UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CLÁUDIA NABARRO MUNHOZ

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA FORMAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

SÃO PAULO
2011

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CLÁUDIA NABARRO MUNHOZ

A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA FORMAÇÃO DA IMAGEM CORPORAL DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

(Versão original)

Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
como pré-requisito para obtenção
do título de Mestre
.

Linha de pesquisa:
Psicologia Clínica - Práticas clínicas

Orientadora: Profa Dra Ivonise Fernandes da Motta

SÃO PAULO
2011

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

Catalogação na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Munhoz, Cláudia Nabarro.
A relação mãe-bebê na formação da imagem corporal de crianças com paralisia cerebral / Cláudia Nabarro Munhoz; orientadora Ivonise Fernandes da Motta. -- São Paulo, 2011.
91 f.
Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Relação mãe-criança 2. Imagem corporal 3. Paralisia cerebral 4. Winnicott, Donald Woods, 1896-1971_ I. Título.

BF723.M55

PÁGINA DE APROVAÇÃO

Nome: Munhoz, Cláudia Nabarro

Título: A relação mãe-bebê na formação da imagem corporal da criança com paralisia cerebral.

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

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

O Filho Que Eu Quero Ter

Toquinho e Vinícius de Moraes

É comum a gente sonhar, eu sei, quando vem o entardecer
Pois eu também dei de sonhar um sonho lindo de morrer
Vejo um berço e nele eu me debruçar com o pranto a me correr
E assim chorando acalentar o filho que eu quero ter
Dorme, meu pequenininho, dorme que a noite já vem
Teu pai está muito sozinho de tanto amor que ele tem

De repente eu vejo se transformar num menino igual à mim
Que vem correndo me beijar quando eu chegar lá de onde eu vim
Um menino sempre a me perguntar um porque que não tem fim
Um filho a quem só queira bem e a quem só diga que sim
Dorme menino levado, dorme que a vida já vem
Teu pai está muito cansado de tanta dor que ele tem

Quando a vida enfim me quiser levar pelo tanto que me deu
Sentir-lhe a barba me roçar no derradeiro beijo seu
E ao sentir também sua mão vedar meu olhar dos olhos seus
Ouvir-lhe a voz a me embalar num acalanto de adeus
Dorme meu pai sem cuidado, dorme que ao entardecer
Teu filho sonha acordado, com o filho que ele quer ter.

AGRADECIMENTO

Inicialmente, devo agradecer à minha família, que propiciou e acompanhou toda a minha formação até aqui, não apenas financeiramente, mas também com apoio, escuta e mesmo colo quando necessário. Especialmente à minha mãe, que pacientemente ouviu todos os lamentos e me deu força até o final, inclusive revisando o trabalho e trazendo dicas valiosas para melhora-lo.

Á minha analista, Denise Belotto, que me fez acreditar que era possível realizar esse sonho.

À minha orientadora, Ivonise Fernandes da Motta, que me acolheu e acreditou em mim sem me conhecer, me ensinou milhares de coisas sobre a Psicanálise, o trabalho de psicóloga e a vida, e hoje considero uma amiga.

Ás colegas que conheci neste percurso: Maria Estela Escanhoela, Leliane Moreira, Mara Lúcia e outros, que me auxiliaram com ideias e dicas.

A todos os meus pacientes, que me deram inspiração e vontade para estudar e entender melhor suas vidas, às crianças que nos inspiram ao nos mostrar que a felicidade é independente de todos os prognósticos e expectativas, e que é possível viver de forma criativa independente de qualquer limitação.

RESUMO

Este trabalho visa discutir como a relação mãe-bebê influencia a formação da imagem corporal em crianças com paralisia cerebral. São apresentadas inicialmente algumas ideias de Freud e Ferenczi, o fundador da Psicanálise e um de seus primeiros seguidores, para então chegar às ideias de Winnicott, também psicanalista, mas com uma visão revolucionária do desenvolvimento. São discutidas então estas três questões e sua inter-relação: a imagem corporal, a paralisia cerebral e o papel da mãe. São apresentados então conceitos winnicottianos como o *holding*, o *handling*, a personalização, o *self* e o papel do rosto da mãe como precursor do espelho. O objetivo é discutir esse assunto para compreender melhor as crianças com este tipo de deficiência, para que se possa trabalhar melhor com elas, com suas mães, e com aqueles que já chegam a nós adultos, mas com um sofrimento que parece ter relação com o desenvolvimento e com sua relação com o próprio corpo. Sabe-se (seguindo a linha de pensamento winnicottiana) que a relação com a mãe é essencial na própria capacidade de existir e viver criativamente, de “habitar o próprio corpo”, de todas as pessoas. Nas crianças com paralisia cerebral, há este outro aspecto (as sequelas trazidas pela PC) que influencia a relação mãe-bebê, tornando o processo de crescimento, da relação com o próprio corpo, mais complexa. No entanto, isso não significa que a criança não pode desenvolver-se a alcançar este viver criativo e a formação de uma imagem corporal que permitam uma boa relação com o mundo. Felizmente, a criança com paralisia cerebral pode encontrar este sentido e viver criativamente e feliz, desde que sua mãe seja capaz de fornecer o ambiente de que esta criança precisa, apesar da e com a paralisia cerebral. O método utilizado foi a pesquisa bibliográfica, em fontes de pesquisa como BVS-PSI, que direciona para o Scielo, o Lilacs e o Pubmed, dentre trabalhos publicados nos últimos dez anos. Não foi encontrado nenhum trabalho que relacionasse a paralisia cerebral, a imagem corporal e a relação mãe-bebê, como proposto neste trabalho, o que confirmou a relevância da presente dissertação.

ABSTRACT

This work wishes to discuss how the mother-baby relationship affects the development of body image in children with cerebral palsy. First of all some ideas of Freud and Ferenczi, the founder of Psychoanalisis and one of his first followers, are presented, to arrive to Winnicott´s ideas, also a psychanalist, but with a revolucionary vision of child development. This three aspects: body image, cerebral palsy and the role of the mother, are discussed, with their relation to each other. Next, concepts from Winnicott are presented, such as holding, handling, personalization, self and the role of the mother´s face as a precursor of the mirror. The objective is to discuss this subject to understand better the children with this kind of disability, so we can work better with them, their mothers, and those who arrive adults to our clinic, who show a suffering that seems to be related to their growing and their relationship with their own bodies. It´s well known (following Winnicott´s trail of thought) that the interaction with the mother is essential for the capacity of existing and living with creativity, of "living in your own body", within all people. Between children with cerebral palsy, there is this other aspect (sequels brought by cerebral palsy) that affects mother-baby interactions, making the growing process, the relation with their own bodies, more complex. However, this doesn´t mean that the child can´t develop and reach this creative living and the development of a body image that allow a good relation with the world. Gladly, the child with cerebral palsy can find this meaning and live happy and with creativity, despite and with the cerebral palsy. The methodology used was a research in the literature, in databases like BVS-PSI, which directs the research to Scielo, Lilacs and Pubmed, amongst papers published in the last ten years. No work was found that studied the relations between cerebral palsy, body image and mother-baby interaction, as proposed in the present work, which confirmed the relevance of the present dissertation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10
1. Desenvolvimento infantil 13
2. O corpo e seu papel fundamental 14
3. Imagem corporal 16
4. Paralisia cerebral 19

CAPÍTULO I – FREUD 25
1. O papel da mãe em Freud 27
2. A formação da identidade em Freud 29

CAPÍTULO II – FERENCZI 32

CAPÍTULO III - WINNICOTT 36
1. A mãe 36
1.1. A mãe suficientemente boa 36
1.2. *Handling* e personalização 40
1.3. O rosto da mãe como espelho 43
2. Identidade/*Self* 45
3. Agressividade 48
4. Saúde 49
5. A experiência do nascimento 51

CAPÍTULO IV – O ACOLHIMENTO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL 52
1. A imagem corporal e a representação de si 54
2. A imagem corporal e o auto-conceito 56
3. A imagem corporal e a relação com a mãe 59
4. A imagem corporal e a sociedade 68
5. E o pai nessa história? 70

CAPÍTULO V - O PAPEL DO PSICÓLOGO 74
1. Reabilitação X Inclusão 74
2. Multi X Transdisciplinaridade 77

CONCLUSÃO 82

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 85

INTRODUÇÃO

O interesse de trabalhar com crianças sempre existiu, e foi a principal motivação para a escolha do curso de Psicologia. Um pouco mais tarde, esse interesse foi se voltando para pessoas, e principalmente crianças, com deficiência. Terminado o curso, surgiu então a oportunidade de fazer um aprimoramento, de um ano, na Divisão de Medicina de Reabilitação do Hospital das Clínicas da FMUSP. Durante esta experiência, foi possível observar várias crianças com paralisia cerebral relacionando-se com suas mães. Parecia haver uma relação entre a forma que a mãe olhava para esta criança, o que dizia dela, e a forma como a criança se via, em relação às suas capacidades, à sua personalidade e às suas limitações.

A pesquisa bibliográfica mostrou diversos autores que discutem a formação da imagem corporal como algo que ocorre na relação com o outro, e alguns chegam a colocar a mãe como essencial neste processo. Campos (1998), por exemplo, fala que falhas no exercício da função materna podem dificultar a relação da criança com o próprio corpo, comprometendo a percepção do esquema corporal e, por conseguinte, dificultando a formação da própria identidade, que depende da reelaboração, diversas vezes, da própria imagem corporal, durante o desenvolvimento.

Braga (2008) coloca o seguinte:

> A criança começa a vida com uma visão de mundo filtrada pelo prisma da sua família. Seu desenvolvimento é mediado, estimulado e fortalecido a partir da interação com as pessoas mais próximas a ela. Estimular o desenvolvimento da criança é papel natural de toda família; ela ensina a criança a explorar objetos e a alimentar-se por conta própria; a falar, a andar e a interagir socialmente. (p.1)

Amiralian (1986) discute a questão da deficiência com uma visão winnicottiana, a mesma linha que se pretende seguir neste trabalho. Assim, ela fala da importância do início de do ambiente e como a deficiência e a relação com a mãe se inter-relacionam, influenciando-se mutuamente.

> Todas as experiências da criança em seus primeiros anos de vida contribuem para o conhecimento que adquire de si mesma, e a maneira como a mãe incorpora a sua deficiência é fundamental. Desde o nascimento, a ligação com o ponto de referência primária (a mãe) já é prejudicado. As reações emocionais dos pais interferem

> em seu relacionamento especialmente quando sentimentos de culpa, auto-recriminação e ansiedade os invade. As mães podem mesmo sentir dificuldade em se identificar com sua “imagem mental de mãe”, que inclui a geração de uma criança perfeita, dificultando sobremaneira o seu relacionamento com o filho divergente. (AMIRALIAN, 1986, p.60)

Assim, este trabalho visa discutir esta questão, da relação mãe-bebê e a formação da imagem corporal na criança com paralisia cerebral. Para essa discussão, serão usados conceitos de Freud, Ferenczi e Winnicott, e artigos posteriores e mais atuais que discutam essa questão.

A pesquisa bibliográfica foi feita através da Biblioteca Virtual de Psicologia e do Dedalus, que direcionam para algumas fontes de dados como o Scielo, o Lilacs e o Pubmed, além de jornais e revistas especializadas da área de saúde.

A pesquisa inicial, cruzando o três assuntos principais desse trabalho: paralisia cerebral, imagem corporal e relação mãe-bebê, não trouxe resultados em nenhuma base, o que mostrou a falta de estudos que relacionem estas questões, ao menos na última década (2001-2011), em que foi feita a pesquisa.

Foram tentados então outros cruzamentos, como paralisa cerebral e imagem corporal, imagem corporal e Winnicott, imagem corporal e relação mãe-bebê, e até cada aspecto separadamente, como paralisia cerebral ou imagem corporal. A relação mãe-bebê não foi utilizada sozinha pois existem inúmeros trabalhos sobre este tema na Psicologia, em diversas linhas e com diversos objetivos.

Alguns trabalhos encontrados foram: o de Pacheco, de 2006, que busca compreender se as representações que a criança faz de si mesma têm relação com suas habilidades na Paralisia Cerebral. As representações de si e a imagem corporal estão interligadas, pois ambas têm relação com a forma como a criança se vê. No entanto, Pacheco não destaca o papel da mãe nesta questão.

Outro trabalho foi o de Satow, de 2000 (um pouco anterior à época que estava sendo pesquisada), que fala da construção da identidade de pessoas com deficiência, mas com um foco mais de inclusão/exclusão social.

Freitas, Carvalho, Leite e Haase (2005) falam do stress materno e desempenho escolar de crianças com paralisia cerebral, trazendo a dificuldade da inserção da criança na família, e posteriormente na escola. Estes autores concluem que, apesar das dificuldades encontradas na inclusão escolar, as mães cujas crianças não freqüentam a escola apresentam grau maior de stress.

Uma outra questão, que despertou interesse em minha experiência profissional e inclusive iniciou o desejo de realizar este trabalho, foi a dificuldade relatada por alguns adultos com paralisia cerebral em ter e manter relacionamentos amorosos. Isto levou ao desejo de pesquisar as origens dos relacionamentos sociais, da auto-estima e da relação com o corpo, que acreditamos estar na infância, nas primeiras relações, primordialmente com a mãe.

Um estudo discute esta questão, falando das dificuldades sexuais de pessoas com paralisia cerebral: Wiegerink et alii, 2010. O estudo fala que 80% dos jovens que participaram da pesquisa relataram dificuldades físicas em ter relações sexuais, e 45% relatam inibição emocional para iniciar uma relação. Os autores relacionam estas dificuldades com a falta de informações sobre sexualidade no processo de reabilitação. A hipótese de nossa pesquisa, no entanto, é de que estas dificuldades de relacionamento, sexual e amoroso, devem ter relação com a auto-estima e a imagem corporal.

Outro trabalho encontrado fala da imagem corporal e sua influência no tratamento dos pacientes: Bolton, Lobben e Stern, 2010. Estes autores apresentam uma vinheta de um caso e concluem que o trabalho com a imagem corporal pode facilitar o acesso ao paciente e sua adesão ao tratamento.

Pode-se perceber, assim, que não foi encontrado nenhum trabalho que discuta a questão inter-relacionando os três aspectos que esta dissertação pretende discutir: a imagem corporal, a relação mãe-bebê e a paralisia cerebral. Por isso, pode-se perceber a relevância da discussão, em uma abordagem psicanalítica, na qual também não foram encontrados trabalhos sobre o tema assim posto.

Nesse sentido, a discussão inicia-se com a apresentação, ainda na introdução, do desenvolvimento infantil, ainda de um ponto de vista neurológico, e da paralisia cerebral, que se caracteriza justamente por danos ocorridos ao cérebro imaturo, que geram sequelas diversas, mais comumente na área motora. Depois, serão introduzidos os conceitos, mais ligados ao desenvolvimento emocional, de Freud, Ferenczi e, mais extensamente, de Winnicott, trazendo um pouco o desenvolvimento das ideias psicanalíticas voltadas à criança e ao papel do corpo e da relação com a mãe, do início, com Freud e Ferenczi, para chegar a Winnicott.

Posteriormente, discutiremos o desenvolvimento, segundo a perspectiva winnicottiana – em que talvez seja melhor falar em amadurecimento – dentro de um quadro de deficiência, mais especificamente da paralisia cerebral.

Trataremos ainda da questão da reabilitação e da inclusão, essenciais quando falamos de crianças com deficiência, e do papel do psicólogo neste contexto.

Por último, concluiremos o trabalho alinhavando todas estas questões e tentando abrir com isto caminhos para um melhor tratamento destas crianças, assim como das pessoas que cuidam delas, em geral suas mães.

1. Desenvolvimento infantil

Há um aspecto do desenvolvimento que, muitas vezes, é negligenciado pelos psicanalistas: o aspecto biológico, que inclui o desenvolvimento neurológico, o qual não pode ser desprezado quando falamos de desenvolvimento, principalmente quando tratamos de sequelas de um dano que acomete o cérebro, como a paralisia cerebral.

O sistema nervoso fornece a base para o desenvolvimento. Elizaga (1984) coloca que este sistema é o suporte material do conhecimento inteligente, da afetividade e da conduta.

> Ao longo do desenvolvimento as influências ambientais incidem sobre esse complexo sistema orgânico, dando como resultado a estruturação de uma personalidade e de umas formas de comportamento (p.17)

A plenitude funcional do indivíduo pode, assim, ser limitada tanto por alterações de seu sistema orgânico, como lesões cerebrais, quanto por influências ambientais inadequadas.

Segundo Elizaga (1984), ao final da terceira semana de gestação a primeira e fundamental etapa de formação do sistema nervoso já está finalizada, que consiste na formação do tubo neural. A partir de então, e até o sexto mês de gestação, as células deste tubo vão se proliferar, se diferenciar progressivamente em neurônios ou em células gliais e migrar para regiões mais superficiais para então constituir o córtex cerebral, o cerebelo e os núcleos profundos sensitivos ou motores.

A partir disso a morfologia básica do cérebro está completa, e desse ponto em diante vai-se aperfeiçoar sua organização, formando conexões e mielinizando os

axônios. “Estes últimos processos duram até a idade escolar, mas fundamentalmente se realizam nos primeiros anos.” (ELIZAGA, 1984, p.18)

No curso do desenvolvimento normal, a maturação do sistema nervoso segue um ritmo e uma ordem de progressão que permite a predição aproximada das aquisições da criança.

