposto, mas não demonstrou um desenho esperado para sua idade. Sobre este ponto cabem algumas considerações. De acordo com Lowenfeld (1958), entre quatro e sete anos há uma busca para estabelecer relações reais com os objetos representados. Pedro busca estabelecer estas relações, ainda que não sejam apresentadas as formas visuais habituais, este aponta, descreve e segue um padrão de formas e traços nos desenhos. Por exemplo, no primeiro desenho (Figura 5) ao desenhar o círculo do lado esquerdo indica ser uma bola e ao desenhar a parte superior indica o lugar da boca. Quando questionado sobre o desenho, afirma ser um menino jogando bola. Deste modo, não podemos dizer que se trata de uma garatuja, não nos termos do autor, enquanto traços para qualquer direção pelo prazer do ato motor, visto que há uma intencionalidade e uma tentativa de representação.

Deste modo, poderíamos definir o desenho no estágio estabelecido por Mèredieu (1979) como Estágio Comunicativo, próprio dos três aos quatro anos. De acordo com a autora, nesta fase o desenho ganha um caráter de comunicação e surgem as primeiras figuras intencionais. Dada a dificuldade em desenhar ângulos agudos, e talvez isso mostre onde a dificuldade motora incide na produção gráfica, há uma predominância de traços circulares. Um pouco adiante, mas ainda neste estágio surgem os quadriláteros (observados no desenho da AP3) que demandam um duplo controle: do ponto de partida e do ponto de chegada. Assim, o olho não apenas segue a mão, mas agora começa a guiá-la. Importante deste momento é a aquisição do controle pela criança (como levantar o lápis, fazer formas diferentes, saber início e fim). Com esta definição, Pedro parece encontrar-se no período do desenvolvimento motor e do grafismo anterior ao do boneco que seria característico de sua idade.

Figura 5: Pedro – primeiro desenho

Fonte: colaborador

Figura 6: Pedro – segundo desenho

Fonte: colaborador

Para uma análise dos aspectos gráficos específicos do desenho enquanto uma figura humana, Pedro não atinge o nível necessário para distinguir e definir categoricamente cada parte do desenho. Existe um comprometimento motor, ainda que não seja limitante por completo, como pode ser visto na coleta, assim como, prejuízos cognitivos, que podem interferir em sua produção. No entanto, como indica Ajuriaguerra (1983a):

O conhecimento do corpo não depende unicamente do desenvolvimento cognitivo, no sentido clássico, como também não pode se situar apenas no plano perceptivo, pois ele é em parte reconhecido através das contribuições da *linguagem*. A nomenclatura confirma o que é percebido, reafirma o que é conhecido e permite verbalizar (por um mecanismo de redução) aquilo que é vivenciado (p. 343, grifos do autor).

Não é possível delimitar até que ponto ambos os fatores incidem e de que maneira, cabendo verificar os dados levando em consideração estes aspectos. Para o nosso objetivo de compreensão da imagem corporal e os elementos figurativos que se mostram, verificamos que não há a presença de um boneco, mas de um embrião ou um tubo. Ao observar a execução de ambos os desenhos, nota-se a repetição dos traços em uma ordem definida, iniciada e marcada por duas linhas longas (presentes nos três desenhos da coleta). Destas saem formas para então serem acrescentados os detalhes. Com isso, chegamos ao que Rodolfo (2011) postula como sendo a primeira figura de estrutura subjetivamente fundamental: o tubo. As figuras disformes, “magma” e “fumaça”, como sugere, presentes nos desenhos devidos as experiências da criança até então, se diferenciam e se tornam circulares. Há um deslocamento estrutural que passa da superfície ininterrupta para se tornar a primeira representação de um corpo. Trata-se de um tubo que se define a partir da indefinição, em uma continuidade organizada em continente-contido, interno e externo. Trata-se do corpo visceral, que demanda concepções de reversibilidade, cognitivamente, e do funcionamento dos processos secundários, psiquicamente.

Tustin (1986/1990) também apresenta, a partir de casos clínicos e outros textos, a noção de imagem corporal como um sistema de tubos. Se início da vida o bebê experimenta a si em termos de líquidos e gases, é necessário um ajustamento do meio líquido para o meio sólido, que fará parte da primeira imagem corporal. Assim, em pacientes pequenos, ou adultos em estados regressivos a imagem corporal se torna um sistema de canos de modo a controlar os fluidos e gases disformes, sendo também descrito como uma das formas mais elementares da imagem corporal, antes ainda da compreensão clássica do eu-pele de Didier Anzieu, segundo a autora. Este modelo permite a consciência de interiores e exteriores, assim como suas consequentes identificações e a transição de um não-eu para um eu.

Pedro parte deste ponto e alcança ainda a etapa seguinte. Seguindo com Rudolfo (2011), os restos de magma, desprendidos dos traços que se ordenaram passam a se especificar em seguimentos do corpo e o tubo passa a se alongar rumo a organização bípede. Uma forma oval com um apêndice caudal se coloca como uma cabeça e um corpo e os traços que restavam montam os membros por meio de funções de corte, dobra, deslocamento e redistribuição. O especular passa a organizar o desenho, demonstrando a marca da presença do semelhante na imagem corporal.

Com isso, apreendemos que o DFH da criança se localiza em uma organização anterior à que seria esperada para sua idade. Entretanto, compreendemos que há uma imagem corporal organizada, ainda que mais rudimentar, o que seria diferente de um desenho de boneco desorganizado que estaria mais do lado de prejuízos da imagem corporal. Com isso, podemos afirmar que Pedro encontra-se em vias de organização de uma imagem corporal mais complexa. Ainda assim, acompanhando as falas ao longo do desenho há identificação, quando aponta ter feito um menino jogando bola e destaca a boca, bem como existe uma diferenciação quanto ao sexo, visto na diferença do tamanho de ambos os desenhos e presença de elementos diferentes. É preciso marcar que o comprometimento motor deve ser considerado nesta análise. Contudo, este dado não parece explicar a escolha das formas difusas e tubulares, evidenciando, em nossa compreensão, mais uma forma de ilustrar sua imagem corporal do que a tentativa malograda do desenho de um boneco. A representatividade do ponto de vista cognitivo também se faz uma questão. Ainda que a criança tenha verbalizado detalhes do desenho, pode não possuir recursos para expressá-los. Tais pontos serão considerados nas análises a serem feitas.

5.2.3. AP3

A criança é vista em suas particularidades, sendo suposto um lugar de sujeito desejante. Assim, a criança é dita como “infantil, mas adulta em muitas situações” (sic). O menino é comparado ao pai: “é a cópia dele” (sic) e “é carinhoso” (sic) como a mãe. Há existência de um cenário de filiação, ainda que este não seja exposto e marcado no discurso.

Os pais mostram atribuir diferentes interpretações às demandas da criança, inclusive no que tange às consequências da deficiência. Deste modo, concebem aspectos do desenvolvimento, resultados de intervenções de profissionais e características específicas da criança. Em muitas situações os pais dizem ceder quando Pedro quer algo: “*ele* resolve no

choro” (sic) e eles atendem. Entretanto, especificam que esta dinâmica se modifica dentro e fora de casa. Se em casa há uma certa submissão as demandas do filho, quando estão em situações sociais (como quando pede algo na rua) e não é atendido este compreende e “nunca fez escândalo” (sic). Pai e mãe afirmam que “superprotegem” (sic) às vezes, ajudando-o em situações em que sabem que a criança poderia fazer, mas especificando estas situações, dizem que esperam o filho pedir ajuda, não antecipando. Contudo, vale retomar que nos relatos dos profissionais, em relação à aquisição da fala é descrito que a mãe se adiantava, atendendo as demandas de Pedro, antes desse verbalizar completamente o que desejava. Relatos de superproteção em casos de deficiência física são frequentes na literatura. Algumas razões descritas são as dificuldades da criança em si e suas consequentes limitações e a falta de conhecimento sobre como lidar com esta, que se converte em atender todas as suas demandas (Holmbeck et al., 2002; Andrade, Vieira & Dupas, 2011). Os autores afirmam que o movimento superprotetivo dos pais pode ter consequências para o desenvolvimento, limitando-o, fomentando a dependência e levando a desajustes psicossociais. Como apontam Gomes e Piccinini (2010):

Caso os pais enxerguem e tratem o problema de forma patológica, por exemplo, exacerbando suas implicações e restringindo as potencialidades da criança através de uma atitude de superproteção, ter-se-á um incremento das próprias limitações, o que nem sempre decorre da patologia em si e sim do tipo de relação estabelecida entre os pais e o filho (p. 23).

Ainda que não seja possível avaliar se houve alguma consequência da relatada atitude dos pais, vale destacar a presença deste fator na relação pais-criança, justamente por incidir no modo pelo qual o corpo da criança é significado e contornado pelo discurso parental.

Durante a entrevista, os pais consideraram a presença da criança, muitas vezes se voltando a ela para confirmar as informações. Modularam a fala quando trataram sobre a deficiência e as dificuldades, considerando sua presença na sala. Com isso, não se interromperam frente à uma fala que se anunciava, apenas contornaram as situações em que algo de íntimo sobre a posição dos pais frente as dificuldades da criança pudesse emergir. Bem como, se observou que a palavra da criança é considerada enquanto tal e é reconhecida e validada pelos pais.

Em relação à operação da lei pelos pais, estes relataram que Pedro “apronta pouco” (sic), visto que “não tem outras crianças com quem brincar” (sic). Assim, disseram que há poucas situações que demandem punições. Quando estas ocorrem, a mãe afirma colocá-lo de castigo, privando-o de algo que gosta. Como exemplo, citou que Pedro fala palavrões quando suas demandas não são atendidas, sendo explicado que se trata de uma convenção não proferi-los em sua casa – indicando que a lei é operada no sentido de inserir a criança em uma laço

filiativo. Há uma dinâmica familiar em que o pai parece ocupar um lugar secundarizado e, em relação à aplicação da lei, o pai afirmou que “deixa para ela [mãe] a parte de brigar” (sic), o que parece ainda assim, não o desautorizar ou tirar o peso de sua fala por completo, visto os demais dados. Apontou situações com o filho e na própria entrevista, quando falava algo, havia espaço e reconhecimento pelo filho e pela mãe.

Do lado da mãe parece haver uma tentativa de colagem ao filho que se mostra quando fala de ter amamentado a criança até os dois anos “porque não tinha amamentado os outros” (sic) e por colocá-lo, recentemente, para dormir em sua cama dado que seu marido trabalha a noite. São movimentos que partem da mãe e são respondidos pela criança, ao que parece, sem prejudicá-la em seu processo de constituição subjetiva. Munhoz (2011) indica que existem casos em que a mãe da criança com deficiência física se identifica com o filho, dificultando a separação do par mãe-filho, podendo limitar sua autonomia. Bem como, podem ocorrer situações em que a mãe não consiga supor na criança um sujeito independente e separado desta, diminuindo o investimento em seu potencial de desenvolvimento (Gomes & Piccinini, 2010). São exemplos de situações possíveis que dizem da dinâmica entre a mãe a criança e suas respectivas demandas dirigidas um ao outro. No caso de Pedro, como dito, aceitar este lugar não parece comprometê-lo, mas cabe assinalar este dado para articulações posteriores.

Acerca da parte da coleta com a criança, esta demonstrou recursos para lidar com a separação e com as novas demandas surgidas. Inicialmente se mostrou receoso, mas com a fala dos pais aceitou a separação sem dificuldades aparentes. Sozinho, aguardou os movimentos do outro para se organizar frente a nova situação, e logo retornou a sua postura anterior à saída dos pais. Prestou atenção cuidadosamente as demandas, reagindo com sorrisos e afirmações com a cabeça. Atendeu ao que foi pedido e reagiu às falas do avaliador.

Sobre o brincar e a fantasia, a criança diferencia real, simbólico e imaginário em seus atos, produções e brincadeiras. Encena situações e conflitos, produz histórias de faz de conta e insere a diferença entre fantasia e realidade. Ainda que as dificuldades de compreensão de sua fala sejam presentes, o tom de voz, os gestos e o uso diferencial dos brinquedos demonstra estas diferenciações. Como exemplo, durante a brincadeira, foi feita uma interrupção para que o menino visse o espelho, o que o fez sair do discurso da brincadeira. Pedindo para retornar, recuperou as modulações características do momento lúdico. Há um jeito próprio de brincar que se mostra desde o momento em que estava na presença dos pais e se deu da seguinte forma: primeiro enfileirou e organizou os carrinhos. Depois os mudou para outro ponto colocando um atrás do outro, acrescentou animais e algo acontecia (não foi possível entender com clareza a narrativa). Em seguida pegou o boneco do avô e começou a batê-lo nos carros,

um a um. Intervi usando o boneco do menino, perguntando por que havia feito aquilo. Pedro (como fez no DFH) ficou envergonhado e disse “sei não” (sic). Perguntei se as pessoas podem fazer isso e este respondeu que não (demonstrando a incidência da castração). Ao indicar que era preciso concluir a história, colocou o avô para se aproximar do menino e encostou um ao outro, como um gesto de carinho, o que fui confirmando com perguntas sobre o que estava passando para melhor compreender.

Sobre a imagem corporal da criança não há marcas expressivas de diferenciação sexual no discurso dos pais que atribuam comportamentos ao gênero ou passagens da masculinidade ou feminilidade do pai para o filho. Mesmo quando este trata do gosto do filho pelo futebol, a questão do gênero não é referida. Contudo, em seu desenho (Figura 7), o tamanho (principalmente comparando os desenhos feitos no DFH em que foi pedido desenho de ambos os sexos) demonstrou que há uma diferenciação acerca do que supõe para cada sexo (homem menor e mulher maior). Deste modo, mesmo que não seja expressivo no discurso dos pais, a criança demonstrou se organizar na partilha dos sexos visto seus movimentos, preferências e organização.

Ainda sobre o desenho, este apresentou uma identificação com o detalhamento da boca e dos dentes (parte desenhada em vermelho). O tamanho da boca na imagem mostra que existe um grande investimento nesta parte do corpo (o mesmo foi visto no DFH), o que pode indicar que a imagem corporal se organiza em torno deste órgão hiperinvestido por conta da deficiência. Quando perguntado sobre o desenho, a criança disse ser ele indo para a escola e na parte da boca, dizia “boca” (sic) e tampava a sua própria com a mão. Lawlor e Elliot (2012) discutem como existem casos em que o grande número de intervenções e cuidados em uma parte prejudicada do corpo nos casos de deficiência física podem levar a uma atenção extra ou hiperenfocar esta parte. Hammar et al. (2009) complementam indicando que, nestes casos, crianças podem diminuir sua atenção ao externo em detrimento da atenção ao corpo e suas experiências. Já nos estudos de Schilder (1950/1980) está presente a preocupação com o hiperinvestimento em determinadas partes do corpo para a organização da imagem corporal. O autor enfatiza o aspecto libidinal da imagem corporal e as catexias que se organizam em torno das experiências de troca com o corpo. Assim, afirma que se uma parte da imagem corporal recebe importância excessiva, sua simetria e equilíbrio são prejudicados, tal como se observa quando há uma dor em determinada parte do corpo.

Figura 7: Pedro – desenho da AP3

Fonte: colaborador

Parece haver uma concordância entre desejo, demanda e esquemas motores, de modo que a criança se organiza no espaço, seus movimentos são condizentes com suas expressões e não se notaram dificuldades neste sentido. Mesmo com os comprometimentos motores nos membros superiores, segura e manipula bem os objetos, ainda que com uma postura e movimentos mais rígidos e específicos, como a forma com que segura e utiliza o lápis. A criança não fez jogos de esconder, nem busca contato com o corpo da mãe. Explorou a sala e os brinquedos – chegando inclusive a jogar futebol com a bolinha – com e sem os pais. Mostra identificação com a imagem no espelho dizendo “sou eu!” (sic) e depois “é um cara” (sic), reagindo ao seu reflexo quanto apontado.

A criança apresentou orientação quanto às direções e na lateralidade. Mesmo com as dificuldades motoras, tem autonomia em seu cotidiano, precisando de ajuda em poucas situações (como abrir um botão de calça mais diferenciado). Os pais demonstram ajudar a criança, parecendo se colocar no lugar de apoio, dizendo não se incomodarem. Relataram que a criança atualmente ainda apresenta episódios de encoprese, o que parecem contornar de modo constitutivo (“até com nós adultos acontece às vezes” (sic)), mas que é vivido com “vergonha” (sic) pela criança. De acordo com o pai, o menino espera “até a última hora para pedir” (sic), e acaba não havendo tempo hábil para defecar na privada. De acordo com os pais e o prontuário, não há explicação orgânica para a encoprese e assim marcamos a presença do sintoma “1. Dificuldades no controle esfinteriano”. Vale citar que Pedro ainda apresenta nojo da sujeira do banheiro, o que foi indicado pelos pais e verbalizado pela criança.

Frente a sua organização psicomotora, a presença de identificações no desenho e no espelho e a possibilidade de sustentação de si sem os pais observa-se constituída uma imagem corporal. Observando seu desenho, nota-se uma estrutura arcaica da imagem do corpo que remete a períodos anteriores do desenvolvimento se for tomado por uma perspectiva cronológica. No entanto, na somatória dos desenhos (conjunto com o DFH) há uma estrutura que se repete e ainda que não represente as partes específicas do corpo, mostram uma figura que cria um dentro e fora e de onde partem os membros (as associações confirmam este dado). A presença da boca demonstra a representatividade desta parte do corpo para sua imagem corporal que parece desequilibrar as catexias, sendo uma hipótese que a dificuldade de organizar as demais partes se dê por esta ênfase. Ainda assim, os prejuízos motores e de possíveis dificuldades de simbolização podem explicar a imagem do corpo desenhada.

Sobre as relações com a lei, parece haver sua instauração, que se coloca como reguladora. A criança se organiza e se adéqua às situações no laço social. Reconhece as regras e atende a estas de forma singular e, em determinadas situações, tenta negociar, partindo deste

reconhecimento do limite. Com isso, existem transgressões, como se vê no brincar e em exemplos da mãe, mas que são perpassados pela castração sem maiores ansiedades ou mesmo submissão.

Sobre a linguagem, a criança se enuncia e se representa pela língua. Percebe as demandas que lhe são colocadas, permitindo uma troca com o outro pela linguagem. Estabelece um diálogo, articulando e modulando sua fala e expressão. Sua dificuldade de fala é marcante e muitas partes não são compreensíveis, mesmo assim, prossegue falando e tenta encontrar formas de se fazer entender (repetindo e gesticulando) sem maiores conflitos. Quanto a este ponto os pais afirmam que Pedro “se enturma fácil” (sic) e as dificuldades na fala não se tornam maiores problemas para os demais e para a criança. A linguagem e a comunicação ocorrem, ainda que a fala seja prejudicada. Na maior parte do tempo é difícil compreender o que a criança fala por conta das especificidades da deficiência. Os pais traduzem, mas aguardam que a criança encontre recursos para se fazer entender. Os pais dizem não ter maiores problemas quanto a esta dificuldade e se colocam como suporte da fala da criança, sem ocupar ou aviltar seu lugar enunciativo, tal como visto em relação as outras dificuldades. Indicamos assim, o sintoma “10. Fala traduzida pelo cuidador”, ainda que deva ser considerada mais pelo quadro orgânico e menos pelo relacional.

Não há uma fala rica, determinadas palavras são usadas da mesma forma em contextos diferentes, demonstrando poucos recursos verbais ou, ao menos, uma insistência em determinadas construções, o que poderia indicar dificuldades na articulação do discurso ou apenas uma dificuldade de articular palavras diferentes. Considerando que é preciso um conjunto específico de movimentos para cada palavra, frente a dificuldade de controle da motricidade orofacial, pode repetir por comodidade. Deste modo, marcamos o sintoma “8. Pobreza de vocabulário”.

Para o desfecho clínico, considerando a suposição do que ocorreu do ponto de vista das operações de sexuação, filiação e identificação, a criança demonstra os efeitos destas operações, o que é observado pelo modo como é situada na família e as identificações que expressa. Há manifestação de sintomas de estrutura (nojo da sujeira), indicando possibilidades de lidar com a fantasia fundamental.

Terceira parte: articulações

Até o momento foram levantadas literaturas e casos clínicos que permitissem acessar o complexo tema da imagem corporal em crianças com deficiência física congênita. O percurso demandou ramificações e incursões em temas próximos, levando também a uma ramificação quanto aos objetivos da pesquisa a fim de abarcar os pormenores que compõe o assunto. Sendo assim, propomos quatro capítulos com articulações e discussões; separação didática, mas necessária para uma maior organização do material.

6.1. Imagem corporal de crianças com deficiência física

Neste primeiro capítulo abordamos a questão da existência ou não de problemas na imagem corporal da população estudada. A princípio trata-se de uma questão pontual e objetiva, assim como facilmente respondida considerando a literatura sobre o tema. Como apresentamos ao longo da pesquisa, há um consenso de que existem problemas, ainda que sejam grandes as variações quanto a quais problemas se tratam e de que forma chegam a prejudicar a criança. Desta forma, mantemos uma posição crítica em relação a essa afirmação categórica, na tentativa de esmiuçar o que pode ser considerado "problema". Assim como, se a existência destes fatores podem levar a uma afirmação de que a deficiência física está condicionada a problemas na imagem corporal.

Separamos alguns excertos de autores importantes sobre a questão a fim de levantar estes pontos. Ajuriaguerra (1983a) afirma:

Certas *feiúras* ou *deformações* podem levar a distorções da imagem corporal. É pela experiência sensoriomotora ou pela erotização de certas partes do corpo que a criança vai adquirir a noção de seu corpo. Em presença de uma feiúra pessoal particular ou de uma deformação parcial, a criança pode reagir com um investimento ou uma negação parcial, sendo que a mãe pode manter uma atitude de rejeição, indiferença ou igualmente negação. É a combinação desses fatos que pode levar a distorções da imagem corporal ou à negação de partes do corpo (p. 842, grifo do autor).

O autor faz uma ressalva indicando que a deformidade precisa ser percebida pela criança enquanto tal, o que não necessariamente precisa ocorrer. A deformidade no eu não está atrelada a anomalia, mas às atitudes de quem cuida da criança. Ainda assim, cita que nos casos de paralisia cerebral o psiquismo se encontra alterado, havendo dificuldades pessoais, inter-relacionais, necessidade de sentir confiança, de ser reconhecido e de receber afeto (Ajuriaguerra, 1983a).

Esteban Levin afirma “Sem dúvida, qualquer patologia neurológica afeta em maior ou menor grau o desenvolvimento psicomotor e as possibilidades representacionais da criança” (2001, p. 179). No entanto, especifica alguns fatores dependentes como idade em que foi acometida, prejuízos, extensão, a plasticidade neuronal e a complexidade dos estímulos do

ambiente no qual a criança está inserida. “Nesta ‘plasticidade’, nesta regeneração neurônica, é essencial a efetuação cênica, que por meio do campo do Outro mobiliza o desejo da criança, instando-a a demandar e desejar a despeito da sua organicidade” (p. 180).

Em 1997, Levin afirma que crianças com paralisia cerebral podem alcançar uma imagem corporal ainda que falhem em sua realização.

Ao desejar mover seu corpo e não poder (neste caso pôr-se a andar) a criança se confrontará com seu próprio limite, aquele que lhe impõe seu corpo, que não será o mesmo que o que lhe impõe a imagem e a palavra (p. 28, nota de rodapé).

De forma semelhante, Dolto (1984/2015) assume que, nos casos da poliomielite, mesmo que o esquema corporal não possa ser recuperado, a imagem corporal pode se manter íntegra.

para tanto é necessário que, até a ocasião da moléstia ao longo desta e mais tarde, durante a convalescença e a reeducação, a relação com a mãe e o ambiente humano tenha permanecido flexível e satisfatória, sem muita angústia de parte dos pais; que ela seja adaptada a suas necessidades, que deveriam ser sempre comentadas como se pudessem satisfazer isto por si mesmas, muito embora o insulto muscular decorrente da doença e suas seqüelas as tornam incapazes de fazê-lo (p. 11-12).

Já Amiralian (1986) postula que a imagem corporal nestes casos é dificultada:

tanto porque o âmbito de suas experiências é mais limitado, o que o impede de um maior conhecimento de seu próprio corpo, como também porque percepções de sua imagem refletida no espelho são freqüentemente negadas aos indivíduos excepcionais. As brincadeiras e jogos que decorrem da descoberta pela criança de sua imagem no espelho não são propostas às crianças divergentes. Ao contrário, os pais freqüentemente procuram impedi-las de ver sua própria imagem, talvez pela desvalorização desta aos seus próprios olhos. Supõe, assim, estar poupando seus filhos de situações frustradoras. Dai a dificuldade na formação de uma imagem corporal realista entre os indivíduos incapacitados; ela é em geral vaga e fluida (p. 61).

E por fim, Lourenção van Kolck (1984):

A *imagem corporal* é uma unidade, unidade adquirida e não dada, e pode ser destruída. Implica um esforço contínuo para dar uma estrutura a algo dinâmico. . . . Sendo o produto de um organismo vivo como um todo, uma alteração em uma parte dele por uma doença ou mal físico, por exemplo, não introduzirá modificações na imagem corporal apenas a essa parte; a mudança será geral, pois resultará de novas relações consigo mesmo e com os outros (p. 15, grifos da autora).

Estes trechos sistematizam pontos importantes enfatizados na pesquisa e permitem demonstrar onde se dão as dificuldades. Como esperado, na perspectiva destes autores, ainda que se note a afirmação de que a imagem corporal possui prejuízos, estes se mostram atrelados a outros fatores. É possível levantar destes trechos que um dos problemas seja a questão da aparência alterada e das funções deficitárias. Porém, estes, pertencentes à vertente orgânica do caso, dependem de como o outro os significou para a criança, não sendo por si problemas.

Se a alteração orgânica não é colocada como uma consequência direta para a criança, é colocada para os pais na perspectiva destes autores. A maioria cita que as dificuldades dos pais em lidar com a deficiência levam a prejuízos na criança, em sua imagem corporal e em seus movimentos. O salto que nos importa está em transpor estas dificuldades com o corpo

para as dificuldades do eu, visto que colocam em jogo identificações que estão intimamente atreladas à imagem corporal e ao projeto motor. E, em nossa hipótese, chegando a compor o quadro final da deficiência. Neste percurso é preciso tratar das questões próprias ao corpo orgânico e como estas se relacionam com a imagem corporal e a forma como as significações advindas dos pais e da cultura passam pelo corpo e pelo eu. Deixaremos para os próximos capítulos a questão da relação pais-criança na constituição da imagem corporal.

Se a questão da aparência e das dificuldades motoras são um dos pontos que levam a problemas na imagem corporal, prosseguimos trabalhando elementos que podem ser encontrados nos diferentes casos de deficiência física. Mesmo que as etiologias e percursos sejam bastante distintos, nossa pesquisa encontrou dados que se repetem e parecem fazer parte da maioria daqueles que se enquadram nesta categoria. Separamos assim, a presença de próteses e órteses, a presença de grande número de intervenções no corpo desde o início da vida, alterações não usuais do corpo e das funções, as significações e as consequentes identificações.

Lawlor e Elliot (2012) afirmam que poucos estudos abordam a utilização de tecnologias e ferramentas de assistência, como próteses e órteses. Tratam-se de elementos presentes no cotidiano de crianças com deficiência física congênita. Sejam cadeiras de rodas, muletas, próteses de membros ausentes, talas, bandagens, são objetos que atuam para além do apoio, fazendo parte dos corpos destas crianças. Em nosso caso Luíza apresentado, a menina fez uso de tala suropodálica para o pé e Pedro de bandagem funcional para a região da boca. Tão comuns nestes casos, são menos comuns para vocabulário dos profissionais das áreas psi²⁴.

O uso destes objetos insere duas questões que se encontram descritas em Lawlor e Elliot (2012). Os autores indicam que crianças que usam cadeira de rodas a descrevem como uma extensão de seu corpo físico, assim como, a órtese torna a deficiência facilmente visível e identificável. Estendendo para as demais próteses/órteses – ainda que guardando a proporção das diferenças existentes – tratam-se de objetos acoplados ao corpo e que remetem diretamente a uma deficiência, visto que não são usados por qualquer pessoa.

O primeiro ponto já havia sido trabalhado por Schilder (1950/1980), de modo que roupas, acessórios e instrumentos se somam a imagem corporal, entrando em seu sistema de regulação. Neste sentido, por esta perspectiva são objetos que realmente são extensões do corpo, o modificando quando são alterados. Seguindo Schilder, propor uma nova

²⁴ Psicólogos e psicanalistas.

órtese/prótese à uma criança não demanda apenas uma adaptação prática para seu uso, mas uma apropriação em sua imagem corporal para que a peça entre no equilíbrio da imagem corporal e assim de seus movimentos. Ademais, uma apropriação simbólica dentro do campo das significações daquele sujeito, visto que, como uma parte de seu corpo, não escapa a rede significante do Outro. Não ao acaso, nos desenhos de figura humana as crianças se retratam com suas órteses/próteses (por exemplo, os desenhos ilustrados em Silverstein & Robinson, 1956, p. 334), dado ao lugar significativo que ocupam. Sendo assim, a presença destes elementos no desenho poderia ser encarada não como prejuízo na imagem corporal, mas ao contrário, uma representação de que houve alguma forma de integração entre o corpo e o objeto. Vale observar que durante a pesquisa não foi encontrado nenhum trabalho que tratasse do tema desta forma e, como dito, se trata de algo ainda pouco explorado na literatura.

Passamos para o segundo ponto, a identificação que a prótese/órtese propicia. Nesta vertente existem alguns dados mais definidos. Gálvez, Godoy e Lagos (2010) entrevistando pessoas com deficiência física relatam o seguinte diálogo:

E: *por que não queria colocá-la?*

Porque chama a atenção demais.

E: *Você acha que se evidenciava a deficiência usando a órtese?*

Se aumentava, me sentia mais deficiente usando a órtese, me evidenciava socialmente (p. 78, tradução nossa).

Como dito, tratam-se de objetos que remetem diretamente a deficiência ou ainda, em determinados casos, que evidenciam uma deficiência que de outra forma não seria vista. Alguém que usa uma prótese de perna coberta sobre a roupa não evidencia sua deficiência, é apenas sendo visto com ela que há este efeito de identificação com o lugar de deficiente e os consequentes “desconfortos sociais” subjacentes. Esta é uma passagem delicada e que será retomada adiante ao se tratar das identificações às significações sociais da deficiência.

Para encerrar este tópico evocamos um caso clínico descrito por Levin (2001) que mostra a questão da órtese/prótese no contexto clínico. O autor relata o caso de Laura, a supervisão de uma paciente que havia nascido com uma grande deformação em uma das mãos por conta de prejuízos no desenvolvimento, sendo possível observar apenas a falange do polegar. Destaca que a mãe da criança insistia para a filha a necessidade do uso de uma prótese *para que não se notasse a deficiência* (esta especificação é importante), o que a menina recusava. O motivo estava apoiado no isolamento que os pais se impuseram desde o nascimento da criança. Do lado desta, se desenvolvia bem em relação a deficiência, se mostrava “vivas e criativa” (p. 139), apenas às vezes tentava ocultar a mão comprometida. Partindo que se trava de uma *mão diferente* (e não de uma ausência de mão), desenrolaram-se desenhos marcando o contorno das mãos e as intervenções da profissional permitiram que a

criança se apropriasse da mão, ainda frente a imposição da prótese, considerada desnecessária. Desdobrou-se assim, um trabalho de elaboração dos pais.

O relato mostra o que se dizia sobre a significação que o objeto ganha para a criança. No caso, se tratava da marca de uma vergonha: uma mão falsa para que não fosse vista a mão real em sua deformidade. A prótese vinha assim não para ser agregada, não para auxiliar a criança, mas para atender a uma dificuldade da mãe em expor sua diferença. Desarticulada e desnecessária à menina, esta não tinha motivos para usar a órtese e a direção do tratamento se faz efetiva por não seguir esta demanda da mãe, mas de propiciar que a “mão-deficiente” se tornasse uma “outra-mão”, singular em sua forma e em suas significações para a criança, uma mão que não precisava ser ocultada ou negligenciada.

Prosseguindo, outro tema recorrente na literatura é o grande número de intervenções no corpo destas crianças desde os primeiros anos de vida. Intervenções aqui está em um sentido amplo: muitas deficiências físicas impõem quadros que limitam funções básicas como alimentação, higiene, locomoção, ficando a cargo dos cuidadores as realizarem pela criança. O resultado é que todo o tempo estão sendo tocadas, movidas e manipuladas. Por outro lado, dada a complexidade das etiologias, desde o nascimento são crianças que são submetidas a exames, avaliações, medicamentos, cirurgias e terapias. Os casos Luíza e Pedro ilustram esse movimento. Este excesso de contato e intervenção não são sem consequências.

Também poderemos deparar com crianças que sempre estão sendo tocadas, as pessoas nunca “largam” delas. Em casos como esse, a “sobrecarga” ou “sobre-investidura” é tamanha, que a estruturação desejante da criança pode ficar bloqueada e a postura é orientada, portanto, por esse gozo tônico sem saída e sem limite (Levin, 2001, p. 120).

De acordo com Levin (2001), este excesso de contato pode se tornar um toque que cobre e completa, inibindo o funcionamento da criança. Não se estabelece um diálogo tônico, nem se inscrevem marcas simbólicas neste corpo, pois se trata de algo que parte do cuidador e retorna ao cuidador atravessando a criança. Como propõe Brauer (1998), pode ocorrer que a criança mantenha-se neste lugar de objeto do Outro, sem alcançar o lugar de filho e de sujeito.

Balizamos assim que a questão recai sobre a forma como o toque é dado e não ao toque excessivo em si. É preciso que o Outro permita o desencontro e abra para questionamento sobre as produções da criança. O que se passa é que este Outro cuidador pode ficar ansioso com seus movimentos e demandas levando a respostas urgentes e dominadoras do corpo do filho. Não há espaço assim, para a expansão cênica, para a ludicidade, e os cuidados se tornam apenas cuidados no sentido de atenção às necessidades. Neste caso, não há investimento, mas sobre-investimento, gerando reações tônicas do tipo das paratonias,

distonias ou hipotonias. A criança se posiciona posturalmente e tonicamente como objeto de gozo do outro (Levin, 2001).

Esta reação alienante da criança é recorrente na literatura. Mannoni (1964/1999b) já indicava que a criança com deficiência pode levar a mãe a adotar vínculos do tipo masoquista. As reações são arcaicas e criam modos de relação destrutivos. Nesse modo de transferência a criança se encontra em estado fóbico e se prende ao outro, se alienando como sujeito e adquirindo automatismos. Nesta forma de relação se agravam os atrasos no desenvolvimento e na aquisição da independência.

Ajuriaguerra (1983a) cita estudos de doenças durante o primeiro ano de vida que mostram que as crianças “se colam” à suas mães, ao mesmo tempo em que se tornam agressivas em relação a elas. Assim, fornece algumas explicações possíveis. Os problemas físicos e as dores eventuais produzem um mal-estar no qual o bebê foge pela via da apatia. A impossibilidade de reagir normalmente aos estímulos leva a uma falta de aquisições, importantes no início da socialização. Em somatória, há o medo dos pais, sobretudo da mãe pela vida da criança, levando-a a atribuir ao filho o lugar de “doentinho”, se obrigando a se ocupar da criança de maneira extremamente solícita. Esta ternura excessiva pode ser o único estímulo a tirar a criança da apatia. Do lado do bebê, este se deixa entregar pela ternura possessiva, em um vínculo mãe-bebê parasitário. O vínculo entre ambos se torna estreito de tal forma que tentativas da mãe de se desligar levam a um aumento da hostilidade, podendo surgir sentimentos de abandono.

E Bergès e Baldo (1997) citam que nos casos de distúrbios neurológicos neonatais e distúrbios motores aparentes, a função psicomotora da criança pode ser assumida por outra pessoa, geralmente a mãe. “Portanto, a imagem fixa-se a esse real, havendo bi-univocidade adesiva e angustiada entre a criança e o outro (a mãe) que cuida dela” (p. 150). Compreender-se-ia assim a entrega do bebê por um ponto de vista psicomotor: sem o domínio de sua imagem corporal e com esta articulada a outro sujeito, tem-se uma imagem real, orgânica e dominada por outro. Como exemplo, citam a conservação de posturas observada por Dupré na deficiência física durante consultas médicas. O relato conta de uma criança cuja mão foi levantada pelo examinador, mas que sustenta essa posição, como se lhe tivesse sido imposta. Discutem que a demanda do examinador possuía um efeito de real para a criança, havia uma ausência de jogo e uma forma de alienação.

Estas observações se somam as nossas quando discutimos, no caso Luíza, uma certa passividade e alguma submissão às normas, ainda que não tão marcada quanto a encontrada por Bernardino e Vaz (2015) utilizando a AP3 com crianças com deficiência. A frequência

com que esta questão surge nos chama a atenção e tendemos a compreender como uma das possíveis respostas da criança frente ao excesso de toque esvaziado de significação.

Aproveitando o exemplo de Bergès e Baldo (1997), levamos a questão para o nível dos profissionais que fazem parte desta discussão, mas possuem algumas especificidades. Assim como dissemos sobre as próteses/órteses acerca significação para a criança, consideramos que as intervenções dos profissionais seguem a mesma lógica. A forma pela qual a criança recebe estas intervenções será seu ponto-chave. A modo pelo qual os pais significam para o filho o motivo, o processo e suas consequências poderá fazer de uma proposta algo de que se apropriem ou que se submetam. No entanto, o lugar do profissional também será importante. Como descreve Ajuriaguerra (1983), pode ser em um lugar paterno rivalizante ou um lugar junto a mãe que faz com que a criança se identifique ao lugar de bebê. Dentre estas indica o papel fálico e castrador do médico (pode ser estendido para os demais profissionais que atuam neste mesmo discurso). De sua função/lugar advém seu direito de tocar, observar e ver coisas proibidas. Neste jogo de lugares, suposições e permissões estará a forma pela qual a criança recebe estas intervenções e procedimentos, podendo aceitar, se submeter (se alienar, como discutimos), desejar, fugir e todas as infinitas possibilidades do sujeito.

Nesta linha, cabe indicar que o discurso que permeia as práticas profissionais com as pessoas com deficiência atualmente também incorre o risco de entrar em uma lógica alienante. Bernardino (2007) analisa que há uma grande ênfase no quadro clínico, na síndrome, no déficit que andam na contramão de uma significação, impedindo a antecipação subjetiva e a inscrição no campo simbólico. Se houve um importante desenvolvimento tecnológico e científico que permite novos tratamentos, este mesmo desenvolvimento acaba por anular o sujeito na tentativa de cura do problema orgânico.

A busca incessante dos princípios mecânicos do movimento, fundamentados na filosofia mecanicista, chegou na cultura atual a considerar a criança um maquinismo ou um autômato, que teria de esforçar-se por corresponder ao “ideal de bom desenvolvimento”, ou a um funcionamento motor e corporal harmônico e correto (Levin, 2001, p. 188).

As crianças com deficiência física aparecem neste cenário como “máquinas que vieram com defeito”, demandando tentativas de reparo do irreparável. Dai o foco em seu déficit e seu diagnóstico: eliminar o estranho. Este quadro presente em diversos outros temas na atualidade parece ganhar um peso maior na questão da deficiência física. Na sociedade ocidental, afirma Levin (2001), em que saúde é o silêncio dos órgãos, os gritos, os movimentos irregulares, a sialorreia são elementos que devem ser silenciados. Desta forma, discute que nos casos de patologia orgânica em que foco recai no reparo do corpo orgânico, a

criança fica desprovida de sua essência subjetivante, fazendo do corpo e suas produções “hiper-reais”, valendo pelo que se vê e se tem em sua realidade orgânica, excluindo a dimensão do imaginário e do singular.

O real emerge com toda a sua força inerte, as imagens e as crenças que surgem não remetem à essência que causa e antecipa o sujeito, mas ao aspecto hiper-real e obscuro do órgão (anatômico) ou da função (fisiológica) da criança como organismo que precisa ser consertado, como maquinismo em si, dividido e separado de sua existência subjetiva (Levin, 2001, p. 190).

Trata-se de mais uma lógica que vem tomar o corpo da criança de maneira desubjetivada, objeto de intervenção, ou pior, receptor e prisioneiro da intervenção, visto que a lógica de oferecer um tratamento se inverte (Gálvez et al., 2010). A criança com deficiência física, enquanto o que destoa da norma, pode acabar no lugar de erro da natureza que precisa ser corrigido, transformando qualquer forma de demanda da criança de melhora (se existente) em uma demanda quase moral, um débito com a natureza, esvaziando sua historicidade, suas significações e seu lugar no pedido de intervenção direcionado ao médico. Como indica Bernardino (2007), a criança com deficiência se transforma em objeto de cuidados:

é de sua inteligência que se trata, de seus movimentos, de sua audição, de sua fala. Não lhe perguntam o que ela quer, com o que sonha, o que sente, qual é sua história, quais poderiam ser seus projetos de vida (p. 52).

Neste movimento, se trata de corrigir os déficits. Ademais, querer pela criança que seus déficits sejam corrigidos: querer por ela que se trate, que faça as terapias, que aprenda, mantendo a exclusão do sujeito. Este por sua vez, ainda que eclipsado pelo brilho dos diagnósticos e tratamentos acaba por aparecer.

Mas há algo que, independentemente do soma, do organismo, teima em mostrar-se com premência, que não é tocável, nem manipulável, nem classificável, nem desenvolvível nem mapeável. O que insiste em conformar este corpo não apenas como soma é uma imagem, e justamente uma imagem de corpo, e não de órgão (Levin, 2001, p. 194).

O que escapa ao olhar profissional, mas que se faz presente em cada intervenção, é a presença do Outro em cada órgão e função do corpo, que deixa uma marca singular, imprimindo um estilo próprio ao corpo, lhe dando um nome e uma imagem. Não se propõe ignorar os aspectos orgânicos, mas reforçar a presença do sujeito (Levin, 2001) e talvez tornar compreensível e justificável esta posição, sendo este um dos resultados mais importantes desta pesquisa.

Desta forma, discutir a presença do excesso de intervenções desde o início da vida nestas crianças remete a possíveis processos de anulação do simbólico e do imaginário. É fazer com que as experiências com o corpo não ganhem este caráter de traço organizador, não produzindo palavras e imagens que constituirão uma imagem corporal, deixando a criança entregue à alienação e aos automatismos. É neste ponto que se pode ou não se configurar um problema para a imagem corporal.

Nesta problemática do excesso de contato se desdobra uma nova questão, até recorrente na literatura. Trata-se da compreensão de hiperinvestimento ou hiperfoco. Lawlor e Elliot (2012) citam que para muitas crianças o excesso de contato físico, principalmente de partes específicas do corpo, pode levar a uma maior atenção àquela parte. No caso Pedro obtivemos a ilustração desta questão. Seu desenho da AP3, ainda que pouco expressivo em termos de formas de figura humana apresentava a predominância da boca na imagem corporal da criança. Esta ganhou tamanho de destaque, cor diferenciada e detalhes que não se fizeram presentes nas outras partes do desenho. Relacionamos esta maior atenção ao fato de que a maioria das intervenções realizadas com a criança tinha como alvo a boca, visto que se trata da parte comprometida. Além deste investimento pelo toque, há a sialorreia que estimula somato-sensorialmente a região, assim como investimento pela palavra. Pedro tem dificuldades em falar, se esforça para tal, ainda que às vezes não tenha sucesso, deste modo, os discursos a sua volta tratam de sua dificuldade, citam o que não consegue, citam o que precisa melhorar e assim a boca é significada (da mesma forma que dizíamos sobre a prótese de Laura).

Consideramos que se evidencia o que Freud (1914/1996e) afirma sobre a “influência da doença orgânica sobre a distribuição da libido” (p. 89). Há aqui sua conhecida concepção de que uma mal-estar orgânico promove o movimento de retirada da libido do mundo externo, diminuindo seu interesse: “enquanto sofre, deixa de amar” (p. 89). Sobre este ponto, indica a existência de uma erogenicidade dos órgãos que podem modificar as catexias sobre as partes do corpo. Por sua vez, tais modificações incidem sobre catexia libidinal do eu. Adiante em sua obra escreve: “moléstias penosas e febris exercem um poderoso efeito, enquanto perduram, sobre a distribuição da libido” (1920/1996h, p. 43). Explica que a violência mecânica, como nos casos de trauma de guerra, libera uma quantidade de excitação sexual da qual o aparelho psíquico não estava preparado, gerando um trauma. Por outro lado, “o dano físico simultâneo, exigindo uma hipercatexia narcisista do órgão prejudicado, sujeitaria o excesso de excitação” (p. 43)

Trazendo para o nosso exemplo e nossa questão, conseguimos conjecturar uma explicação do ponto de vista dinâmico. Enquanto uma parte do corpo frequentemente enfatizada, pelo discurso e pelo toque, há um excesso que demanda uma hipercatexia. Seguindo a lógica econômica freudiana, esta libido que excede precisou ser retirada de outro lugar, gerando um desequilíbrio nas distribuições da libido objetal e do eu. Já indicamos que Schilder (1950/1980) parte desta noção para tratar do hiperinvestimento em determinadas partes compondo a imagem corporal e como se dá um desequilíbrio, por assim dizer, nos

sistemas de regulação e organização do corpo. Pode-se conjecturar que ao se organizar um movimento, a parte hiperinvestida atraia a atenção para si mais do que precisaria, exigindo um lugar no plano motor junto as partes que de fato seriam recrutadas. No entanto, seriam necessárias pesquisas para verificar a incidência concreta de uma parte hiperinvestida nos movimentos de uma pessoa com deficiência física.

O que nossos dados permitem apreender é que o desvio da libido narcísica se evidencia ao menos nos desenhos. Se tomarmos a produção gráfica como uma representação da imagem corporal (articulada ao eu), a forma como Pedro – e outras pesquisas que relatam tratamentos inusuais de partes de corpo afetadas – faz um desenho de si mesmo enfatizando a boca, tem-se que este lugar identificatório e representacional que se encontra tomado pela parte hiperinvestida. Seria o caso de considerar que a criança se encontra identificada a uma parte de seu corpo, se faz representar para o Outro por ela e talvez neste ponto esteja a maior incidência do desequilíbrio de que fala Schilder (1950/1980) e um possível problema para a imagem corporal.

Se identificar a uma parte alterada do corpo demanda uma atenção e, para tratar deste tema, iniciaremos discutindo como o corpo orgânico e suas disfunções incidem sobre a imagem corporal. Este é um momento de considerar o efeito do corpo no sujeito (visto que já foi dito sobre seu oposto), principalmente levando em conta situações como a sialorreia, convulsões, espasmos, movimentos voluntários, que são comuns nas deficiências físicas de forma geral.

A relação do sujeito com seu corpo é de uma apropriação, de aparelhamento, no sentido de transformar o corpo-órgão em corpo-sujeito, sendo um processo decorrente do efeito da passagem do Outro pelo corpo da criança. Como destacamos em nossos capítulos teóricos, de forma geral, o que se tem é um distanciamento do corpo natural que se articula ao eu e a uma imagem corporal. No entanto, um fenômeno presente nos casos de deficiência física é o modo pelo qual ações do corpo emergem rompendo as articulações simbólicas e imaginárias, expondo o obsceno²⁵ do corpo. Como indica Levin (2001):

Nessas crianças, tão dominadas pela problemática irremediável da organicidade no corpo, passa a ser fundamental determinar se o que limita a cena está na falta de conformação da imagem especular ou na impossibilidade de resposta cênica imposta pelo órgão em questão, com sua permanente e nefasta re-represença, paralisando toda a imagem e representação possível (p. 136).

Nestes momentos não se trata da imagem do corpo, mas do órgão em imagem. No entanto, uma imagem que não remete ao espelho, à imagem virtual que representa o eu,

²⁵ Ob-ceno como o que está para além da cena fantasmática do sujeito. O corpo surge como algo fora da cena.

remete a si mesmo em sua organicidade Real. Como exemplo, narramos um caso descrito por Levin (2001).

Cristóbal contava com cinco anos e apresentava quadriparesia espástica. O autor relata que durante a entrevista a criança convulsionava, ficando imobilizada e então em estado de estupor. As tentativas de montagem de cena não eram respondidas pela criança. “Naqueles momentos em que Cristóbal não respondia e, pelo contrário, o que reagia era o órgão sob convulsão, impossibilitando qualquer cena ficcional ou ilusória, a desilusão encarnava em minha imagem, questionando o meu próprio espelho como terapeuta” (Levin, 2001, p. 199). No desenvolver das sessões, Levin verificou que comidas lhe chamavam a atenção e por esta via encontrou uma forma de intervir. Montando uma cena com Danone a criança se suja e interage e então desenha com o próprio Danone, rindo, entrando na cena lúdica e reconhecendo-se. Usava dos recursos que dispunha para compensar os movimentos prejudicados e pôde atuar na cena. Nestes instantes não apresentava convulsões e matinha a vivacidade.

Desta compreensão Levin (2001) utiliza o conceito de *corpo fractal* em referência ao matemático Mandelbront que descobriu na natureza objetos ou formas que se repetem sempre iguais em um mesmo ser. Explica assim o efeito do corpo que irrompe de forma real:

Estas frações corporais, sem possibilidade de unificação, gozam por si mesmas, sem relação com o outro. O ideal não passa pela sua imagem, mas pelo fragmento; por esta realidade fractal do órgão, que devolve sempre a sua própria imagem no real, parcial e dissociada (p. 203).

Trata-se de um momento em que a atenção do sujeito se volta mais para o órgão do que para si, estreitando o simbólico e o imaginário. O órgão nesta condição não estabelece laço social, não representa nada para ninguém, ainda que o sujeito possa se identificar a este órgão-imagem em sua imagem corporal, sendo todo-grito, grito-espasmo (Levin, 2001). Indicamos anteriormente como o discurso parental e principalmente o discurso profissional enfatiza a criança em sua deficiência excluindo a dimensão do sujeito. Deste modo, soma-se, do lado da criança, o corpo fractal que vem confirmar a experiência que tem de si como órgão falho, que se faz representar e é por ele reconhecido. Ainda, reconhecido como objeto-coisa-estranha, que, enquanto tal, atrai o olhar pela curiosidade e pela repulsa, nas conhecidas reações que se tem à deficiência física.

Essa presença do órgão defeituoso no real que o seu corpo presentifica sem laço significativo dificulta e embaraça, quando não anula, a constituição subjetiva. Desta maneira comprovamos que, se a problemática orgânica não se simboliza, corre-se o risco de criar uma imagem fixa e irremovível que poderíamos denominar *imagem corporal no real ou imagem de órgão não especularizável* (Levin, 1997, p. 271, grifos do autor).

O risco existente é evidente. De um lado há um corpo orgânico real que se manifesta, sem que se possa intervir, de outro há a tendência das pessoas em tomar as crianças com

deficiência por seu déficit e do lado da própria criança a experiência de seu corpo a leva para a mesma direção. Há uma preocupação além da imagem corporal, mas de constituição de um sujeito. A importância do clínico junto aos pais e a criança se faz fundamental desde a detecção destes sinais (se existentes) até a intervenção com ambos.

Podemos indicar ainda nesse ponto, possíveis problemas para a motricidade. Bergès e Baldo (1997) propõem que nestes casos é o distúrbio que se inscreve. No lugar do falo, o que significa o desejo é o distúrbio. O que permitiria a liberdade motora se organiza em uma motricidade ausente de simbólico. Os esquemas motores, responsáveis por ordenar os movimentos no estilo singular de cada sujeito, estariam neste nível simbólico, mas dada a entrega do órgão pela via real, surgem não como um código ordenador, mas como imagens fixas de movimentos ausentes de cena. Se “não ver” a coordenação dos movimentos permite executá-los, vê-los leva a uma paralisação, que podem fazer com se manifestem novas alterações motoras. Levin (1997) auxilia nesta compreensão:

Assim, quando nos movemos, não se pode registrar ao mesmo tempo o corpo (como objeto libidinal), pois ele se perde no movimento. Caso se quisesse registrá-lo, seria possível recorrer a outro artifício precário, a filmagem, mas o corpo em movimento que se registraria não seria o mesmo corpo, e sim uma representação, uma imagem (fantasia) móvel, sem cinesia (p. 202).

Deste modo, a ausência de simbólico e imaginário devido as manifestações do corpo próprias às deficiências físicas podem prejudicar a imagem corporal. Trata-se da mesma noção de por em evidência algo que não deveria. Da mesma forma que enfatizar demais uma parte do corpo prejudica seu funcionamento, enfatizar esquemas motores que não deveriam tomar a consciência também podem trazer dificuldades. Esta consideração se faz importante, por exemplo, para a área da fisioterapia e terapia ocupacional em que de fato são enfatizadas partes específicas do corpo e movimentos. A depender de como a intervenção é proposta, os efeitos podem ser mais paralisadores do que articuladores. Manter o simbólico e as relações singulares do sujeito com seu corpo em cada movimento pode ser um diferencial para uma maior apropriação de movimentos e posturas pela imagem corporal.

Retomamos agora a questão da identificação e seus efeitos. Dissemos sobre as próteses/órteses que seu uso remetia a uma espécie de vergonha frente ao social, assim como da identificação a uma parte do corpo. Neste tópico vamos explorar mais atentamente a presença das concepções sociais que perpassam os diferentes discursos acerca da deficiência e seus efeitos na imagem corporal.

Apontamos ao longo da pesquisa o número de trabalhos que tratam dos (supostos) sentimentos de inferioridade das pessoas com deficiência física. A princípio pareceu uma

compreensão enviesada e restritiva, mas consideramos que trabalhar esse dado tão presente na literatura levaria a uma discussão pertinente à pesquisa. Freud (1932/1996j) já propunha no estudo da biografia citado a existência deste sentimento. Não situava a deficiência como causa, mas sim as relações que foram estabelecidas desde os primeiros anos. Acompanhando sua obra, o conceito de narcisismo frequentemente aparece atrelado à questão da inferioridade. Em 1913 (1996d), em uma nota afirma que “o narcisismo original das crianças tem uma influência decisiva sobre nossa visão de desenvolvimento de seu caráter e exclui a possibilidade de terem elas qualquer sensação primária de inferioridade” (p. 103). Em 1914 (1996e) afirma que a autoestima expressa o tamanho do ego. “tudo o que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua autoestima” (p. 104). Assim, compreende que uma parte da autoestima é primária, advinda da vivência infantil, a segunda advém da experiência e suas possibilidades de realização do ideal do eu e a terceira da satisfação libidinal-objetal. A autoestima se encontra dependente da libido narcisista e a “finalidade e satisfação em uma escolha objetal narcisista consiste em ser amado” (p. 105), logo, objeto de investimento libidinal do outro. Nos casos de inferioridade, cita que pacientes que sofrem de neurose de transferência, encontra como causa o empobrecimento do eu, dada a libido retirada de si sem que haja a contrapartida de investimento necessária para manter o equilíbrio. Por fim, em 1920 (1996h) generaliza para as pessoas de forma geral:

A perda do amor e o fracasso deixam atrás de si um dano permanente à autoconsideração, sob forma de uma cicatriz narcisista, o que, em minha opinião . . . contribui mais do que qualquer outra coisa para o “sentimento de inferioridade”, tão comum nos neuróticos (p. 30).