> Uma criança aprende a andar depois de haver aprendido a ficar em pé, e fala claramente depois de haver balbuciado. Ainda que a maturação e o desenvolvimento do primeiro ano sejam altamente individuais, há um eixo que é ordenado e contínuo. (ELIZAGA, 1984, p.60)

Os estudos do desenvolvimento normalmente o descrevem por fases ou etapas que se espera que a criança atravesse numa determinada ordem e dentro de um intervalo de tempo mais ou menos determinado. Ninguém discute que, dentro deste eixo, há uma gama de diferenças e mudanças que podem ocorrer no percurso de cada criança. Estas diferenças advêm tanto de questões orgânicas quanto ambientais.

Sabemos que, no percurso do desenvolvimento, a interação da criança com o ambiente terá enorme influência em seu desenvolvimento.

> Um ótimo desenvolvimento requer um ambiente que satisfaça às necessidades peculiares de cada período. O bebê necessita de suficiente estimulação oral e anal; o garoto de 4 anos precisa de um pai presente com quem ele possa se identificar e de uma mãe que não seja tão sedutora. Um ambiente inicial inadequado deixará um resíduo de problemas não resolvidos e necessidades não-satisfeitas que são levados aos estágios subseqüentes. (BEE, 1997, p.62)

Com o crescimento, a dependência do outro para a exploração vai diminuindo, mas a interação não deixa de ser importante.

2. O corpo e seu papel fundamental

Fernandes (2003) dedicou seus estudos do doutorado, do qual surgiu seu livro *Corpo,* a rever a questão no corpo na psicanálise. Ela cita Jurandir Freire Costa (2000), que em uma palestra teria chamado a atenção para a mudança do perfil

clínico dos analisandos, advinda de uma nova atenção dada ao corpo, e das frustrações geradas por esse diante das novas exigências estéticas e de saúde mundiais.

O corpo perfeito tornou-se objeto de desejo, e não tê-lo, sinal de fracasso. Se com isso temos um aumento, na clínica, dos casos de depressão, toxicomanias e distúrbios alimentares, podemos imaginar o impacto dessas exigências na fantasia das mães e das crianças com paralisia cerebral.

Segundo um estudo de Cho, Park, Park e Na (2004), a paralisia cerebral é a causa mais comum de deficiência crônica em crianças, e muitas sobrevivem até a idade adulta. Por acometer crianças em idade bastante precoce, a paralisia cerebral comumente as impede de receber as informações essenciais sobre sua imagem corporal e de envolver-se em relações sociais.

Muitas vezes a sequela em si não é o que impede o desenvolvimento da criança, mas o quanto esta criança se vê e é vista como capaz ou não.

> Crianças consideradas independentes, com bom desempenho nas atividades funcionais de autocuidado, mobilidade e participação social (na escola, por exemplo), nem sempre adquirem autonomia. Podem realizar as atividades de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, mas muitas vezes não realizam sozinhas suas atividades em casa ou em público, mostrando, portanto uma dependência “desnecessária” do cuidador. Algumas crianças reabilitadas cedo, só saem de casa sozinhas (ou sem o cuidador) na idade adulta, embora fossem capazes de fazê-lo antes. (PACHECO, 2006, p.2)

As relações com a mãe e a família serão sempre influenciadas por essa forma como a criança é vista.

As expectativas da família, em especial da mãe, não são preenchidas da forma esperada. O lugar que foi reservado para a criança não é ocupado de acordo com os sonhos e fantasias da mãe, e esta vai vivenciar uma lacuna entre a imagem desejada da criança e a imagem real. A criança reage a isto com sua própria imagem corporal distorcida, formada a partir do que vê nos olhos que a vêem e de sua própria visão de si mesma. Acreditamos que isso afeta todo o seu desenvolvimento, justificando a realização deste trabalho.

3. Imagem Corporal

A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais. (DOLTO, 1984, p. 14)

A imagem corporal faz parte do processo de desenvolvimento, no sentido em que é formada ao longo do desenvolvimento e muda ao longo da vida, assim como influencia e é influenciada pelo desenvolvimento físico, cognitivo e emocional.

Por englobar estes aspectos todos, a imagem corporal é estudada nos campos da Neurologia, Psiquiatria, Psicologia, Psicanálise e nas ciências e terapias físicas como a Educação Física, a Fisioterapia e a Terapia Ocupacional.

Segundo Turtelli (2003), os estudos da imagem corporal iniciam-se no século XX, e o primeiro grande autor considerado é Henry Head, neurologista que criou o termo esquema corporal, em 1911. “O esquema corporal seria um modelo postural padrão que cada pessoa construiria de si mesma e que serviria de referência para que ela pudesse contrapor a este modelo suas diferentes posturas e movimentos.” (TURTELLI, 2003, p.2)

Considera-se porém o grande estudioso do assunto o autor Schilder, cujo principal livro chama-se “A imagem do corpo”. Schilder trouxe grande inovação por considerar que a imagem corporal tem aspectos mentais, sociais e afetivos. O autor diz que: “a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e a interação com os outros”. (SCHILDER, 1999, p.18)

Schilder utiliza-se dos termos esquema corporal e imagem corporal de forma intercambiável, sem distingui-los. Alguns autores fazem distinção entre os termos (RODRIGUES, 1987; OLIVIER, 1995). Porém, a distinção no geral ocorre relacionando o esquema corporal a algo mais voltado ao corpo físico e a imagem corporal voltada para a mente, ou o psiquismo.

Como neste trabalho consideramos o corpo como uma unidade e buscamos justamente esta integração, consideramos a distinção entre os termos desnecessária.

No campo da Psicanálise utiliza-se preferencialmente o termo imagem corporal, que engloba os aspectos conscientes e inconscientes. Neste sentido decidimos por este termo neste trabalho.

Dolto (1991) fala da relação da imagem corporal com a identidade. Ela pega a palavra *image*, em francês, que teria a primeira letra I, de identidade, a sílaba “ma”, que viria de mãe (maman), e a sílaba “ge”, homófona de je, que significa eu, em francês. Assim, ela fala do fato de que a imagem corporal está ligada à própria identidade e à relação com a mãe. Há um laço essencial entre essa imagem e o próprio corpo. A quebra desse laço leva à dissociação e, nos casos mais graves, à psicose.

Amiralian (1986) define a imagem corporal como “a representação mental que uma pessoa tem de seu corpo e suas partes” (p.61), e coloca que esta imagem é “um elemento básico na formação do auto-conceito” (idem).

Segundo Cash e Pruzinsky (1990), a imagem corporal é uma experiência subjetiva que engloba as percepções, pensamentos e sentimentos relacionados ao corpo. Essas percepções e sentimentos, por sua vez, são permeados por influências sociais.

Segundo Capisano (1990), a imagem corporal não se estabelece a priori, depende da percepção e dos modelos de postura, constantemente em mudança, que a percepção vai registrando. Os modelos posturais, por sua vez, mudam de acordo com manifestações emocionais que dependem da mobilização das zonas erógenas. Assim, o esquema do corpo é dinâmico, obedecendo a estas mudanças posturais que, segundo o autor, acompanham correntes advindas dos instintos de vida e de morte, que são a base da percepção.

As trocas do bebê com a mãe são fundamentais, ele sente sua pele, ouve sua voz, sente seu olhar e seu toque, com isso se inicia uma relação afetiva e ao mesmo tempo o bebê começa a sentir seu corpo a partir do toque da mãe. Segundo Zornig (2006), quem exerce a função materna, ao cuidar do bebê erotiza o corpo deste, ao lhe dar um lugar simbólico na estrutura familiar.

A própria questão de identidade de gênero, profundamente relacionada à percepção do corpo, tem origens sociais e orgânicas.

Quando a criança nasce, ou mesmo antes, os pais, médicos, aqueles que a cercam a reconhecem como menino ou menina. Um gênero lhe é atribuído e, junto

com ele, um papel social com expectativas acerca do comportamento e até sentimentos para cada gênero.

Na fase pré-escolar a criança vivencia, segundo Bee (1997), pela primeira vez o fato de que ser menino ou menina é algo permanente, não modificável, e junto com isso aprende os papéis sexuais.

> Finalmente, durante a infância, a criança se reconhece menino ou menina através da vivência que ela tem do seu corpo e de sua identidade, assim como ela é reconhecida pelos outros como tal. (GREEN, 1991, p.13)

Como colocamos, porém, não são apenas fatores culturais e sociais que influenciam o comportamento de meninos e meninas, há também fortes influências biológicas, orgânicas e hormonais (GAUDERER, 1992). As predisposições constitucionais interagem e se completam, levando à aprendizagem pela criança de seu papel sexual. A imagem corporal influencia e é influenciada por esse processo.

Assim, vários fatores interagem na formação da imagem corporal, e esta imagem influencia também outros aspectos, como a auto-estima e a própria identidade, assim como a relação com os outros. Ou seja, neste último aspecto, por exemplo, há uma influência mútua entre a relação com o outro e a imagem corporal. Este outro, que inicialmente é a mãe e depois a sociedade como um todo, traz expectativas do que é belo, bom, normal, que estarão presentes em sua relação com a criança, e a relação desta com este outro também traz o conceito que ela tem de si mesma.

> O modo como uma pessoa sente e vive o mundo à sua volta dependerá em grande parte, (sic) de como ela se considera “forte”, “bonita”, “flexível”, “alta” e estas avaliações são aprendidas através do contato com outros corpos. Schilder (1950) admite que a constituição da imagem do nosso corpo é realizada através da **incorporação**[1] de partes do corpo de outras pessoas (seus gestos, atitudes, posturas) e, ainda, depende do modo como estas outras pessoas tratam do nosso corpo. Ao longo dos anos de vida, uma pessoa terá oportunidade de criar, destruir e constantemente reorganizar a própria imagem corporal, a partir da imitação e da observação de outras pessoas. (PENNA, 1990, p.8)

---

[1] Grifo do autor.

4. Paralisia cerebral

O termo paralisia cerebral (PC) é usado para definir qualquer desordem caracterizada por alteração do movimento secundária a uma lesão não progressiva do cérebro em desenvolvimento. Segundo Bax (2000), a paralisia cerebral, por ser causada por dano ao cérebro imaturo, tem início sempre na infância.

Satow (2000) revela um desconforto com relação à denominação dada à deficiência. Chama-se a criança ou pessoa que tem essa deficiência de paralisado cerebral, ou pessoa com paralisia cerebral. Isso dá a ideia de que o cérebro está paralisado, o que não é verdade, houve uma lesão cerebral na infância, mas a partir daí o cérebro retoma seu funcionamento, o que restam são sequelas desta paralisia. Ela sugere então, para melhorar esta nomenclatura, mudar o termo para Incapacidade Motora Cerebral, o que segundo ela é sugerido por Galland & Galland (sd). No entanto, o termo PC é largamente utilizado e por isso, assim como a autora, mantemos este termo neste trabalho.

Amiralian (1986) fala da questão da conseqüência da deficiência, que na paralisia cerebral são as sequelas, que realmente podem gerar dificuldades na criança de exercer diversas funções e a fazem ser vista como diferente. “(...) o grau de desvio que caracterizará uma excepcionalidade é aquele que implica problemas comportamentais, sociais e educacionais impostos pelo desvio.” (p.5)

Segundo Gravina (1963), nos primeiros meses de vida a criança com paralisia cerebral não se diferencia das demais, apresentando apenas as necessidades comuns a seu grupo de idade. Com o tempo, porém, torna-se notável que a criança não alcança as metas de desenvolvimento na mesma idade que as demais.

Nitrini e Bacheschi (2003) afirmam que os sinais e sintomas da paralisia cerebral podem não ser perceptíveis nas primeiras semanas de vida, pois muitas regiões cerebrais envolvidas ainda não têm maturidade suficiente para se expressar clinicamente. De acordo com Schwartzman (2004) o diagnóstico é geralmente concluído por volta do segundo ano de vida, assim anteriormente a esse período, apesar da criança comumente ser encaminhada a programas terapêuticos, o seu diagnóstico muitas vezes ainda não está estabelecido.

> Normalmente, na PC, a deficiência da criança se torna mais aparente no decorrer do tempo, uma vez que pode ocorrer um atraso no desenvolvimento motor e/ou cognitivo. (FORMAN, 2008, p. 220)

A criança com PC pode apresentar alterações que variam desde leve incoordenação dos movimentos ou uma maneira diferente para andar até inabilidade para segurar um objeto, falar ou deglutir. A lesão é, no entanto, estática, isto é, uma vez instalada, não há piora por si mesma.

Em relação aos movimentos, a paralisia cerebral pode causar espasticidade, distonia ou ataxia. A literatura (FINNIE, 2000; BOBATH, 1989) cita ainda um quarto tipo, denominado atetose.

No caso da espasticidade, pode ocorrer a quadriplegia, diplegia ou hemiplegia espástica. Na quadriplegia espástica, há envolvimento total dos braços, pernas, tronco e cabeça. Segundo Bobath (1989), normalmente um lado é mais afetado que o outro e os membros superiores são mais afetados que os inferiores.

> Sendo as partes superiores mais afetadas, o controle da cabeça geralmente é mau, e a fala e a articulação são mais ou menos severamente envolvidas. (BOBATH, 1989, p. 72)

Caso a espasticidade seja grave, a criança fica imobilizada, e qualquer esforço para mover-se causa ainda mais espasticidade. Nestes casos o reconhecimento é precoce, já que o desenvolvimento motor está bastante prejudicado e desde muito cedo se vêem sinais de atividade reflexa tônica.

A maioria das crianças com diplegia adquire marcha antes dos 8 anos de idade, segundo o Hospital Sarah Kubitchek (2006). Segundo Bobath (1989), nesses casos geralmente há bom controle da cabeça e a fala e a articulação não são afetadas. Durante os primeiros quatro ou seis meses é difícil notar alguma diferença no bebê em relação ao desenvolvimento esperado, os sinais de espasticidade não surgiram ou são muito leves. “Qualquer anormalidade se evidenciará somente quando o processo normal de desenvolvimento de extensão alcança a parte inferior do tronco e os quadris.” (BOBATH, 1989, p. 72) Isso dificultará o processo de engatinhar, por exemplo, e as aquisições dali em diante. O sentar torna-se difícil por causa da extensão dos quadris.

> Em tais casos o diagnóstico precoce pode não ser feito até que o bebê atinja oito ou nove meses de idade, isto é, na época em que

> deverá sentar-se, porém não o faz bem e tem mau equilíbrio. (BOBATH, 1989, p. 74)

Na diplegia espástica, no geral, a criança apresenta aumento de tônus e comprometimento motor, porém, “a disfunção decorrente da sequela não impedirá, em grande parte dos casos, o desenvolvimento das habilidades de andar, vestir-se, escrever, entre outras necessárias para uma independência na vida diária, incluindo atividades na escola.” (PACHECO, 2006, p.18)

A terceira possibilidade que citamos é o acometimento de um lado do corpo, na chamada hemiplegia espástica, cujas crianças apresentam bom prognóstico e costumam adquirir marcha independente Nesses casos, segundo Bobath (1989), o diagnóstico costuma ser precoce já que desde cedo é facilmente perceptível a assimetria de movimentos entre os lados do corpo, a mão afetada geralmente permanece fortemente fechada e o bebê não a abre, a cabeça normalmente fica virada para o lado oposto ao afetado.

Segundo Finnie (2000), a manifestação exata da lesão depende de alguns fatores, como o momento em que o problema ocorreu (antes, durante ou após o nascimento), o tamanho da lesão, se houve sangramento ou anoxia, e que estruturas cerebrais foram danificadas. Estes fatores determinam a incapacidade causada (quadriplegia, diplegia ou hemiplegia) e, ainda, a questão do tônus postural, que pode tornar-se aumentado, no caso da espasticidade, diminuído, no caso da hipotonia, ou flutuante na atetose.

Assim, a paralisia cerebral e suas consequências no desenvolvimento dificultam à criança experienciar, manipular objetos, locomover-se e interagir da mesma forma que as demais crianças de sua idade. Isto gera diferenças em seu desenvolvimento.

A criança com paralisia cerebral, tal como qualquer outra criança, aprende movimentos sentindo-os e experimentando-os. No entanto, ao contrário das demais crianças, aquela acometida com a PC vê-se limitada a alguns poucos padrões de movimentos, tendendo assim à estereotipia, nos quais baseia quaisquer habilidades que possa adquirir mais tarde (FINNIE, 2000).

> Os sintomas de retardo motor são seguidos, cedo ou tarde, pelo aparecimento de padrões anormais de postura e movimento, em associação com o tônus postural anormal. (...) O bebê paralisado cerebral, de um modo geral, não desenvolve, assim, o tônus postural

> contra a gravidade como acontece com a criança normal, porém desenvolve a atividade reflexa anormal que, de fato, faz com que seu corpo siga a direção da gravidade. (BOBATH, 1989, p.31)

Neste sentido está a importância da estimulação precoce, buscando diminuir padrões de movimentos indesejados e apresentar à criança novas possibilidades de movimentos. A precocidade é importante porque a criança, ao encontrar dificuldades para um movimento, busca estratégias compensatórias.