Se o investimento desde os primeiros anos se faz importante para a autoestima, se mostra coerente sua análise de que na biografia a mãe da pessoa não o investiu por conta da deficiência. No entanto, Freud (1914/1996e) especifica que a autoestima também está relacionada ao ideal do eu, de suas possibilidades de realização. Por esta via, uma compreensão possível seria, por exemplo, a de Lawlor e Elliot (2012) em que, no contexto atual, permeado de imagens de corpos perfeitos, atléticos e saudáveis são internalizados pelas pessoas com deficiência, assim como são internalizadas as noções históricas de que se tratam de pessoas dignas de pena, simpatia ou compulsão para ajudar, incidindo sobre a imagem corporal. Nesta compreensão, seria possível dizer que todas as pessoas com deficiência possuem como ideal os corpos perfeitos e não os ter seria uma forma de não satisfazer seu ideal acarretando em sentimentos de inferioridade. Este é um modelo bastante comum na literatura e, inclusive, no imaginário popular. Porém, para que fosse válido seria preciso

definir que a complexidade do ideal de eu, eu ideal e o estágio do espelho como formador do eu fossem restritos ao ideal da mídia.

Apostamos que esta problemática guarda maior complexidade e sua compreensão leva a investigar possíveis problemas na imagem corporal destas crianças. Nossa proposta se alinha a fala de Brauer (1998):

Então é possível que subjetivamente o fato de ser deficiente físico represente algo para uma determinada pessoa, que isso tenha concorrido no estabelecimento de sua identificação, que ela tenha se identificado ao significante “deficiente” para além das dificuldades motoras que este problema físico lhe acarretou, que isto signifique ainda outras coisas para essa pessoa. Isso é possível, mas não necessário (p. 59).

Propomos que talvez o sentimento de inferioridade faça parte da rede de significantes associados à “deficiente”, possa ser parte da roupagem com a qual se dá a identificação. Nos termos de Lacan (1949/1988), o efeito de quando se assume esta imagem.

Nos capítulos teóricos apresentamos a problemática social da deficiência, citando que esta se encontra relacionada aos animais fantásticos como Saci-Pererê e Curupira (Amaral, 1994) e à imagens fruto da história de que a deficiência é um sofrimento obrigatório e um castigo (Livneh, 1982). Há assim um ideal de deficiência, do que é ter uma deficiência. Amiralian (1986) bem descreve sobre o *papel social da deficiência*, o modo pelo qual as estas pessoas aprendem supostos padrões de comportamento que devem adotar em suas relações. Enquanto um ideal, aponta Freud (1914/1996e), surge da influencia crítica dos pais, que o transmite pela voz, pelos educadores, pessoas do ambiente e a opinião pública, funcionando como um vigia do eu.

Se retomarmos Lacan (1960-61/1992), lembramos que o eu ideal, imaginário, a aspiração, é engendrado pelo desejo do Outro. É o Outro quem fornece uma imagem a ser utilizada pelo sujeito em sua forma de representar. Forma essa balizada pelo ordenamento do ideal de eu, simbólico, atrelado as exigências da lei. Tem-se aqui a fórmula freudiana de como as falas dos pais, professores e o campo social formam modelos e imagens. Estas, presentes em formatos, contornos e figuras, assim como em regras, formas de funcionamento. A somatória é a roupagem completa a que nos referimos.

Ao mesmo tempo em que o ideal do eu é um ponto de alteridade a partir do qual o sujeito se constitui na sua singularidade, como sujeito do significante, o eu ideal é a imagem da qual o sujeito vai se servir para que se constitua tanto sua imagem corporal quanto a realidade – já que essa imagem será o paradigma de todas as formas de semelhança que vai aplicar aos objetos (Nova, 2005, p. 44).

Desta imagem do outro se constitui a imagem corporal e consequentemente o modo pela qual a realidade será vista. Assim, a roupagem fornece além de uma figura e uma configuração de funcionamento, uma forma de se posicionar frente ao mundo, visto que eu ideal e ideal de eu fornecem contornos ao desejo.

Acerca desta “configuração de funcionamento” pode-se dizer de um guia para os comportamentos, mas não apenas no modo de agir, mas também na *forma* de agir. Levin (1997) faz uma leitura do estádio do espelho enfatizando a questão da psicomotricidade que parece pertinente a esse ponto. No primeiro momento, tem-se o bebê olhando no espelho e fazendo um gesto. De início quem sustenta a criança na postura em que se encontra é a mãe, mas dada a identificação, há uma transformação postural: “A postura responde assim à imagem ou, em outras palavras, a representação guia a postura no advento da imagem inconsciente de corpo” (p. 92). Esta imagem inconsciente do corpo se funda em referência a imagem virtual, assim como traços de movimento se iniciam a partir da postura vista no espelho. No segundo momento, tem-se a fadiga tônico-postural. O bebê tenta se erguer, mas não consegue, visto que a sustentação de sua postura não está em seus músculos, mas em uma imagem. “A transformação psíquica implícita, via identificação, o fascínio pela imagem especular determina mudanças posturais e corporais que organizam a construção corporal a partir desta ligação significativa efetuada a partir do espelho virtual da criança” (p. 95). Em um terceiro momento, dito silencioso, o movimento (esforço) se detém, tal como uma fotografia, a tensão tônico-postural permanece estática em um ponto de maior captura imaginária, transformando-se em uma imagem fundamente que posteriormente será apropriada em seu corpo como esquema corporal.

O operador é a imagem corporal que unifica ao mesmo tempo o sujeito – conformando o eu (narcisismo) – e as sensações proprioceptivas, interoceptivas, cenetésicas e cinetésicas, configurando o esquema corporal e postural de um sujeito. Esta seqüência dramatiza os avatares do *encontro* entre a Estrutura e o Desenvolvimento a partir do exercício da função postural. Deste modo o *eixo tônico-postural* passa do apoio simbólico pelo toque do Outro para o apoio simbólico da imagem do corpo (p. 96, grifos do autor).

As posturas geram representações, ainda que estas não possam ser vistas. Para se apropriar da postura aliena-se à imagem para recuperá-la como representação em forma de esquema postural. Ou seja, há o registro de uma imagem, de modo que evocá-la o permite configurar seu corpo em determinada postura. Por fim, no quarto momento, o bebê busca tocar, agarrar, brincar, algo que o desvie de sua imagem e o faça voltar para sua mãe, outorgando, deste modo, à imagem o status de projeção cinética captada no espelho. Então, ao mover-se move a si próprio e sua imagem, em um encontro mútuo (Levin, 1997).

Esta passagem esclarece de que modo a imagem virtual que serve de identificação para o eu, também produz esquemas posturais específicos. Associam-se imagens e posturas e o resultado pode ser exemplificado por Schilder (1950/1980) que mostra como determinadas posturas estão ligadas a determinados sentimentos. Por exemplo, uma pessoa cabisbaixa pode ser vista como alguém que está triste, assim como alguém de fato triste pode se colocar em

posturas mais recolhidas. O fato é que estão em jogo mecanismos de identificação à imagens, aos modos regulados pela lei fálica de se expressar. Nos termos de Ajuriaguerra (1983):

A criança e o adolescente sentem-se ligados a esta substância que é o corpo e a esta estrutura que se torna objeto da experiência psicossocial. Eles e a *sociedade* assumem ou rejeitam a morfologia portadora de significação, de vez que o papel que é atribuído à forma visível de ser e de agir do corpo e à conduta social estão, em geral, estreitamente associados (p. 343).

Todo este percurso permite acrescentar ainda à nossa noção de *roupagem* que determinadas posturas também se fazem presentes. Assim, podemos retornar à questão, quais as consequências de se assumir a imagem de “deficiente”? Primeiramente, já insistimos que se tratam de crianças que escutam (e são supostas neste lugar) “ser deficientes”, seja pelos pais com os diagnósticos, profissionais, pessoas do cotidiano. Considerando-se aqui tanto os casos em que se preconiza a deficiência excluindo o sujeito quanto as formas mais genuínas de se relacionar que não podem escapar da noção de deficiência, visto que se trata de uma marca real no corpo biológico. Em sua rede significante, “deficiente” está associado à doença, sofrimento, castigo, à monstros, resumindo, como indica Goffman (1988), associado ao lugar de exclusão do social pela via do diferente, do estranho. Se estas imagens permeiam e são oferecidas a estas pessoas, de uma forma ou outra estas podem se encontrar “vestindo a roupa” de deficiente, assumindo sua imagem, seu modo de agir, seu modo de se relacionar e suas posturas específicas, tal como propunha Amiralian (1986) sobre o papel social da deficiência. E vale comentar, como afirma Brauer (1998), que a substituição dos termos como “deficiente” por “especial” modifica pouco a situação do ponto de vista da marca. Ainda que se mude o termo, o sentido veiculado e sua função significante permanecem a mesma. Mais importante que o termo e a sua função no laço social.

Encontramos aqui uma outra compreensão para o sentimento de inferioridade. Talvez o ideal não se trate de ser *aquele com o corpo perfeito*, mas do contrário, a deficiência estaria no lugar de ideal e se sentir inferior faça parte da realização deste ideal. No exemplo que citamos acerca do homem que não queria usar a prótese por se sentir evidenciado no social encontramos como a prótese/órtese promove a identificação ao lugar de deficiente, que, enquanto um lugar, é ocupável a depender da circunstância. *Não como essência, mas como roupa, trata-se de como o sujeito se vê sendo visto “deficiente”*. Indicamos com Lacan (1960-61/1992) a importância do olhar nestes processos, é do lugar de Outro (tesouro dos significantes) que a imagem de deficiente se coloca ao sujeito e por ele se vê, julgando e impelindo o eu a se formatar dentro dos ideais. O registro do imaginário parece ser o mais presente neste sistema e talvez por isso, a produção gráfica permita de alguma forma ilustrar

como se colocam estas questões para o sujeito, tal como vimos no desenho de Pedro, ainda que menos no desenho de Luíza.

Dado nosso objetivo de verificar se existem de fato problemas na imagem corporal de crianças com deficiência física congênita, podemos afirmar que existem fatores próprios ao quadro orgânico que secundariamente podem levar a prejuízos. Pode-se dizer de uma tendência que irá se confirmar ou não a depender de como se engendram as relações. De todo modo, levantamos pontos comuns à deficiência que seguem esta linha. O uso de próteses/órteses e equipamentos podem trazer prejuízos, caso não se integrem à imagem corporal. A manipulação constante destas crianças também pode acarretar em danos à imagem corporal caso se encerrem em toques desarticulados de suposições e antecipações de que naquele corpo habita um sujeito. Neste caso, o dano parece ser maior, estrutural, prejudicando a constituição de forma geral. O mesmo se aplica aos profissionais que frequentemente olham, investigam e intervêm nos corpos destas crianças, podendo gerar toques que ao invés de marcas simbólicas promovam um fechamento no real do orgânico, o que também pode levar a dificuldades posteriores na imagem corporal.

Características próprias às deficiências como convulsões, sialorreia e movimentos involuntários também parecem estar do lado de trazer riscos à imagem corporal. Emergindo no real orgânico, rompem simbólico e imaginário, de modo que, se permanecerem sem contornos podem levar a imagens corporais reduzidas ao órgão. De forma semelhante, o excesso de estímulos de partes específicas do corpo pode levar a esta mesma situação, ainda que por esta via seja possível uma presença de representação de forma cênica.

Por fim, saindo dos aspectos intrínsecos ao organismo da deficiência física tratamos de aspectos sociais, talvez não intrínsecos, mas também bastante marcantes. Talvez seja este ponto em que não se possa falar em prejuízos na imagem corporal, não enquanto de fato *prejuízos*. Contrariamente aos dados que encontramos, situações como sentimentos de inadequação, de não concordância com o próprio corpo, exigência de reconhecimento e as demais situações que são geralmente atreladas à condição física da deficiência, não assentimos que se tratam de prejuízos na imagem corporal. O argumento utilizado pelas pesquisas é o de que a deficiência está vinculada ao sofrimento (o que não difere do imaginário social). Consideramos que estas são questões que qualquer pessoa se encontra passível de sofrer e que não passam pela questão da imagem corporal. Exceto se o caso for referente às identificações ao lugar de deficiente e suas consequências tal como trabalhamos, mas ainda assim, a deficiência do ponto de vista orgânico é secundária ao jogo de

identificações possíveis. Entretanto, ainda que aqui não seja considerado um prejuízo de fato, estas identificações podem levar a posturas e movimentos específicos em que seria preciso avaliar o quanto dizem de uma condição imposta pela injúria orgânica e o quanto dizem de posturas adquiridas, seja pela imagem de deficiência, seja pelo próprio processo de constituição subjetiva que leva a arranjos singulares do corpo. Este ponto será discutido no capítulo seguinte que introduz mais propriamente o efeito dos aspectos pessoais no quadro da deficiência.

6.2. Quadro da deficiência e imagem corporal

Neste segundo capítulo abordamos o objetivo de identificar se há relação entre o quadro da deficiência e a imagem corporal. Buscamos discutir se a imagem corporal pode incidir sobre o quadro final de uma deficiência, partindo da hipótese de que podem engendrar quadros motores tais, que, ao serem tomados fenomenologicamente, podem se confundir com os dados orgânicos existentes. Bem como, trata-se de atender a lacuna da CIF (OMS, 2003) sobre a incidência dos aspectos pessoais no quadro de uma deficiência. Como apresentamos, para o documento, sexo, idade, estilo de vida, hábitos, forma de enfrentar os problemas, padrões de comportamento, caráter, valores psicológicos individuais e demais fatores relacionados podem compor uma incapacidade. Entretanto, não utilizam em sua classificação este item por não existirem dados que permitem uma compreensão dentro do sistema proposto. Desta forma, este capítulo intenta fornecer dados que possam futuramente contribuir com o documento, ao menos quanto às deficiências físicas, tema da pesquisa.

Encerramos o capítulo anterior afirmando que identificações à determinadas imagens levam a posturas que, no caso da deficiência física, poderiam se confundir com os prejuízos orgânicos. A estrutura muscular comprometida, somada as construções tônico-posturais poderiam agravar quadros considerados “deficientes”. Como exemplo, vimos no caso Luíza que em certos momentos segura objetos com as “costas da mão” e, quando em repouso, deixa a mão direita flexionada no sentido do desvio ulnar. Dissemos que a criança dispõe de recursos para utilizar a mão de forma convencional, mas incorre de aparecer este desvio nestas situações. Frente a seletividade do desvio ulnar, é possível conjecturar o que diferencia a postura da mão no momento lúdico, durante a coleta de dados, do momento do atendimento com a fisioterapeuta. Talvez, um dos componentes responsáveis possa ser a identificação a figura do “normal” durante o atendimento que forçaria a musculatura a um arranjo diferente do habitual, o que não estaria presente em um momento de descontração. Poder-se-ia ir mais

longe, arriscando que, de outro lado, poderia ser acentuado o desvio desta mesma forma, se estivesse em um momento de identificação que colocasse em jogo o desvio ulnar.

Tratam-se de questões que não podem ir além da especulação frente aos dados existentes, mas que permitem considerar os efeitos imaginários da imagem corporal nas posturas destas crianças. O que gostaríamos de considerar é que, do que chamamos de *posturas advindas de identificações*, em determinadas situações, seriam vistas deformidades que de outra forma não apareceriam. Trata-se de algo situacional e não permanente do quadro, de modo que pesquisas com observações e entrevistas poderiam dar uma melhor compreensão para o dado que propomos.

Alguns elementos precisam ser considerados nessa proposta. Primeiramente, vale pontuar que do ponto de vista da postura tônico-muscular pouco importa à qual imagem a identificação se dá. O problema parece se dar mais em como se somam a postura ao corpo orgânico que possui limitações. Crianças com prejuízos na musculatura orofacial, ao tentar falar, podem girar a cabeça, contrair outros músculos da face, inclusive de outras partes do corpo. Tratam-se dos arranjos disponíveis para que realizem as mesmas expressões que os demais e é nesse ponto que inserimos a discussão. Como indica Ajuriaguerra (1983), “É claro que a imagem do corpo é tanto a simples imagem figurativa quanto a representação modificada pela operatividade” (p. 339). Assim, o movimento organizado, em termos de imagem, não necessariamente conduz com o movimento executado, principalmente quando há uma deficiência física. Da mesma forma que cada um possui um estilo para andar, uma gesticulação específica para falar, o gesto destas crianças produz uma imagem para o Outro e para a própria criança no Outro (Levin, 2001), um uso singular do corpo que evidencia as marcas da constituição subjetiva. No entanto, se este estilo pessoal “ajuda” ou “atrapalha” o corpo prejudicado na deficiência é o ponto que gostaríamos de tratar.

Cabe advertir que, diferente do capítulo anterior em que se enfatizava as relações do eu com a representação da deficiência, ou como diz Brauer (1998, p. 58), “a pseudodeficiência do deficiente” que se sobrepõe a deficiência real, neste abordamos os problemas orgânicos da deficiência física e como estes incidem sobre o corpo. Sem esquecer de que posteriormente (em nossa divisão didática) este corpo se articulará à imagem do corpo e ao eu. É um contraponto importante que se deve considerar ao se tratar da vertente orgânica do corpo.

Esta produção gestual e cênica encarna a criança, produzindo-se nessa realização corporal ao mesmo tempo em que o faz. É um fazer representacional que produz no Outro e realiza uma expressão em ato, onde a criança afirma a sua imagem existindo em e por ela (Levin, 2001, p. 125).

Estes movimentos produzidos pela criança, sejam eles involuntários, malogrados, cruzados com outros ou imperfeitos em sua execução produzem um efeito retroativo sobre o eu, lhe fornecendo mais uma imagem para o jogo de identificações. Se uma postura é “torta”, pode-se considerar que existe a possibilidade deste significante ressoar sobre o eu e em suas representações.

Levin (2001) fornece a ilustração de dois casos clínicos que auxiliam nesta discussão. O primeiro é Ignacio, nascido com um cisto pós-encefálico detectado aos dois anos que acarretou em uma hemiparesia, prejudicando os membros esquerdos. Os pais relatam que o menino faz tudo com a mão direita, tem dificuldades nas atividades diárias, é inseguro e desajeitado, assim como tem dificuldades motoras como subir escadas, segurar lápis, etc. Os pais contam que “Ignacio veio como que de fora da família, não parece com ninguém” (p. 145). Citam que as pessoas próximas se afastaram, fazendo que o menino se isolasse e ficasse bastante dependente de estar com os pais. Durante as sessões, na ausência da mãe, brincava, mas evitando incluir braço e perna esquerdos em seus movimentos, gerando uma desorganização postural. “Essa curiosa postura tornava a motricidade muito mais desarmônica e desajeitada, e a falta de jeito desequilibrava o menino, prejudicando-o e agravando as dispraxias” (p. 146-147).

Em uma sessão, como frequentemente ocorria, ambos lutavam usando espada e escudo (demandando o uso de ambas as mãos) e o menino sugeriu que Levin também possuísse um “lado ruim” (Levin, 2001, p. 148), o que este entrevistou de fato encarnando e encenando as dificuldades de Ignacio. Como resultado, o psicomotricista notou menor dificuldade e menos quedas durante o atendimento. Ao final, os pais relatam não falar sobre a deficiência com o filho, esperando apenas que este melhore para que não fracasse na escola que estava em vias de ingressar. O autor analisa que havia uma dificuldade por parte do menino de incluir a hemiplegia (no caso, os membros, tal como eram em seu real orgânico) no cenário simbólico de suas representações. Bem como, o esforço para negar a paralisia demandava grande esforço, contrariamente, paralisando-o e, obviamente, sem alcançar seu objetivo.

O órgão tolhido que a criança pretende ocultar (neste caso a hemiparesia) questiona a imagem do corpo, porque ela não consegue suportar a sua paralisia. O que a paralisia em relação com os outros é a emergência do órgão que transtorna a imagem e, com ela, seu universo representacional e identificatório. A criança não pode usar sua imagem corporal (p. 211).

Prejudica-se assim, a estruturação da imagem do corpo e o esquema corporal, funcionando como um bloco que fragmenta e dispersa a imagem. Desta forma, indica que foi preciso ocorrer o pesar pela paralisia, de modo que a imagem corporal não ficasse questionada (paralisada) em seu esquema motor e em seu projeto psicomotor, no qual deveria se

reconhecer. Frente ao caso, há duas opções para se reconhecer. A primeira, identificando-se fielmente em sua patologia, sem abertura para questionamentos e a segunda era se apropriando de seu esquema corporal, com suas dificuldades e sequelas.

O segundo caso, advindo de uma supervisão, trata de Federico. Este tinha diagnóstico de paralisia cerebral (devido à anoxia no nascimento) e psicose. Não falava, nem brincava e apresentava sialorreia. Às vezes caminhava, mas na maioria das vezes engatinhava ou se arrastava. Se mostrava sempre agitado e desorganizado. A profissional que atendia a criança conta da impossibilidade desta de organizar uma brincadeira cênica, ainda que demonstrasse querer pegar uma bola. No entanto, quando o faz, a desorganização piora. Durante as sessões demonstrava grande dificuldade psicomotora, se lançando nos objetos sem considerar obstáculos e manuseando-os sem conseguir brincar (lançando, derrubando), com o tempo a desorganização se agravava. Havia um gozo motor não limitado. Delimitando a brincadeira, retirando objetos da cena para outra sala, as intervenções puderam capturar Federico em uma brincadeira cênica organizada. Sua motricidade se organizava melhor para buscar os objetos e neste momento não derramava saliva. Nestes instantes era a cena que organizava o devir sensório-motor, limitando o gozo irrepresentável. Por meio do brincar foi possível intervir na estereotipia de Federico, produzindo um corte, abrindo assim um caminho até então não cogitado que colocou o menino em uma posição de sujeito-desejante à margem de sua patologia.

Nestes dois casos encontram-se relatos de “piora” do quadro da deficiência existente em situações específicas. No primeiro, os membros de um lado do corpo eram ignorados e no segundo, ao tentar capturar a bola se desorganizava e não conseguia. Há claramente uma diferença estrutural que deve ser considerada, inclusive fornecendo exemplo de como estes danos secundários à deficiência podem se manifestar em uma estrutura neurótica e psicótica. Para um, há um prejuízo cênico, a montagem do corpo para o movimento se torna prejudicada e para o outro, a desorganização psíquica leva a um uso desorientado do corpo. O ponto é que em ambos os casos a imagem corporal e seus respectivos projetos motores desencadeavam prejuízos motores outros. O atendimento clínico permitiu discriminar o que era pertinente ao corpo orgânico lesionado e o que dizia respeito à imagem corporal, sendo uma distinção clinicamente importante, visto que abre para intervenções que escapam ao campo das fisioterapias e terapias ocupacionais, por exemplo. O psicomotricista, em sua intervenção, obteve melhoras em pontos que, a princípio, poderiam ser englobadas nos “danos advindos da deficiência”.

No início da pesquisa, como hipótese, considerávamos que estes danos secundários estariam apenas do lado dos aspectos pessoais, tal como um sintoma psicomotor em um sujeito de condições orgânicas convencionais. No entanto, neste momento cabe retomar algo já dito para confrontar esta hipótese. Parece mais provável que o ponto chave seja o cruzamento entre a imagem corporal (fatores pessoais) e um corpo orgânico com prejuízos. Esta especificidade aponta para a pluralidade infinita de possibilidades de arranjos clínicos. Se a imagem corporal é singular, o modo pelo qual irá interagir com o corpo também será. Deste modo, um membro atrofiado, por exemplo, não é apenas efeito dos danos neurológicos que levam a contrações desordenadas/desnecessárias, mas é a forma final de um projeto motor advindo da imagem corporal que ganha tal forma no momento de sua execução que depende do aparato orgânico para se expressar. As articulações entre sujeito, imagem corporal, o eu e o aparato orgânico se encontram presentes de modo sinérgico.

Como afirmam Levin, Garbarz, Sykuler, Brukman e Sued (1998) o sujeito faz uso do corpo, ou seja, há “um uso” e um “para além do uso” (p. 98 – nota de rodapé). Este último mostra o corpo usado a favor do trabalho do significante do Outro, no modo como este vem encenar lugares, dada as significações que foram atribuídas ao sujeito e para como cada parte de seu corpo foi investida libidinalmente para algum propósito. Os autores falam como estes sintomas psicomotores se entrelaçam aos problemas neurológicos existentes, dificultando a distinção da etiologia de cada traço do quadro. Ressaltam que sintomas como instabilidade, traços estereotipados, alterações na gestualidade, dentre outros, expressam o dano ocasionado pela lesão orgânica, mas os momentos em que surgem se associam a situações específicas ou em jogos, se somando ao modo pelo qual a criança se apresenta. “Partimos, então, de uma patologia ligada ao desenvolvimento que demarca uma forma particular de se situar frente ao seu próprio corpo e frente ao Outro” (p. 101).

Continuam os autores: a criança se situa frente a si mesma a partir do modo como é olhada, tocada, desejada, construindo uma imagem. “Esta imagem está ligada às significações que o déficit orgânico adquire para seus pais, já que os remete ao seu próprio narcisismo, à sua própria imagem corporal” (Levin et al., 1998, p. 101). Dizem assim da simbolização, das inscrições sobre o corpo da criança que o recortam e contornam, lhe fornecendo uma *gestalt*. O mesmo é dito por Rodolfo (2011), que acrescenta: o processo de constituição subjetiva é correlativo a construção da imagem corporal, de modo que os prejuízos na simbolização se mostram tanto nos movimentos, citando os sintomas psicomotores, como nos desenhos, por traços interruptos e vacilantes.

De toda a literatura consultada estes foram os únicos autores a apontarem esta questão de sutileza clínica. Discriminar se determinada expressão motora é um ato involuntário condicionado organicamente (como o que irrompe o sujeito, ver p. 114) ou é uma manifestação singular, não apenas aponta para quais as intervenções são necessárias, mas também abre o olhar para uma mudança de postura frente ao que é “desviante” na deficiência. Indicamos no capítulo anterior o modo pelo qual as manifestações destas crianças são tomadas como “deficientes”, ainda que de certa forma sejam, não se restringem a elas. A vertente pessoal, o traço singular do movimento é secundarizado ou mesmo excluído. No entanto, os benefícios de se fazer esta consideração não apenas fortalecem o movimento de reconhecer o sujeito, também trazem contribuições clínicas, permitindo intervenções de que outra forma não seriam consideradas.

Nossos exemplos apresentados mostraram situacionalmente a presença da imagem corporal na deficiência, mas gostaríamos de abranger para toda a construção postural da criança. Vimos as etapas do estágio do espelho de Levin (2001) e como os gestos e posturas são marcados pelo Outro ganhando um estilo próprio. Assim, trata-se de identificar o estilo de cada sujeito, das imagens que permeiam as posturas, de como a identificação a estas imagens não apenas leva a assumir uma postura, mas também a uma forma de se posicionar frente ao Outro e que estes elementos se aplicam a um corpo com danos orgânicos que enviesam de formas específicas a expressão final. Toda esta conjunção sendo expressa em um ato considerado “deficiente”: uma mão que se atrofia de forma específica, uma perna que manca para um ângulo específico, um tronco que se inclina ou se entorta de forma específica. E, para sermos mais rigorosos, que entram em consonância com todo o corpo no sistema de regulação postural da imagem corporal como afirma Schilder (1950/1980) e que ainda podem contar com a presença de próteses, órteses e equipamentos. Considerar o fator temporal também é importante pois, se tratando de crianças, determinadas posturas podem levar a novos prejuízos. Por exemplo, um braço, ao executar um movimento pode se atrofiar e ao longo dos anos, durante o período de desenvolvimento, deixar de se desenvolver ou formar uma calcificação que torna a atrofia permanente. Teríamos assim um dano secundário à deficiência advindo da imagem corporal, não entanto, já não tão passível de ser modificado, visto que já serviu de outras posturas, modificando a imagem corporal.