> A criança inteligente fará uso de seu padrão anormal: ela compensará a deficiência das partes mais envolvidas pelo uso excessivo das menos afetadas. (BOBATH, 1989, p.31)

É importante ressaltar ainda a importância do brincar para o desenvolvimento destas crianças, assim como de todas as outras. O Método Sarah[2] (Braga, 2008) envolve que todos os profissionais que trabalham com a criança proponham atividades lúdicas que possam ser vivenciadas pela criança em interação com a família, e podem ser úteis no desenvolvimento de diversas funções, além das vantagens psíquicas e emocionais que o brincar pode proporcionar às crianças.

Denucci e Catanho (2008) falam da importância que tem o ambiente no desenvolvimento do potencial da criança.

> Quando ocorre uma lesão, o cérebro é capaz de alterar sua estrutura e função através de mecanismos de neuroplasticidade e aprendizado motor, encontrando formas alternativas para movimentos mais eficientes. As experiências ambientais desempenham um papel importante na formação de redes neuronais. Esse processo, entretanto, é definido pelo potencial neurológico de cada criança. (p.17)

Este potencial é claramente diferente para cada criança, e tanto o tratamento quanto as orientações fornecidas aos pais devem levar isso em conta.

Na paralisia cerebral, há sempre déficits motores (Denucci e Catanho, 2008), que podem levar a atraso motor, desenvolvimento de formas adaptativas de expressão motora e a criança pode não alcançar todas as etapas de desenvolvimento.

---

[2] Desenvolvido no Hospital Sarah Kubitchek, referência em reabilitação física.

É muito comum a dificuldade que algumas crianças que têm PC apresentam em se comunicar (principalmente verbalmente) fazer com que a família e a sociedade em volta da criança associem esta dificuldade com déficit intelectual. A paralisia cerebral refere-se a déficit no desenvolvimento motor e pode estar associada tanto a casos de déficit mental quanto de inteligência normal ou superior. (LEITÃO, 1983)

As dificuldades motoras interferem nas possibilidades de experienciar o mundo, de estimulação e portanto de inteligência, mas não há uma relação linear de causa e efeito.

> (...) suas dificuldades motoras limitam explorações que vão desde o próprio corpo, até os objetos e o espaço, o que repercute muitas vezes em atraso no desenvolvimento da cognição. (CRUZ E PFEIFER, 2006, p.5)

Ao interferir na formação do esquema corporal, a relação entre motricidade e psiquismo influencia o desenvolvimento da própria identidade. No bebê, conforme discutiremos melhor no desenrolar deste trabalho, as necessidades fisiológicas e psicológicas são indissociáveis. A partir disso, podemos entender a importância dos distúrbios da psicomotricidade atribuídas por Chazaud (apud LEITÃO, 1983) no desenvolvimento das relações objetais. E, conforme veremos, as relações objetais estão no centro da imagem corporal e da própria formação da identidade.

Quando pensamos no desenvolvimento das relações objetais, vemos uma grande participação dos sentidos, nos primeiros contatos do bebê e em todos os contatos humanos. Eles também são essenciais no desenvolvimento cerebral.

> Os sistemas sensoriais e perceptivos desenvolvem-se em velocidades diferentes durante a maturação da criança. As experiências sensoriais iniciais têm impacto importante sobre o desenvolvimento das estruturas cerebrais e funções cognitivas. Utilizando suas habilidades visuais, auditivas e táteis associadas às suas habilidades sociais as crianças pequenas vão experimentar e, gradualmente, participar interagindo com o ambiente. (BRAGA, YLVISAKER, ROSSI e SOUZA, 2008, p. 54)

Os sentidos também são muitas vezes afetados pela paralisia cerebral.

Em relação à visão, uma pequena parte das crianças com paralisia cerebral sofre lesões que cheguem a causar cegueira. Cerca de metade, segundo Bax

(2000), apresenta estrabismo e alguns tendem à miopia, com necessidade do uso de tampões ou óculos respectivamente.

> Bebês prematuros com paralisia cerebral têm maior probabilidade de apresentar alterações visuais, pois o sistema visual, ainda imaturo, é vulnerável a eventos adversos. (BRAGA, YLVISAKER, ROSSI e SOUZA, 2008, p. 54)

Quanto à audição, “as crianças com paralisia cerebral podem ter danos nos nervos auditivos e nas partes do cérebro que interpretam os sinais sonoros”. (BAX, 2000, p.12)

As sensações táteis e cinestésicas também são fundamentais nas relações humanas, assim como no auto-conhecimento, que por sua vez também tem participação essencial nas relações interpessoais.

> Nas sua relações sociais, a criança não apenas constrói imagens sobre si mesma como, também, internaliza ideias de como as outras pessoas são. As noções de autoconhecimento também estão ligadas à maturação e às suas experiências individuais e socioculturais. BRAGA, YLVISAKER, ROSSI e SOUZA, 2008, p. 62)

Estas questões influenciam a relação desses bebês com a mãe e o meio, afetando assim o seu desenvolvimento e, segundo nossa hipótese, a formação da imagem corporal e da identidade.

Este estudo pretende então verificar como a relação mãe-filho influencia a formação da imagem corporal em crianças com paralisia cerebral, e como podemos trabalhar essa questão na clínica, para que suas influências no desenvolvimento da criança, em sua auto-estima e na vida adulta sejam minimizadas.

CAPÍTULO I - FREUD

Freud (1905) já admitia que os fatores constitucionais e ambientais são fundamentais no desenvolvimento da criança, sendo que, em cada caso individual, uns ou outros serão mais importantes.

O fundador da Psicanálise dedicou-se ao estudo mais profundo do mundo interno do indivíduo.

Sua teoria de desenvolvimento descreve o jogo das pulsões internas, acompanhado pelo desenvolvimento orgânico e neurológico, que vão levando a criança a atravessar estágios de desenvolvimento que são os mesmos para todos, e constitutivos do ser humano.

A interação com o ambiente não é negada. Nesse processo, no entanto, o que é externo pode alterar apenas o ritmo em que se ultrapassará estas fases, e gerar uma fixação em alguma(s) delas.

Green (1991) explica que caso ocorra um trauma ou conflito significativo durante a vida do indivíduo, há regressão, com retorno da libido às fixações anteriores, no intuito de encontrar satisfações substitutivas àquelas proibidas pelo conflito.

> Cada passo nesse longo percurso de desenvolvimento pode transformar-se num ponto de fixação[3], cada ponto de articulação nessa complexa montagem pode ensejar a dissociação da pulsão sexual. (FREUD, 1905)

Neste sentido, o desenvolvimento é denominado psicossexual, já que a ultrapassagem de um estágio a outro está ligada à ligação da libido a uma ou outra parte do corpo, que é privilegiada naquele momento. A libido é um impulso sexual instintivo e inconsciente, ligada a um dos instintos que citamos acima, o instinto de vida (BEE, 1996).

Conforme já mencionado, Bee (1997) fala também da importância da interação com o ambiente para o desenvolvimento.

---

[3] Grifo do autor.

O bebê, por exemplo, só pode receber o leite e satisfazer sua necessidade de alimentação através da presença do outro, e assim deste outro depende a satisfação de seus impulsos orais.

> Numa criança de tenra idade, os primeiros impulsos da sexualidade têm seu aparecimento ligado a outras funções vitais. Seu principal interesse, como sabem, volta-se para a ingestão de alimentos; quando as crianças adormecem, após se haverem saciado ao seio, mostram uma expressão de satisfação, que se repetirá, posteriormente na vida, após a experiência do orgasmo sexual. (FREUD, 1916)

A relação do bebê com a mãe fortalece-se através da amamentação. Todas as ações dos bebês têm o objetivo de obter prazer. Este prazer está inicialmente ligado ao alimento. Porém, logo podemos perceber que a sucção em si, mesmo sem a recepção de alimento, também causa prazer ao bebê.

> Só podemos atribuir esse prazer a uma excitação das áreas da boca e dos lábios; a estas partes do corpo denominamos "zonas erógenas" e descrevemos como sexual o prazer derivado da sucção. (...) nesse único ato [o bebê] está satisfazendo de uma só vez duas grandes necessidades vitais. (FREUD, 1916)

Assim, a sucção do seio materno é, segundo Freud, o ponto de partida de toda a vida sexual. O bebê, no entanto, logo abandona o seio substituindo-o por partes de seu corpo, como o polegar. O mundo externo deixa de ser essencial na obtenção do prazer. Assim, surge a segunda característica decisiva da sexualidade infantil, o fato de ser auto-erótica.

> No chuchar ou sugar com deleite já podemos observar as três características essenciais de uma manifestação sexual infantil. Esta nasce apoiando-se numa das funções somáticas vitais, ainda não conhece nenhum objeto sexual, sendo *auto-erótica*[4], e seu alvo sexual acha-se sob o domínio de uma *zona erógena*[5]. (FREUD, 1905, p.172)

Este chuchar busca um prazer descoberto na amamentação, quando os lábios da criança se tornam a primeira zona erógena.

---

[4] Grifo do autor

[5] Idem

A zona erógena é então uma parte do corpo, normalmente uma mucosa, na qual a estimulação provoca sensações prazerosas. (FREUD, 1905)

A criança então se comporta em busca da repetição desse prazer.

> O alvo sexual da pulsão infantil consiste em provocar a satisfação mediante a estimulação apropriada da zona erógena que de algum modo foi escolhida. Essa satisfação deve ter sido vivenciada antes para que reste daí uma necessidade de repeti-la (...). (FREUD, 1905, p.173)

1. O papel da mãe em Freud

Freud fala pouco da relação do bebê com a mãe, assim como apresenta pouco sobre o próprio bebê. No geral, a mãe aparece como primeiro objeto de amor do menino, e assim como uma das pontas do triângulo edípico. E a criança é vista a partir, na maior parte de sua obra, das lembranças dos adultos atendidos por Freud.

Ele não teve, portanto, a visão privilegiada que teve Winnicott do bebê, da criança e de sua relação com a mãe, a partir de milhares de casos atendidos diretamente por ele.

A mãe, nos escritos freudianos, aparece como o primeiro objeto de amor da criança. Inicialmente, Freud coloca esta como uma realidade apenas para o menino, enquanto para a menina, o primeiro objeto de amor seria o pai, sendo a mãe uma rival para este amor do pai já no início da vida. Posteriormente, porém, Freud se corrige:

> (Nota de rodapé acrescentada em 1935): As informações sobre a sexualidade foram obtidas do estudo de homens e a teoria dele deduzida se preocupou com crianças do sexo masculino. Foi bastante natural encontrar um paralelo completo entre os dois sexos; mas isso afinal não vigorou. Pesquisas e reflexões ulteriores revelaram diferenças profundas entre o desenvolvimento sexual de homens e mulheres. O primeiro objeto sexual de uma menina de tenra idade (do mesmo modo que de um menino em idade tenra) é a mãe (...) (FREUD, 1925)

Vemos, neste trecho, que Freud se refere à mãe como primeiro objeto *sexual*. Em outro momento, porém, ele a trouxe como objeto de amor, embora este esteja

ligado ainda ao prazer sexual, neste início de fundo oral, com a amamentação no seio.

> Dizemos que a mãe é o primeiro objeto de *amor*[6]. Pois falamos em amor quando trazemos para o primeiro plano o lado mental das tendências sexuais e quando queremos repelir as exigências instintuais "sensuais" ou físicas subjacentes, ou esquecê-las no momento. Na época em que a mãe se torna objeto de amor da criança, nesta o trabalho da repressão já começou, trabalho que consiste em uma parte dos fins sexuais subtrair-se ao conhecimento consciente. (FREUD, 1917, p. 333)

Percebemos neste trecho que a escolha da mãe como objeto de amor pressupõe a existência da criança de um ego, já desenvolvido a partir do id, ego este capaz de reprimir em busca de manter na consciência apenas o que é racionalmente aceito, ou seja, capaz de reprimir o desejo do incesto, socialmente inaceitável.

Este desejo do incesto está na base do Complexo de Édipo e, com isso, na origem das neuroses, ao mesmo tempo que gerou e gera muita polêmica em torno da Psicanálise, já que sabemos que o que mais gerou resistência na aceitação das ideias de Freud foi justamente a questão da sexualidade infantil.

Como ele mesmo coloca:

> A essa escolha que a criança faz, ao tornar sua mãe o primeiro objeto do seu amor, vincula-se tudo aquilo que, sob o nome de "complexo de Édipo", veio a ter tanta importância na explicação psicanalítica das neuroses e tem sido uma parte não menor, talvez, na resistência à psicanálise. (FREUD, 1917, p. 333)

A mãe aparece então como a escolha incestuosa de amor e sexual, que deverá ser substituída posteriormente, na puberdade, por um objeto de amor da sociedade, de preferência uma mulher sem laços sanguíneos, no caso do menino. No caso da menina o caminho é mais longo, pois a mãe será substituída pelo pai na fase fálica, e se transformará em "rival", embora permaneça amada. Depois, a menina deve identificar-se com esta mãe para tornar-se mulher e conquistar o amor de outro homem, que substituirá então o pai.

---

[6] Grifo do autor.

2. A formação da identidade em Freud

No nascimento, o bebê é apenas id, governado pelo princípio do prazer. A partir do terceiro mês de vida pode iniciar-se a diferenciação do ego a partir do id. Freud (1923) coloca que o ego é, antes de tudo, um ego corporal.

Do ato de sucção do polegar, que desperta simultaneamente sensações orais e táteis, assim como o prazer auto-erótico, a diferenciação do ego a partir do id passa a mostrar-se no corpo do bebê (HOFFER, 1983). Pela progressiva libidinização do corpo, o "'eu-oral' amplia-se para o 'eu-corporal', iniciando-se mais ou menos na décima segunda semana de vida" (p.37).

Assim, embora não fale exatamente em identidade, o eu de uma pessoa está ligado ao corpo, e à relação da psique com este corpo.

A formação da subjetividade está ligada, portanto, ao ego, que está por sua vez ligado ao corpo. A importância do corpo apresenta-se para Freud desde no início, nos estudos sobre a histeria, e desde então Freud percebe a enorme importância da representação que se faz do corpo, da imagem desse corpo, e não apenas do corpo real.

Birman (1991, p.141, apud CUKIERT E PRISZKULNIK, 2000, p.56), coloca claramente esta questão:

> Na interpretação freudiana, os sintomas histéricos se articulam num sistema coerente, fundado **na imagem do corpo e não na estrutura do corpo**[7], subordinada esta última às leis da distribuição anatômica dos órgãos e dos sistemas funcionais. O importante passa a ser **como o histérico vivencia a sua corporalidade**[8], ou seja, de que maneira investe as diferentes partes de seu corpo e as interpreta como superfícies dotadas de significação.

Assim, Freud abandona o corpo da biologia, fisiológico e mecânico, privilegiando o corpo erotizado pelo contato com o outro e a linguagem, porém ele não nega completamente este corpo, falando na verdade de uma interação entre este corpo físico e o corpo representado, que Winnicott retomará como a integração psique-soma e a personalização.

---

[7] Grifo nosso.

[8] Grifo nosso.

> Aliás, a introdução do conceito de pulsão, colocado como conceito-limite entre o somático e o psíquico, indica a impossibilidade de se pensar o psiquismo vivido apenas a partir do campo do sentido, ou dissociado do registro pulsional e do corpo vivo. (CUKIERT E PRISZKULNIK, 2000, p.56)

Outra questão importante neste processo é o mecanismo de identificação. Freud fala ainda do início do desenvolvimento, quando a atividade sexual ainda não se separou da nutrição, estando portanto em dependência absoluta do contato com a mãe. Neste momento, para Freud (1905), "o alvo sexual consiste na *incorporação*[9] do objeto – modelo que mais tarde irá desempenhar, sob a forma de *identificação*[10], um papel psíquico tão importante". (p.187)

Veremos mais adiante a importância do conceito de identificação primária na visão winnicottiana do amadurecimento.

Como vimos, a sexualidade infantil inicia-se em torno da oralidade, na busca da repetição do prazer descoberto com a sucção do leite materno.

Com o tempo, as zonas orais vão cedendo espaço à zona anal, que também é essencial para as funções corporais. "Tal como a zona dos lábios, a zona anal está apta, por sua posição, a mediar um apoio da sexualidade em outras funções corporais" (FREUD, 1905, p.175)

O desenvolvimento prossegue com a vivência do Complexo de Édipo, numa etapa chamada por Freud de fase fálica. A partir da vivência edípica será formado o superego, completando-se assim a estrutura psíquica que permite a dinâmica entre princípio do prazer, princípio de realidade e o superego, formado pelo ideal de ego e pelos valores e regras internalizados.

Após a fase fálica, a criança passa por um período de latência, em que a sexualidade seria sufocada em nome do primado da vivência social.

Por obra do superego e sua relação com as outras instâncias, surgem questões como a vergonha, o asco, etc.

> Durante esse período de latência total ou parcial erigem-se as forças anímicas que, mais tarde, surgirão como entraves no caminho da pulsão sexual e estreitarão seu curso à maneira de diques (o asco, o sentimento de vergonha, as exigências dos ideais estéticos e morais). Nas crianças civilizadas, tem-se a impressão de que a

---

[9] Grifo do autor.