Como ressalta Dolto (1984/2015, p. 28), “As pulsões que emanam do substrato biológico estruturado sob forma de esquema corporal, só podem efetivamente passar para a expressão no fantasma, assim como na relação transferencial, através da imagem do corpo”.

Esta presença do sujeito deve ser destacada como o ponto principal da presença do fator pessoal no quadro de uma deficiência. Vimos que o uso do corpo pelo sujeito via identificações pode produzir dificuldades, como pode acentuar as já existentes. Retornando ao exemplo, se alguém, em determinada situação, identificado a um lugar, reforça suas deformações posturais ou mesmo cria outras, podemos encontrar um ponto de intervenção para o psicanalista ou psicólogo clínico. Segundo Brauer (1998), o psicanalista nada tem a dizer sobre a deficiência do ponto de vista real, de sua incidência no corpo, mas muito pode contribuir para estes danos secundários. Já dizia Freud (1914/1996e):

Na etiologia das neuroses, a inferioridade orgânica e o desenvolvimento imperfeito desempenham papel insignificante. . . . As neuroses fazem uso de tais inferioridades como um pretexto, assim como o fazem em relação a qualquer outro fator que se preste a isso (p. 105).

Pontuamos assim que a deficiência não irá incidir diretamente sobre a constituição do sujeito, mas o sujeito incidirá diretamente sobre a deficiência.

Abrimos assim a discussão para considerar a constituição subjetiva de crianças com deficiência física. Se os fatores pessoais são responsáveis por engendrar prejuízos motores e posturais, cabe verificar como se originam e se os fatores orgânicos alterados podem prejudicar este processo.

6.3. Constituição subjetiva e funções parentais

Este capítulo visa tratar de como as funções parentais incidem sobre a constituição da imagem corporal nos casos de deficiência física e se a imagem corporal se relaciona às demais produções do inconsciente. Considerando que concebemos a existência de riscos para a constituição da imagem corporal, buscamos trabalhar o processo de forma ampla, incluindo os pais, ou cuidadores, em seu papel primordial nestes primeiros anos. Bem como, se há riscos para a constituição subjetiva que poderiam ser vistos na imagem corporal, se poderiam ser vistos também no brincar, na linguagem e na posição frente a lei.

O lugar dos pais é citado na grande maioria dos textos e pesquisas sobre crianças com deficiência física. Assim como, numerosos estudos apontam para a importância da atitude da família para a imagem corporal destas crianças (Lawlor & Elliot, 2012). Ao longo do nosso trajeto citamos algumas questões e dedicamos este capítulo a pormenorizá-las, buscando de que modo podem incidir sobre a imagem corporal e quais seus desdobramentos. Semelhante ao primeiro capítulo de discussão, trataremos de reunir características pertinentes as deficiências físicas em geral e discutir como estas podem se relacionar as funções parentais.

Relembrando, por funções parentais compreendemos os operadores básicos presentes na relação pais-criança para que a constituição subjetiva ocorra, sendo estes agrupados nas seguintes categorias: suposição do sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna (Kupfer et al., 2010). Utilizaremos estes quatro itens que remontam ao processo de constituição subjetiva (ver tópico 4.3.4.) para tecer nossa discussão.

A suposição de sujeito diz do modo pelo qual a criança é alvo das projeções parentais, de expectativas e suposições sobre quem é e como será o filho, lhe conferindo um lugar não anônimo, mas singular na trama familiar (Pincus & Dare, 1987).

A dimensão subjetiva começa a se esboçar na relação mãe-filho, que se instaura antes mesmo de a criança nascer. A criança não é representada pelo que é na realidade durante a gestação, um embrião em desenvolvimento, mas por um corpo imaginado, já completo e unificado. Sobre essa imagem, suporte imaginário que se sobrepõe ao embrião, é que se inclina a libido materna. Essa imagem, nos primeiros tempos de vida, recobre o corpo e a condição real do bebê (Bernardino, 2007, p. 56).

O surgimento de uma incapacidade, um defeito físico ou uma lesão, afirma Bernardino (2007), irá se confrontar com esse lugar pré-existente resultando em uma combinatória. Iniciamos assim tratando desta não-correspondência entre a imagem antecipada da criança e a imagem real que se apresenta aos pais. É evidente que sempre irá se tratar de uma não-correspondência, não é sobre este ponto que tratamos. A questão está na imagem que o organismo alterado das deficiências físicas dá a ver aos pais e seus respectivos efeitos. Os desdobramentos citados na literatura são vários e presentes em diferentes funções parentais. Sobre a questão da suposição de sujeito apresentamos essa incongruência com a especularidade, ou seja, o modo pelo qual a imagem da criança não se assemelha a imagem dos pais do ponto de vista da *gestalt* do corpo.

Recuperamos do exemplo de Ignacio, caso citado anteriormente, as palavras ditas na entrevista com os pais da criança: “Ignacio veio como que de fora da família, não parece com ninguém” (Levin 2001, p. 145). Compreendemos que a imagem suposta pelos pais se encontra questionada nestes casos. De acordo com Levin (1997), a aparência é um elemento representativo do prolongamento imaginário pais-filho. É pela aparência que reconhecem no pequeno feto um *filho*. Assim, a imagem auxilia o processo de filiação para se supor que há ali um membro da família que carrega seus traços e características. No entanto, nos casos de deficiência física, principalmente as que incidem de modo a causar deformidades mais graves podem prejudicar este processo de filiação.

Levin (1997) vai além, apontando para a noção do imaginário social de que Deus fez o homem a sua imagem e semelhança, sendo um desdobramento da relação apontada entre aparência e filiação. Assim, é na medida em que a criança apresenta algo que propicie a

identificação a este lugar que encontrará um laço filiativo que a liga aos demais. Do nível micro da relação pais-criança, estende para o nível macro, na relação do sujeito com o laço social. Deste modo, dada a não-correspondência da imagem do corpo, se dá a marca da diferença como traço de exclusão, tanto no nível familiar quanto no nível social. Assim, pode ser rompida a lei filiativa, denunciando a imperfeição de Deus, pois, como já indicava Amaral (1994), neste caso ou se aceita que Deus é falho ou se exclui aquele que vem questionar esta base imaginária reguladora.

No seio da cultura, o destino de uma criança “deficiente” (dentro desta categoria estão geralmente incluídas as crianças autistas e psicóticas) se acha determinado por este efeito de dissolução do laço social que encarna como pura presença corporal. Traço que não deixa de ser simbólico, coisa que claramente o diferencia de um corpo animal, ou com forma de animal (Levin, 1997, p. 272).

Citamos com Lacan (1953-54/1986) a importância da forma humana para a constituição da imagem especular. É por ter a forma de “homem e não cavalo” que a criança pode se identificar à imagem e suas significações. A imagem está intimamente relacionada ao sentido, visto que o mundo é organizado pelo registro imaginário. Como exemplo deste caso, há o relato de Sunaura Taylor (2008), em documentário junto à Judith Butler. Taylor é pintora e ativista americana; cadeirante devido à deficiência física ocasionada por antrogirose congênita, doença que ocasiona contraturas nas articulações que deixa curvos os membros. Deste modo, conta sobre o desconforto: “*quando faço coisas com partes do corpo que não servem necessariamente para aquilo que assumimos que servem, isso parece ser muito difícil para as pessoas*”. E detalha da infância: “*quando ainda caminhava, e me era dito que caminhava como um macaco*”.

Pela não correspondência e pelo imaginário que permeia a deficiência que a imagem de corpo antecipada ao filho pode ser distorcida e distanciada do lugar filiativo e de sujeito.

Esta criança é tida, buscada, para suportar em seu corpo as marcas que estes pais precisam traçar, para que eles próprios se sustentem como sujeitos. Quando algo no corpo da criança oferece uma imagem que impede ou dificulta tal traçado (que se representa, no futuro da criança, como “destino”), os pais, frente à impossibilidade de sustentar a cadeia significante na qual se simboliza sua relação com essa criança, enfrentam-se à emergência de um real: o do corpo mutilado do filho que, imaginariamente, cai sobre o corpo deles mesmos (Jerusalinsky, 1988, p. 44).

Bernardino (2007), de maneira interessante, distingue os efeitos da diferença. De um lado indica a diferença que produz efeitos estruturantes, do movimento importante de sair de uma definição geral para uma particular. Ao invés de uma *criança qualquer*, aquele é *Pedro*, por exemplo, com todas as atribuições que a ele se associam. Por outro lado há a diferença que produz estranheza, que marca o real do corpo e produz consequências, tanto para a criança quanto para quem se depara com ela. Nesta segunda, pode haver uma dessubjetivação,

dado o movimento de se defender se diferenciado e se distanciado do diferente, não o considerando como semelhante.

Ora, isso obstaculiza um verdadeiro encontro com o sujeito que aparece como diferente, esvazia sua subjetividade, afasta-o de um lugar de desejo, de singularidade, de complexidade, reduzindo-o e aprisionando-o no atributo que marca a sua diferença: é o “deficiente mental”, é o “síndrome de Down” (p. 59).

Desta forma, a incapacidade do corpo real pode inverter o processo e adquirir supremacia sobre o filho imaginário e sua existência simbólica (Bernardino, 2007). Como trabalhamos sobre a presença obscena do órgão para a criança, haveria aqui também um efeito nos pais que, por sua vez, podem também tomar a criança pelo real de seu corpo, anulando também as possibilidades de atribuição de características particulares. Bem como, é preciso considerar o excesso de informações sobre o corpo da criança e o que ela supostamente não conseguirá realizar, o que pode tornar difícil manter o filho em um lugar singular, “etapa necessária para ele poder se constituir para além de seu corpo, com a sustentação do investimento parental. Torna-se quase impossível substituir o filho imaginado até então por este filho cuja imagem destoa bastante do esperado” (p. 53).

Temos assim que a aparência do corpo orgânico, distanciado da noção social de “humano normal” irá se misturar às expectativas dos pais, gerando o conflito de imagens de que se dizia anteriormente. Pode-se dizer que o produto seja uma terceira imagem, visto que o corpo imaginário atribuído à criança também difere de sua forma orgânica (Campos, 2007). Levin (2001) detalha este momento pela proposta de morte do primeiro filho idealizado que pode se tornar um “duble normal” (p. 233) que não nasceu, mas está presente na forma de ideal. Sem que haja uma elaboração do luto dos pais, sem que se aceite que suas expectativas e ideais se perderam, este duble normal ocupa o lugar da criança, ou, dito de outra forma, fica no lugar que estaria destinada às antecipações de um novo sujeito. Desta forma a criança pode deixar de ser vista enquanto sujeito, estando em um lugar de não reconhecimento, seja por apresentar traços que perturbam a associação à família, seja por ser tomada por sua deficiência/diagnóstico, e/ou seja representar um sujeito morto, fixado em uma forma jamais vista, mas que congela as significações.

A questão dos problemas de nível orgânico e do diagnóstico possuem ainda alguns desdobramentos. Bergès e Baldo (1997) propõe que a especularidade que a criança faz para a mãe também pode ser prejudicada. Na medida em que o filho tem uma deficiência, vê-lo (à sua imagem e semelhança) lhe devolve sua imagem de mãe, sendo um troca especular dupla com a criança. Com a presença da deficiência física este lugar de mãe pode ser comprometido. Brauer (1998) completa, indicando nestes casos, a possibilidade da mãe

delegar aos profissionais suas funções maternas, se sentindo debilitada e dependente destes para cuidar da criança. No entanto, deste lugar, a criança deixa de ser tomada como filho, para ser tomado como objeto, sem que haja espaço para sair desta relação.

Se alienar do lugar de mãe, implica que os cuidados à criança se tornem desimplicados de expectativas e suposições, sendo essa uma das formas de se defender da angústia citadas por Ajuriaguerra (1983): o bloqueio da vida imaginária pela negação e ritualização. “Logo as necessidades cotidianas da criança doente implicam, e mesmo impõe, uma volta ao real; numerosas famílias limitam desde então seu interesse aos exames, aos rituais terapêuticos, criando uma obsessão em sua existência” (p. 835). Como consequência, o que vai se formando não é uma história particular da criança, mas o histórico de sua lesão, assim, uma história sem lembranças e sem sujeito (Levin, 2001).

Desimplicada do seu lugar de mãe, a operação de suas funções pode se comprometer de forma geral e incidir sobre a imagem corporal. Laznik (1997) indica a relação entre este lugar que a criança é colocada, e seu consequente olhar sobre esta, com a constituição da imagem corporal:

Com efeito, o que vem constituir para o bebê mais tarde a vivência de seu corpo, supõe uma articulação complexa entre sua realidade orgânica e o que eu chamo a erolhar [a era do olhar] dos pais. Este olhar não se confunde com a visão. Trata-se sobretudo de uma forma particular de investimento libidinal, que permite aos pais uma ilusão antecipadora onde eles percebem o real orgânico do bebê, aureolado pelo que aí se representa, aí ele poderá advir (p. 39).

Trata assim, da possibilidade de ver e ouvir o que está por advir, supor a existência de algo, um sujeito. Ademais, tratando das possibilidades de ligação do bebê, existem situações em que a não-resposta do bebê pode desorganizar a mãe (Laznik, 1997). Aqui podemos situar um terceiro ponto acerca dos prejuízos motores destas crianças. Desde o nascimento seus movimentos, expressões, seu desenvolvimento, ambos se mostram de forma atípica, não habitual. Ainda que as projeções parentais se deem para além do corpo biológico, dependem deste para que os pais possam lhe dirigir seus significantes. De modo que a deficiência pode fazer obstáculo à fluidez destas operações.

Desde os movimentos intrauterinos, estabelece-se no imaginário parental um diálogo com os movimentos do bebê. “Os movimentos são ouvidos e, portanto, falam e são falados. Os genitores põem em ato o futuro anterior, que é o tempo da antecipação simbólica” (Levin, 1997, p. 217). Assim, o movimento, ou sua ausência, estão atrelados à imagem materna e as possíveis angústias adjacentes. Os primeiros anos podem críticos pela não correspondência dos movimentos do bebê, atrapalhando, por assim dizer, a imagem que os pais prefiguram de seu corpo e de seu sujeito. Podemos considerar que a suposição de um sujeito acaba perpassada

por diferentes elementos que, como dito, podem prejudicar a fluidez da relação e da operação dos cuidados e funções psíquicas. O toque e a voz são dois exemplos.

A forma de segurar o bebê, sustentá-lo enquanto ainda não pode lhe conferirá consistência ao seu eixo postural e ao imaginário corporal. A cena montada no toque sobre o bebê formará bases importantes para sua imagem corporal, pois da postura surge o movimento e deste a gestualidade. Ocorrendo de forma, satisfatória a postura se alinha à representação e guiará a motricidade. No entanto, “se não houve imagem do corpo, registraremos um toque que não será significativo; um toque que, longe de ser libidinal, aborda a criança como um organismo ou coisa isolada da investidura afetiva” (Levin, 2001, p. 120).

Da mesma forma, a voz direcionada ao bebê, melódica, cuja prosódia desperta o desejo, será respondida com o movimento da boca, no intento de reproduzir o som do encontro com o Outro. A voz produz imagens que enlaçam e alienam, confirmando a articulação entre corpo e movimento, imagem e voz, como representante da palavra. A imagem sonora se estrutura a partir da imagem corporal, havendo, na representação da palavra, uma certa distância do corpo, permitindo sua simbolização.

Se a montagem da imagem corporal falha, a voz do encontro, da intimidade filiatória, não ocorre; esta trama vocal desaparece e no seu lugar aparecem gritos, sons inarticulados, ecolalias, estereotipias vocálicas e consonantais, ou diretamente o mutismo (sem causas neurológicas aparentes (Levin, 2001, p. 123).

Vemos assim como a suposição de sujeito pode ser comprometida pelos danos existentes na deficiência física nos primeiros anos. Ainda, como podem incidir sobre a imagem corporal, tendo efeitos no eu e na motricidade, podendo encontrar novos prejuízos. Do ponto de vista do sujeito, encontramos situações que comprometem seu surgimento, o que acarreta em dificuldades mais importantes na imagem corporal. Entretanto, vale ressaltar que estamos tratando aqui um momento fundamente, bastante precoce da vida do sujeito e que se inicia logo nos primeiros meses. Justamente por este motivo, muitos casos de crianças com deficiência podem chegar a ter mais chances de encontrarem essa presença da função materna e constituir esta base de seu psiquismo. Ocorre que existem situações em que a deficiência física é verificada apenas com o diagnóstico e não no momento do parto (Barbosa et al., 2012; Munhoz, 2011). Nosso caso Luíza é um exemplo desta situação. O relato da mãe indica que a avó notou que o desenvolvimento da criança não ocorria como o esperado devido a não utilização da mão direita e sua postura fechada e, com novas avaliações, foi constatada a deficiência. Para os autores, neste modelo é possível haver trocas sem a intermediação do significativo “deficiência”, o que aumenta as chances de bases importantes da constituição subjetiva terem início.

No caso Luíza, a mãe relatou que aos quatro meses foram notadas diferenças em seu desenvolvimento e aos oito se inicia um tratamento a partir do diagnóstico. Tomando este período pelos IRDI de Kupfer et al. (2010, p. 55), dos zero aos oito meses existem cinco indicadores de suposição de sujeito como “quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer”; nove indicadores de estabelecimento de demanda como, “a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta”; seis de presença/ausência, como “a mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases”; e um de função paterna como “a criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva”. Deste modo, e levando em conta o que foi visto em sua AP3, pode-se supor que as bases da constituição tenham se dado, principalmente em relação a suposição de sujeito.

Não queremos dizer que os casos de deformidades aparentes desde a gestação (ou mesmo já presentes no acompanhamento do pré-natal) impliquem diretamente em dificuldades na suposição do sujeito, mas que existem altas chances. Contrariamente, Battikha et al. (2007), por exemplo, indicam que mesmo depois do nascimento a imagem da deficiência concorre com os traços de semelhança que marcam uma filiação a família, mesmo para além das deformidades. Com o tempo, estas podem se sobressair às deformidades e levarem a um curso menos conturbado da constituição subjetiva. O ponto em que insistimos é o tempo, se é preciso tempo para que os conflitos se organizem, o que ocorre até que isto se dê? O processo de constituição subjetiva, como dito, se encontra desde o desejo do casal de ter um filho e não aguarda que os pais se encontrem em condições favoráveis, desencadeando desde o início efeitos na criança.

Avançando, passamos para o estabelecimento de demanda. Trata-se do modo pela qual os movimentos involuntários ganham um sentido humano, uma forma compartilhada de expressão dado seu contexto cultural. Cada choro, grito, som deixam de ser uma expressão neutra para se tornar uma demanda direcionada ao outro: fome, saudade, sono (Dolto, 1984/2015). Não apenas as expressões ditas “barulhentas”, mas também as “silenciosas”²⁶ passam a ganhar contorno humano, servindo de ferramenta de comunicação com o Outro. Desde as primeiras relações, a hipertonacidade, a hipotonacidade podem ser consideradas apelativas do bebê. Trata-se do que Ajuriaguerra (1983b) chama de diálogo tônico, o processo de assimilação e acomodação recíproca entre o corpo da mãe e da criança. Trata-se de um processo duplo em que o que o bebê apresenta é assimilado e acomodado pela mãe e vice-versa. Este é um código de conduta anterior ainda ao código linguístico, comportando regras

²⁶ Para usar os termos de Crespin (2004).

gerais e específicas. O prazer manifestado pela criança reforça as investidas da mãe, permitindo que este antecipe suas ações, seja para se oferecer ou para se proteger.

Encontramos aqui o mesmo problema das idiossincrasias que a deficiência física causa sobre os movimentos e expressões da criança. O desafio é ver em um movimento espástico de braço um “tchau”, em um olhar parado um pedido de atenção, para citar exemplos. Existem crianças tetraplégicas que de fato apenas olham e salivam, ainda que, da mesma forma, busquem o diálogo tônico, a troca com o outro e o regozijo com as investidas da mãe. O tônus muscular alterado pode ainda se confundir com as tentativas de interação da crianças. Por conta da deficiência, pode haver grande/pouca tensão muscular, diferentes posturas e expressões. Ainda, recuperando o tópico anterior, pode haver ainda a presença da dificuldade de filiação e mesmo de segurar e cuidar deste corpo “estranho” que impele ao distanciamento. Dolto (1984/2015) afirma que

devido 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 das necessidades, e abandonar sua humanização (p. 13).

Tratam-se de múltiplas variáveis que parecem incidir na atribuição de demandas direcionadas a estas crianças. No entanto, são de suma importância para a constituição do sujeito e da imagem corporal. É supondo demanda em movimentos aleatórios e disformes que se forma uma imagem “linguageira”, com valor de troca simbólica, que marca nos movimentos a presença de um sujeito com estilo singular.

Se é reconhecida como sujeito de seus desejos, símbolo da palavra conjuntamente outorgada pelos entes humano tutelares, responsáveis por seu nascimento e que a amam nesta realidade sua, que não procuram fazê-la esquecer, seus pais (mais tarde, seus educadores) poderão dar às suas questões, por intermédio da linguagem e de modo para eles inconsciente, a estrutura de uma imagem sã de corpo. “Se você fosse um pássaro, você poderia voar”. “Se tivesse pés, mãos, você poderia fazer como este garotinho... você é tão esperto quanto ele” (Dolto, 1984/2015, p. 13).

Dolto (1984/2015) enfatiza e dá importância para a significação das expressões das crianças com deficiência física. Pelos elementos que jogam contra a constituição de uma imagem corporal, sustentar a presença de um sujeito que demanda ao Outro, com os recursos que dispõe, e reconhecer humanidade em seus movimentos é um trabalho fundamental para o processo.

Dando prosseguimento, nos inserimos no momento da constituição subjetiva em que as operações parentais criam jogos de presença/ausência, já não mais buscando satisfazer prontamente as demandas do filho. Trata-se da castração incidindo sobre a mãe, no sentido de desinvestir o filho do lugar imaginário de completude plena. Assim como, uma castração no bebê que sai do lugar de objeto da mãe para emergir como sujeito. Surgem assim, formas de

recuperar seu lugar de investimento, de modo que a linguagem e o brincar surgem como medidas simbólicas de tornar o ausente presente (Faria, 2010).

Em se tratando de crianças com deficiência física, vários artigos (por exemplo Andrade et al. (2011), Ribeiro, Porto e Vandenberghe (2013) e Alaei, Shahboulaghi, Khankeh e Kermanshahi (2015)) assumem que os cuidados necessários à estas crianças tomam grande parte do tempo das famílias. O que se observa é que são casos em que os pais precisam se encontrar mais presentes se comparado a outras crianças, como pode ser visto na fala desta mãe:

“Eu me dedico muito a ele, eu vivo 24 horas por dia para ele. Eu que cuido dele. Então é banho, é fralda, tudo. . . . Criança com paralisia cerebral tem que ter muita dedicação. . . . De manhã ele levanta, já escovo os dentes dele, eu tenho que escovar os dentinhos dele, porque ele não sabe escovar sozinho. Penteio, troco, coloco ele na cadeira ou no sofá, ele fica quietinho... Na hora do almoço, dar o almoço para ele. (sic Mãe 1)” (Andrade et al, 2011).

Ainda se soma o fato de que muitos hesitam em deixar as crianças sob a responsabilidade de outras pessoas, justificando pela falta de confiança, medo e receio que estes não poderiam desempenhar os cuidados de forma adequada (Silva, Brito, Sousa & França, 2010). Levin (2001) discute este fenômeno do prejuízo orgânico gerar uma quase obrigação por se responsabilizar pelos cuidados da criança quanto a alimentação, higiene, locomoção, o que pode levar a casos em que há uma dependência alienante que também prende os pais. O enfoque recai sobre atender as necessidades da criança, sem atender as demandas subjetivas. Já discutimos sobre esta forma de relação alienante entre a criança e os pais, assim como estes podem negar o imaginário e o simbólico e simplesmente atender as necessidades do filho. Gostaríamos de tratar aqui dos efeitos desta necessidade de presença dos pais para a constituição subjetiva. Destes, podemos citar a reação dos pais como formação reativa de um desejo de morte que se converte em excesso de amor, excesso de presença. Pode ainda se somar a concepção do “coitadinho”, que não pode ser deixado sozinho ou ser contrariado por “já sofrer tanto”.

O perigo latente que acarretam os efeitos imaginários da patologia cria a possibilidade de que a criança vire um “eterno bebê” ou, em outras palavras, que a criança “patológica” transforme a infância numa fase sem fim, sem limite (Levin, 2001, p. 231).

Dois fatores parecem se somar, de um lado a exigência real de cuidados que demanda a criança e de outro a forma como os pais assumem esta demanda a partir de suas dificuldades em lidar com a questão da deficiência do filho. Podemos dizer que o ponto não é a presença quase permanente que os cuidados exigem, mas a forma como são empregados pelos pais. A problemática se coloca quando não se estabelecem as ausências, fazendo com que a criança

permaneça no lugar de objeto da mãe. A castração não se opera para ambos e o lugar de sujeito e os desdobramentos de sua constituição podem não se dar.

No caso Luíza, ainda que tenhamos avaliado que o processo de constituição subjetiva se deu no sentido de fazer advir um sujeito, situamos sintomas clínicos “6. Colagem no corpo da mãe” e “9. Dificuldade de separação”. No caso de Pedro encontramos o movimento do lado da mãe. Interpretamos sua tentativa de colagem ao filho ao amamentá-lo até os dois anos “porque não tinha amamentado os outros” (sic). Bem como de colocar o filho para dormir consigo visto que o marido trabalha a noite. Nota-se que algo parte da mãe, sem que possamos detalhar com precisão como o filho recebe, mas nos serve exemplo para este tópico.

Como contribui Laznik-Penot (1991), para que a criança seja colocada no lugar de ideal é preciso que seja tomada como objeto perdido. Se os pais não dirigem nenhuma ilusão antecipadora sobre a criança não se constitui imagem do corpo, dificultando a experiência de unidade. Se ainda é um objeto presente/possuído e colado ao corpo da mãe, podem incorrer dois caminhos. Ou o filho se torna uma extensão da mãe, acarretando em um estado autístico, ou fica presa no espelho (sem função paterna) como um prolongamento da mãe que tenta deste modo suturar a falha com seu próprio corpo, outorgando um sentido totalizante a fim de reparar a ferida narcísica, configurando um quadro de psicose (Levin, 1997).

Independente da estrutura, este efeito da falta de ausência é reconhecido inclusive no senso comum e nas relações sociais. Permeia o imaginário social que a criança com deficiência está sempre na dependência da presença da mãe (independente da idade). Temos exemplos cotidianos como o curta metragem de Chediak (2013) que ilustra, no caso, um homem com síndrome de down em uma farmácia e é abordado por um transeunte que lhe pergunta onde está sua mãe. Assim, como o recente filme, cujo título é ilustrativo por si só “O Filho Eterno” (Machline, 2016), narrando a história de uma criança também com síndrome de down. Podemos aplicar o exemplo para as crianças com deficiência física e indicar que além de se tratar de uma situação que pode ocorrer nas relações pais-criança, é uma imagem presente no social que permeia o contato que se faz com estas crianças, podendo ser por estas identificadas.

Recuperamos a fala do filho “coitadinho” que não pode ser deixado sozinho ou ser contrariado para avançar para o próximo tópico. Apresentamos que para o terceiro tempo da constituição subjetiva (não apenas neste, mas preponderantemente neste) os pais começam a inserir a lei fálica, regulando e ordenando as expressões da criança na norma social, o que se conhece por função paterna, que irá se inscrever sobre a lógica materna anterior. A entrada de

um terceiro na relação dual mãe-filho é preponderante (Faria, 2010). Propormos aqui considerar como os pais operam esta função nos casos de deficiência física.

Bernardino (2007) traz a questão do “filho eterno” para a dificuldade de se inserir o terceiro nesta relação e assim direcionar a criança para a cultura. Pelo caso Luíza discutimos esta problemática. Os dados nos levam a relacionar a forma como a lei é colocada enquanto uma forma de reação frente a deficiência, em seu caso, situada como “mimo” (sic). No relato, encontramos que é a avó quem parece exercer as funções parentais de maneira mais presente, o que leva a considerar o que se dá com a mãe. Dissemos anteriormente da possibilidade de desapropriação do lugar de mãe que levaria a uma desapropriação do exercício de suas funções. Entretanto, consideramos que se some aqui estas reações frente a deficiência. Mannoni (1964/1999b) auxilia nesta discussão acerca de uma criança com deficiência: “a relação de amor mãe-filho terá sempre, neste caso, um ressaibo da morte, da morte negada, disfarçada a maior parte das vezes em amor sublime, algumas vezes em indiferença patológica, outras vezes em recusa consciente” (p. 2). A autora pontua que nestes modos de relação se perdem os suportes identificatórios e “as mães oscilam entre o adestramento e uma espécie de despreocupação pacífica fora do tempo” (p. 9). Ainda que se refira a casos mais graves, sua consideração nos permite articular a permissividade e o afastamento com a aplicação da lei.

Se deste lado encontramos uma lei “que tudo pode”, de outro podemos encontrar a superproteção. Este também é um tema de alta recorrência na literatura. As explicações dos trabalhos da área psi geralmente apontam as formações reativas, como já citamos. Deste modo, tentaremos oferecer algo diferente que do que já se encontra publicado.

Gomes e Piccinini (2010) discorrem sobre os casos em que há uma intensa devoção e dedicação dos pais, como reação à sua culpa, o que pode se traduzir em uma atitude de superproteção. A rejeição inicial por parte dos pais pode converter-se em um estado de superproteção em relação ao filho, o qual também pode prejudicar o seu desenvolvimento psíquico. Isto fica particularmente acentuado quando o bebê passa a ser visto como muito vulnerável e incapaz. Primeiramente, e dada a trajetória da pesquisa, não há como evitar o destaque sobre *a forma pelo qual o bebê é visto como incapaz*. Se insistimos que é o Outro quem fornece a imagem formadora do eu da criança, antes de se considerar a superproteção propriamente dita, é preciso indicar que há anteriormente um jogo de suposição de lugares e atribuição de sentidos ao corpo da criança. Ainda que partindo de uma perspectiva diferente, Munhoz (2011) fornece dados interessantes:

a imagem que a mãe faz da criança influencia na formação da imagem que a criança tem de si. Por exemplo, se a mãe vê a criança com capacidades muito aquém das reais, com limitações quase totais, estas experiências da criança com o próprio corpo e o mundo provavelmente serão evitadas ao máximo, dificultando que a criança forme uma imagem de si mesma mais próxima do real (p. 59-60).

Não tratamos a imagem corporal como mais ou menos próxima do real, não é desta forma que concebemos o conceito, mas parece importante apontar o efeito para a imagem corporal da criança e a identificação à “incapacidade”. Assumir esta imagem pode incidir sobre a motricidade, diminuindo seu investimento. Diversos artigos afirmam que estes modos de relação podem chegar a atrapalhar o desenvolvimento da criança (Chiarello & Palisano, 1998; Amiralian & Becker, 1992; Holmbeck et al., 2002; Amiralian, 2003; Bénony, 2005; Andrade et al., 2011; Chacon, 2011; Simões, Silva, Santos, Misko & Bousso, 2013; Norlin, Axberg & Broberg, 2014; Ribeiro, Sousa, Vandenberghe & Porto, 2014; Bernardino & Vaz, 2015). Com o passar dos anos, os prejuízos poderiam levar a um verdadeiro estado de dependência que justificaria no real a superproteção dos pais.

Do lado dos pais, cabe detalhar o que se considera por superproteção. Amiralian (1986) ressalta a importância de se diferenciar a dependência real da dependência emocional causada pela deficiência. Diferenciar assim, o que de fato a criança não pode realizar e o que se supõe que não poderá, a fim de evitar que se limite este potencial em desenvolvimento. Isto é ilustrado no caso Pedro em que seus pais afirmam superprotegê-lo, ajudando-o em situações que sabem que a criança conseguiria realizar. Um detalhe importante se encontra no que consiste o superproteger, se em antecipar uma demanda não existente na criança; não conseguir aguardar que a criança se expresse ou atender prontamente a criança ao se notar algo que seja interpretado como limitação ou dificuldade. A AP3 nos auxilia neste tipo de avaliação, permitindo detalhar em que ponto incide o que se chama “superproteção” e seus possíveis desdobramentos para a criança. No caso de Pedro afirmam não antecipar suas demandas, esperando que o filho peça ajuda, mas em seu prontuário encontra-se o relato de que o faziam.

Este detalhamento não se encontra nos trabalhos consultados. Geralmente o termo se coloca de forma genérica, sem que se saiba onde incide. Antecipar a demanda de uma criança, por exemplo, oferecendo-lhe uma blusa quando não sentiu frio, ou dando-lhe atenção que não solicitou, implica em não reconhecer um sujeito. Não conseguir aguardar que o filho se expresse, remete ao jogo de presença/ausência discutido, assim como atender prontamente às exigências da criança implica na função paterna. Assim, de forma diferentes a superproteção pode incidir sobre a constituição do sujeito e da imagem corporal. O fato se agrava principalmente quando se tratam de crianças que podem ter sua comunicação comprometida e

suas expressões difíceis de ser compreendidas. Bem como, as que apresentam dificuldades na execução de atividades cotidianas, que relatam inclusive dor em movimentos considerados simples, o que pode gerar ansiedade nos pais para ajudá-los prontamente, ainda que a criança não tenha solicitado. Encontramos aqui mais um desafio para estes pais, que precisam sustentar suas funções frente ao filho e frente as angústias suscitadas pela deficiência física.

Tratamos de que modo as funções parentais podem incidir sobre a imagem corporal quando a deficiência física e suas idiossincrasias atravessam as relações. Passamos agora ao segundo ponto, se as dificuldades que podem ser encontradas na imagem corporal podem se refletir no brincar, na posição frente a lei e na linguagem.

Estas formações do inconsciente permitem observar a posição do sujeito em cada criança. No brincar, encontramos os recursos simbólicos e como a fantasia se organiza (Jerusalinsky, 2008). Nos dois casos coletados, ambos diferenciaram real, simbólico e imaginário em suas brincadeiras, encenaram situações e conflitos, produziram histórias de faz de conta e inseriram a diferença entre fantasia e realidade. Mesmo Pedro, ainda que com dificuldades para se expressar verbalmente modulava sua voz e encenava com os bonecos uma montagem lúdica. Nestes casos, as deficiências não são limitantes a ponto de trazer grandes dificuldades, o máximo que ocorreu, foi de derrubarem algo da mesa no chão, mas que contornavam sem maiores problemas. De nossa amostra não podemos indicar prejuízos no brincar. Na literatura não encontramos trabalhos com o mesmo detalhamento empregado nesta pesquisa para avaliar o brincar.

Se houvessem maiores problemas na imagem corporal poderiam ser encontrados prejuízos no brincar. De acordo com Levin (2001), este é um indicador que auxilia na avaliação da imagem corporal. Sem uma imagem corporal, a criança não brincaria, visto que para construir um espaço ficcional para encenar suas representações, é preciso que se apoie em uma imagem para desdobrar-se e desconhecer-se. A criança utiliza a imagem corporal para moldar as funções imaginárias do eu.

Brincando, a criança se representa e contesta sua realidade para criar outra, desconhecimento originário, que vai lhe permitir colocar-se em cena utilizando a sua imagem corporal. Sem ela não há espaço ficcional possível para criar a encenação de sua atividade representacional e simbólica (p. 106).

Outro critério para avaliar a imagem corporal que poderia ser visto no brincar são os movimentos. Se estes não estiverem apoiados em uma imagem corporal, o que expressará são estereotípias e movimentos desordenadas, não delimitados e indiferenciados, denotando pobreza do imaginário (Levin, 2001).

Quanto ao brincar dissemos não haver problemas nas crianças de nossa amostra. Quanto aos movimentos, estes pareceram satisfatórios em relação a esta forma de critério, o que conseqüentemente aponta para um distanciamento dos problemas da imagem corporal, pelo menos do ponto de vista basal de sua constituição. Por fim, vale comentar que poucos trabalhos na literatura tratam do brincar destas crianças, sendo um tema interessante e que poderia contribuir para a literatura.

Adiante, tratamos da posição frente a lei. Se anteriormente discutimos como os pais empreendem a lei, aqui consideramos o modo pelo qual a criança responde e se orienta por ela (Jerusalinsky, 2008). De nossa amostra, foi Luiza quem chamou a atenção quanto a este item. Encontramos, ainda que a partir deste único encontro, alguma submissão frente a lei. Os pedidos eram aceitos sem questionamentos, com pouca tentativa de negociação e pouca expressão quando frente aos limites. Em sua brincadeira também encontramos uma situação ansiôgena frente a lei, de modo que marcamos o sintoma clínico “3. Confusão e angústia frente à lei”. Talvez aqui caiba, obviamente em menor nível, o que dissemos sobre os modos de submissão e entrega ao outro que se observam em crianças com deficiência (ver p. 109). De qualquer forma parece uma associação interessante a ser feita entre este modo de relação tão observado e a submissão frente a lei de modo geral. Isto permitiria pensar situações mais amplas que atendimentos clínicos e os momentos de troca com os pais, como as vivências cotidianas no social.

Por outro lado, encontramos duas compreensões interessantes que valem ser discutidas. Ajuriaguerra (1983) indica trabalhos em que a questão da deficiência física se dá em termos de frustração, seria este o mecanismo responsável pelas repercussões psicológicas nestes casos. Sendo assim, as formas de reagir a frustração são o ponto central para pensar as questões psíquicas destes casos. Brincando com os termos nesta proposta, poderíamos dizer que, ao invés da castração, a lei se inscrevesse pela via da frustração. Indo além, se a castração organiza, regula e insere no laço, marca o possível e o impossível, a frustração insere uma dinâmica de capacidade e incapacidade. Sendo assim, os limites, sejam eles advindos da deficiência ou dos obstáculos que o ambiente faz ao desejo, inevitavelmente, poderiam ser tomados como incapacidade e não como limite, o que de fato poderia levar ao quadro que o autor propõe.

Esta expansão da proposta de frustração parece se relacionar a segunda compreensão encontrada. Bergès e Baldo (1997) referem que dadas as dificuldades de inscrição da deficiência, a castração não se dê pela lei fálica, mas pelos limites da deficiência. Há uma

inversão em que a deficiência limita a lei e não seu oposto. Como consequência, para o sujeito, este pode não tirar do capital cultural representações para suas dificuldades, visto que a regulação pela deficiência não oferece maiores sentidos e significações. Poder-se-iam encontrar no contexto clínico, queixas restritas a função operatória. E, para a imagem corporal:

Uma imagem, um significante preso ao corpo, estabelecem, normalmente, um limite para o transbordamento da função: nas patologias evocadas, o que não é verificado torna-se impossível. É este impossível que é o real propriamente dito da lesão: a transcrição da lei fálica traduz-se por uma lesão de uma função corporal (com o risco de que essa queda seja acompanhada por toda a imagética médica...) (p. 152).

A disfunção pode se apropriar dos significantes do corpo, reduzindo as formas da imagem do corpo aos limites da lesão, do real da lesão (Bergès & Baldo, 1997), sem que se produzam efeitos significantes e cenas fantasmáticas. Articulando com a compreensão de frustração, o sujeito ficaria orientado nos termos de *posso/não posso* em uma regulação que não faz laço com o social. Evidente que se tratam de prospecções que demandariam estudos e pesquisas para que se desdobrassem em uma teoria possível, mas consideramos interessante de ser citado e discutido neste contexto.

Em relação a posição do sujeito na linguagem, encontra-se o modo como este se enuncia e representa pela língua, utilizando de significações, relações com os objetos e com os outros (Jerusalinsky, 2008). Nosso caso Luíza novamente chama mais a atenção. Principalmente na presença da mãe, situamos o sintoma clínico “5. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução”, dado que repetia o que lhe perguntava, com dificuldades de sustentar um diálogo. Assim como, “10. Fala traduzida pelo cuidador”, visto que falava quase como um resmungo e sua mãe logo assumia o lugar da criança e “traduzia”. Encontramos assim alguns prejuízos que diferem, por exemplo, de Pedro. Este, mesmo com dificuldades de expressão, sustentava sozinho um diálogo e mesmo quando os pais “traduziam” o que não era claramente compreendido, aguardavam que a criança encontrasse recursos para se fazer entender (ao menos neste quesito observado). Os pais se colocam como suporte da fala da criança, sem ocupar ou aviltar seu lugar enunciativo e talvez aqui se encontre a maior diferença em relação à Luíza. Parece interessante, e válido para outras dificuldades advindas da deficiência, esta forma de auxílio. Primeiramente, aguarda a manifestação do sujeito, valida seu recurso no sentido de uma troca no laço e só quando a dificuldade orgânica por si só parece sobressair é que a ajuda se dá, mas se mantendo no lugar de apoio, de ferramenta usada pelo sujeito.

Ao longo do texto citamos a importância da linguagem para a imagem corporal. Como postula Levin (1997): “É o Outro que, ao inscrever uma letra, configura uma imagem do corpo e do movimento de um sujeito. Esta marca simbólica no corpo introduz um destino e institui um sujeito” (p. 30). O domínio da língua está atrelado a uma imagem corporal funcional, linguageira nos termos doltonianos. É o efeito do significante sobre o organismo que faz com que o corpo se torne corporificado. Este é o domínio do corpo pelo sujeito por meio da linguagem. A língua é capaz de transformar o corpo (Sternick, 2010), ou poderíamos modificar dizendo que pode transformar a imagem do corpo que por sua vez modificará o corpo orgânico. Tem-se aqui o efeito do sujeito sobre o corpo:

Podemos interrogar, o que o corpo é capaz de suportar em função da imagem? Esclareçamos que, ao introduzirmos a palavra “suporte”, pensamos em suporte tanto no sentido de sustentar, como, por exemplo, “a linguagem dá suporte à imagem do corpo”, como também em suporte associado a aguentar, sofrer, “*o sujeito suporta maltratar seu corpo em função de sua imagem*” (Sternick, 2010, p. 36, grifos da autora).

Talvez aqui nos encontramos novamente nos danos secundários que o sujeito pode provocar no corpo e, de maneira interessante, a autora cita: “só aquele que veste *a roupa* do significante tem um corpo (Sternick, 2010, p. 36, grifos da autora). Retomando nossa compreensão da roupa dita no primeiro capítulo desta discussão, da imagem, destacamos os significantes que a sustentam, ordenam e dão sentido a esta imagem. Nesta articulação, corpo, imagem e linguagem dependem um do outro para que se encontre um sujeito.

Nessa linha, Levin (2001) assume que outro critério para avaliação da imagem corporal é a capacidade de dizer não. Encontra-se aqui a possibilidade de fazer resistência frente a demanda do Outro. Nessa possibilidade, no início apenas gestual, a criança demonstra que assume uma imagem corporal e se afirma no gesto. E o mesmo para a agressividade e ciúme, visto que sem uma imagem corporal não ocorrem identificações que tramariam este jogo com as demais pessoas. E também a dor, medo, risco e perigo, tratam-se de noções que dependem da estruturação dos limites dados pela imagem corporal. Se considerarmos Luíza e o que analisamos acerca de alguma forma de submissão à lei e suas dificuldades com a linguagem, podemos concluir por este caminho que existem questões em sua imagem corporal.

Encontramos, neste percurso, associações entre as manifestações do inconsciente na AP3 no contexto das crianças com deficiência física. Mais uma vez foi possível mostrar como as especificidades do quadro orgânico podem incidir sobre estes elementos e fornecer algumas compreensões. Podemos afirmar que, se existem prejuízos na imagem corporal, também serão encontrados outros prejuízos, ainda que mais ou menos evidentes, pois as

divisões didáticas empregadas para a discussão se perdem quando se observa um sujeito em funcionamento.

Comparando os dados coletados e a literatura pesquisada, encontramos uma diferença principalmente quanto à a gravidade e o impacto dos eventos. Na literatura, os casos são graves, tanto do ponto de vista orgânico, quanto psíquico. Assim como, as análises tendem a pesar sobre as dificuldades, sem muitas vezes, relevar e dimensionar o que é dito. Tentamos tomar o cuidado de expor a opinião dos autores, mas manter a discussão para as possibilidades de arranjos de cada sujeito/família. Consideramos que o fato de nossos casos serem “leves” pôde fornecer um contraponto com o campo teórico, tanto para mostrar casos mais “cotidianos”, quanto para permitir observar quais são os danos menos agressivos ao sujeito e ao seu corpo, o que é menos relatado na literatura. Assim, do peso atribuído pelos teóricos pode-se apontar para tendências e riscos que podem se fazer presentes quando há uma deficiência física, mas que devem ser consideradas as situações caso-a-caso. É preciso que se evite antecipar problemas não existentes, mas ao mesmo tempo, compreender que podem haver problemas em que a prevenção pode ser uma ferramenta importante e que pode reduzir danos a essas crianças.

6.4. Contribuições para áreas afins

Neste último capítulo são feitas propostas de alguma aplicabilidade para os dados encontrados. Se nos demais tratamos de questões teóricas e de pesquisa, neste consideraremos a vertente clínica propriamente dita. Citamos em diferentes momentos a importância da intervenção e o auxílio que os profissionais podem fornecer para as crianças com deficiência física. Dos benefícios que já trazem, tentaremos apontar outros possíveis, de acordo com o que encontramos em nossa pesquisa.

Primeiramente faremos apontamentos para a clínica psicanalítica, que também contribuem para a psicológica, no que tange a questão da imagem corporal. Como afirma Levin (2001), não é possível curar a doença orgânica, mas é possível resgatar o sujeito. “A nossa proposta será, em parte, achar um modo de suportar essa morte, gerando a vida na cena, sustentando-se no desejo de encontrar o sujeito-criança em cada reflexo, em cada reação tônico-motora ou em cada grito” (p. 209). Para tal, é preciso que o clínico sustente uma postura. Lidar com o estranho em si de modo a poder reconhecer ali um sujeito, dando consistência as expressões da criança, transformando reflexos em gestos, gritos como voz e à musculatura um diálogo tônico enunciado pelo sujeito. É necessário que o sujeito exista no clínico, para que possa antecipar sobre a criança.

Eis uma das nossas chaves, dos nossos esteios nesta clínica especial. Estamos falando da antecipação simbólica de um sujeito em qualquer produção sensório-motora, por estereotipada, desarmônica, distônica, paratônica ou esquisita que pareça. Esta antecipação envolve uma construção, uma vez que, na verdade, não sabemos se nesse movimento existe ou não um sujeito constituído, embora sempre suponhamos que ele existirá (é o que se chama de tempo “do futuro anterior”), ou seja, construímos um futuro sobre uma anterioridade, o que significa supor um sujeito em cada produção da criança (Levin, 2001, p. 249).

A postura de se colocar como um modelo (presentes em algumas linhas clínicas) pode ser danosa ao pequeno sujeito, visto que o coloca invariavelmente no lugar de incapacitado por comparação. Trata-se mais de ser um espelho não-especular, um espelho que afirma a imagem lhe dando unidade, situando a criança em uma posição simbólica que a faça se desenvolver. O mesmo para a questão do limite no *setting* clínico, deve-se reconhecê-lo pelo aspecto orgânico, de modo a não submeter a criança a uma posição de dupla impossibilidade: primeiro por conta do problema instalado e segundo no lado do desejo do analista que pode demandar que a criança faça o que não pode. Não pode haver desejo de que “se cure” do que é impossível de ser curado, tratando o impossível como impossível e não como incapacidade (Levin, 2001).

Sobre a questão da limitação, a verdade sobre o que se diz sobre esta deve ser preponderante. Não de modo a fechar um sentido, mas do contrário de abrir para as investidas do sujeito sobre o corpo. A palavra e a mímica vêm auxiliar para que seja possível expressar e fantasmear seus desejos, sejam esses possíveis ou não de se realizar. A palavra se faz de suma importância, pois permite inscrever a deficiência em sua localização e disfunção exata. Sendo dito e circunscrito por palavra verídicas, evita-se que a criança precise recorrer as suas próprias formas de compreensão, ainda em constituição, e assim fazer da deficiência mais do que esta de fato é (Dolto, 1984/2015).

A clínica pode investigar e incidir sobre as identificações e significações atreladas a deficiência. Frente as identificações que inibem o sujeito e suas expressões, ou, utilizando o termo da literatura, que levam a sentimentos de inferioridade, as intervenções podem furar este imaginário e abrir para a incidência do simbólico mesmo com a presença obscena do corpo que impele para um movimento contrário. “Como recuperar essa aparência singular, essa imagem subjetivante, dado o “excesso” de organicidade que nos cerca no diagnóstico, no prognóstico e na técnica? Eis o desafio que temos pela frente” (Levin, 2001, p. 204). Assim como, nas palavras de Levin (1997), “no tratamento clínico de crianças com patologia orgânica, surge o problema de como transmutar o órgão-corpo-deficitário em sintoma do sujeito” (p. 177). Pelas dificuldades que o corpo pode imputar ao sujeito, talvez um ponto chave seja esse: fazer com que mesmo as expressões mais desarticuladas de sentido possam

ser significadas e integradas à imagem corporal, abrindo assim espaço no corpo para que o sujeito se expresse e ali seja reconhecido enquanto tal.

Uma das vias de passagem do corpo real para um corpo contornado pelo simbólico e imaginário é o luto (Levin, 1997; 2001). Cabe uma ressalva antes deste desenvolvimento. Como apresentamos, há uma linha psicológica que situa o problema da imagem corporal nesta população em termos do luto do corpo *saudável perdido*. O que tratamos aqui difere desta perspectiva e serve de apontamento para as pesquisas que trabalham nesta linha. Em se tratando de crianças com deficiência física congênita não existe um campo saudável anterior, como se vê nos casos de deficiências adquiridas. Assim, prontamente não pode haver um luto por algo que não foi perdido. E, como apontamos anteriormente, não se pode considerar que a imagem corporal e os ideais de uma pessoa com deficiência sejam os modelos de perfeição midiáticos e genéricos. O que compreendemos pela necessidade de fazer o luto aponta para outro lugar:

O pesar não é por algo que ela tinha e perdeu, mas por um corpo cujo funcionamento neuromotor é imperfeito e nessa condição se tornou presente. O trabalho de pesar envolverá em grande medida a “historização” do corpo num cenário ficcional, onde o prazer da representação dramatize seu desejo (Levin, 2001, p. 237).

O luto, nesta proposta, tem como objetivo criar algo sobre o impossível, sobre o real. Importante diferenciar o impossível para o sujeito do impossível de fato. Pouco importa aqui se a criança terá acesso a intervenções que melhorem seu quadro em algum momento da vida, estamos apontando para o que no momento para aquele sujeito se encontra como impossível e enquanto tal requer um trabalho de apropriação e atribuição de sentido pelo sujeito. O pressuposto desta proposta clínica se encontra em supor que nestes casos a deficiência se coloca em termos traumáticos (de ausência de sentido) e nossa pesquisa leva a assentir com essa asserção. E, para que não se crie um ponto de dificuldade, de obstrução do sujeito e do uso do corpo (como vimos nos casos clínicos descritos na literatura), este trabalho de luto é necessário. Sem este processo “estaria sempre latente o risco de a criança armar a sua identidade, identificando-se na sua incapacidade, fazendo sua a patologia, como traço que a designa, em correspondência biunívoca com o aspecto patológico” (Levin, 2001, p. 239). Para que possa ocorrer na criança, é preciso que se dê uma elaboração do luto nos pais, dado que são estes quem fornecem a imagem formadora do eu da criança. Assim como a linguagem auxilia neste trabalho, também o brincar permite delimitar e contextualizar o problema. Por esta via é possível simbolizar a deficiência, situando-a em um espaço ficcional. Se pode fazê-lo, é porque pode se diferenciar da patologia, brincando de colocá-la no outro, em um objeto, saindo do *ser* a lesão para o *ter* a lesão, trilhando um caminho do trágico para o dramático.

Levantamos assim algumas direções de tratamento a serem consideradas na clínica destas crianças. É preciso considerar as demandas de cada sujeito, mas tratam-se de linhas e situações que podem surgir nestes contextos e cuja intervenção apropriada pode trazer mudanças importantes. O lugar dos pais nesse tratamento também se faz necessário, principalmente pelos efeitos das reações frente à deficiência e mais ainda nos primeiros anos em que se encontram em meio à embates narcísicos, excesso de informações sobre diagnóstico e prognóstico e dificuldades de ordem prática, como os novos cuidados a esta criança. Desta forma, não apenas por uma via interventiva, seria interessante ofertar a estes pais, nestes momentos iniciais com o bebê, tanto um espaço de escuta, quanto de avaliação de como os pais se encontram, se existem dificuldades, se o lugar da criança encontra prejudicado e o modo como podem operar as funções parentais.

Para os profissionais psicólogos que se ocupam de avaliações, principalmente por meio das técnicas gráficas, cabem algumas considerações. Ao utilizar desenhos que partem do grafismo como o Desenho da Figura Humana, ou mesmo o House, Tree, Person (HTP), devem ser tomados alguns cuidados no que tange a compreensões sobre a imagem corporal. A tendência observada nesta linha de trabalho é de verificar no desenho dificuldades do eu como retraimento, dificuldade de contato, introspecção, compensações. Ou ainda apontar que o desenho mostra como a imagem corporal é incongruente ao corpo real, o que geraria conflitos. Desde nossos recortes teóricos insistimos sobre o aspecto de construção da imagem corporal e não da correspondência direta. A representação que um sujeito tem de si, advinda de seu eu ideal, se distancia da realidade, ainda que possa se apoiar nela (Lacan, 1949/1998). Talvez o termo não seja distanciar, mas diferir, não havendo necessidade de ser isométrico. Enquanto imagem, é perpassado pelos significantes parentais, pelos sentidos do laço social, que abrem uma hiância entre o corpo carnal e o corpo representacional (Levin, 1997). Deste modo, esperar que o desenho destas crianças sejam retratos de seus corpos parece equivocado. Principalmente pela possibilidade de se ter uma imagem corporal *sã*, em termos doltonianos:

Em crianças precocemente atacadas pela poliomielite, por exemplo, que apresentam, portanto, um esquema corporal mais ou menos gravemente enfermo, é bem possível que venha a revelar-se uma imagem do corpo perfeitamente *sã*, desde que não tenham sido neurotizadas antes da poliomielite e que tenham sido apoiadas durante o período agudo da moléstia, pela mãe e pelo pai, em sua relação com outrem e consigo mesmas. Elas desenhavam então corpos que não oferecem nenhuma das disfunções ou faltas tais como as suas (Dolto, 1984/2015, p. 14).

Ainda que partam de um pressuposto diferente, este modo de trabalhar incorre o risco da patologização, como bem observam Silverstein e Robinson (1956) (ver p. 65), seja procurando indícios da deficiência no desenho ou ignorando traços que não fazem parte do quadro clínico. Talvez o ponto de dificuldade desta proposta se encontre na comparação do

desenho a uma forma ideal: o badameco. E, quando se fala de crianças com prejuízos motores e com chances de prejuízos na imagem corporal, a maioria dos desenhos poderia ser avaliado como patológico. Como afirma Levin (1997), mesmo que o desenho não seja reconhecível, trata-se de uma expressão do sujeito.

A falta de destreza e domínio práxico-motor não impede que se realize esta verdadeira cena de escrita. Neste sentido a criança se antecipa mentalmente (simbolicamente) à possibilidade efetiva e eficaz de seu controle práxico-manual. Este ato singular de escrita não figurativa delimita, no próprio momento em que se inscreve, uma presença em ato irrepetível do sujeito (p. 51).