[10] Idem.

> construção desses diques é obra da educação, e certamente a educação tem muito a ver com isso. Na realidade, porém, esse desenvolvimento é organicamente condicionado e fixado pela hereditariedade, podendo produzir-se, no momento oportuno, sem nenhuma ajuda da educação. (FREUD, 1905, p.167)

Vemos então que o sentimento de vergonha, entre outros, aparece como algo que surge naturalmente, e não é imposto de fora. Percebe-se também neste trecho a questão de que os ideais estéticos, muito importantes na formação do auto-conceito, são para Freud frutos do desenvolvimento sexual e têm origem orgânica, além de social.

Neste período de latência prepara-se a escolha do objeto, que deve ocorrer na fase seguinte, chamada genital. A escolha do objeto, embora advenha de uma sexualidade já separada da nutrição em fase anterior, terá sempre relação com a busca da felicidade encontrada nesta época, e portanto com a mãe.

Assim, Freud (1905) coloca que nesse período a criança aprende a amar outras pessoas, segundo o modelo de sua relação da amamentação com a mãe. Segundo ele, estes sentimentos ternos da criança em relação àqueles que cuidam dela[11] não podem ser separados do amor sexual.

> O trato da criança com a pessoa que a assiste é, para ela[12], uma fonte incessante de excitação e satisfação sexuais vindas das zonas erógenas, ainda mais que essa pessoa – usualmente, a mãe – contempla a criança com os sentimentos derivados de sua própria vida sexual: ela a acaricia, beija e embala, e é perfeitamente claro que a trata como o substituto de um objeto sexual plenamente legítimo. (FREUD, 1905, p.210 e 211)

Assim, Freud fala da importância do carinho da mãe para ensinar a criança a amar. Fala, também, do perigo dos carinhos em excesso, que levariam segundo ele às doenças neuróticas, no sentido em que tornam a criança incapaz de renunciar ao amor posteriormente, quando necessário.

Ferenczi, autor que será discutido no próximo capítulo, traz também esta questão do amor dos pais quando demasiadamente sexualizado, causando uma confusão de línguas entre estes e a criança, cuja língua é a da ternura.

---

[11] Freud fala bastante da ama e da babá, provavelmente figuras muito presentes na vida e no cuidado das crianças de sua época e local.

[12] A criança.

CAPÍTULO II - FERENCZI

Os textos de Ferenczi trazem questões que são bastante desenvolvidas nos trabalhos de Winnicott. Textos como “A adaptação da família à criança”, de 1928, entre outros, falam do ambiente externo como fonte de saúde ou doença na vida do indivíduo, questão que é bastante focada por Winnicott em sua obra.

Não é perceptível esta mesma preocupação na obra freudiana, que foca muito mais no mundo interno, onde ocorre o jogo das pulsões, e mesmo estímulos do ambiente são focalizados de acordo com a interpretação que recebem e a forma como afetam o interior. A metapsicologia freudiana explica este funcionamento mental, em que a estrutura e a dinâmica já estão dadas, e a relação com objetos (pessoas ou não) é perpassada por este jogo de pulsões inatas.

Kupermann (2009) fala da mudança no paradigma que inicia-se assim com Ferenczi:

> A partir de Ferenczi, as concepções que regiam a técnica psicanalítica, como a abstinência e a neutralidade, deram lugar à hospitalidade, à empatia e à saúde psíquica do analista, novas categorias éticas do cuidado em psicanálise. (p. 45)

Aparece ainda neste texto (op cit) que “a adaptação do sujeito ao meio, e vice-versa, é ponto fundamental na obra ferencziana”. (p.46)

Figueiredo (sd) fala então da inserção de Winnicott na tradição teórica e técnica de Ferenczi, assim como no que ele chama de estilo ferencziano.

Ferenczi, em 1928, fala da adaptação da família à criança, em texto com o mesmo título, título este que chama a atenção de qualquer winnicottiano.

Ferenczi (op cit) coloca que o primeiro passo deveria ser do adulto em direção à criança, e que este passo é dado quando se compreende a criança. E para que esta compreensão seja possível, é necessário que os pais possam compreender melhor a si próprios.

Ferenczi fala da importância do acolhimento, conforme coloca Kupermann (2009):

> A criança que chega precisa ser acolhida subjetiva e afetivamente pela família. Ferenczi detectou, nos casos de pacientes traumatizados, severamente comprometidos em suas capacidades

> simbólicas e criativas, que a função do analista é proporcionar acolhimento a esses "hóspedes não bem-vindos na família" (...). (p.47)

Ferenczi (1929) diz que estas crianças, os "hóspedes não bem-vindos na família", registram bem "os sinais conscientes e inconscientes de aversão ou de impaciência da mãe, e que sua vontade de viver viu-se desde então quebrada." (p.49)

Percebemos então que há muitos pontos de contato entre as ideias de Ferenczi e Winnicott. Ferenczi, um pouco anterior a Winnicott, ainda interlocutor de Freud, apresenta estas ideias com um grande cuidado, respondendo a críticas que pipocavam numa época em que a Psicanálise ainda estava se estabelecendo.

Winnicott, um pouco mais tarde, em outro país e vivendo outras polêmicas em relação à Psicanálise, numa época em que já se discutia mais quem seria o sucessor de Freud, apresenta estas ideias a partir de sua própria experiência clínica como pediatra.

Hoje podemos traçar estes contatos e perceber que Ferenczi poderia ser um precursor destas ideias que hoje consideramos winnicottianas, e que ainda nos parecem tão revolucionárias. Ambos são psicanalistas e não negaram as ideias do fundador, mas trouxeram todo um novo lado, que expandiu imensamente nossos conhecimentos sobre o ser humano, o desenvolvimento, e a própria técnica psicanalítica.

Na obra de Winnicott é raro encontrarmos referências a Ferenczi. Devido a estas similaridades e outras apresentadas por autores brasileiros e estrangeiros é comum buscar-se uma ligação entre os dois psicanalistas, como faz Figueiredo (sd). Este nos fala de uma ligação através de Melanie Klein, que foi analisanda de Ferenczi e teve grande participação na vida e na formação de Winnicott como psicanalista. Figueiredo (sd) relata as inovações em relação ao pensamento freudiano que estão presentes na obra de Klein assim como nas de Ferenczi e Winnicott.

> Há em Melanie Klein, antiga paciente de Ferenczi, uma disposição de levar a psicanálise a novos rincões – o da análise de crianças, o da análise de pacientes psicóticos e, às vezes, o dos dois simultaneamente – e a efetuar alterações na teoria e nas técnicas

> que nos parecem seguir de longe a inspiração do *enfant terrible*[13] húngaro e de sua postura desassombrada que raiava a heresia. O que veio a ser chamado por Winnicott de "análise modificada" leva ainda mais longe este ímpeto renovador na teoria e na técnica, mas sempre tão estreitamente associado às exigências de uma clínica em processo de ampliação. Longe de nós a crença de que Freud seria conservador em seu projeto teórico e em suas experiências clínicas. Poucos homens foram tão revolucionários como ele na história de nossa cultura. No entanto, nos parece evidente que ele se dispunha a correr menos riscos, era mais prudente, o que já não se pode dizer de Ferenczi e de seus seguidores na letra ou no espírito. Estes não hesitaram em se meter em caminhos muito novos e a enfrentar desafios bastante perturbadores. (FIGUEIREDO, sd, p.5)

Klein segue outro caminho, no entanto, em que não dá ao ambiente a importância que lhe dão Winnicott e Ferenczi, além de separar-se destes últimos no que concerne à pulsão de morte, questão em que ambos discordaram de Freud e Klein tomou como verdade.

Uma questão que aproxima os três psicanalistas (Klein, Ferenczi e Winnicott), é o interesse pelo início da vida infantil, os primeiros meses, em que não é possível aplicar a teoria infantil freudiana, que se funda em relações objetais e no conflito edipiano. "O interesse no pré-genital e pré-edípico (na relação original mãe-bebê) é uma das marcas da produção ferencziana da década de 20." (FIGUEIREDO, sd, p.6)

A relação mãe-bebê é uma marca da teoria dos três autores.

Esta ligação através de Klein é, no entanto, apenas uma das possíveis explicações para tanta similaridade na obra de Ferenczi e Winnicott sem que o último admita claramente a influência do primeiro.

> Dadas estas e muitas outras ligações possíveis entre Ferenczi e Winnicott, salta aos olhos, por contraste, a tênue ligação explícita e assumida pelo autor inglês com seu antepassado húngaro, que quase não é citado em suas obras.Talvez haja atenuantes para este aparente efeito do que Bloom chamaria de angústia de influência, aquele medo de ser demasiadamente influenciado pelos predecessores (...). Mas pode não se tratar apenas disso, neste caso. Devemos considerar que o descrédito a que fora submetida a obra ferencziana depois de sua morte, de suas desavenças públicas com o Mestre e de uma certa publicidade negativa dada às suas experiências terapêuticas, resultou, entre outras coisas, na falta de acesso aos seus textos por parte do leitor inglês antes de 1955. A isso acresce, é evidente, a falta de legitimidade de Ferenczi nas décadas de 30, 40 e 50 em todo o movimento psicanalítico.

---

[13] Assim é conhecido Ferenczi no mundo psicanalítico.

> Praticamente apenas os Balint resistiram ao patrulhamento ideológico e sustentaram o apreço e a ligação com o psicanalista húngaro cuja má fama foi consagrada na biografia de Freud escrita por Jones na década de 50. A versão oficial era de uma deterioração psíquica muito grave, algo que invalidaria todo o seu trabalho pioneiro nos últimos anos de vida, justamente os mais produtivos em termos de um pensamento e de um estilo clínico singulares.
> De qualquer modo, a ausência de alusões, principalmente se devida a um real desconhecimento da obra nos anos de formação de Winnicott (décadas de 30 e 40), nos coloca uma questão interessante. Ou bem devemos supor uma transmissão à distância, com a provável mediação de Balint, ou se trata de uma espécie de afinidade eletiva entre os autores, com a 'redescoberta' – de novo – por Winnicott, de uma tradição ferencziana relativamente perdida e encoberta. Nestes dois casos, precisaríamos abrir mão de qualquer idéia mais simplista acerca de uma suposta influência direta de Ferenczi sobre Winnicott. No entanto, em ambos os casos, ou seja, mesmo que se tratasse apenas de uma 'redescoberta' por conta própria, o certo é que a partir de Winnicott se forma, a posteriori, uma tradição que remonta a Ferenczi. (FIGUEIREDO, sd, p.7 e 8)

Assim, de qualquer forma, é possível, concordando com Figueiredo, inserir Winnicott nesta tradição ferencziana, seja qual for a real ligação entre os dois, e o porquê da falta de referências de Winnicott ao predecessor, falta que também não é total, já que este é citado em algum momento na obra winnicottiana:

> Diz Winnicott: "Ferenczi contribuiu significativamente ao olhar para o fracasso da análise de um paciente com desordem de caráter não simplesmente como um erro de seleção, mas como uma deficiência da técnica psicanalítica. A idéia aqui implicada era a de que a psicanálise poderia aprender a adaptar sua técnica à desordem de caráter ou ao caso borderline sem tornar-se puro manejo e, na verdade, sem perder o nome de psicanálise" (Winnicott, 1959-1964, p. 125-126, apud FIGUEIREDO, sd, p.8).

Seja simplesmente na tentativa de inovação (o que na verdade marca todos os grandes psicanalistas posteriores a Freud, ou até mesmo o próprio) ou na similaridade de algumas concepções, podemos fazer este paralelo que, antes de gerar polêmica quanto ao caminho pelo qual as ideias de Ferenczi chegaram à obra winnicottiana, deve ser considerado pela sua importância no que trazem estas concepções em relação à teoria e técnica psicanalítica.

CAPÍTULO III - WINNICOTT

Winnicott, pediatra e psicanalista inglês, estudou muito o desenvolvimento infantil, principalmente na sua relação com o ambiente, que, no início da vida, é formado basicamente pela mãe. A relação com a mãe determina a formação do *self* e a relação da criança com o próprio corpo.

1. A mãe

1.1. A mãe suficientemente boa

A mãe boa comum, colocada por Winnicott (1949a), é capaz de adaptar-se ativamente a seu bebê através de sua devoção, "tornada possível por seu narcisismo, sua imaginação e suas recordações, que lhe permitem saber, através da identificação, quais são as necessidades do seu bebê" (p.412). Esta mãe boa comum que, segundo ele, é suficientemente boa.

Newman (2003) diz que as funções da mãe suficientemente boa podem ser condensadas em três funções principais:

a) Holding

O *holding*, que pode ser traduzido como o segurar, o sustentar da criança pela mãe, está diretamente relacionado à capacidade da mãe de identificar-se com seu bebê.

"Um bebê a quem seguram bem é muito diferente de outro, cuja experiência de ser segurado não foi muito positiva." (WINNICOTT, 1988, p.30)

b) Handling

O *handling* é a forma como a mãe manipula a criança. Esta manipulação, segundo Newman (2003), facilita a formação da parceria psicossomática no lactente.

Este contato é essencial para que a criança, e o futuro adulto, possa sentir-se "real".

> O manejo inadequado trabalha contra o desenvolvimento do tônus muscular, contra aquilo que chamamos de "coordenação", e também contra a capacidade do bebê de sentir prazer nas experiências do funcionamento corporal, e também nas de SER. (NEWMAN, 2003, p. 98)

c) Apresentação de objetos

No início da vida, o bebê não percebe que é separado do resto do mundo. Aos poucos, ele vai percebendo que há o dentro e o fora, o eu e o não-eu. A mãe tem, nesse processo, o papel de apresentar ao bebê, aos poucos, tudo aquilo que é externo a ele, assim como com o *handling* foi apresentando a ele seu próprio corpo.

A apresentação adequada de objetos é essencial para todos os relacionamentos futuros da criança. Uma falha nesta função também dificulta ao bebê sentir-se real, "ao relacionar-se com o mundo real com seus objetos e fenômenos". (NEWMAN, 2003, p.98)

> Já descrevi a função especial da mãe ou da mãe substituta em *apresentar o mundo externo ao bebê*[14], tornado possível a ilusão do contato. (...) se for um trabalho bem-sucedido, o bebê adquirirá uma capacidade que será utilizada pelo resto da vida. (WINNICOTT, 1990, p. 176)

No início da vida, a adaptação do ambiente ao bebê deve ser total. O que permite à mãe esta adaptação total é o fato de que ela consegue entrar num estado que Winnicott chama de preocupação materna primária, estado em que ela é capaz de saber exatamente o que o bebê precisa. Para atingir este estado, é necessária a identificação primária da mãe com o bebê.

> Neste estado, as mães se tornam capazes de colocar-se no lugar do bebê, por assim dizer. Isto significa que elas desenvolvem uma capacidade surpreendente de identificação com o bebê, o que lhes possibilita ir ao encontro das necessidades básicas do recém-nascido, de uma forma que nenhuma máquina pode imitar, e que não pode ser ensinado. (WINNICOTT, 1988, p.30)

Esta identificação é possível através da preocupação materna primária, que é natural na mãe.

---

[14] Grifo do autor.

A mãe fornece este ambiente suficientemente bom (ou não) desde antes do nascimento. Um ambiente não intrusivo além do que o bebê é capaz de suportar, desde o útero, permite a continuidade do ser do bebê. A intrusão que supera este limiar exige uma reação do bebê, e ele passa a reagir em vez de apenas ser.

> A continuidade do ser significa saúde. Se tomarmos como analogia uma bolha, podemos dizer que quando a pressão externa está adaptada à pressão interna, a bolha pode *seguir existindo*. Se estivéssemos falando de um bebê humano, diríamos 'sendo'. Se, por outro lado, a pressão no exterior da bolha for maior ou menor que aquela em seu interior, a bolha passará a *reagir à intrusão*. Ela se modifica como reação a uma mudança no ambiente, e não a partir de um impulso próprio. Em termos do animal humano, isto significa uma interrupção do ser, substituída pela reação à intrusão. (WINNICOTT, 1990, p. 148)

Ao longo da vida e do amadurecimento, o bebê que teve a possibilidade de manter-se existindo sem ser exigida uma reação em excesso, com o tempo vai se tornando cada vez mais capaz de tolerar a intrusão, e ir lidando com ela de forma que sua existência não seja ameaçada.

Ainda antes do nascimento, o bebê torna-se capaz de se acostumar com as intrusões e interrupções de continuidade, desde que não sejam excessivamente intensas nem prolongadas. Há mudanças que ocorrem inexoravelmente, como mudanças de pressão e temperatura, desde o útero, com as quais o bebê pode conseguir lidar ou não.

Por outro lado, o bebê que não teve essa possibilidade, que desde o início teve que reagir, na melhor das hipóteses, pode formar um falso self através do qual relaciona-se com o mundo sem ser a partir de um impulso próprio, mas sempre como reação ao ambiente.