A comparação entre o desenho de Luíza e Pedro ilustra essa questão. Tomando por uma via psicológica que pressupõe o badameco, como no caso do DFH, o desenho de Pedro perde o sentido e não existem mais ferramentas para avaliá-lo, o dado se perde. Entretanto, tomando por esta via de expressão do sujeito, como no caso do desenho da AP3, o desenho ganha sentido e pode ser explorado. Os dados qualitativos, as observações de execução e questionamentos no momento da avaliação se tornam ferramentas úteis. No caso de Pedro, sem a descrição da execução e o inquérito de seus desenhos, haveria apenas uma garatuja sem forma alguma. No entanto, a observação permitiu ver a regularidade dos traços, como todos seguem uma estrutura comum, uma ordem para ser desenhados, como ilustram identificações (a bola e a boca) e evidenciam dados sobre a imagem corporal, tal como discutimos sobre o hiperinvestimento. Este dado permite considerar o que se busca e se avalia em instrumentos projetivos gráficos com crianças com deficiência física. Talvez, utilizando o DFH para uma avaliação da maturidade conceitual, do nível de inteligência, o teste pela via gráfica possa não ser tão viável, mas, na proposta empregada pela pesquisa parece ser uma via interessante a ser utilizada nas avaliações.

Ajuriaguerra (1983a) contribui com esta discussão:

O desenho do boneco é uma técnica freqüentemente utilizada nas pesquisas sobre a evolução do esquema corporal. É inegável que o modo pelo qual a criança desenha uma pessoa humana reflete, em uma certa medida, a imagem que ela tem de seu próprio corpo (p. 344).

No entanto, Ajuriaguerra (1983a) faz uma ressalva quanto ao que se exprime no desenho. Indica que se trata de uma tarefa complexa em que se conjugam inteligência, maturidade motora e afetiva e adaptação social e emocional ao ambiente. Ainda que tenha uma boa fidedignidade à complexidade da imagem corporal, corre o risco de ser impreciso. Afirma assim, que os métodos de base psicanalítica têm trazido avanços para a avaliação da imagem corporal por sua observação, pelas atividades motoras, pela interpretação do ato e da relação pais-criança. Ainda que o desenho seja fruto do desenvolvimento conceitual, não pode ser tomado apenas pela vertente formal, visto que revela conteúdos inconscientes importantes. A conclusão do autor se aproxima da nossa, no sentido de que o desenho – para além de sua

forma e detalhes anatômicos – somado à observação, inquérito e interpretação permitem uma avaliação interessante da imagem corporal.

é principalmente a partir do desenho do boneco que ele se torna interessante, pois ultrapassa o aspecto puramente formal de sua expressão e dá informações em função das características do traço, da cor utilizada, da posição que a criança se atribui na família, da atividade que ela representa estar exercendo, do valor que ela atribui às diferentes partes do corpo, o que é esquecido de desenhar ou que está desproporcional, as distorções e deslocações (p. 345).

Bergès e Baldo (1997) sustentam esta mesma posição, acrescentando que o desenho possui uma vantagem sobre a palavra. Este permite evitar a interrupção advinda do recalque e do retorno do recalcado. Não há interrupção porque não há intenção de dizer nada e se há retorno do recalcado é de modo fálico, no contexto da produção. Ao passar para o desenho se suaviza a lei fálica, permitindo que o sujeito se tome de outro modo. É possível negociar com os significantes, não na vertente fonética, mas do engajamento do corpo na linguagem por esta via gráfica.

Considerando as áreas que atuam mais propriamente no discurso positivo (ver nota da p. 60), como a medicina, as terapias e afins. Buscamos agora indicar não apenas questões a serem atentadas em suas práticas, mas mostrar a pertinência de um trabalho em equipe com a psicanálise e a psicologia, o modo com estas áreas podem trazer benefícios.

Situamos a complexa situação da permanência das crianças com deficiência física em centros médicos, do excesso de intervenções e do modo pelo qual estes profissionais podem assumir diferentes funções frente às crianças, podendo dificultar ou prejudicar o trabalho. Podemos acrescentar aqui a necessidade de se atentar ao modo como as crianças reagem ao profissional e a intervenção. Ainda que sejam necessárias, perguntar sobre as expectativas da criança acerca do procedimento, fornecer informações e tomar o cuidado de fazer valer a presença de um sujeito no corpo podem diminuir as dificuldades que repercutem na criança e em sua imagem corporal. Reconhecer o lugar transitório e não definitivo, também contribuem para que se evitem relações de dependência e objetificação. Assim como, o trabalho de luto do profissional também é necessário (Levin, 2001), para que não se engendrem relações maternais, parasitárias, de controle, sendo pontos a serem observados.

Sabe-se que o trabalho no discurso positivo demanda uma exclusão da subjetividade. Apenas deixando de lado os sentimentos e sentidos singulares se torna possível manter o imperativo metodológico deste discurso. No entanto, sendo a subjetividade, assim excluída, os efeitos de seu retorno na prática dos profissionais irão permitir um lugar a outros discursos como o da psicanálise, cujos respectivos imperativos de sua atuação servem a tais questões e permitem um manejo (Moretto, 2001). Os profissionais podem tomar alguns cuidados e podem saber que os efeitos do sujeito no corpo que se fazem presentes podem ser manejados

por outros profissionais e serem discutidos em equipe. Principalmente frente a um contexto que frequentemente vem lembrar a criança de sua condição orgânica e com pessoas que facilmente a tomam por sua deficiência (Hammar et al., 2009).

Para a área da fisioterapia e da terapia ocupacional que fazem fronteira com nossa discussão e passam um tempo considerável com estas crianças, alguns dados encontrados parecem relevantes. Se Dolto (1984/2015) dizia da importância de se nomear a deficiência, Lawlor e Elliot (2012) afirmam que pais e clínicos frequentemente encontram dificuldades para nomear partes do corpo e designar ações nestes caso. Quando o fazem, podem partir de modelos anatômicos genéricos e assim criar rótulos e estigmatizações. Se o esquema corporal é compartilhado, anatômico e catalogado, a imagem do corpo se mostra como uma experiência singular, uma construção única. Sendo esta construção que comandará o corpo.

Deste modo, talvez a postura médica possa dificultar o acesso a essa singularidade do corpo, fazendo das intervenções modos de fazer o organismo atingir o modelo ideal. Consideramos que sem essa vertente do sujeito o trabalho seja mais truncado e as apropriações à imagem corporal se deem por outras vias. Esta é a questão, o efeito no corpo ocorre, mas incide sobre a imagem corporal? E se não a alcança, qual a extensão destes efeitos? Contudo, sabe-se que as experiências sensorio-motoras e a própria vivência postural do corpo podem incidir sobre a imagem corporal (Ajuriaguerra, 1983). A sensação tátil cria pontos de localização, servindo de referenciais para a imagem corporal (Schilder, 1950/1980).

E, com isso, é possível supor que ao menos um maior registro sobre as partes do corpo se deem. Crianças com deficiência física podem ter um conjunto de posturas e movimentos mais limitados, deste modo, o exercício físico localizado pode fazer com que se dê o registro de partes ainda não agregadas à imagem corporal. Bem como, posturas até então nunca assumidas. Se posturas estão vinculadas a imagens (Levin, 2001), o próprio exercício pode permitir novas formas ao eu, novas identificações e sentidos. E como aponta Ajuriaguerra (1983):

as modificações tônicas acompanham normalmente não apenas cada afeto, mas também cada fato de consciência. Cada afeto produz uma certa variação tônica no conjunto da musculatura; esta variação que vai de um músculo ao outro resulta, para cada estado afetivo, um uma certa quantidade de tônus, que o caracteriza, o "tônus *gestalt*" (p. 211, grifo do autor).

Estas identificações novas e as anteriores se farão presentes em cada uso do corpo. O próprio olhar do profissional terá efeitos no tônus e na postura destas crianças. Sabendo destas compreensões é possível que o terapeuta possa atentar aos efeitos que sua presença e a relação que estabelece com a criança podem incidir sobre o exercício e sobre as melhoras/pioras no quadro. Da mesma forma que os médicos, trata-se de um estranho que tem acesso livre ao

corpo e a mesma possibilidade de objetificar ou agregar o trabalho ao sujeito se fazem presentes.

Sem intenção clara, os profissionais estão intervindo no imaginário das crianças. Ao assumir posturas, copiar movimentos, modificar o funcionamento de partes, incidem sobre a imagem corporal, a põe em movimento. Se a imagem corporal está atrelada ao eu (Levin, 2001), os exercícios podem levar a mudanças posturais. Tratam-se dos jogos de identificação de *quem se é quando se assume determinada postura* e de que forma o corpo se arranja e faz representar o sujeito para o Outro. Isto pode permitir um uso do brincar neste contexto clínico. Por exemplo, se a criança brinca que é um herói de corpo elástico e de fato assume esta cena alongar seus braços pode ser mais fácil, visto que estão em concordância corpo, imagem do corpo e o eu, ambos voltados para aquele sujeito e não para um ideal orgânico de funcionamento.

Gálvez et al. (2010) discorrem sobre a terapia ocupacional, do modo como o paradigma mecanicista advindo das raízes biomédicas se fazem presentes na prática destes profissionais. Estes assumiram este modelo biológico e desconsideraram a historicidade, a cultura e a subjetividade. Assim, os tratamentos se tornam tão rápidos que não interferem no autoconhecimento da deficiência, da mesma forma que as intervenções, focadas em recuperar funções. Desta reflexão, concluem que se faz impotente escutar e aprender a reconhecer as experiências destas pessoas e conhecer como aprendem a ser e fazer com seu corpo. Nossa pesquisa caminha nesta mesma direção e, para os que buscam se valer desta proposta, podem encontrar nela conteúdos e contribuições que auxiliam neste modo de pensar a deficiência física e a complexidade do corpo.

7. Considerações Finais

Esta pesquisa teve por objetivo explorar a imagem corporal no processo de constituição subjetiva de crianças com deficiência física congênita. Nos propusemos a estudar os modos relação entre o corpo orgânico e o sujeito do inconsciente, justamente neste quadro clínico de características peculiares. No recorte da avaliação por entrevista e técnicas projetivas gráficas, nos inserimos em uma literatura que até então investigava se as alterações nos desenhos destas crianças, consideradas questões do eu e da imagem corporal, seriam advindas do processo de constituição marcado pela deficiência desde as primeiras relações. Desta linha, propomos que se o corpo orgânico alterado pudesse ser significado no psiquismo enquanto “deficiência”, compondo sua organização, influenciando o modo como a criança se movimenta e engendra quadros posturais. Considerávamos se o aspecto psíquico da imagem corporal poderia ser afetado pelo organismo alterado, compondo mesmo as dificuldades motoras observadas na deficiência. Trata-se de uma complexificação da questão (que parte de bases psicanalíticas) que coloca em jogo se existem de fato problemas na imagem corporal; como o corpo e a deficiência são significados para estas crianças; o sentido do significante “deficiência” para a formação do eu e suas identificações; os efeitos reais do corpo sobre o sujeito e até que ponto o sujeito pode alterar seu corpo orgânico em sua apropriação singular. Deste modo, propusemos um retorno às bases da questão para em seguida retornar ao ponto que se encontra a literatura para tentar avançar.

Nossa pesquisa pôde problematizar o que se tem concebido como *crianças com deficiência física possuem problemas em sua imagem corporal*. Primeiramente, a discussão sobre o conceito de imagem corporal e apresentação organizada de suas diferentes propostas parece ser um caminho importante e que este trabalho pôde contribuir. Muitos trabalhos escapam ao rigor da definição e acabam por não deixar claro o que estão avaliando e partir de que pressupostos, levando a uma mistura conceitual e de objeto que prejudica a literatura. Trata-se de um conceito complexo e que perpassa diferentes áreas, mas é possível estabelecer recortes e especificações que, em pesquisas futuras, podem ser empregados a fim de evitar as confusões metodológicas.

Centrando nossa pesquisa em uma concepção de imagem corporal advinda da psicanálise e pertencente ao processo de constituição subjetiva verificamos que não se pode estabelecer uma relação direta entre deficiência física e prejuízos na imagem corporal. Um órgão alterado, lesionado, deformado não se reproduz como imagem corporal de forma literal, mas de forma simbólica. Encontramos que estas noções de “alterado, lesionado e deformado” são significações do Outro que podem ou não se imprimir na criança, a depender de que maneira é suposta e marcada por estes significantes. Desta forma, é preciso relativizar o que

se chama de *prejuízo na imagem corporal*. A princípio, uma forma que difere da convencional não pode ser chamada de prejuízo, mas de variação qualitativa. Do ponto de vista da forma, uma imagem corporal que assume a deformidade ou absorve próteses e órteses diz mais de uma aquisição que contribui do que um prejuízo. Discutimos a importância da imagem corporal assimilar o corpo orgânico e seus equipamentos tal como é, o que diminui as dificuldades de fato da imagem corporal.

Por problemas na imagem corporal apontamos então para sua não constituição, nos casos mais graves como nos quadros autísticos; a falta de seus recursos imaginários e simbólicos; a falta de integração de partes e o uso danoso ao equilíbrio tônico-postural. Para nós, mesmo uma postura deformada, que aos olhos médicos indicaria prejuízo, para nossa proposta diz de um arranjo possível do sujeito e seu corpo, que não necessariamente faz disso um *problema de imagem corporal*. Também vale situar que prejuízos na imagem corporal são frequentemente acompanhados de outros no brincar, na linguagem e na forma de se posicionar frente à lei.

Ainda que situemos as crianças com deficiência física no mesmo nível das demais quanto à possibilidade ou não de prejuízos da imagem corporal, encontramos que peculiaridades do quadro orgânico podem aumentar o risco de problemas. Destes, citamos o grande número de intervenções e manipulações ao corpo destas crianças (ainda que dependa do modo como este toque é empregado); os movimentos involuntários que assumem um caráter real, rompendo com o simbólico e o imaginário e levando a identificações prejudiciais; o uso de próteses/órteses que demanda um trabalho a mais da imagem corporal e a reação dos pais, protagonistas na constituição do sujeito, frente à deficiência, o que também irá depender de como se arranjam as relações. São estas as idiosincrasias do quadro orgânico da deficiência física que podem levar a complicações na imagem corporal. Assim como, são notícias de como o corpo orgânico pode modificar o sujeito, seja lhe dando algum modelo de imagem, lhe inserindo questões a ser ou não integradas e a modificando pela experiência de seu funcionamento.

É verdade que tais acidentes do desenvolvimento colocam uma série de obstáculos à estruturação psíquica e, em seus efeitos traumáticos, podem pô-la em questão. Mas também é certo que não é do corpo, mas da simbolização que nele se opere (a partir mesmo de suas primeiras falhas) que depende esta estruturação psíquica (Jerusalinsky, 1988, p. 43-44).

A significação das partes lesionadas como “deficiência” abre este campo para a compreensão dos processos do eu. Nos lançamos na vertente imaginária e no modo pelo qual o eu pode assumir “roupagens de deficiente”, que agregam uma imagem, um modo de agir, de se relacionar e posturas específicas. A compreensão de deficiência deixa de ser a do

diagnóstico para ser compreendida em seu valor social e no modo como atravessa as relações. Assim, tem-se a deficiência como significativa, um “elemento significativo do discurso (consciente ou inconsciente) que determina os atos, as palavras e o destino do sujeito, à sua revelia e à maneira de uma nomeação simbólica” (Roudinesco & Plon, 1998, p. 708).

Verificamos que a imagem corporal advém das imagens do eu que surgem no Outro e servem de ideal a ser alcançado. Desta forma, uma imagem corporal “vestida de deficiente”, com as características pejorativas atreladas, pode levar a expressões de inferioridade, de vergonha, exclusão, demanda de atenção, características citadas na literatura. Aqui encontramos o ponto de encontro de nossa pesquisa com as do movimento que buscava associar a deficiência nos desenhos a problemas do eu. O erro se encontra em atribuir ao corpo estas questões, enquanto que se encontra na significação deste corpo pelo Outro, as possibilidades de desdobramentos no eu. Se assim o fosse, todas as crianças apresentariam as mesmas dificuldades, o que não se aplica. Nossos dois casos coletados mostram como as dificuldades de um não aparecem no outro. A presença destes dados na literatura parece estar mais atrelados à vivência no laço social que ordena lugares, funções, características e cada um, inserido nesta lógica, será afetado de alguma forma. No caso, as deformidades, aparelhagens, permanência em instituições levam o eu a se identificar ao “deficiente” e sua respectiva *roupagem*, como empregamos.

Nossa proposta de *roupagem* também permite acessar um modo pelo qual o sujeito pode alterar o corpo orgânico. Ilustramos que, em seu uso apropriativo, o corpo pode sofrer, se deformar, ser utilizado ao limite, deixar de ser utilizado. Pode ainda criar danos secundários à deficiência que se confundem com os danos orgânicos, ou melhor, se mesclam a estes. Se, nesta perspectiva, o sujeito, as relações do eu e as identificações podem agravar uma deficiência, encontramos a extensão do sujeito sobre o corpo e podemos nos questionar se estas noções podem auxiliar no tratamento de uma deficiência. A aposta é de que sim e fizemos algumas considerações às áreas da fisioterapia e da terapia ocupacional que, ao criar uma congruência entre corpo, imagem corporal e o eu, poderiam encontrar maiores benefícios em suas intervenções com esta população. Apontamos assim, para o trabalho transdisciplinar que reúna psicanalistas, psicólogos, psicomotricistas, médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, compartilhando uma rede em que um discurso atua onde o outro não alcança. Desta reunião podem ser alcançados melhores ganhos.

De nossos resultados, surgem, algumas questões para a literatura. Ao tratarmos da deficiência se faz presente a reação das pessoas a este “corpo estranho”. Tratam-se de reações ansiosas, enviesadas pelo imaginário, confusas acerca dos limites eu-outro que parecem trazer

dificuldades para que as relações se deem de sujeito-a-sujeito. Este fenômeno, assim como seus desdobramentos para os sujeitos com deficiência, sejam eles crianças ou adultos, merecem estudos que poderiam inclusive contribuir para a compreensão de sua imagem corporal.

Outro ponto se refere a noção de risco que citamos em diferentes momentos da pesquisa. Já dissemos dos riscos quanto à prejuízos na imagem corporal, mas gostaríamos de indicar o risco para a constituição subjetiva. Como afirma Levin (2001):

O transbordamento parental diante da problemática orgânica e patológica do filho, e o grande desenvolvimento científico da modernidade, que buscar entender e curar qualquer doença, muitas vezes se associam, infelizmente, para ver, investigar e consertar o processo orgânico, em detrimento da estruturação subjetivante no desenvolvimento da criança (p. 192).

Riscos aqui, podem ser o de não se constituir um sujeito, ou que se constitua com dificuldades, sejam elas mais leves (como em nosso caso Luíza) ou mesmo mais graves e limitadoras. Desta forma, pela via da constituição subjetiva pode-se chegar a imagem corporal sendo processos conjuntos e que devem ser tomados enquanto tal (Silva & Herzberg, no prelo-a).

Sendo assim, e inspirados pelas pesquisas atuais, frente aos riscos pensamos na prevenção, ou dito de outro modo, pensamos e apontamos para as possibilidades de redução de danos. Se há dificuldades frente a uma deficiência, como diminuir sua incidência nos pais e no modo como vão se relacionar com estas crianças? Como evitar que estas dificuldades possam dificultar a constituição subjetiva e da imagem corporal? O ponto é desdobrar o que encontramos e tangenciamos na discussão e posteriormente operacionalizar como invenção. Chegamos a citar que uma perspectiva neste horizonte seria a disponibilização de profissionais nos momentos iniciais dos pais com esta criança, a fim de verificar possíveis dificuldades e se, existem, poder intervir e minimizar a ocorrência de dificuldades para os pais e para estas crianças. Mais uma vez, não se trata de antecipar problemas, mas para compreender e se posicionar frente a possibilidade de sua ocorrência visto que há uma incidência de ocorrer.

Outra demanda para o campo são estudos com desenhos de figuras tal como empregamos. São escassos os trabalhos no Brasil, sendo ainda uma literatura que perdeu sua expressividade de forma geral nas pautas atuais. Indicamos os benefícios e ressalvas quanto a esta forma de avaliação para a imagem corporal de crianças com deficiência física, mas havendo observação e inquérito e evitando vieses, podemos situar o DFH de Machover como um instrumento válido e interessante. Como indicamos em um trabalho recente (Silva & Herzberg, no prelo-b), a atualização destes estudos, em que incluímos esta pesquisa, pode

contribuir para o retorno do parecer favorável no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), pelo Conselho Federal de Psicologia, para sua utilização na prática clínica como técnica projetiva. Por se tratar de uma técnica não dispendiosa e de simples aplicação, importantes em uma realidade que carece de recursos na área da saúde, parece plausível o investimento em sua consolidação.

Gostaríamos de citar, não apenas em relação ao uso do teste, mas para o estudo do objeto desta pesquisa, a contribuição da psicanálise. Indicamos que poucos trabalhos no recorte que propusemos partem da psicanálise e destes o que se encontra na verdade é um trabalho da psicologia que cita a psicanálise. Nas palavras de Bernardino (2007):

A abordagem que a Psicanálise propõe nesse campo relaciona-se com uma determinada posição de abertura, caracterizada basicamente pela disponibilidade de escuta dessas situações. Cada pessoa tem uma história única; cada sintoma tem um sentido particular para cada um; cada doença, cada deficiência vai adquirir significação a partir do contexto em que se insere (p. 54).

O uso da AP3 e de seus operadores teóricos se mostraram de grande ajuda para as discussões propostas e permitiram situar a discussão em lugares diferentes. Por seu refinamento pudemos compreender de forma detalhada como a deficiência circula entre os cuidados dos pais à criança e trabalhar, por exemplo, o tema da superproteção, já tão debatido, de uma forma nova e que agrega conteúdo às literaturas já existentes. O tema da imagem corporal, tal como tratamos aqui (nos termos de Schilder e Dolto) parecem ainda pouco trabalhados nas pesquisas que utilizam a psicanálise para falar de imagem corporal. Como dissemos, talvez seja fruto de possíveis confusões conceituais, mas também da pouca literatura existente nesta proposta. Deste modo e, para estas pesquisas, vale a ressalva deixada por Ajuriaguerra (1983):

Se os neurologistas em geral utilizando a noção de esquema corporal como uma moldura unificadora para explicar os diversos tipos de desorganização de ordem corporal, alguns psicanalistas confundem, freqüentemente, o corpo como modo de ser com o modo de ser do corpo, e não estudam suficientemente, sob o ponto de vista genético, as diversas fases que, a partir do corpo possessivo e possuinte, e possuído, o corpo fantasiado de si mesmo e do outro, evoluem para o corpo imaginado representado e o corpo conhecido (p. 346).

Reforçamos assim, ao se empregar um estudo psicanalítico da imagem corporal das crianças com deficiência física congênita, a necessidade de se atentar aos danos orgânicos, suas limitações reais, assim como o modo pelo qual afetam e são afetadas pelo sujeito, de modo que na mediação se encontra a imagem corporal.

No início desta pesquisa citamos a entrevista com Nicolelis que indicava a importância do "senso de ser" para as possibilidades de aquisição na deficiência física. Neste momento, ao término da pesquisa, encontramos uma nova reportagem (Arthuzzi, 2017, 09 de janeiro) sobre o final da pesquisa. Já citamos o trabalho em sua publicação científica, mas neste recorte, o pesquisador apresenta que os oito casos estudados passaram de paralisados totais para

parciais, tendo recuperado sensações, movimentos voluntários e controle de esfíncter. Para explicar o ocorrido o pesquisador afirma a importância da fase de treinamento em que há imersão em realidade virtual:

“São vários fatores que determinam os resultados positivos, mas o principal é que os pacientes estão engajados mentalmente no processo de recuperação, usando a habilidade cerebral o tempo todo para controlar um corpo virtual ou robótico e recebendo um feedback tátil realista. A conjugação entre os feedbacks virtuais e táteis potencializou um processo de plasticidade cerebral” (p. 55).

Não encontramos exemplo mais interessante que este para situar a importância de pesquisas como a que empregamos. Os alcances e aplicações parecem várias, o que demanda novos estudos nesta área que ainda se encontra sendo explorada.

Nosso estudo possui limitações como realizar apenas uma entrevista para coleta de dados e se pautar na maior parte das vezes na interpretação do pesquisador. Do ponto de vista científico, partem de uma observação clínica orientada pelo método clínico-qualitativo que se respalda na interpretação do pesquisador e na validade expressiva do dado. No entanto, o acréscimo de instrumentos e encontros pode permitir um maior alcance dos dados, assim como aumentando o número de sujeitos de pesquisa que em nosso caso se restringiu a dois.

Acerca das crianças participantes, nossos critérios de inclusão e exclusão, ainda que necessários, podem ter sido restritivos. Ao se delimitar *crianças que falam e desenham*, uma série de sujeitos de pesquisa potenciais são ignorados. Em nosso caso, ao solicitar que a instituição selecionasse estes casos, corremos o risco de não alcançar por exemplo, as que desenhavam e falavam de forma não usual e, por este motivo, não são consideradas no critério estipulado. Bem como, parece haver um dado real orgânico que incide sobre a questão do desenho. Por haver uma limitação motora, pais e profissionais podem deixar de investir nessa habilidade, fazendo com que pouco desenvolvam. Somado às dificuldades motoras já existentes, restringem-se as *crianças que desenhavam*, o que precisa ser considerado em pesquisas que partam desta metodologia. Assim, talvez a criança ideal que apresenta um prejuízo orgânico e funcional que fala de forma compreensiva e desenha, seja difícil de se encontrar. Sendo uma pesquisa de estudo de caso, haveria o ideal de se alcançar esta criança emblemática, mas, por outro lado, se configura como dado avaliar e investigar as crianças encontradas no campo. O resultado nos pareceu interessante e, como discutido, permitiu um contraponto com a literatura que preconiza os casos graves, secundarizando os “casos cotidianos”.

O fato das crianças terem sido encontradas em uma instituição de reabilitação também pode ser compreendido como uma limitação. Tratam-se de crianças que recebem todo o apoio profissional e passam periodicamente por tratamentos, o que leva a um universo

de crianças com menores prejuízos (sejam orgânicos ou psíquicos). Se fosse empregado um estudo quantitativo com um n maior, seria possível comparar tempo de tratamento e estado atual da imagem corporal, o que provavelmente forneceria dados mais precisos, justamente por permitir considerar o tempo de tratamento nos resultados.

A limitação da amostra pelos critérios estritos do DFH também pareceu uma limitação. Ainda que tenha ilustrado os diferentes usos que se pode fazer do instrumento e abordar o tema, a tentativa de categorizar o desenho de Pedro quase levou a sua exclusão da amostra. Trata-se de um exemplo do que discutimos sobre o modo de avaliar a imagem corporal por meio de seu aspecto formal e por seu caráter expressivo do sujeito. Finalmente, a consideração e o trabalho deste caso pareceram trazer mais benefícios do que prejuízos para a discussão e o objetivo da pesquisa e serve de consideração para futuras pesquisas.

Sem mais, consideramos que este trabalho contribui como a literatura mostrando possíveis formas de relação entre sujeito e corpo, assim como do que se passa com a imagem corporal quando há problemas no organismo. Neste ponto, as proposições podem ser estendidas para quadros similares. Por exemplo, a pesquisa de Guidugli (2015) com gestantes de fetos cardiopatas, conversa com este trabalho no que tange as reações dos pais quando de um filho com problemas orgânicos. Da mesma forma, pode-se estender os dados para as demais deficiências, sendo guardadas as devidas proporções. Ainda que cada qual com suas idiossincrasias, ambas compartilham a marca significativa “deficiência” e como afirma Pierre Fédida (1984, p. 145): “toda negação da deficiência, sob qualquer forma que seja, falsifica a relação com o outro, induz patologias relacionais crônicas e, sobretudo, caminha no sentido de formações reativas de caráter, que levam o Eu a suas próprias deformações”.