A mãe precisa, além de estar disponível, estar bem pessoalmente, ser capaz de manter-se consistente e sobreviver ao longo do tempo, aos impulsos do bebê, à elaboração desses impulsos e ao retorno do bebê a ela após essa elaboração. Winnicott (1990) diz que os bebês podem sobreviver sem isso, mas sobrevivem de forma que sempre faltará algo do ponto de vista emocional:

> (...) algo de importância vital, resultando numa intranqüilidade e numa falta da capacidade para o *concern*, na ausência de profundidade e na incapacidade para o brincar construtivo, sofrendo mais cedo ou mais tarde uma inaptidão para o trabalho, um resultado

> insatisfatório tanto para o indivíduo quanto para a sociedade. (WINNICOTT, 1990, p. 148)

Assim, essa mãe suficientemente boa é a mãe capaz de entrar num estado que Winnicott (1956) denomina “preocupação materna primária”. Trata-se de um estado de “loucura saudável”, em que a mãe identifica-se totalmente com seu bebê, e é assim que sabe do que o bebê precisa. Winnicott (op cit) fala sobre esta condição:

> Esta condição gradualmente se desenvolve e se torna um estado de sensibilidade aumentada durante, e especialmente, no fim da gravidez;
> Continua por algumas semanas depois do nascimento da criança;
> Não é facilmente recordada, uma vez tendo a mãe se recuperado dela;
> Eu iria mais além e diria que a recordação que a mãe tem deste estado tende a ser reprimida. (p.493)

Este estado de sensibilidade aumentada, quase uma doença, deve ser atingido pela mãe para que ela possa fornecer este ambiente inicial perfeito de que o bebê precisa, e saiba também, ao longo do tempo, o quanto pode introduzir de falhas ambientais que seu bebê será capaz de suportar. A mãe recupera-se deste estado tão naturalmente quanto nele entrou, com o amadurecimento da criança e a necessidade cada vez menor que ela vai tendo da mãe.

A mãe neste estado permite que o bebê desenvolva sua espontaneidade e equilibre sua impulsividade, sem perder totalmente o domínio de suas sensações nem desenvolver-se apenas por reação ao ambiente. Ou seja, o ambiente criado pela mãe que consegue atingir esta condição não é excessivamente intrusivo, e esta, segundo Winnicott (1956) é a base para o estabelecimento do ego, a continuidade do ser não interrompida por esse ambiente.

> Uma suficiência do “continuar a ser” só é possível no início, se a mãe se encontra nesse estado que (sugiro) é algo muito real, quando a mãe saudável está próxima do final de sua gravidez e durante algumas semanas depois do parto. (p.496)

1.2. Handling e Personalização

O *handling*, conforme colocado anteriormente, é a forma como a mãe manipula a criança. Desta função depende a personalização, que é a capacidade de habitar o próprio corpo.

Segundo Winnicott (1956), as necessidades do bebê são, no início, "necessidades corporais e gradualmente tornam-se necessidades do ego, à medida que, a partir da elaboração imaginativa da experiência física, surge a psicologia." Com isso, corpo e psique passam a formar uma unidade, o psique-soma.

> Para esse movimento de coexistência da psique e corpo, o ambiente propiciador é a mãe que pode oferecer repetidas e tranquilas experiências de cuidados corporais para o bebê, através do manuseio de seu corpo (*handling)*, promovendo, pelo toque, temperatura, contato com a pele e estímulos à musculatura, essa superposição entre psique e soma. Uma personalização satisfatória é o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo, com psique e soma atuando em parceria. (TAKATORI, 1999, p.74)

Assim, a localização da psique no corpo é produzida a partir da esfera pessoal e da esfera ambiental, que se influenciam mutuamente. A esfera ambiental, como dito acima, é representada inicialmente pela mãe. E a esfera pessoal pelos

> impulsos e sensações da pele, de erotismo muscular e instintos envolvendo excitação da pessoa total, e também tudo aquilo que se refere aos cuidados do corpo, à satisfação das exigências instintivas que possibilita a gratificação. (WINNICOTT, 1990, p. 144)

Mahler (1977) diz que o nascimento psíquico não ocorre junto com o biológico. A psique se desenvolve lentamente a partir das experiências corporais vividas pelo bebê. Os processos corporais levam à construção de um primeiro senso de existir.

O *holding* e o *handling* têm função essencial neste processo.

> Não é possível ter a certeza de que a psique do bebê irá formar-se de modo satisfatório juntamente com o soma, isto é, com o corpo e seu funcionamento. A existência psicossomática é uma realização, e, embora sua base seja uma tendência hereditária de desenvolvimento, ela não pode tornar-se um fato sem a participação

> ativa de um ser humano que segure o bebê e cuide dele. (WINNICOTT, 1988, P.10)

Winnicott (1990) coloca que ocorre "uma ELABORAÇÃO IMAGINATIVA[15] de todas as funções corporais" (p. 58), e isso vai formando a imagem corporal (embora Winnicott não use essa expressão). Essa elaboração pode ser vislumbrada no brincar das crianças, e depende do funcionamento cerebral:

> (...) a psique vai se construindo a partir das elaborações imaginativas do funcionamento corporal e depende do funcionamento intacto do cérebro e é dentro desse processo que a psique vai habitando o corpo do indivíduo. (TAKATORI, 1999, p. 74)

Winnicott (1949a) define então a psique como "a *elaboração imaginativa de partes, sentimentos e funções somáticas*, isto é, das vivências físicas". (p.411)

Essa elaboração que permite a integração psique-soma leva a fantasias que também se localizarão no corpo.

> A elaboração imaginativa do funcionamento corporal organiza-se em fantasias, que são qualitativamente determinadas pela localização no corpo, mas que são específicas do indivíduo, por causa da hereditariedade e da experiência. (WINNICOTT, 1990, p. 69)

Assim, essas fantasias transitam pelas áreas do corpo, tornando-as o foco em determinados momentos, o que segundo Freud aconteceria em uma determinada ordem (oral – anal – fálica – genital) e determinaria os estágios do desenvolvimento psicossexual.

Neste processo, o toque da mãe, o contato com o corpo do bebê, faz com que este possa sentir-se envelopado pelo corpo da mãe. Este envelopamento traz uma segurança que apazigua as angústias de queda e esfacelamento.

> O começo daquela parte do desenvolvimento do bebê, que estou chamando personalização, ou que pode ser descrita como uma habitação da psique no soma, tem de ser encontrado na capacidade que a mãe ou a figura materna tenham de juntar o seu envolvimento emocional, que originalmente é físico e fisiológico." (WINNICOTT, 1994, p.205)

---

[15] Destaque do autor.

A pele desempenha um papel essencial neste contato com o mundo e na percepção gradual de que este mundo é externo ao bebê, que permite a percepção do que é eu e do que é não-eu.

> O manuseio da pele no cuidado do bebê é um fator importante no estímulo a uma vida saudável dentro do corpo, da mesma forma como os modos de segurar a criança auxiliam o processo de integração. (WINNICOTT, 1990, p. 69)

Com essa membrana limitadora (a pele) entre o interior e o exterior, torna-se possível ver a mãe como parte do exterior. É a partir desse momento que podemos falar de relacionamento mãe-criança, quando a criança já é capaz de diferenciá-la de si e responsabilizar-se pelo eu e pelos instintos internos.

Esta capacidade é adquirida no que Winnicott (2005) chama de faze de envolvimento (*concern*, em inglês) que é uma conquista do bebê que teve um ambiente favorável no início.

> Esse desenvolvimento implica um ego que começa a ser independente do ego auxiliar da mãe, e pode-se agora dizer que existe um lado de dentro do bebê e, por conseguinte, um lado de fora. O esquema corporal adquiriu existência e rapidamente desenvolve complexidade. De agora em diante, o bebê possui uma vida psicossomática. (WINNICOTT, 1963/2005, p. 114)

Essa localização da psique do corpo é, assim, uma conquista que não está ao alcance de todos. Winnicott (1990) usa o termo despersonalização para nomear “a perda da vinculação entre psique e soma” (p.145). Segundo ele, essa despersonalização pode descrever um estado comum em crianças normais, porém na psiquiatria do adulto é visto como patológico.

Esta integração de psique e soma está ligada assim à capacidade de envolvimento e de responsabilizar-se.

> (...) se podemos conceber uma pessoa plenamente integrada, então essa pessoa assume plena responsabilidade por *todos* os sentimentos e ideias que acompanham o estar vivo. (WINNICOTT, 1960/2005, p. 155)

Em algumas pessoas, inclusive, este processo de contato com o corpo pode ser exagerado, por exemplo, por pais que pressionam muito o desenvolvimento corporal ou um ambiente geral que imponha um exagerado culto ao corpo.

O ambiente cultural brasileiro – e mesmo ocidental – na atualidade apresenta um ideal buscado em todos os campos, e também no corpo, que deve ser perfeito (magro, branco, forte, liso, eficiente). Essa busca pelo corpo perfeito acompanha a história humana, o que muda é o conceito do que é um corpo perfeito.

A imagem que fazemos de nós está relacionada a este ideal buscado, e a quanto acreditamos que nos aproximamos ou não deste ideal. E, inicialmente, estas expectativas nos atingem através do olhar da mãe. Esse olhar traz expectativas, esperanças, opiniões e desejos, e estes também são influenciados pela cultura.

Assim, Winnicott coloca que o corpo, ao mesmo tempo que é o instrumento de contato com o ambiente e a sociedade, é influenciado por este ambiente, e a própria capacidade de "habitar o próprio corpo" e sentir-se vivo depende dos primeiros relacionamentos e experiências do bebê com o mundo, representado primeiramente pela mãe, e que depois se amplia para todos os outros com quem nos relacionamos.

1.3. O rosto da mãe como espelho

O papel do espelho no desenvolvimento da imagem corporal é bastante difundido, já que ele traz a possibilidade da criança ver sua própria imagem, unificada, refletida nele. Porém, a criança não reconhece a imagem do espelho como sendo de si mesma até um determinado estágio do desenvolvimento. E este reconhecimento de si mesma no espelho demarca o momento em que começa a se formar um EU.

Campos (2007) coloca que Wallon, autor muito importante no campo da Psicomotricidade, foi o primeiro a falar em um estágio do espelho, em 1934. Na Psicanálise, Lacan foi quem desenvolveu a ideia.

> Aos dois estudiosos, impressionava-lhes o fato de, antes do desenvolvimento psicomotor, ou seja, ainda imatura e dependente (não anda nem fala), a criança começa a formar uma imagem conjunta de seu corpo. Antes mesmo de nomear seu corpo ou

> nomear-se, a criança já se reconhece no espelho. Até então, o bebê percebia seus pés, mãos, braços, pernas, até mesmo seu tronco, mas só quando se olha no espelho pode ver seu rosto. (p.65)

Winnicott interessa-se pelas ideias de Lacan e as desenvolve de acordo com suas próprias concepções. Em 1975, coloca: "No desenvolvimento emocional individual, o *precursor do espelho é o rosto da mãe*[16]*."* (p.153)

O rosto da mãe serve como espelho onde a criança se vê, e o olhar dela determina a percepção que o bebê desenvolverá de si mesmo.

> Comunicação envolve corpo, corpo que, na teoria winnicottiana, precisa estar integrado como unidade psicossomática. Ao segurar, tocar, manipular o bebê, aconchegá-lo, nomeá-lo, falar com ele, a mãe promove esse arranjo entre psique e soma, mas principalmente ao olhá-lo, a mãe se oferece como espelho onde o bebê deve se ver. Os olhos e a expressão facial da mãe devolvem ao bebê sua imagem corporal. (PEDROZO, 2001, p.3)

Assim, para Winnicott (1975), quando o bebê olha para a mãe o que ele vê é ele mesmo. "Em outros termos, a mãe está olhando para o bebê e *aquilo com que ela se parece se acha relacionado com o que ela vê ali*[17]*.* (p.154)

Isso ocorre quando a mãe é suficientemente boa, e consegue fornecer ao bebê esse espelho. Quando a mãe não consegue refleti-lo e o que mostra é seu próprio humor, ou as suas próprias defesas, a mãe não devolve ao bebê o que ele dá na relação. "Eles olham e não vêem a si mesmos." (WINNICOTT, op cit, p.154)

Uma conseqüência possível é a criança perder sua capacidade criativa, e procurar outra forma de obter algo de si mesmos de volta do ambiente.

Esta relação não precisa ser necessariamente visual, segundo Winnicott (op cit), crianças cegas podem receber estas informações da mãe por outros sentidos.

Quando tudo ocorre bem, e a mãe consegue refletir o rosto do bebê de forma que ele possa ir integrando uma imagem de si mesmo, com o tempo e o amadurecimento o bebê vai passando a, ao olhar para a mãe, ver o rosto dela em vez do seu.

---

[16] Grifo do autor.

[17] Grifo do autor.

> Depois, o bebê se acostuma à ideia de que, quando olha, o que é visto é o rosto da mãe. O rosto da mãe, portanto, não é um espelho. Assim, a percepção toma o lugar da apercepção, toma o lugar do que poderia ter sido o começo de uma troca significativa com o mundo, um processo de duas direções no qual o auto-enriquecimento se alterna com a descoberta do significado no mundo das coisas vistas. (WINNICOTT, 1975, p. 154 e 155)

Este início, marcado pelo jogo de percepção do outro e de si mesma pela criança, marca o desenvolvimento da imagem do próprio corpo, formada neste inter-jogo entre as sensações corporais, as informações advindas dos sentidos, inclusive a imagem de si mesma no espelho, e a imagem que o outro, no caso a mãe, faz da criança, refletida em seu olhar.

2. Identidade/ *Self*

Winnicott traz a questão da identidade em termos do *self*. Este seria o si-mesmo, que pode ser próprio e verdadeiro, ou uma estrutura falsa formada pela pessoa para possibilitar a adaptação a um ambiente insatisfatório.

> Para mim o self, que não é o ego, é a pessoa que é eu, que possui uma totalidade baseada no funcionamento do processo de maturação. Ao mesmo tempo, o self tem partes e, na realidade, é constituído dessas partes. Elas se aglutinam desde uma direção interior para exterior no curso do funcionamento do processo maturacional, ajudado como deve ser (maximamente no começo) pelo meio ambiente humano que sustenta e maneja e, por uma maneira viva, facilita. O self se descobre naturalmente localizado no corpo, mas pode, em certas circunstâncias, dissociar-se do último ou este dele. (WINNICOTT, 1970/1994, p.210)

O *self* passa a existir a partir da psique, que forma-se no soma, sendo que este último foi o primeiro a chegar em termos de evolução. (WINNICOTT, 1990) A psique se forma a partir da elaboração das funções somáticas, interligando as experiências passadas, a consciência do presente e as expectativas do futuro.

Assim, os aspectos da psique e do soma vão se inter-relacionando, constituindo uma fase inicial do desenvolvimento. Contanto que a continuidade da existência não seja perturbada, essa inter-relação prossegue ao longo do

desenvolvimento. Porém, para isso, é necessário que, bem no início, o ambiente seja perfeito.

"O meio ambiente perfeito é aquele que *se adapta ativamente*[18] às necessidades do psique-soma recém formado" (WINNICOTT, 1949a, p. 412), ou seja, o bebê.

> Um meio ambiente mau é mau porque, por não conseguir se adaptar, torna-se uma *invasão* à qual o psique-soma (isto é, o bebê) precisa *reagir*. Esta reação perturba a continuidade da existência do novo indivíduo. (WINNICOTT, 1949a, p. 412)

O ambiente inicial é físico, os cuidados são físicos, e só posteriormente no desenvolvimento torna-se necessário um novo tipo de cuidado, emocional ou psicológico.

> No curso normal dos acontecimentos, a mãe tenta não introduzir complicações além daquelas que o bebê pode compreender e compensar; ela particularmente tenta proteger seu bebê de coincidências e de outros fenômenos que devem exceder a habilidade de compreensão do bebê. De modo geral, ela mantém o mundo do bebê tão simples quanto possível. (WINNICOTT, 1949a, p. 413)

Com o tempo, a necessidade de um ambiente perfeito vai tornando-se relativa, e o ambiente suficientemente bom é aquele que será também capaz de falhar dentro da capacidade do bebê de suportar as falhas. Sendo assim, essa capacidade do bebê também vai se tornando cada vez maior, exigindo cada vez menos a perfeição do ambiente.

A mãe vai tomar então o cuidado de introduzir aos poucos as dificuldades externas.

> É vitalmente importante que, ao cuidar de seus bebês, as mães, no início fisicamente, e logo também imaginativamente, comecem fornecendo esta adaptação ativa, mas também é uma característica da função materna fornecer um *fracasso gradual da adaptação*[19] de acordo com a habilidade crescente que cada bebê tem de compensar o fracasso relativo através da atividade mental ou da compreensão. Desta forma, aparece no bebê uma tolerância com

---

[18] Grifo do autor.

[19] Grifo do autor.

> relação tanto à necessidade do ego quanto à tensão pulsional. (WINNICOTT, 1949a, p. 413)

O *self* se forma, basicamente, na relação com o ambiente, inicialmente representado primordialmente pela mãe. Assim, esta terá papel fundamental na própria identidade da criança.

> A sustentação no tempo de condições favoráveis ao desenvolvimento psíquico realizada pelos pais possibilita à criança trilhar o caminho do contínuo processo de integração de seu self. (CATAFESTA, 1997, p.63)

Winnicott fala ainda, em diversos textos, da importância do brincar no desenvolvimento do *self*.

> É no brincar, e somente no brincar, que o indivíduo, criança ou adulto, pode ser criativo e utilizar sua personalidade integral: e é somente sendo criativo que o indivíduo descobre o eu (*self*). (WINNICOTT, 1975, p.80)

Este ser criativo, que Winnicott coloca como uma criatividade original, natural do ser humano, permite a realização, a sensação de estar vivo e de que a vida vale a pena.

> É através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida. Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou a exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. Muitos indivíduos experimentaram suficientemente o viver criativo para reconhecer, de maneira tantalizante, a forma não criativa pela qual estão vivendo, como se estivessem presos à criatividade de outrem, ou de uma máquina. (WINNICOTT, 1975, p.95)

Assim, o brincar está ligado ao viver criativo, que por sua vez indica a existência de um verdadeiro *self* através do qual a pessoa se relaciona com o mundo, enquanto a impossibilidade de viver criativamente está associada à formação de um falso *self*, através do qual o indivíduo consegue adaptar-se à realidade, porém sem nunca sentir que a vida tem um sentido.

3. Agressividade

A agressividade, na obra de Winnicott, aparece como uma força positiva, que possibilita o crescimento e o viver criativo. Para ele, crescer é um ato agressivo.

Ele discorda, assim, de Freud, para quem a agressividade é uma manifestação da pulsão de morte.

> O papel da agressividade no desenvolvimento emocional assumiu características singulares na obra winnicottiana. O enfoque da agressividade como atividade, como força vital, revela outro parâmetro básico do pensamento original deste autor. Para que a vivacidade e o amor sejam possibilidades do viver é necessária a experiência da criatividade. Se essa experiência for possível, passos significativos poderão ser dados no caminho contínuo de integração do self. (CATAFESTA, 1997, p.24)

Durante o trabalho em hospital de reabilitação, foi atendida uma menina de 18 meses, com PC, chamada Karina[20]. Ela era atendida no serviço de Psicologia todas as 5as feiras, e vinha sempre trazida por sua mãe. Meu trabalho neste hospital tinha data certa para acabar, pois tratava-se de um aprimoramento, que dura um ano. No dia do último atendimento de Karina, tive problemas com meu carro e cheguei atrasada, não conseguindo atendê-la. Chegando ao hospital, fui procurá-la e ela já estava no serviço de terapia ocupacional, sendo atendida por uma colega. Pedi licença, e pedi à colega se podia falar um pouco com Karina, para explicar o que aconteceu. Tentei pega-la no colo, ela me empurrou e gritou, recusando-se a vir comigo.

Achei impressionante a capacidade daquela garotinha de 18 meses, que não falava nenhuma palavra, deixar claro sua contrariedade e descontentamento com minha ausência. Percebi uma capacidade de expressar a própria raiva e agressividade em uma idade bastante precoce.

Winnicott coloca o ódio como movimento, vida. O ódio faz parte da vida, e ser capaz de expressá-lo é sinal de saúde, é importante poder viver e integrar o ódio. Isso é algo diferente de outras linhas psicanalíticas, que vêem o ódio como destrutividade, seguindo a ideia freudiana do instinto de morte, ou a inveja na teoria kleiniana.

---

[20] Nome modificado.

4. Saúde

A saúde, para Winnicott, está ligada a um viver criativo e à maturidade de acordo com a idade cronológica. Assim, não tem nenhuma relação com a mera ausência de doenças.

> Winnicott fala sobre maturidade emocional, de acordo com a idade, onde é saudável ter 6 anos aos 6 anos, 10 anos aos 10 anos e assim por diante. (...) Quanto à criança que tem alguma deficiência física decorrente de vários fatores, salvo os quadros leves, o desenvolvimento neuro-motor, normalmente, não acompanha a idade cronológica, o tempo e ritmo são diferentes. (TAKATORI, 1999, p.57)

Assim, não veremos em seus escritos uma sequência pré-estabelecida de fases e idades esperadas para que a criança adquira determinada capacidade. A maturidade envolve passar de um estado de dependência absoluta, que se dá a partir do nascimento, para a dependência relativa e finalmente a obtenção de autonomia, mesmo que a independência absoluta seja impossível, já que todos vivemos em relação com outras pessoas.

> A dissecação das etapas do desenvolvimento é um procedimento extremamente artificial. Na verdade, a criança está o tempo todo em todos os estágios, apesar de que um determinado estágio pode ser considerado dominante. (WINNICOTT, 1990, p.52)

O desempenho suficientemente bom das funções anteriormente discutidas aqui – *holding, handling* e apresentação de objetos – permite que a criança sinta-se real, o que também é sinal de saúde.

> O bebê relativamente saudável (maduro para a idade) prossegue rumo ao estádio em que ele se torna uma pessoa total, consciente de si mesma e consciente da existência dos outros. (WINNICOTT, 1990, p.56)

Takatori (1999) fala que a conquista dessa saúde é perfeitamente possível para a criança com deficiência, já que ela pode ser capaz de habitar seu próprio corpo e sentir-se real quando o ambiente permite este desenvolvimento, mesmo diante de suas limitações.

> Pessoa saudável é aquela que vive o sentimento de se sentir real, o que pode acontecer com a criança que tem deficiência. Embora, aos três anos, não consiga andar, ela pode, com a presença de alguém que trilhe com ela esse caminho e perceba seu ritmo e movimento, deliciar-se com a conquista de pegar um objeto e levá-lo à boca, uma vez que, nesse momento, ela estava preparada para viver essa experiência, revelando-nos sua forma de ser, ritmo e tempos próprios. (TAKATORI, 1999, P.58)

É possível, com isso, falar de desenvolvimento saudável em se tratando de crianças com deficiência.

> Desenvolvimento saudável significa a realização plena de si mesmo, de suas possibilidades. (...) A pessoa com deficiência irá constituir-se como pessoa a partir de uma organização orgânica particular. (AMIRALIAN, 1997, p.35)

Assim, a situação orgânica da criança com PC, principalmente a condição motora, deve influenciar em sua relação com seu corpo, mas isso não impede que, com um ambiente favorável, ela possa alcançar a maturidade emocional e a saúde. E a saúde emocional também pode auxiliar a saúde física.

> O desenvolvimento emocional sadio fornece à criança um sentido para a saúde física, assim como a saúde física lhe provê um reasseguramento que é de grande valia para o desenvolvimento emocional. (WINNICOTT, 1990, p.43)

Winnicott (1986) diz que a saúde pode ser atingida “por aqueles que carregam a semente da doença e mesmo assim conseguem ‘vencer’, no sentido de alcançar, no final, um estado de saúde que não vem fácil ou naturalmente” (p.25).

Este trabalho discute justamente como esta organização corporal peculiar da criança com deficiência afeta a forma como a mãe é capaz de desempenhar adequadamente seu papel, o que por sua vez influencia neste desenvolvimento da criança.

Percebe-se que estamos falando de um fenômeno complexo, o desenvolvimento infantil, que é multifatorial, e no qual os diversos fatores se inter-relacionam e se influenciam mutuamente.

5. A experiência do nascimento

É importante lembrarmos também que a paralisia cerebral ocorre, na maioria dos casos, durante o nascimento. E este é um momento considerado muito importante por Winnicott. Muito se discute se este momento é traumático em si, pela simples separação da mãe, ou se, pelo contrário, no nascimento não há ainda sequer um ser humano dotado de subjetividade e possibilidade de formar memórias deste momento. Winnicott parte do pressuposto de que "no momento do nascimento a termo já existe um ser humano no útero, capaz de ter experiências e acumular memórias **corporais**[21] e até mesmo organizar defesas contra possíveis traumas (...)" (WINNICOTT, 1990, p.165).

Winnicott (op cit) considera importante "que o parto não seja precipitado nem excessivamente prolongado" (p.166). Sabe-se, no entanto, que na paralisia cerebral o que ocorre é justamente uma dessas duas situações.

Outra questão que Winnicott (1949b) discute em relação ao momento do nascimento é a primeira respiração.

> Geralmente, se supõe que a experiência nova de respirar deva ser traumática. É mais provável que o atraso da respiração, associado a um nascimento prolongado, forneça o fator traumático, e não o início da respiração. (p. 336)

Sabemos, no entanto, que nos casos de paralisia cerebral, Ana maior parte das vezes, há falta de oxigênio para a criança, o que no geral associa-se a um parto prolongado.

Percebemos em Winnicott uma diferença em relação à Medicina e à própria Psicanálise tradicional. No momento do nascimento, a Medicina preocupa-se com o parto em si, como ele ocorrerá da forma que gere menos sofrimento físico à mãe e à criança. A Psicanálise tradicional, no geral, volta-se para as questões emocionais e potencialmente traumáticas envolvidas no momento do parto, como por exemplo o trauma da separação.

Winnicott, por sua vez, não vê a possibilidade de um trauma de separação no momento do nascimento, pois considera que nesse momento não há separação, já que o bebê ainda não se percebe separado da mãe, ou do resto do mundo.

---

[21] Grifo nosso.

6. O caso Iiro

Iiro era um garoto de 9 anos que Winnicott entrevistou apenas uma vez, procurando uma criança que já fosse conhecida do corpo médico e da enfermagem de um hospital onde faria uma palestra.

Assim, Winnicott (1984) refere que não havia demanda por parte do menino, que parecia perfeitamente saudável. Iiro tinha um problema físico, sindactilismo, "um problema congênito pelo qual mostrara atenção quase permanente desde a infância" (p.20).

Este caso foi escolhido para aparecer aqui porque, na comunicação com o garoto, para a qual Winnicott utilizou a técnica do "Jogo de Rabiscos", desenvolvida por ele mesmo, apareceu de forma premente a questão da deficiência e das questões trazidas por ela, nas relações com a mãe, a família e o mundo.

Logo no primeiro desenho, Iiro olha para o rabisco de Winnicott e, sem precisar acrescentar nada, diz: "É um pé de pato."

Assim, inicia-se a comunicação quanto à sua incapacidade (como a nomeia Winnicott).

Ao longo do jogo, Winnicott vai percebendo que esta questão aparece de forma agradável, em desenhos que não parecem trazer em si grande angústia. O que o menino vai demonstrando é um desejo de ser aceito com é, e não necessariamente de mudar. No entanto, desde a infância este garoto se submete a diversas cirurgias corretivas, o que desperta a curiosidade de Winnicott.

Em certo ponto do jogo, Winnicott diz a ele:

> Está me dizendo que gosta de você mesmo com seus pés e mãos ligados e que precisa que as pessoas o amem da maneira como era quando nasceu. Já crescido, você quer tocar piano, flauta e fazer trabalhos manuais, e assim concorda em continuar a ser operado, mas a coisa principal é ser amado como é e do modo como nasceu. (WINNICOTT, 1984, p.31)

Neste momento, Iiro responde apenas: "Mamãe é assim como eu."

Isso parece explicar o aparente paradoxo de querer ser amado tal como é e tentar mudar o tempo todo. A hipótese levantada com auxílio da entrevista feita posteriormente com a mãe de Iiro é que a mãe sente culpa e isso dificulta seu amor incondicional ao filho, o único que herdou sua deficiência. Por outro lado, a mãe

identifica-se mais com este filho e de certa forma tem “um amor especial” por ele. Ao receber este amor Iiro reage tentando livrar a mãe da culpa de tê-lo feito assim.

Na entrevista solicitada pela própria mãe a Winnicott, ela conta que sentia que “a deformidade de meus dedos e artelhos seria transmitida para um de meus filhos. Desse modo eu seria punida.” (WINICOTT, 1984, p.34)

Ela então conta da reação que teve quando isso se realizou:

> 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. (...) Então me ocorreu que ele poderia ter os dedos das mãos e dos pés corrigidos por cirurgias ortopédicas. Decidi imediatamente persistir em consertar os dedos de Iiro, embora isso parecesse impossível, e a partir desse momento percebi que meu amor por ele voltou e acho que o amo mais que os outros. (WINICOTT, 1984, p.35)

Assim, vemos a confusão de sentimentos da mãe gerando confusão nos sentimentos de Iiro.

CAPÍTULO IV – O ACOLHIMENTO DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL

1. A imagem corporal e a representação de si

Dunn, N.L.; McCartan, K.W., Fuqua, R.W. (1988) fizeram um estudo que visou detectar o quanto crianças com deficiência percebem sua própria deficiência e as consequências que esta traz, assim como se se vêem diferentes das outras crianças. Foram pesquisadas 30 crianças nos EUA, com idades entre 3 e 7 anos incompletos.

Estes autores citam um outro estudo, de Minde, Hackett, Killon and Silver (1972), que detectou que as crianças desenvolvem um entendimento de suas próprias limitações aos 6 anos, e percebem as implicações de sua deficiência aos 8.

Em outra pesquisa, Teplin, Howard and O'Connor (1981) focaram na auto-estima de crianças de 4 a 8 anos com PC.

> As crianças variaram em sua disposição para discutir sua deficiência. Todas elas estavam cientes de que seus braços ou pernas eram diferentes; no entanto, todas as crianças mais novas e metade das mais velhas negaram sua dificuldade para correr. Os autores sentiram que defesas, assim como conhecimento limitado, puderam influenciar algumas de suas respostas. O conceito de permanência também foi discutido com as crianças perguntando quando suas pernas melhorariam. As crianças de 4 e 5 anos deram uma idade na adolescência; por outro lado, as crianças de 6 a 8 anos tenderam a dizer que não sabiam.[22] (p.1)

Assim, conclui-se que a idade está relacionada ao conhecimento da própria deficiência. Este estudo visou descobrir o quanto outras questões, tais como conversas com os pais e na sala de aula, a severidade da deficiência e o contato com crianças sem deficiência se relacionam com o nível de entendimento sobre a própria deficiência.

Em relação à percepção das crianças sobre serem diferentes, mais ou menos um terço das crianças disse que sua deficiência as faziam diferentes. Dois terços, no

---

[22] Tradução nossa.

entanto, disseram que eram diferentes por causa de características como cor de cabelo, altura, etc.

Boa parte das crianças mostrou saber que apresentam uma deficiência, principalmente quando se pergunta usando especificamente o nome da doença, como por exemplo: “Você tem paralisia cerebral?”

Percebeu-se ainda que há uma correlação positiva entre o quanto se discute a deficiência em casa e o quanto a criança sabe sobre sua deficiência.

Gérard (1991) falou da personalidade de crianças com paralisia cerebral, com idades entre 7,5 anos e 13,5 anos, comparadas com um grupo-padrão. São colocados na pesquisa três pontos em que a personalidade dessas crianças se baseia: a objetividade da limitação, a negação da deficiência e a posição de dependência.

Comparando estas crianças com o grupo-padrão, Gérard (1991) percebe que os relatos são parecidos, no entanto as crianças com paralisia cerebral do estudo apresentam uma linguagem mais infantil.

Estes estudos, que buscam perceber o quanto a criança compreende de sua deficiência e das consequentes limitações, mostram que a representação que a criança faz de si, seu auto-conceito e, por conseguinte, sua auto-estima, advêm de sua relação com a família e, posteriormente, os colegas, amigos, professores, e outras pessoas com quem convivem.

As crianças que recebem tratamento em instituições, como as atendidas na Divisão de Reabilitação do HCFMUSP[23], costumam ter um conhecimento maior de sua deficiência, pois a terapia envolve exercícios e atividades voltadas para o desenvolvimento e o desempenho de atividades em que ela tem dificuldade. Além disso, na instituição ela tem contato com outras crianças que têm deficiência como ela, e sente-se pertencente a um grupo, principalmente em instituições em que elas trabalham em grupos, ou mesmo estudam juntas, como é o caso da AACD[24].

Em um estágio na AACD, as crianças com paralisia cerebral de determinada faixa etária estudavam juntas na escola na própria instituição[25], e faziam parte de um

---

[23] Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

[24] Associação de Apoio à Criança Deficiente.

[25] Isto ocorreu em 2007, hoje a escola não funciona mais na unidade, e a maioria das crianças foi encaminhada a uma escola regular da rede pública.

mesmo grupo que passava por atendimento na Psicologia. Estas crianças sabiam dizer o diagnóstico não apenas próprio, mas também dos demais, e sabiam o que cada um era capaz ou tinha dificuldades de fazer. Algumas crianças não falavam e por isso se comunicavam a partir de um recurso específico para isso (tecnologia assistiva), uma pasta com figuras e letras que representavam coisas e sentimentos. Muitas vezes, nós terapeutas estávamos ainda tentando decifrar o que um deles tentava nos passar, e outra criança logo dizia o que ele estava tentando dizer. Por outro lado, algumas crianças andavam, e então ajudavam aqueles que não conseguiam andar, alguns nos ensinavam como destravar uma cadeira de rodas, ou seguiam empurrando seus amigos até sua mãe.

Havia, assim, não apenas compreensão de si mesmo e do outro, mas também um comportamento de ajuda e solidariedade que parecia natural para estas crianças.

Por outro lado, muitas vezes as crianças com deficiência motora são capazes de fazer mais, e ter mais autonomia do que alcançam. Na página 15, foi citada Pacheco (2006), que fala da importância da relação com o cuidador, aqui colocado como primariamente a mãe, no próprio desempenho da criança na reabilitação e no alcance de mais autonomia.

Este trabalho de Pacheco (op cit) tem por objetivo verificar se as representações que a criança que tem PC faz de si mesma têm relação com suas habilidades.