8. Referências

- Abel, T. M. (1953). Figure drawings and facial disfigurement. *American Journal of Orthopsychiatry*, 23(2), 253-264. doi: 10.1111/j.1939-0025.1953.tb00054.x.
- Ajuriaguerra, J. (1983a). *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo, Masson.
- Ajuriaguerra, J. (1983b). De los movimientos espontáneos al diálogo tónico-postural y a las actividades expresivas. *Revista Anuario de Psicología*, 28, 7-18. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64510/88306>
- Alaee, N., Shahboulaghi, F. M., Khankeh, H., & Kermanshahi, S. M. K. (2015). Psychosocial challenges for parents of children with cerebral palsy: A qualitative study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(7), 2147-2154. doi:10.1007/s10826-014-0016-3
- Amaral, L. A. (1994). Corpo desviante/Olhar perplexo. *Psicologia USP*, 5(1/2), 245-268.
- Amiralian, M. L. T. M. (1986). *Psicologia do excepcional*. São Paulo: EPU (Temas básicos de psicologia).
- Amiralian, M. L. T. M. (2003). Deficiências: Um novo olhar. Contribuições a partir da psicanálise winnicottiana. *Estilos da Clínica*, 8(15), 94-111.
- Amiralian, M. L. T. M. & Becker, E. (1992). Deficiência congênita e autismo secundário: um risco psicológico. *Journal of Human Growth and Development*, 2(2), 49-55.
- Andrade, M. B., Vieira, S. S. & Dupas, G. (2011). Paralisia cerebral: estudo sobre o enfrentamento familiar. *remE – Revista Mineira de Enfermagem*, 15(1), 86-96.
- Amparo, D. M., Magalhães, A. C. R. & Chatelard, D. S. (2013). O corpo: identificações e imagem. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 13(3-4), 499-520.
- Araujo, G. X., Lerner, R. & Hoffmann, C. (2013). Resultados iniciais de estudo sobre o desenvolvimento de irmãos de crianças diagnosticadas com autismo. *Anais do VII Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde: Avaliação Psicológica e Neuropsicológica no Hospital. Para que e para quem?* São Paulo. Recuperado de [http://www.cepsic.org.br/upload/file/anais_2013%20\(2\).pdf](http://www.cepsic.org.br/upload/file/anais_2013%20(2).pdf).
- Arthuzzi, T. (2017, 09 de janeiro). O exoesqueleto vira o jogo. *Superinteressante*, p. 50-55.
- Assistance éducative et recherches (1988). *Intégration du jeune enfant handicapé en crèche et en maternelle* (2a ed.), Paris, CTNERHI.
- Barbosa, M. A. M., Balieiro, M. M. F. G. & Pettengill, M. A. M. (2012). Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(1), 194-199. doi:10.1590/S0104-07072012000100022.
- Battikha, E. C., Faria, M. C. C. & Kopelman, B. I. (2007). As representações maternas acerca do bebê que nasce com doenças orgânicas graves. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(1), 17-24. doi:10.1590/S0102-37722007000100003.

- Bénony, H. (2005). Se construire avec un handicap. L'au-delà du développement: Un destin? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 53(8), 407-412. doi:10.1016/j.neurenf.2005.09.014.
- Bergès, J. & Baldo, G. (1997). *A criança e a psicanálise* (2a ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bernardino, L. M. F. (2007). A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos da Clínica*, 12(22), 48-67.
- Bernardino, L. M. F. & Kupfer, M. C. M. (2008). A criança como mestre do gozo da família atual: desdobramentos da “pesquisa de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil”. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 8(3), 661-680.
- Bernardino, L. M. F. & Vaz, B. G. (2015). Avaliação de crianças pequenas em processo de educação inclusiva através do protocolo AP3. *Educação*, 38(2), 193-202. doi: 10.15448/1981-2582.2015.2.20045
- Botero Soto, P. A. & Pérez, C. B. (2015). Diseño y validación de un cuestionario de imagen corporal para personas en situación de discapacidad física. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 219-233. doi:10.15446/rcp.v24n1.45644
- Brasil. (2004). *Decreto nº 5.296 de 2 de Dezembro de 2004*. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm
- Brasil. (2012). *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Revoga as resoluções CNS/MS 196/96, 303/2000 e 404/2008 e aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Brasil. (2013). *Portaria SMS.G Nº 2427/ 2013, de 12 de Dezembro de 2013. Portaria de obrigatoriedade*. Recuperado de <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/comiteetica/Portaria2427-2013.pdf>.
- Brauer, J. F. (1998). O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, 3(5), 56-62
- Breakey, J. W. (1997). Body image: The inner mirror. *Journal of Prosthetics and Orthotics*, 9(3), 107-112. doi:10.1097/00008526-199700930-00004
- Campos, S. C. S. (2007). A imagem corporal e a constituição do eu. *Reverso*, 29(54), 63-69.
- Campos, M. T., Avoglia, H. R. C. & Custódio, E. M. (2007). A imagem corporal de indivíduos com paraplegia não congênita: um estudo exploratório. *Psicólogo inFormação*, 11(11), 27-55. doi: 10.15603/2176-0969/pi.v11n11p27-55.

- Cândido, A. M. D. M. (2004). *Paralisia cerebral: abordagem para o pediatra geral e manejo multidisciplinar*. (Monografia de residência médica, Hospital Regional da Asa Sul, Brasília). Recuperado de <http://www.paulomargotto.com.br/documentos/paralisiacerebra.doc>
- Césarís D. M. C. (2013). *O uso dos instrumentos IRDI e AP3 no acompanhamento da constituição da imagem corporal/especular de crianças em centros de educação infantil* (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Césarís, D. M. C. (2016). *A imagem corporal/especular no sujeito em constituição, de Freud a Lacan*. São Paulo: Escuta.
- Chabrier, S., Roubertie, A., Allard, D., Bonhomme, C. & Gautheron, V. (2010). Hémiplegie cérébrale infantile: épidémiologie, aspects étiologiques et développements thérapeutiques récents. *Revue Neurologique*, 166(6-7), 565-573. doi:10.1016/j.neurol.2009.12.006.
- Chacon, M. C. M. (2011). Aspectos relacionais, familiares e sociais da relação pai-filho com deficiência física. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 17(3), 441-458. doi:10.1590/S1413-65382011000300007.
- Chediak, A. (2013). *Dê uma ajudinha a si mesmo, reveja seus conceitos - Deficiência Intelectual* (Instituto Mara Gabrielli.) (vídeo - curta). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=vfGBuSeP8a0> em 03 de out. de 2015.
- Chiarello, L. A. & Palisano, R. J. (1998). Investigation of the effects of a model of physical therapy on mother-child interactions and the motor behaviors of children with motor delay. *Physical Therapy*, 78(2), 180-194.
- Crespin, G. C. (2004). Os sinais de sofrimento precoce. In *A clínica precoce: o nascimento do humano* (pp. 47-70). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Di Paolo, A. F. (2010). *Estudo exploratório dos Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil e da Avaliação Psicanalítica aos 3 anos para avaliar qualidade de vida e condição sintomática aos seis anos*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Di Paolo, A. F. & Barros, C. V. (2010). Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos (AP3): usos e adaptações em crianças com diagnóstico de transtornos globais do desenvolvimento (TGD). *Anais do II Congresso Internacional de Saúde da Criança e do Adolescente – CISCA / Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.* 20(2): 371-623. Recuperado de <http://congressocisca.com.br/wp-content/uploads/sites/25/2014/01/AnaisIICisca081210.pdf>
- Dolto, F. (2015). *A imagem inconsciente do corpo* (3 ed.). São Paulo: Perspectiva (Trabalho original publicado em 1984).

- Donati, A. R. C., Shokur, S., Morya, E., Campos, D. S. F., Moiola, R. C., Gitti, C. M., ... Nicolelis, M. A. L. (2016). Long-term training with a brain-machine interface-based gait protocol induces partial neurological recovery in paraplegic patients. *Scientific Reports*, 6, 30383. doi:10.1038/srep30383
- Faria, M. R. *Constituição do sujeito e estrutura familiar: o Complexo de Édipo, de Freud a Lacan*. 12. ed. Taubaté: Cabral, 2010.
- Fédida, P. (1984). A negação da deficiência. In M. I. D. Á. Neto (Org.), *A Negação da Deficiência: A Instituição da Diversidade*. (pp. 137-147). Rio de Janeiro: Achiamé & Socius.
- Freud, S. (1996a). A hereditariedade e a etiologia das neuroses. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. III: Primeiras Publicações Psicanalíticas, J. Salomão, trad., pp. 140-155). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1896).
- Freud, S. (1996b). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. VII: Um caso de histeria. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 121-252). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1905).
- Freud, S. (1996c). Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XI: Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 73-142). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1910).
- Freud, S. (1996d). Totem e Tabu. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIII: Totem e tabu e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 17-167). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1913).
- Freud, S. (1996e). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 81-108). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1914).
- Freud, S. (1996f). Os instintos e suas vicissitudes. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIV: A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 116-144). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915).
- Freud, S. (1996g). Conferência XXII: Algumas idéias sobre desenvolvimento e regressão – etiologia. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVI: Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III), J. Salomão, trad., pp. 343-360). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1915-16).

- Freud, S. (1996h). Além do princípio de prazer. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XVIII: Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 17-7). Rio de Janeiro: Imago. (Texto original publicado em 1920).
- Freud, S. (1996i). O ego e o id. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XIX: O ego e o ID e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 15-73). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1923).
- Freud, S. (1996j). Conferência XXXI: A dissecação da personalidade psíquica. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. XXII: Novas conferências introdutórias sobre psicanálise e outros trabalhos, J. Salomão, trad., pp. 63-84). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1932).
- Freud, S. (2010). Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”). In *S. Freud, Obras completas* (Vol. 10: Observações psicanalíticas sobre um caso de paranoia (dementia paranoides) relatado em autobiografia (“O caso Schreber”), Artigos sobre a técnica e outros artigos, P. C. de Souza, trad., pp. 13-107). São Paulo: Companhia das Letras (Trabalho original publicado em 1911).
- Gálvez, L., M., Godoy, L. M., & Lagos, F., A. (2010). Construcción de significados de experiencia del cuerpo en personas con situación de discapacidad física adquirida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 73-85.
- Gascón, M. R. P., Santos, R. F., Capitão, C. G., Fantine-Nogueira, M. C. & Oliveira, A. C. P. (2013). Um corpo que perde o sentido: uma leitura psicanalítica dos pacientes com paraparesia espástica tropical, *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 33-48.
- Guenther, V., Locher, E., Falkenbach, A., Gutweniger, S., Kopp, M., Pfaffenberger, N., . . . Mur, E. (2010). Body image in patients with ankylosing spondylitis. *Clinical and Experimental Rheumatology*, 28(3), 341-347.
- Guidugli, S. K. N. (2015). *Coração Aflito: repercussões emocionais na gestante de feto cardiopata*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Goffman, E. (1988). *Estigma – notas sobre a identidade deteriorada*. São Paulo: LTC.
- Golomb, M. R., Saha, C., Garg, B. P., Azzouz, F. & Williams, L. S. (2007). The Association of Cerebral Palsy with Other Disability in Children with Perinatal Arterial Ischemic Stroke. *Pediatric neurology*, 37(4), 245-249. doi:10.1016/j.pediatrneurol.2007.06.003
- Gomes, A. G. & Piccinini, C. A. (2010). Malformação no bebê e maternidade: aspectos teóricos e clínicos. *Psicologia Clínica*, 22(1), 15-38. doi:10.1590/S0103-56652010000100002

- Hammar, G. R., Ozolins, A., Idvall, E. & Rudebeck, C. E. (2009). Body image in adolescents with cerebral palsy. *Journal of Child Health Care*, 13(1), 19-29. doi:10.1177/1367493508098378
- Holmbeck, G. N., Johnson, S. Z., Wills, K. E., McKernon, W., Rose, B., Erklin, S. & Kemper, T. (2002). Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: The mediational role of behavioral autonomy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 96-110. doi:10.1037//0022-006x.70.1.96
- Honda, H. (2013). O estatuto conceitual do inconsciente em Freud e algumas de suas implicações para a prática psicanalítica. *Ágora*, 16(spe), 41-57. doi: 10.1590/S1516-14982013000300004
- Howes, H., Edwards, S. & Benton, D. (2005). Male body image following acquired brain injury. *Brain Injury*, 19(2), 135-147. doi:10.1080/02699050410001720077
- Iwashyna, T. J., Ely, E. W., Smith, D. M. & Langa, K. M. (2010). Long-term Cognitive Impairment and Functional Disability Among Survivors of Severe Sepsis. *The Journal of the American Medical Association*, 304(16), 1787-1794. doi: 10.1001/jama.2010.1553
- Jerusalinsky, A. (1988). Desenvolvimento: lugar e tempo do organismo versus lugar e tempo do sujeito. In *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (pp. 39-55). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Jerusalinsky, A. (2008). Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa* (pp. 117-136). São Paulo: FAPESP/Escuta.
- Jerusalinsky, A. & Laznik, M. C. (2011). Uma discussão com a Neurociência. In A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.). *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 73-91). São Paulo: Via Lettera.
- Johnson, F. A. (1972). Figure Drawings in Subjects Recovering from Poliomyelitis. *Psychosomatic Medicine*, 34(1), 19-29.
- Jorge, M. A. C. (2002). Discurso e liame social: apontamentos sobre a teoria lacaniana dos quatro discursos. In D. Rinaldi, D. & M. A. C. Jorge (Orgs.). *Saber, verdade e gozo: leituras de O Seminário, livro 17, de Jacques Lacan* (pp. 17-32). Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos.
- Jorge, M. A. C. & Ferreira, N. P. (2005). *Lacan – O Grande Freudiano*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2002). Como o cérebro se desenvolve? In *Neurociência do comportamento* (pp. 234-275). São Paulo: Manole

- Kupfer, M. C. M., Rocha, P. S., Cavalcanti, A. E., Escobar, A. M. U. & Fingerhann, D. (2008). Apresentação e debate em torno da Pesquisa Multicêntrica de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.), *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. (pp. 49-62). São Paulo: FAPESP/Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Infante, D. M., Bernardino, L. M. F., . . . (2008). *Roteiro para a Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três anos – AP3* (pp. 137-147). In R. Lerner & M. C. M. Kupfer (Orgs.), *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. (pp. 49-62). São Paulo: FAPESP/Escuta.
- Kupfer, M. C. M., Jerusalinsky, A. N., Bernardino, L. M. F., Wanderley, D., Rocha, P. S. B., Molina, S. E., . . . Lerner, R. (2010). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 6(1), 31-52. doi:10.1590/S1415-47142010000100003.
- Lacan, J. (1986). *O seminário: livro 1: os escritos técnicos de Freud*. Rio de Janeiro: Zahar (Trabalho original publicado em 1953-1954)
- Lacan, J. (1992). *O seminário, livro 8: a transferência*. Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1960-61).
- Lacan, J. (1998). A agressividade em psicanálise. In *Escritos* (pp. 104-126). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1948).
- Lacan, J. (1998). O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é relevada na experiência psicanalítica. In *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1949).
- Lacan, J. (1998) Observação sobre o relatório de Daniel Lagache: “psicanálise e estrutura da personalidade”. In *Escritos* (pp. 653-691). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1960).
- Lacan, J. (2003). *A identificação: seminário 1961-1962*. Recife: Centro de estudos Freudianos do Recife. (Trabalho original publicado em 1961-1962).
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In *Outros Escritos* (pp. 369-370). Rio de Janeiro: Zahar. (Trabalho original publicado em 1969).
- Lacet, C. C. (2014). *A escuta psicanalítica da criança e seu corpo frente ao diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH)*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Lawlor, M. C., & Elliot, M. L. (2012). Physical Disability and Body Image in Children. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of Body Image and Human Appearance* (Vol. 2, pp. 650-656). Los Angeles: Elsevier. doi:10.1016/B978-0-12-384925-0.00102-4

- Laznik-Penot, M. C. (1991). Do fracasso da instauração da imagem do corpo ao fracasso da instauração do circuito pulsional. In *O que a clínica do autismo pode ensinar aos psicanalistas* (pp. 31-48). Salvador: Ágalma.
- Laznik, M. C. (1997). Poderíamos pensar numa prevenção da síndrome autística. In D. B. Wanderley (Org.). *Palavras em torno do berço* (pp. 35-51). Salvador: Ágalma.
- Le Boulch, J. (2001). *O desenvolvimento psicomotor: do nascimento até os 6 anos* (7a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Levin, E. (1997). *A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Levin, E. (2001). *A função do filho: espelhos e labirintos da infância*. Petrópolis: Vozes
- Levin, E., Garbarz, J., Sykuler, C., Brukman, S. & Sued, R. (1998). Terapia psicomotora em crianças com patologia de desenvolvimento. In A. Jerusalinsky (Org.). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (pp. 97-106). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, C. L. A. & Fonseca, L. F. (2004). *Paralisia Cerebral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Livneh, H. (1982). On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43(11-12), 338-347.
- Lourenção van Kolck, O. (1972). O desenho da figura humana em casos especiais. *Boletim de Psicologia*, 24(64), 89-121.
- Lourenção van Kolck, O. (1973). O desenho da figura humana no estudo de problemas específicos. *Boletim de Psicologia*, 25(65), 151-181.
- Lourenção van Kolck, O. (1984). *Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico*. São Paulo: Pedagógica e Universitária.
- Lowenfeld, V. (1958). El niño de 4 a 7 años de edad. In *El niño y su arte* (pp. 91-113). Buenos Aires: Kapelusz.
- Macedo, P. C. M. (2008). Deficiência física congênita e Saúde Mental. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 11(2), 127-139.
- Machline, P. (diretor) (2016). *O filho eterno*. (vídeo - longa). Brasil: Sony Pictures.
- Machover, K. (1949). *Proyeccion de la personalidad en el dibujo de la figura humana* (Un metodo de investigacion de la personalidad). Havana: Cultural.
- Mannoni, M. (1999a). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo: Via Lettera (Trabalho original publicado em 1963-67).

- Mannoni, M. (1999b). *A criança retardada e a mãe* (5a ed.). São Paulo: Martins Fonte (Trabalho originalmente publicado em 1964).
- Manganyi, N. C. (1972). Body image boundary differentiation and self-steering behavior in African paraplegics. *Journal of Personality Assessment*, 36(1), 45-49. doi: 10.1080/00223891.1972.10119728.
- Marcelli, D. & Cohen, D. (2010). O normal e o patológico. In *Infância e psicopatologia* (8a ed.) (pp. 14-29). Porto Alegre: Artmed.
- Mèredieu, F. (1979). *O desenho infantil*. São Paulo: Cultrix
- Moin, V., Duvdevany, I. & Mazor, D. (2011). Sexual identity, body image and life satisfaction among women with and without physical disability. *Journal of Sexual Medicine*, 8, 290-290.
- Moretto, M. L. T. (2001). Psicanálise e Medicina. In *O que pode um analista no hospital?* (pp. 61-95). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Mota, A. Di P. (2015). *Identificação de transtornos do espectro de autismo com Child Behavior Checklist (CBCL): evidências de sensibilidade*. (Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Munhoz, C. N. (2011). *A relação mãe-bebê na formação da imagem corporal de crianças com paralisia cerebral*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Nasio, J.-D. (2009). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Nielsen, H. H. (1961). Human figure drawings by normal and physically handicapped children: Draw-a-Person Test. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2(1), 129-138. doi: 10.1111/j.1467-9450.1961.tb01230.x.
- Norlin, D., Axberg, U. & Broberg, M. (2014). Predictors of harsh parenting practices in parents of children with disabilities. *Early Child Development and Care*, 184(9-10), 1472-1484. doi:10.1080/03004430.2013.845562.
- Nova, M. A. A. (2005). Como se faz corpo? Considerações sobre o ideal em Freud e Lacan. *Pulsional*, ano XVIII, 182, 40-47.
- OMS. (2003). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais Orgs.]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP.
- Pavarin, G. (2015, 20 de novembro). “Estamos muito perto de fazer paraplégicos voltarem a andar”. *Folha.com*. Recuperado de <http://www1.folha.uol.com.br/vice/2015/08/1669976-estamos-muito-perto-de-fazer-paraplegicos-voltarem-a-andar.shtml>

- Pincus, L. & Dare, C. (1987). *Psicodinâmica da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Priszkulnik, L. (2000). Clínica(s): diagnóstico e tratamento. *Psicologia USP*, 11(1), 11-28.
- Portela, S. P., Schoten, T. S., Stanczyk, T. & Cherem, J. (2013). Constituição psíquica de crianças de cinco anos: uma análise comparativa entre uma creche da rede pública e outra da rede particular de ensino através do protocolo AP3. *Anais da VIII Jornada de Saúde Mental e Psicanálise da PUCPR*, 8, Prado Velho Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/jm8?dd1=15142&dd99=view&dd98=pb>.
- Ribeiro, M. F. M., Porto, C. C. & Vandenberghe, L. (2013). Estresse parental em famílias de crianças com paralisia cerebral: revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1705-1715.
- Ribeiro, M. F. M., Sousa, A. L. L., Vandenberghe, L. & Porto, C. C. (2014). Estresse parental em mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 440-447. doi:10.1590/0104-1169.3409.2435.
- Rodulfo, M. (2011). *El niño del dibujo. Estudio psicoanalítico del grafismo y sus funciones en la construcción temprana del cuerpo* (1a ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Roudinesco, E. & Plon, M. (1998). *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Rumsey, N., Clarke, A., White, P., Wyn-Williams M. & Garlick W. (2004). Altered body image: appearance-related concerns of people with visible disfigurement. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5):443-53.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3a ed.). São Paulo: MacGraw-Hill.
- Santos, S. R., Dias, I. M. Á. V., Salimena, A. M. O. & Bara, V. M. F. (2011). A vivência dos pais de uma criança com malformações congênitas. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 491-497.
- Scherb, E. M. V. K. (1998). *Deficiência física adquirida por lesão medular traumática estudo da auto-imagem*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo).
- Schilder, P. (1980). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Martins Fonte (Trabalho original publicado em 1950).
- Shields, N., Murdoch, A., Loy, Y., Dodd, K. J. & Taylor, N. F. (2006). A systematic review of the self-concept of children with cerebral palsy compared with children without disability. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(2), 151-157. doi:10.1017/s0012162206000326.
- Shokur, S., Gallo, S., Moioli, R. C., Donati, A. R. C., Morya, E., Bleuler, H. & Nicolelis, M. A. L. (2016). Assimilation of virtual legs and perception of floor texture by complete paraplegic patients receiving artificial tactile feedback. *Scientific Reports*, 6, 32293. doi:10.1038/srep32293

- Silva, D. R. & Albertini, M. G. B. (2016). TDAH entre o global e o singular: incursões a partir da disjunção do corpo infantil. *Psicologia Clínica*, 28(1), 123-138.
- Silva, D. R. & Carreiro, L. R. R. (2013). Utilização de testes computadorizados de medidas de impulsividade na caracterização de sinais de desatenção e hiperatividade em crianças e adolescentes. In *Anais da IX Jornada de Iniciação Científica / Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC Mackenzie / MackPesquisa / CNPq*, 09, São Paulo.
- Silva, D. R. & Carreiro, L. R. R. (2014). Testes computadorizados para medidas de impulsividade e desatenção em crianças: caracterização em função da idade e escolaridade. In *Anais da X Jornada de Iniciação Científica / Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - PIBIC Mackenzie / MackPesquisa / CNPq*, 10, São Paulo.
- Silva, D. R. & Herzberg, E. (no prelo-a). Parentalidade e constituição da imagem corporal: implicações para a criança com deficiência física. *Boletim de Psicologia*.
- Silva, D. R. & Herzberg, E. (no prelo-b). Desenho da Figura Humana: avaliação da imagem corporal na deficiência física. *Avaliação Psicológica*.
- Silva, C. X., Brito, E. D., Sousa, F. S. & França, I. S. X. (2010). Criança com paralisia cerebral: qual o impacto na vida do cuidador? *Rev. Rene*, 11(Número Especial), 204-214.
- Silverstein, A. B. & Robinson, H. A. (1956). The representation of orthopedic disability in children's figure drawings. *Journal of Consulting Psychology*, 20(5), 333-341. doi:10.1037/h0042868.
- Simões, C. C., Silva, L., Santos, M. R., Misko, M. D. & Bousso, R. S. (2013). A experiência dos pais no cuidado dos filhos com paralisia cerebral. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(1), 138-145. doi:10.5216/ree.v15i1.13464
- Sit, C. H. P., Lau, C. H. L. & Vertinsky, P. (2009). Physical Activity and Self-Perceptions Among Hong Kong Chinese With an Acquired Physical Disability. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 26(4), 321-335.
- Sternick, M. V. C. (2010). A imagem do corpo em Lacan. *Reverso*, 32(59), 31-37.
- Suc, N., Lesnik, B. & Erpic, S. C. (2015). Differences in self-concept among persons with disabilities due to practicing adaptive alpine skiing. *Kinesiologia Slovenica*, 21(3), 34-42.
- Sweeney, K. K., Horne, S. G. & Ketz, K. (2015). Sexual Orientation, Body Image, and Age as Predictors of Sexual Self-Schema for Women with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 33(3), 313-326. doi:10.1007/s11195-015-9399-3
- Taleporos, G. & McCabe, M. P. (2002). Body image and physical disability - personal perspectives. *Social Science & Medicine*, 54(6), 971-980. doi:10.1016/s0277-9536(01)00069-7

- Tam, S. F., Chan, M. H., Lam, H. W. & Lam, L. H. (2003). Comparing the self-concepts of Hong Kong Chinese adults with visible and not visible physical disability. *Journal of Psychology*, 137(4), 363-372.
- Tiussi, C. C. (2012). *Grupo em educação terapêutica com crianças: alcance e limites de um dispositivo*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo). Recuperado de www.teses.usp.br
- Trønnes, H., Wilcox, A. J., Lie, R. T., Markestad, T. & Moster, D. (2014). Risk of cerebral palsy in relation to pregnancy disorders and preterm birth: a national cohort study. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 56(8), 779-785. doi:10.1111/dmcn.12430
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas* (2a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Tustin, F. (1990) *Barreiras autistas em pacientes neuróticos*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1986).
- Winnicott, D. W. (1971). “Iiro” aos 9 anos e 6 meses. *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (pp. 20-36). Rio de Janeiro: Imago
- Winnicott, D. W. (1975). O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil. In *O Brincar e a Realidade* (pp. 153-162). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1967).
- Winnicott, D. W. (1990). O relacionamento entre doença física e distúrbio psicológico. In *Natureza humana*. (pp. 37-43). Rio de Janeiro: Imago.
- Winograd, M. & Mendes, L. C. (2009). Qual corpo para a psicanálise? Breve ensaio sobre o problema do corpo na obra de Freud. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 211-223.

ANEXO A – Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos

ANEXO B – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IP-USP

ANEXO C – Carta de anuência

ANEXO D – Parecer favorável à realização da pesquisa

ANEXO E – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do SMS-SP

ANEXO F – Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais ou responsáveis legais

ANEXO G – Termo de assentimento livre e esclarecido da criança

ANEXO A

Avaliação Psicanalítica aos 3 anos

Ordem:	Nome:	Idade:
Mãe:	Pai:	

SUPOSIÇÃO DO SUJEITO

Trata-se de verificar, na relação da criança com a mãe ou responsável, se essa criança ocupa efetivamente um lugar de sujeito no discurso e nas relações familiares.

1. Verificar o que os pais dizem a respeito da criança e como o fazem.
2. Verificar como os pais veem os eventuais sintomas da criança.
3. Registrar se há ocorrência de sintomas de repetição.
4. Verificar se a criança é vista dentro de um cenário de filiação.
5. Quando os pais se referem à criança, eles se dão conta de que a criança está ouvindo ou julgam que a criança nada sabe sobre isso?
6. Os pais demonstram ter conhecimento sobre a criança?
7. Observar a coerência entre o que é dito e a maneira como se interage com a criança.
8. Observar como se dão as relações entre os pais, o entrevistador e a criança.