Assim, uma das hipóteses do trabalho é que “ter representações positivas de si, ainda que sejam representações de alguém que é diferente dos demais pode ser um facilitador para o desenvolvimento de habilidades (independência) e consequentemente de autonomia.” (p.10) Esta hipótese é confirmada na pesquisa qualitativa feita pela autora com sete crianças com paralisia cerebral.

2. A imagem corporal e o auto-conceito

O auto-conceito está diretamente ligado à imagem corporal e, assim como esta, envolve diversos aspectos e é mutável ao longo do tempo.

> A imagem corporal, a representação mental que uma pessoa tem de seu corpo e suas partes, é um elemento básico da formação do auto-conceito, e o desenvolvimento desta também é dificultado ao sujeito divergente, 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 frequentemente negadas aos indivíduos excepcionais. (AMIRALIAN, 1986, p.61)

Pacheco (2006) fez um trabalho sobre as representações de si na paralisia cerebral e sua relação com as habilidades reais que a criança apresenta. Ela percebe neste trabalho as dificuldades e como crianças com paralisia cerebral se descrevem. Assim, entrevistando crianças com essa deficiência, pergunta, entre outras coisas, "quem é você". Boa parte das crianças entrevistadas por ela tem dificuldade de responder à pergunta, algumas falam seus nomes, outras fazem com que ela repita a pergunta diversas vezes. Uma menina de 8 anos, que ela identifica com a sigla MAE, fornece uma resposta mais completa:

"Eu sou uma menina, bom, eu sou deficiente, mas, assim, isso não interfere em nada, eu sou uma menina normal de 8 anos, como todas as crianças." (MAE, em PACHECO, 2006, p.89)

Pode-se perceber, neste caso, que apesar da deficiência, que a criança também vê, ela é capaz de identificar-se através do gênero e da idade, como as pessoas fazem normalmente.

A imagem corporal está, obviamente, ligada ao corpo, às capacidades e limitações, e o auto-conceito também se baseia no que se é capaz ou não de fazer.

Forman (2008) fala da auto-estima em crianças com deficiência:

> Crianças com deficiência são particularmente vulneráveis ao risco de sofrerem uma baixa auto-estima, especialmente aquelas que possuem uma capacidade cognitiva para reconhecer a diferença entre elas e os seus amigos não deficientes. (p.224)

O autor acredita que a psicoterapia – embora ele enfatize que é a psicoterapia comportamental cognitiva, no caso dele – pode ser bastante positiva para estas crianças.

A criança com PC, então, forma sua imagem corporal como todas as outras, no entanto essa imagem é feita sobre um corpo que tem deficiência, que tem posturas diferentes, mais limitações, e também capacidades. Porém, suas posturas

e capacidades, se são diferentes, o são de outras crianças sem deficiência e não de si mesma. Assim, esta criança só vai percebendo que é diferente no contato social, em que percebe estas outras crianças e o que elas podem fazer.

O olhar da mãe é essencial neste processo, pois ela será a primeira a ver a criança como diferente, a desejar que ela fosse diferente do que é, e este olhar da mãe será o primeiro espelho a refletir a criança para ela mesma.

"Quando a criança pode, no olhar dos pais, constatar que ela é por eles olhada com seu defeito, é nesse momento precisamente que a criança pode trabalhar tecnicamente com seu defeito e evoluir." (FÉDIDA, 1984, p.146)

Para Amiralian (1986), as primeiras experiências são fundamentais nesse processo:

> Todas as experiências de uma criança em seus primeiros anos de vida contribuem para o conhecimento que adquire de si mesma. As bases do conceito de Eu são estabelecidas durante os primeiros meses de vida, quando o bebê começa a distinguir "o que é eu" daquilo que "não é eu". Os movimentos do bebê, a observação de suas mãos e pés, suas tentativas de agarrar móbiles e brinquedos, seus ensaios para engatinhar e se pôr em pé são fatores fundamentais para a criança perceber-se e formar uma imagem de si mesma e de suas possibilidades. (p.47)

Assim, neste único parágrafo a autora fala da importância de um bom início, como diria Winnicott, e da integração com o corpo para chegar a esta auto-imagem que pode ser também a própria identidade.

Ainda segundo Amiralian (op cit), a maioria destas experiências, essenciais na formação da auto-imagem, são menos acessíveis às crianças com deficiência...

> ... não só pela sua própria limitação como também, e principalmente, pelas atitudes familiares, que de uma forma ou outra não a incentivam, ou mesmo impedem e cerceiam suas tentativas incipientes para qualquer atividade. (p.47)

Mais uma vez vemos, então, como 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. O outro extremo, com pais que acreditam que a criança não é

capaz de nada e têm baixíssimas expectativas, também não auxilia na formação de uma boa auto-imagem.

> As expectativas dos pais de uma criança divergente estão, na maioria das vezes, no nível de realização de uma criança normal, e neste sentido quaisquer realizações desta criança estão sempre aquém daquilo que é esperado. Podemos desta maneira compreender que a criança excepcional apresente, na maioria das vezes, uma auto-imagem negativa e baixo nível de aspiração. (AMIRALIAN, 1986, p.48)

Assim, o auto-conceito, o que a criança pensa sobre si mesma, está muito relacionado com a imagem corporal, que por sua vez está relacionada com as relações interpessoais, em que a mãe tem papel central, principalmente no início da vida, quando a criança vive experiências, conforme visto, essenciais para o desenvolvimento da própria identidade.

3. A imagem corporal e a relação com a mãe

Em diversos momentos deste trabalho foi mostrada a importância da relação com a mãe no desenvolvimento da imagem corporal e da própria identidade. Da mesma forma ocorre com crianças com paralisia cerebral, ou mesmo qualquer outra deficiência.

A relação com a mãe é afetada pela deficiência, pois afeta a forma como a mãe vê a criança, como a trata. Por seu lado, a forma como a mãe se relaciona com a criança afetará seu desenvolvimento e muitas vezes a extensão de sequelas ou o quanto estas afetam a vida da criança, o quanto ela consegue desenvolver suas habilidades e conquistar ou não autonomia.

A primeira imagem que a criança tem de si, como vimos, vem pelo reflexo desta imagem nos olhos da mãe. A forma com a mãe “devolve” para a criança a imagem do corpo desta última tem influência também da relação da mãe com seu próprio corpo, inclusive durante a gravidez, quando inicia-se o vínculo entre mãe e filho. Neste momento, ainda não há a deficiência, e o corpo do bebê é aquele puramente imaginado pela mãe.

> O vínculo entre mãe e filho se estabelece desde o instante da concepção, e a futura mãe atribui a seu filho um corpo imaginado, diferente do que é o feto no plano fisiológico da realidade. Tal corpo imaginado do filho, de acordo com Waelhens[26], vai oferecer ao desejo da mãe um correlato, um suporte, um objeto; serve de proteção ao parto vivido como um luto (perda de parte de seu próprio corpo e ameaça contra sua vida). (CAMPOS, 2007, p. 64)

Vemos, assim, que diversos lutos ocorrem na vida da mãe, os lutos fazem parte da vida humana, já que há sempre renúncias envolvidas nos caminhos que escolhemos e ao nos depararmos com a realidade.

Campos (op cit) fala ainda do investimento afetivo e libidinal feito pela mãe sobre este corpo imaginado do filho. Após o nascimento, este investimento precisa ser feito sobre o corpo real do bebê nascido

> (...) é necessário da parte da mãe "um investimento libidinal do corpo do filho, enquanto corpo de outro ser distinto do corpo materno"[27], uma vez que não bastam as sensações corporais, tais com tato, visão, órgãos internos, dor, sinestesia, etc, para que se constitua um eu, que de início é corporal. (p.65)

A relação da mãe com a criança também é profundamente influenciada pela forma como esta mãe se relacionou com sua própria mãe, sua memória de como foi ser um bebê e do quanto sentiu-se cuidada.

Quando temos uma deficiência, no entanto, muitas vezes as lembranças da mãe de como foi sua própria infância não garantem que ela se identifique com seu filho, tão diferente dela.

> O resgate das memórias de suas experiências como um bebê que foi cuidado ou mesmo de ser mãe de outro filho, em alguns aspectos, talvez não a auxiliem a identificar-se com a situação atual, isto é, com o filho que possui a deficiência, uma vez que trata-se de uma situação que ela jamais viveu. Além de ver-se à frente do desconhecido, a família enfrenta a frustração e o medo decorrente do nascimento de uma criança com problemas. Por outro lado, a vivência de ter sido amada e de amar podem criar caminhos para essa mãe realizar o encontro com esse filho, devolvendo através de seu olhar, de suas mãos, de sua fala e de seu corpo, elementos que irão possibilitar a constituição dessa criança. (TAKATORI, 1999, p. 66 e 67)

---

[26] WAELHENS, A. de. *La psicosis* – ensayos de interpretación analítica y existencial. Madrid: Morata, 1973.

[27] IDEM.

Podem-se perceber, por exemplo, dificuldades maiores de algumas mães em entrar no que Winnicott chama de preocupação materna primária, um estado de "loucura saudável", em que a mãe é capaz de compreender as necessidades do bebê que ainda não as comunica verbalmente.

Há situações em que a mãe não altera sua rotina em função do nascimento de um filho com deficiência. Nesses casos, não há adaptação dela à criança, que tem necessidades reais de auxílio diferentes de outras crianças.

No lado oposto, algumas mães entram na identificação com a criança e têm dificuldade de ir "desgrudando" aos poucos, como é necessário para permitir à criança crescer e atingir a autonomia possível a ela. Segundo Takatori (1999), algumas mães,

> (...) mesmo com um apoio de profissionais, da família e de outras pessoas e devendo estar a criança numa fase de maior independência, não consegue retomar seus interesses, fazendo da criança o centro de sua vida, cuja dedicação intensa, nem sempre significa, percepção da criança e de suas necessidades tais como elas são. (p.69)

Muitas vezes estas mães "grudam" na criança de tal forma que esta não consegue ter nunca a experiência de estar só. Nem consegue desenvolver a capacidade de estar só, mesmo que na presença de outros. Catafesta (1997) fala deste paradoxo:

> A capacidade para estar só foi estudada por Winnicott e resulta dentre outras da experiência de ter estado só na presença de alguém. (...) A vivência deste tipo de experiência é facilitadora de passos importantes a serem dados na conquista da autonomia, pois possibilita que a esperança do contato, do compartilhar, façam parte do mundo interno. (p.20)

Vimos no capítulo III a importância do *holding*, da forma como o bebê é segurado, no amadurecimento e na formação de um verdadeiro *self*. "Os bebês são bastante sensíveis à maneira como são carregados (...)" (TAKATORI, op cit, p.72)

No caso de bebês com PC, é necessária uma adaptação, pois eles no geral continuam "molinhos", segundo referem as próprias mães, com o passar dos meses, necessitando de um "colo" diferente, que dê apoio à cabeça, e mantenha a sensação de segurança e estabilidade da criança.

A paralisia cerebral, na maioria dos casos de menor gravidade, embora ocorra antes, durante o nascimento, ou no período da infância, traz sequelas que começam a se mostrar mais tarde. Em casos de lesões mais graves é possível ver que a criança muitas vezes não abre ou não mexe uma das mãozinhas mais cedo, por exemplo, mas no geral os pais começam a perceber diferenças no desenvolvimento a partir do 6º mês, aproximadamente, quando no geral as crianças começam a sentar-se sem apoio, e a criança com PC pode não conseguir.

No entanto, muitas mães referem que perceberam algo errado já no parto, ou que sempre desconfiaram de algo, mas os médicos também não costumam dizer nada após o parto. Takatori (1999) traz em sua dissertação histórias neste sentido.

Percebemos nas histórias trazidas pela autora que, no geral, algo acontece durante o nascimento da criança e tanto a mãe quanto os médicos percebem que há algo errado, pela cor do bebê, normalmente arroxeada, a ausência de choro, a dificuldade de respirar. Porém, o diagnóstico de paralisia cerebral não é feito neste momento, e os médicos muitas vezes não fazem prognósticos nem avisam a mãe sobre possíveis sequelas. Ela leva então a criança para casa e, nos primeiros meses, há paz e tranquilidade, como se o que aconteceu no nascimento fosse reprimido. Com o passar dos meses, no entanto, quando a criança deveria começar a segurar a cabeça, sentar-se, depois andar e falar, a mãe vai percebendo as sequelas, e em alguns casos é a própria mãe quem informa o pediatra de que há algo errado, para só então a criança ser encaminhada a um neurologista.

Ela conta, por exemplo, a história de Pedro, cuja mãe só percebeu que havia algo diferente quando ele foi crescendo e não conseguia atingir o esperado, como segurar a cabeça sem apoio e sentar sem apoio. A existência da deficiência só foi enfrentada, assim, quando Pedro já era maior, perto de um ano, quando os médicos diagnosticaram a paralisia cerebral.

> Nesses primórdios da relação da mãe com Pedro, podemos pensar que, de alguma forma, essa mãe realizou as funções de *holding* e *handling*. Segundo ela não houve dificuldades no cuidado inicial de Pedro, apesar de ter sido muito pequeno e aparentemente frágil. Mas vemos em toda sua história, resgatada pela fala da mãe, (...) que, de alguma forma, ele pôde se constituir como alguém que tem, concretamente, sequelas de lesão cerebral que o coloca (sic) em dificuldades em determinadas situações, mas não impedindo-o de vivê-las, mesmo que com a ajuda de outra pessoa. Em seu cotidiano, percebemos que há um lugar onde Pedro pode ser e onde as pessoas o vêem como ele é. (p.132)

No processo de triagem na Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas, a Psicologia era um dos serviços pelos quais as pessoas passavam para entrar ou não no processo de reabilitação. Por lá foram atendidas diversas crianças de dois anos ou mais cujas mães ainda estavam procurando um diagnóstico, ou tinham acabado de recebê-lo.

Forman (2008) também conta um caso em que o diagnóstico veio tarde e foi bastante difícil para a mãe aceitá-lo:

> A gravidez de Mariana foi tranquila, exceto perto do final quando ela apresentou uma febre leve, que ela pensou ser, provavelmente, um resfriado (...). O trabalho de parto e o nascimento foram tão fáceis quanto da primeira criança; Luis pesava 2,3 kg e parecia ser um bebê normal e saudável. Como um recém-nascido, Luis era mais difícil de amamentar do que tinha sido sua irmã, e era preciso muita paciência para amamentá-lo porque ele sugava o bico do seio muito lentamente. Entretanto, ele dormia bem e respondia com sorrisos aos cuidados de seus pais e irmã. Mariana começou a ficar preocupada quando ele tinha quase 2 anos de idade; ele ainda não andava e dizia poucas palavras, difíceis de serem entendidas. Jorge pensou que provavelmente sua mulher estivesse exagerando sobre os problemas de Luis, mas concordou que eles deveriam (...) conversar com um pediatra. (...) Três consultas depois, o primeiro especialista conduziu os pais ao seu consultório e disse que Luis tinha PC, poderia ou não andar, e poderia ter um atraso mental. Jorge não disse nada, e parecia estar congelado. Mariana disse “Não, não” e começou a chorar. Nenhum dos pais foi capaz de fazer qualquer pergunta; eles queriam perguntar “Você tem certeza?”, mas não sabiam se tinham permissão para isso. (p.220)

Amaral (1994) fala de reações comuns frente à deficiência, sendo que as duas principais formas utilizadas para fugir do problema, segundo esta autora, são a rejeição e a negação.

A rejeição explícita é o abandono, como o que historicamente se faz com pessoas com deficiência, e era antes eufemisticamente chamado de “exposição”. Mas pode haver também um abandono implícito, quando “não se investe nem amor, nem energia, nem dedicação, nem tempo, para a superação ou abrandamento das limitações, dos sofrimentos”. (AMARAL, 1994, p. 32)

Outra forma de rejeição é a superproteção, que por formação reativa substitui o afeto do abandono, o sentimento pelo seu contrário. Esta é uma forma de desvalorizar a pessoa com deficiência ao partir do pressuposto de que ela é incapaz de fazer qualquer coisa por si só.

A mãe de uma criança atendida na AACD costumava dizer:

“Ele quer vir andando sozinho, mas demora tanto, não dá, eu prefiro trazê-lo no colo. O problema é que ele tá ficando tão pesado...”

Amiralian (1986) diz que a superproteção envolve expectativas irrealísticas e extremamente baixas. Os pais, ao acreditarem que a criança é incapaz de realizar atividades, faz tudo no lugar dela em vez de ajudá-la.

> Muitas vezes antecipam seus desejos, não lhes permitindo o desempenho de atividades que poderiam realizar sozinhas. Desta maneira, todo o seu desenvolvimento fica prejudicado, pois, se o crescimento e desenvolvimento formam um continuum desde a total dependência do bebê até a independência do adolescente, esta só é conseguida através de experiências progressivas. (p.50)

A negação, outra forma de lidar com a deficiência segundo Amaral (1994), também é uma forma de rejeição. A autora coloca que a negação, “assim como todos os mecanismos psicológicos de defesa, [é] muito comum em outras circunstâncias, mas especialmente presente na questão da deficiência” (AMARAL, 1994, p.33).

Amiralian (1986) coloca a negação como o mecanismo de defesa mais primitivo.