ESTABELECIMENTO DA DEMANDA

Trata-se de verificar a dinâmica entre os pais e a criança no que diz respeito às demandas e contrademandas.

9. Como os pais tomam a demanda da criança?
10. Frente às demandas de controle dos esfíncteres, quais foram as intercorrências?
11. Nas situações de alimentação, como a criança reage?
12. A criança mostra interesse em compartilhar com os pais as suas descobertas, ou se isola?

ALTERNÂNCIA PRESENÇA-AUSÊNCIA

Trata-se, nesta faixa etária, de verificar, tanto do lado da criança como dos pais, se há uma relação de sujeito para sujeito, o que implica dar espaço para a palavra e a ação do outro.

13. Como é a capacidade, tanto dos pais como da criança, para esperar?
14. A criança dorme a noite inteira em seu espaço próprio?
15. A criança busca se reassurar com contatos corporais? Com a mãe exclusivamente, com o pai ou com o entrevistador?

FUNÇÃO PATERNA

Trata-se de verificar as relações de filiação estabelecidas.

16. Como a criança é situada na relação do casal?
17. O pai sente que sua palavra tem peso para a mãe ou se sente desautorizado por ela?
18. No caso de irmãos, como é a relação?
19. Em relação aos sintomas eventuais, reconhece-se algum tipo de filiação?

Na interação entre os pais e a criança:

20. Como a criança reage aos limites colocados pelo entrevistador e pelos pais?
21. Como ocorre a administração das punições e premiações?
22. Quando a criança transgredir as regras, como os pais reagem?
23. O pai participa da entrevista?

SUPOSIÇÃO DO SUJEITO

Trata-se de verificar, na relação da criança com a mãe ou responsável, se essa criança ocupa efetivamente um lugar de sujeito no discurso e nas relações familiares.

24. Como a criança aceita a separação?
25. Ao se ver sozinha a criança brinca espontaneamente ou precisa ser estimulada?

ESTABELECIMENTO DA DEMANDA

Trata-se de verificar a dinâmica entre os pais e a criança no que diz respeito às demandas e contra demandas.

26. A criança dirige demandas ao entrevistador? Como?

ALTERNÂNCIA PRESENÇA-AUSÊNCIA

Trata-se, nesta faixa etária, de verificar, tanto do lado da criança, como dos pais, se há uma relação de sujeito para sujeito, o que implica dar espaço para a palavra e a ação do outro.

Na entrevista com a criança, verificar:

27. A criança presta atenção ao que é dito pelo entrevistador ou parece não escutar? Ela reage ao que é dito?
28. Há mudança marcante no comportamento da criança com a saída dos pais?
29. A criança dá demonstrações de que está em uma nova situação, sem proteção da mãe, ou continua confiante, como se já conhecesse o entrevistador?

FUNÇÃO PATERNA

Trata-se de verificar as relações de filiação estabelecidas.

30. A criança fala em nome próprio?
31. Como é a adaptação da criança à nova situação?

COSTRUÇÃO DA IMAGEM CORPORAL NA CRIANÇA

32. Como é o cuidado da criança com seu corpo?
33. Como a criança se situa em relação a algumas posições: em cima, embaixo, dentro, fora.
34. A criança faz/utiliza jogos de esconde/aparece na entrevista?

Na entrevista com a criança:

35. Mostra algum interesse por sua imagem no espelho? Como?
36. Como está em relação à sua autonomia?
37. Tem um objeto de não quer se separar?
38. Como a criança lida com os seus excrementos? E com a sujeira?
39. Se não aparecer espontaneamente, pedir para a criança fazer um desenho dela mesma.
40. Faz identificações sexuais no desenho de si ou na sua imagem no espelho?

O BRINCAR

41. A criança se interessa pelos objetos do ambiente?
42. A criança fantasia?
43. Apresenta uma persistência repetitiva ou mecânica nas suas brincadeiras? E os seus desenhos?
44. Há insistência de um jeito próprio no seu brincar? Como?
45. Brinca sozinha? Inclui o avaliador?
46. Que tipo de cenas faz nas suas brincadeiras?

LINGUAGEM

47. A criança sustenta um diálogo?
48. Dá para entender o que a criança diz? Ou a mãe precisa traduzir a sua fala?
49. Tem uma fala rica?

ANEXO B
Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IP-USP

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALÉM DAS BORDAS DO CORPO: "IDAS E VINDAS" NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Pesquisador: Diego Rodrigues Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 44281915.5.0000.5561

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.108.113

Data da Relatoria: 13/07/2015

Apresentação do Projeto:

O projeto apresentado é de mestrado e traz como título "Além das bordas do corpo: "idas e vindas" na constituição do sujeito com deficiência física". A introdução traz uma abordagem sobre a deficiência física e os impactos da mesma sobre a família e sobre a pessoa com deficiência. Trata-se de uma pesquisa exploratória e o método será o clínico-qualitativo. Os sujeitos participantes serão três crianças com deficiência física entre três e cinco anos e seus cuidadores. (apresenta os critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos).

Um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados será a avaliação psicanalítica aos 3 (AP3). Trata-se de um roteiro de entrevista composto por 49 perguntas ("sua aplicação é feita com a criança e seus cuidadores com duração de uma hora e trinta minutos, reservando-se 30 minutos apenas com a criança em atividade lúdica"). O outro instrumento é o desenho da figura humana (DFH). Estão previstos dois encontros para a realização da coleta de dados, bem como devolutiva aos participantes. A coleta de dados será realizada no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. Tal espaço de saúde pública disponibiliza ações de prevenção, diagnóstico e tratamento de pessoas com deficiência.

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.108.113

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisa tem como objetivo avaliar as condições psíquicas do desenvolvimento da criança considerando a circunstância da deficiência física.

Tem como objetivos específicos: Verificar a presença/ausência de problemas do desenvolvimento e de risco para a constituição subjetiva; Avaliar a imagem corporal da criança; Articular os resultados da AP3 e do DFH no que tange ao desenvolvimento da criança e sua imagem corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Após a leitura e análise do projeto considera-se que os procedimentos metodológicos descritos oferecem baixo risco para os sujeitos participantes. O pesquisador pontua que a aplicação dos instrumentos poderá ser flexibilizada em função de dificuldades motoras e/ou verbais das crianças participantes e caso haja algum desconforto durante a aplicação dos instrumentos, o processo poderá ser interrompido.

Como benefícios espera-se que a pesquisa traga contribuições de cunho social e científico (de acordo com o autor). Em relação ao aspecto social, "pretende-se colaborar para o aumento das possibilidades de se emergir um sujeito desejante e autônomo" e também "contribuir com informações junto à população para que aspectos funcionais de seu desenvolvimento físico não sejam prejudicados por aspectos relacionais passíveis de intervenção". Cientificamente, "espera-se produzir conhecimento para aqueles que trabalham com a questão da deficiência, buscando sustentar a importância de uma escuta para além das necessidades físicas e funcionais, mas que preconize também o desejo singular em suas diversas possibilidades de satisfação".

Além disso, o projeto destaca uma contribuição em nível "psicológico", no sentido de "contribuir com as discussões da clínica com crianças com deficiência".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa está bem escrito, detalhado e organizado. Apresenta o resumo, a introdução, os objetivos, a relevância do trabalho, o método, considerações éticas, cronograma, as referências e os anexos. A pesquisa é interessante e trará contribuições importantes para o campo no qual se insere.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 1.108.113

Foram apresentados os Termos adequadamente e atendidas as recomendações deste CEP, bem como esclarecidas as indicações feitas.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEPH de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEPH antes de ser implementada. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS o relatório final do projeto desenvolvido, conforme preenchimento de Protocolo disponível na página do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP, do site do IPUSP. Em seguida, o protocolo preenchido deverá ser enviado ao CEPH pela Plataforma Brasil, ícone Notificação, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 15 de Junho de 2015

Assinado por:
FRAULEIN VIDIGAL DE PAULA
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bl. "G" sala 27

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 05.508-030

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3091-4182

E-mail: ceph.ip@usp.br

ANEXO C

Carta de anuência

Convido a instituição a participar da pesquisa intitulada "ALÉM DAS BORDAS DO CORPO: EXPLORANDO AS CONDIÇÕES PSÍQUICAS PARA O DESENVOLVIMENTO NOS QUADROS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA". Trata-se de uma pesquisa em nível de mestrado, desenvolvida sob a responsabilidade do pesquisador Diego Rodrigues Silva, sob a orientação da Profª Eliana Herzberg. Este trabalho se propõe a explorar as particularidades do efeito da relação pais-criança nos quadros de deficiência física e suas implicações no desenvolvimento da criança. Tal pesquisa se mostra importante para pensar novas formas de intervenção com crianças com deficiência física e seus cuidadores, para que se aumentem as possibilidades de desenvolvimento físico, psicológico e social. Ainda, produzir um conhecimento que auxilie os profissionais que trabalham com a deficiência a compreender e ajudar pais e criança nos primeiros anos de seu desenvolvimento. A pesquisa consiste em dois encontros de 1 hora e 30 minutos com uma criança e seus cuidadores. No primeiro, será feita uma entrevista semi-dirigida orientada pela Avaliação Psicanalítica aos 3 Anos e a aplicação da técnica projetiva de Desenho da Figura Humana, segundo a técnica de Machover, com a criança. No segundo, será dada uma devolutiva com os principais dados encontrados e, havendo necessidade, será feito um encaminhamento a um serviço especializado. Para isto, solicito a participação da instituição para auxiliar na coleta de dados, de modo a fornecer o contato de famílias que tenham uma criança com deficiência física de 3 a 5 anos; disponibilizar o acesso aos prontuários dos sujeitos de pesquisa a fim de possível consulta para seleção da amostra e obtenção de dados complementares sobre os mesmos e disponibilizar uma sala para a realização da pesquisa. Os procedimentos podem eventualmente oferecer risco baixo aos sujeitos de pesquisa, tais como desconforto físico ou emocional. No entanto, em caso de mobilização de sofrimento, o processo poderá ser interrompido e, se necessário, poderão ser oferecidos encontros extras, caso haja interesse dos participantes, sem que isto implique custos ou penalizações. O mesmo vale para a instituição, lhe sendo garantido o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações obtidas, de modo que estas serão utilizadas apenas para o propósito da pesquisa, não sendo divulgados os nomes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), mas somente nomes fictícios.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP. Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030. Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br / Tel. (11) 3091-4182.

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Declaro que li e entendi os objetivos deste estudo, e que as dúvidas que tive foram esclarecidas pelo Pesquisador Responsável. Estou ciente que a participação é voluntária, e que, a qualquer momento tenho o direito de obter outros esclarecimentos sobre a pesquisa e de retirar-me da mesma, sem qualquer penalidade ou prejuízo e uma via deste Termo de Consentimento encontra-se sobre minha posse.

Nome do Representante na Instituição:

Assinatura do Representante na Instituição:

Declaro que expliquei ao Representante na Instituição que os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

Esta carta foi elaborada em duas vias, as quais deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo responsável pela instituição e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Diego Rodrigues Silva
Psicólogo e Pesquisador Responsável
Universidade de São Paulo
Telefone: (11) 9 84361813
E-mail: silva.diego@usp.br

Orientadora: Profa. Associada Eliana Herzberg
Instituto de Psicologia da USP - PSC
Av. Prof. Mello Moraes 1721 - Bloco F
CEP 05508-030
Cidade Universitária - São Paulo - SP
Telefone: 3091-4911
ehertzber@usp.br

ANEXO D
Parecer favorável à realização da pesquisa

04.2015

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
RUA DR. RENATO PAES DE BARROS, N. 77 - ITAIM BIBI -- FONE/FAX. 3078-6861

São Paulo, 10 de Abril de 2015.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SMS

Manifestamos parecer favorável à realização do Projeto de Pesquisa:

Título: "ALÉM DAS BORDAS DO CORPO: "IDAS E VINDAS" NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA".

Pesquisador (s): DIEGO RODRIGUES SILVA, mestrando sob orientação de Profa. Eliana Herzberg, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Campo de Pesquisa: Unidades de Saúde pertencentes à Supervisão Técnica de Saúde Butantã – NIR /-Ambulatório de Especialidade Jardim Peri Peri

Informamos que esta Autorização está condicionada ao parecer de APROVADO do CEP/SMS.

Recomendamos que a referida Pesquisa, bem como resultados obtidos sejam inseridos na Biblioteca Virtual em Saúde- BVS/SMS.

Atenciosamente,

ALEXANDRE NEMES FILHO
COORDENADOR REGIONAL
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE

ANEXO E
Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do SMS-SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ALÉM DAS BORDAS DO CORPO: "IDAS E VINDAS" NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA

Pesquisador: Diego Rodrigues Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44281915.5.3001.0086

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.124.688

Data da Relatoria: 02/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa exploratória, o método empregado será o clínico-qualitativo. Deste modo, o pesquisador é colocado como instrumento, desde o desejo pela pesquisa, passando pela relação com o sujeito de pesquisa, até a análise interpretativa dos dados obtidos. Para a presente pesquisa, optou-se por considerar o Estudo de Caso Instrumental. Este modelo é utilizado para fornecer um material relacionado a um problema de pesquisa que pode refinar constructos teóricos e/ou fornecer dados que contribuam para o trabalho com casos semelhantes. A amostra será selecionada por conveniência, visto que, no enfoque qualitativo, preconiza-se a imersão inicial no campo às possibilidades de generalização dos resultados, destacando a possibilidade de generalizar novos conceitos e pressupostos frente às conclusões obtidas. Assim, serão avaliadas três crianças com deficiência física entre 3 e 5 anos e seus cuidadores. Como critérios de inclusão, serão consideradas crianças com deficiência física congênita, independente da problemática que levou ao quadro da deficiência, e seus pais. Como critérios de exclusão, não serão incluídas na amostra crianças com deficiência física em que haja "deformidades estéticas que não produzam dificuldades no desempenho das funções", crianças que apresentem um quadro de deficiências múltiplas e crianças que apresentem um nível de prejuízo motor e na fala que inviabilize os objetivos desta pesquisa.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.124.688

Para coleta de dados serão utilizados os seguintes instrumentos:

Avaliação Psicanalítica aos 3 (AP3): Este instrumento é produto da pesquisa dos Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil (IRDI) e tem por objetivo avaliar a relação dos indicadores da relação pais-criança, fundadores da subjetividade, e seus efeitos manifestos na criança. Trata-se de um roteiro de entrevista composto por 49 perguntas orientadas em quatro categorias: o brincar e a fantasia (BF); o corpo e sua imagem (CI); manifestação diante das normas e posição frente à lei (NL) e a fala e a posição na linguagem (FL). Sua aplicação é feita com a criança e seus cuidadores com duração de uma hora e trinta minutos, reservando-se 30 minutos apenas com a criança em atividade lúdica, também com atividades orientadas pelo instrumento. Ao final é preenchida uma ficha avaliativa, indicando a presença (ou não) de sintomas clínicos, compreendendo dificuldades subjetivas que incidem no desenvolvimento, e sintomas de estrutura, que descrevem riscos para a constituição subjetiva, indicando prejuízos estruturais que podem levar as psicopatologias graves da infância.

Desenho da Figura Humana (DFH): Trata-se de técnica projetiva gráfica, sensível aos aspectos psicodinâmicos do sujeito, que será aplicada e avaliada segundo a técnica e o referencial de Karen Machover (1949) utilizando também o sistema de avaliação de Lourenço Van Kolck (1984). A aplicação e avaliação é realizada por meio do desenho de uma figura humana e outra do sexo oposto ao primeiro desenho. A partir destes, é realizado um inquérito que auxilia na compreensão dos dados obtidos. Os desenhos das figuras humanas, em conjunto com a AP3, tendo em vista o objetivo da pesquisa, permitem uma compreensão dos conteúdos relacionados à imagem corporal, essenciais para a discussão do desenvolvimento do corpo e seus movimentos.

A coleta de dados será realizada no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri (antigo NIR Peri-Peri), inserido na unidade, serão solicitados contatos de possíveis participantes que se enquadrem na amostra e uma sala de atendimento para que seja realizada a coleta. Com os nomes, serão contatados os cuidadores da criança, relatando o objetivo da pesquisa e os procedimentos adotados. Tendo este primeiro aceite dos responsáveis legais das crianças, serão combinados dois encontros.

O primeiro será de 1 hora e 30 minutos, organizado da seguinte forma: será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos pais ou responsáveis legais e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido da criança. Vale destacar que à criança será pedido seu consentimento verbal para a assinatura do TCLE pelo responsável. Em seguida, tal como orientado pelo roteiro da AP3, na primeira hora, a entrevista é realizada com os pais em conjunto com a criança, verificando-se, além dos conteúdos verbais, a interação entre os participantes. Nos trinta minutos finais, os pais

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.124.688

serão solicitados a deixar a sala, para que seja feita a parte da AP3 específica da criança (incluindo a verificação do efeito da saída dos pais), bem como, será aplicado o DFH. Ressalta-se que a AP3 orienta que se peça um desenho, contudo este momento gráfico também será explorado realizando-se o DFH, tal como é orientado por seu manual.

Sendo uma coleta com um grupo composto por crianças que podem apresentar diferentes dificuldades motoras e verbais, a aplicação dos instrumentos poderá ser flexibilizada de acordo com a particularidade da situação, mas buscando não perder o rigor dos procedimentos e as condições semelhantes para que não haja este tipo de viés dos dados.

Já no segundo encontro, também estipulado em torno de 1 hora e 30 minutos, será feita uma devolutiva informando os principais elementos encontrados e, havendo a necessidade, criança e/ou pais serão indicados para atendimentos especializados.

Os prontuários existentes na instituição poderão ser consultados. Tal consulta poderá ser feita, tanto para a seleção dos participantes, como para eventual obtenção de dados complementares sobre os mesmos.

A AP3 será analisada de acordo com a orientação do instrumento e as diretrizes teórico-clínicas da teoria psicanalítica que a sustenta. Será preenchida a síntese da avaliação, destacando os elementos referentes às quatro categorias da avaliação e a presença ou não de problemas do desenvolvimento e de risco para a constituição subjetiva.

Os desenhos serão explorados e avaliados seguindo as orientações do DFH, tal como postulam Karen Machover (1949) e Lourenço Van Kolck (1984). Os elementos do desenho serão categorizados e analisados de acordo com as interpretações estabelecidas pelas autoras para cada componente gráfico.

Deste modo, os dados de ambos os instrumentos de cada par pais-criança serão narrados e analisados separadamente, no modelo de apresentação de caso. Em um segundo momento, será feita uma análise do grupo, articulando os resultados da AP3 e do DFH. De maneira qualitativa, busca-se cruzar os dados, verificando se há relações entre problemas de desenvolvimento ou risco de instalação do sujeito e a construção da imagem corporal.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar as condições psíquicas do desenvolvimento da criança considerando a circunstância da deficiência física.

Específicos:

- Verificar a presença/ausência de problemas do desenvolvimento e de risco para a constituição

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.124.688

subjetiva;

- Avaliar a imagem corporal da criança;
- Articular os resultados da AP3 e do DFH no que tange ao desenvolvimento da criança e sua imagem corporal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os procedimentos de coleta podem, eventualmente, oferecer risco baixo aos sujeitos de pesquisa, tais como desconforto físico ou emocional. No entanto, em caso de mobilização de sofrimento, o processo poderá ser interrompido e, se necessário, poderão ser oferecidos encontros extras, caso haja interesse dos participantes. Poderão ser feitos também encaminhamentos para atendimentos especializados (médicos, psiquiatras, psicólogos)

em UBSs ou clínica psicológica, tanto de sugestão dos pesquisadores, como a pedido dos sujeitos colaboradores.

Benefícios:

Social: Ao se discutir a possibilidade de intervenção com crianças com deficiência física e seus cuidadores, pretende-se colaborar para o aumento das possibilidades de se emergir um sujeito desejante e autônomo. Ademais, espera-se contribuir com informações junto à população para que aspectos funcionais de seu desenvolvimento físico não sejam prejudicados por aspectos relacionais passíveis de intervenção, mas pelo contrário,

que possam ser potencializados frente ao quadro orgânico existente.

Científica: Espera-se produzir conhecimento para aqueles que trabalham com a questão da deficiência, buscando sustentar a importância de uma escuta para além das necessidades físicas e funcionais, mas que preconize também o desejo singular em suas diversas possibilidades de satisfação. Aponta-se assim para a relevância de uma atuação clínica que abarque a família e as relações fantasmáticas que se constituem em torno da deficiência. Busca-se ainda, sensibilizar profissionais da rede interdisciplinar para

o trabalho preventivo que considere saúde como um conceito biopsicossocial.

Psicológica: Pretende-se confrontar o escopo teórico referente à constituição do sujeito no que tange às operações que incidem no corpo e suas funções, visto que a deficiência física coloca questões para se discutir, como a imagem/esquema corporal e a dependência/independência. E assim, contribuir com as discussões da clínica com crianças com deficiência.

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 1.124.688

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa para o curso de Mestrado, está muito bem escrita e detalhada, e atingirá os objetivos propostos. O currículo do pesquisador está adequado a área da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, foram identificadas instituição proponente e coparticipante, autorização para realização da pesquisa foi adequadamente apresentada.

TCLE, Cronograma e orçamento detalhado estão adequados, os custos do projeto estarão a cargo do pesquisador.

Há benefícios previstos na realização do estudo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

Se o projeto prever aplicação de TCLE, todas as páginas do documento deverão ser rubricadas pelo pesquisador e pelo voluntário e a última página assinada por ambos, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.124.688

realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 25 de Junho de 2015

Assinado por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO F

Termo de consentimento livre e esclarecido aos pais ou responsáveis legais

Convido-o (a) a participar da pesquisa intitulada “ALÉM DAS BORDAS DO CORPO: “IDAS E VINDAS” NA CONSTITUIÇÃO DO SUJEITO COM DEFICIÊNCIA FÍSICA”. Trata-se de uma pesquisa em nível de mestrado, desenvolvida sob a responsabilidade do pesquisador Diego Rodrigues Silva, sob a orientação da Profª Eliana Herzberg. Este trabalho se propõe a explorar como a relação entre pais e crianças com deficiência física implica no desenvolvimento da criança. Tal pesquisa se mostra importante para pensar novas formas de intervenção com crianças com deficiência física e seus cuidadores, para que se aumentem as possibilidades de desenvolvimento físico, psicológico e social. Ainda, produzir um conhecimento que auxilie os profissionais que trabalham com a deficiência a compreender e ajudar pais e criança nos primeiros anos de seu desenvolvimento. Para isto, preciso de sua participação para uma entrevista orientada por um roteiro de perguntas sobre a criança, o desenvolvimento dela e a relações desta com a família. A pesquisa irá ocorrer nas dependências do Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri, Rua João Guerra, 247 – Jardim Peri-Peri/Butantã (Telefone: 3744-8037 / 3742-9513). Serão considerados os dias em que frequentarem a unidade, a fim de evitar deslocamentos em outros dias apenas para a realização desta pesquisa. Assim, a participação consiste em dois encontros de 1 hora e 30 minutos. No primeiro, serão feitas as perguntas da entrevista e no segundo haverá uma conversa sobre os principais pontos encontrados e, havendo necessidade, será feito um encaminhamento a um serviço especializado. Eventualmente poderá ser feita uma pesquisa de prontuário para informações adicionais. Esta participação pode eventualmente oferecer risco baixo, como desconforto físico ou emocional. No entanto, em caso de mobilização de sofrimento, o processo poderá ser interrompido e, se necessário, poderão ser oferecidos encontros extras, caso tenha interesse, sem que isto implique custos ou penalizações, tanto por parte do pesquisador quanto da unidade de atendimento. Garante-se o sigilo, a privacidade e a confidencialidade das informações fornecidas, de modo que estas serão utilizadas apenas para o propósito da pesquisa, não sendo divulgados os nomes (apenas o Pesquisador Responsável terá acesso a essa informação), mas somente nomes fictícios. A participação é voluntária, podendo você se recusar a participar ou abandonar o estudo a qualquer tempo sem quaisquer prejuízos, inclusive quanto ao seu atendimento pela unidade.

Caso você tenha alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP. Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030. Cidade Universitária - São Paulo/SP. E-mail: ceph.ip@usp.br / Tel. (11) 3091-4182 e com Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36, 1º andar. Telefone: 3397-2464 - e-mail: smscep@gmail.com

Desde já agradecemos a sua colaboração.

Após ter sido devidamente esclarecido, concordo em participar do estudo:

Assinatura Sujeito de Pesquisa:

Declaro que expliquei ao Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, as quais deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo sujeito de pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Diego Rodrigues Silva
Psicólogo e Pesquisador Responsável
Universidade de São Paulo
Telefone: (11) 9 84361813
E-mail: silva.diego@usp.br

Orientadora: Profa. Associada Eliana Herzberg
Instituto de Psicologia da USP - PSC
Av. Prof. Mello Moraes 1721 - Bloco F
CEP 05508-030
Cidade Universitária - São Paulo - SP
Telefone: 3091-4911
ehertzber@usp.br

ANEXO G

Termo de assentimento livre e esclarecido da criança

Queria te convidar para participar de uma pesquisa que estou fazendo. Eu quero conhecer um pouco sobre você e seus pais (ou cuidadores), para a gente saber como ajudar vocês melhor ainda. Esta pesquisa vai ajudar outras crianças e os pais delas. Por isso sua participação vai ser muito importante.

Para isso vou precisar que você me responda algumas perguntas e faça alguns desenhos de pessoas. Vamos fazer tudo aqui no Ambulatório, aproveitando os dias em que você já estiver aqui. Assim, vamos nos ver em dois dias diferentes. No primeiro, vou conversar com você e seus pais e depois um pouco só com você. Também vou pedir pra você fazer alguns desenhos de pessoas e vou fazer algumas perguntas sobre eles. No outro dia, vamos conversar sobre o que achamos do que fizemos no primeiro dia.

Garanto que você terá pouco incômodo, mas se caso ficar muito incomodado poderá pedir para parar e, se precisar, podemos nos ver mais algumas vezes para cuidar disso, sem nenhum problema.

Caso você não queira participar, vou respeitar sua decisão, também sem haver nenhum problema. Garanto também que vou cuidar de tudo o que conversarmos e fizermos e na minha pesquisa vou usar outro nome ao invés do seu, para que você possa ajudar, mas sem que todo mundo saiba que é você, para te preservar.

Desde já eu agradeço a sua colaboração. E se você tiver alguma dúvida pode perguntar. Aceitando participar, seus pais assinaram esse documento se responsabilizando por você.

Nome do Sujeito de Pesquisa:

Nome do Responsável pelo Sujeito de Pesquisa:

Assinatura do Responsável pelo Sujeito de Pesquisa:

Declaro que expliquei ao Sujeito de Pesquisa os procedimentos a serem realizados neste estudo, seus eventuais riscos/desconfortos, possibilidade de retirar-se da pesquisa sem qualquer penalidade ou prejuízo, assim como esclareci as dúvidas apresentadas.

Este Termo de Assentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em duas vias, as quais deverão ser rubricadas em todas as suas páginas e assinadas na última página pelo sujeito de pesquisa e pelo pesquisador, devendo cada parte ficar de posse de uma via.

São Paulo, ____ de _____ de 2015.

Diego Rodrigues Silva
Psicólogo e Pesquisador Responsável
Universidade de São Paulo
Telefone: (11) 9 84361813
E-mail: silva.diego@usp.br

Orientadora: Profa. Associada Eliana Herzberg
Instituto de Psicologia da USP - PSC
Av. Prof. Mello Moraes 1721 - Bloco F
CEP 05508-030
Cidade Universitária - São Paulo - SP
Telefone: 3091-4911
eherzber@usp.br