> Entre a expectativa de um bebê sadio e a realidade de uma criança deficiente, o desvio é simplesmente desconhecido e os pais tentam acreditar que não há nada de errado com seu filho. Recusam-se a reconhecer as limitações reais impostas pela deficiência e insistem em que eles podem fazer todas as coisas que as outras crianças fazem. Esta atitude coloca muitas vezes a criança em situações desnecessárias e de frustrações inevitáveis. (p.50)

Diante de pais que passam à criança uma visão de que ela pode tudo, quando ela realmente não pode algumas coisas, cada vez que se depara com algo que não consegue fazer, a criança sente que o problema é ela, que ela fracassou por falta de empenho, ou qualquer outro motivo que não as reais limitações trazidas pela deficiência.

Amaral (1994) fala da negação por atenuação, por compensação e por simulação.

Um exemplo da atenuação é a frase muito utilizada: “Podia ser pior.” Esta, segundo Amaral (op cit), “retira do deficiente (...) a possibilidade de dimensionar

adequadamente as consequências da deficiência, as limitações, e as próprias superações".

A compensação também é danosa quando utilizada a serviço da negação. A grande representante dessa forma é a palavra "mas", no geral usada para mascarar a realidade.

Como a mãe de um garoto que tinha uma deficiência adquirida:

"Ele não pára mais quieto, não obedece ninguém, mas ele é tão esperto." Isto diante das grandes dificuldades que o menino estava enfrentando na escola.

E a última forma citada por ela é a simulação, expressa normalmente pelo "como se".

Todas estas formas de reagir têm consequências ruins, por não permitir que a pessoa com deficiência e a própria pessoa que usa estes mecanismos lidem com a questão de forma a compreender e aceitar a realidade tal com é, com suas qualidades e dificuldades.

É importante levar em conta também a questão da inteligência, muitas vezes não afetada pela paralisia cerebral, mas que muitas vezes as pessoas fazem uma relação direta da PC com rebaixamento intelectual. As crianças muitas vezes têm dificuldade de comunicar-se, principalmente por dificuldades de fala, e isso faz com que sejam vistas como tendo um rebaixamento intelectual, mas em muitos casos de PC o intelecto está preservado.

Winnicott, em diversos trabalhos (1949, 1952, 1986, 1988), fala da importância do intelecto para auxiliar a criança a suportar as falhas ambientais, que ocorrem necessariamente ao longo de seu desenvolvimento, além de ajudar a criança a distinguir-se da mãe, e a tolerar a frustração.

> O intelecto possibilita a compreensão da desadaptação gradual, explica, admite e antecipa-a, tornando-a novamente em adaptação total. Uma capacidade intelectual restrita, portanto, diminui a capacidade de converter uma adaptação não-suficientemente boa em adaptação suficientemente-boa. (...) A maioria das crianças com PC não tem a capacidade cognitiva afetada, e portanto possui esta capacidade de agir sobre o ambiente podendo melhorar a adaptação mútua de um ao outro. (TAKATORI, 1999, p.90)

No nascimento ou no diagnóstico posterior de uma deficiência em uma criança a questão mais comentada pelos profissionais "psi" é a ferida causada no narcisismo da mãe.

É importante pensarmos que, em nenhum caso, a criança pode corresponder exatamente à fantasia da mãe. Não sejamos demagogos, porém. É claro que é diferente ser mais alto, mais loiro, ou ter a cor dos olhos diferente da de seus pais, ou gostar de música quando eles são engenheiros, e nascer com uma deficiência ou adquiri-la, apresentando dificuldades para realizar as coisas consideradas normais.

Todos queremos ser príncipes e princesas (MOTTA E TSCHIRNER, 2009). E alguns de nós conseguem sê-lo para seus pais. Winnicott fala de um primeiro momento, bem no início da vida, em que somos o mundo de nossas mães, que para nós faz parte de nós mesmos. Este é o primeiro momento de inclusão.

> Nos contos de fadas de princesa a criança é sempre de origem nobre, especial, diferenciada e vantajosa se comprada às demais pessoas. Uma princesa quando nasce não sabe de sua origem como qualquer bebê humano. Deste modo, por princípio, todos os humanos podem ser majestade. Para uma mãe que deseja ser mãe de seu filho, aquela criança é uma majestade para ela e continua sendo pelos seus olhos e pela representação que ela faz da criança em sua vida. O que faz um ser humano se sentir humano seria mais do que a realização de desejos mas, principalmente, ter suprida a necessidade de ser e de se sentir incluído na fantasia e no desejo dos pais. Quando a criança se identifica com a representação que os pais fazem dela ela não se sente, mas ela é uma majestade, princesa, ou seja, ela tem origem nobre. Este é um início de inclusão. O bebê é sua majestade no imaginário dos pais, na identificação primária e na sua inclusão familiar. (MOTTA E TSCHIRNER, op cit)

Esta ferida narcísica da mãe, obviamente mais profunda no caso de uma deficiência na criança, dificulta esta identificação primária da mãe de que falamos mais acima, e assim o acolhimento e o *holding* que pode ser dado a esta criança.

Winnicott fala destas questões, da fantasia da mãe e do recebimento do bebê real:

> (...) mãe alguma é 100% capaz de produzir na fantasia uma criança viva e total. Algumas mães, em verdade, mal chegam à capacidade de 50%, e imagine-se a sua confusão, então, quando se descobrem frente a frente com um bebê que, dizem haverem trazido ao mundo e no qual, contudo, não acreditam inteiramente. Ele é apenas semi-humano, apenas semivivo, apenas semicompleto ou apenas semi-sadio. (WINNICOTT, sd/1994, p.127)

Isso já ocorre ao deparar-se com um bebê saudável. Podemos imaginar, então, o que é deparar-se com um bebê que, de início, traz dúvidas quanto à sua

integridade, como no caso da PC ocorrida no parto, ou antes dele. Um bebê "roxinho", que não chora, depois de um parto complicado.

> Se o bebê real nasce com um defeito ou deformidade, o efeito prejudicial disso sobre a mãe e o pai pode ser bastante espantoso, proporcionando o oposto da tranquilização contra temores de incapacidade de produzir um ser humano 100% perfeito. (WINNICOTT, sd/1994, p.127)

Amiralian (1986) fala das fantasias dos pais em relação ao nascimento de um filho:

> (...) podemos dizer que um casal decide ter um filho por causa das recompensas antecipadas, das relações gratificantes que uma criança trará e em razão das fantasias originadas de desejos não satisfeitos.
> (...) pode-se observar também um Aldo mais irracional e instintivo: o sentido de estar atingindo a imortalidade. (...) Por outro lado, os pais muitas vezes conferem aos filhos a missão de reparar os seus fracassos, e estes passam a responder pela realização de sonhos não atingidos.
> A decisão de ter um filho está ligada então à satisfação de desejos, representando o ego-ideal que os pais não conseguiram atingir. (p.46)

Daí vem a ferida narcísica, ao deparar-se com um filho que parece demonstrar a própria incapacidade de realizar os desejos e sonhos, a incapacidade de produzir um filho para realizar tudo aquilo que a pessoa não realizou.

Toda criança precisa ser adotada por sua família, e a criança com PC não é diferente neste ponto. Muito se fala sobre a aceitação da deficiência. Em algumas instituições de reabilitação, como a DMR[28] do HC[29] de São Paulo, a AACD e o Hospital Sarah Kubitchek, a família que aceita a deficiência é aquela que se resigna, e com isso é considerada a melhor, mais fácil de lidar e trabalhar.

Adotar a criança, no entanto, é mais profundo e complexo. Exige que se olhe para essa criança e assim mostre que ela existe e que ser como ela é bom.

As crianças que não são adotadas podem, em casos mais positivos, desenvolver um falso *self*, como forma de reagir a um ambiente que lhe pede para

---

[28] Divisão de Medicina de Reabilitação

[29] Hospital das Clínicas

ser diferente do que ela ou poderia ser. Em casos mais graves, a criança pode tornar-se psicótica.

Em minha experiência clínica, não conheci nenhuma criança PC psicótica, nem vi nenhum caso na literatura. Talvez isso mostre que em boa parte dos casos, apesar das dificuldades, a adoção da criança PC pela família ocorre, mesmo que de forma insuficiente, podendo levar ao desenvolvimento de um falso *self*.

É importante lembrar que, apesar de todas as dificuldades encontradas pelas mães, o que faz a mãe suficientemente boa é a devoção, e não "jeito" ou esclarecimento intelectual (Winnicott, 1975).

Percebemos até que algumas vezes, no processo de reabilitação, as mães recebem tantas informações de como pegar seus filhos, como manipulá-los, como estimulá-los, que a interação que seria natural da mãe acaba ficando travada pelo medo de errar. Porém, isso ocorre com mães de crianças sem deficiência também, mães que buscam tantas informações sobre a forma correta de agir com seus filhos, enfermeiras que tentam ensinar a forma correta da mãe amamentar, etc, que não deixam muito espaço para a espontaneidade na relação mãe-filho.

4. A imagem corporal e a sociedade

Amiralian (1986) coloca a deficiência como um acontecimento social:

> A excepcionalidade[30] não é um fenômeno que resida exclusivamente em um indivíduo. É, antes, um acontecimento que ocorre numa dada família, comunidade, subcultura e sociedade. Assim sendo, o indivíduo excepcional só pode ser realmente compreendido quando analisarmos a dinâmica das relações interpessoais, enfocando tanto as ações ambientais suscitadas pela presença e atuação do indivíduo divergente como o significado destas para o próprio indivíduo. (p.37)

De forma geral, sabemos que a sociedade exclui tudo que é diferente. Quanto mais aparente a diferença, mais difícil a inclusão.

---

[30] A autora utiliza este termo, hoje não mais utilizado, porque este era o termo considerado adequado na época em que escreveu o trabalho em questão.

No caso da PC, as sequelas podem ser motoras, sensoriais, perceptuais e intelectuais, com, muitas vezes, visibilidade na aparência física, como posturas diferentes, rigidez dos membros, e mesmo a sialorreia, por afetação dos músculos envolvidos no controle da salivação, na fala e na deglutição. Isso tudo influencia a forma como a pessoa com PC é vista pela sociedade. Satow (2000) fala sobre essa questão:

> Há, também, a questão da imagem do paralisado cerebral (SIC), que o torna ainda mais distante dos padrões considerados belos ou aceitáveis pela sociedade, provocando certa repulsa e/ou constrangimento das pessoas frente ao PC: interferem aí a tonicidade muscular anômala do corpo (hipertonia e/ou hipotonia) que ocasiona, inclusive, o descontrole, as feições da face e a baba, além de movimentos involuntários (mais ou menos intensos, conforme o grau da lesão), ou a deformação do corpo por causa destes fatores, etc. (p.24)

Na relação do indivíduo com a sociedade, surgem os estigmas, que são como rótulos que a sociedade coloca nos indivíduos ou grupos e através dos quais a sociedade se relacionará com eles.

> Os estigmas (...) foram minuciosamente estudados por Goffman em sua obra *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (1982). São internalizados pelas pessoas com deficiência desde sua socialização primária (informações recebidas nos primeiros anos de vida pelos pais, família ou outras pessoas próximas, do ponto de vista afetivo); como todas as outras crianças, adquirem seus conceitos e preconceitos (Berger & Luckmann, 1983), ficando, assim, com autopreconceito, isso leva os grupos estigmatizados, como as pessoas com deficiência, a interiorizarem os preconceitos, formando baixa auto-estima e auto-imagem negativa, entre outros problemas psicológicos e existenciais. (SATOW, 2000, p.28)

A autora (op cit) fala também do sentimento de vergonha, experimentado diante do olhar do outro. É importante perceber que o bebê não sente vergonha. Esta é uma capacidade que se adquire com o amadurecimento. No início, então, a vergonha pertence aos pais, são eles que a sentem. E o bebê sente que há algo, um afeto estranho, e pode introjetar essa vergonha sem saber nomeá-la ou compreendê-la.

Isso pode levá-lo a querer, mais tarde, sempre ser algo diferente do que é, sem saber ao certo o quê, nem porquê.

A sociedade tem, assim, um papel importantíssimo na formação do auto-conceito.

> A pessoa só pode se identificar como SER HUMANO se ela for vista como tal, se as pessoas que lhe são íntimas se relacionarem com ela como ser humano. Habermas e Agnes Heller dizem que a construção da identidade de uma pessoa só se dá através da RELAÇÃO com outras pessoas (...). (SATOW, 2000, p.136)

Amiralian (1986) também fala do quanto os valores sociais interferem na auto-estima, e como os valores sociais preconceituosos, discriminatórios e estigmatizantes que discutimos aqui dificultam para a pessoa com deficiência "manter um auto conceito positivo e uma auto-estima satisfatória" (p.43)

Assim, não podemos esquecer que o indivíduo não nasce apenas numa família, e a mãe é apenas o primeiro representante da sociedade como um todo, que também deve ser levada em conta por seu papel fundamental na formação da imagem de uma criança sobre si mesma.

5. E o pai nesta história?

Em minha experiência clínica e hospitalar, poucas vezes vi o pai acompanhando crianças com PC. Na triagem ou nos plantões de sábado era mais comum, muitas vezes vinha a família inteira, mas no atendimentos semanais era muito difícil vê-los.

Podemos supor muitos motivos para isso, e temos que levar em conta o clichê, porém verdade, de que cada caso é um caso.

A primeira questão que se pode pensar é que o pai, assim como a mãe, tem seu narcisismo ferido no nascimento de um filho com deficiência. Também, assim como a mãe, tem dificuldades de se identificar com uma criança tão diferente de si.

O pai também tem suas expectativas e sonhos em relação ao bebê.

> Jorge secretamente esperava que o bebê fosse um menino e tinha fantasias de ajudá-lo a jogar futebol. Ele era um torcedor fanático do clube local de futebol, e sonhava ir ao estádio com seu filho, usando as cores do time. (FORMAN, 2008, p.219)

Muitos então afastam-se ao não compreender a doença, não saber como agir, ou mesmo por simples fuga do problema.

Marzolla (2010) fala da dificuldade do pai em envolver-se com o filho que tem deficiência auditiva:

> Pais apresentando dificuldade para investir libidinalmente em seu filho surdo, em função da situação de grande desafio narcísico em que se encontram eles mesmos, por terem gerado um filho com deficiência, ou por não terem conseguido evitá-la. (p.16)

No entanto, temos que considerar também que boa parte das mães entra em tal fusão com a criança, que o pai fica simples e completamente excluído. A relação fica sempre no dual, quando tanto, quando a fusão não faz com que a criança nunca chegue a discriminar-se completamente da mãe. Não há a entrada do terceiro, nem o pai, nem outro filho.

> É muito comum que a mãe que tem um filho com deficiência se aposse dele, como uma extensão sua, como se fosse sua atribuição exclusiva ou como se o filho fosse uma parte de si mesma. Não é mesmo acidental que os pais se afastem. Afinal, os efeitos do complexo de castração na mulher e no homem são diferentes. (MARZOLLA, 2010, p.70 e 71)

E a chegada ou descoberta de uma deficiência em um filho é uma ocasião em que é necessário reaver-se com o complexo de castração.

Muitas mães relatam, por exemplo, que seu maior medo é morrer, pois o que será de seu filho quando ela faltar? E vemos isso mesmo em situações em que a PC nem é tão grave, e a criança tem potencial para adquirir autonomia suficiente para realizar as atividades diárias sozinha.

Em relação ao pai, é comum a mãe dizer que ele não tem tempo, nem se envolve, mas quando solicitamos este pai vem e participa.

Um caso assim ocorreu no Hospital das Clínicas quando lá atendia. Uma menina de quatro anos, que chamaremos aqui de Bianca[31], tinha PC leve, era capaz de realizar sozinha quase todas as atividades esperadas para sua idade, e era muito viva e alegre. A mãe é que foi atendida por um tempo, pois sentia-se sobrecarregada com a rotina de tratamento da filha. Esta mãe referia-se ao pai de Bianca como um

---

[31] Nome modificado.

homem muito ciumento, que dizia a ela que Bianca não precisava de tudo isso e que ela devia ficar com a menina em casa. Quando solicitada a presença do pai, a mãe dizia que ele não viria, que ele achava tudo isso uma bobagem. Foi sugerido então que a própria terapeuta ligasse e conversasse com o pai, pedindo sua presença.

A ligação foi feita e o pai foi bastante gentil, aceitou vir ao hospital no horário sugerido, veio e conversou tranquilamente sobre as dificuldades e potenciais da filha. Pareceu que ele na verdade tinha apenas uma visão mais positiva de Bianca que a mãe, vendo mais suas potencialidades, que eram muitas e diversas, em vez de suas limitações.

Não se pode saber, então, se este pai realmente agia como relatava a mãe e apenas comportou-se da forma que o fez com a terapeuta para mostrar-se cooperativo, ou se esta é realmente a posição do pai e a visão da mãe é que é distorcida por qualquer razão, como ciúme da relação muito próxima do pai com a filha e a evidente preferência dele por Bianca em detrimento do outro filho e mesmo da mãe, ou como forma de colocar-se como a grande heroína, indispensável na vida da filha e a única que se preocupa.

A forma como a mãe vê e apresenta o pai também influencia na relação da própria criança com o pai. A mãe é a primeira pessoa na vida do bebê, e é ela quem apresenta a ele o mundo, incluindo o pai. Por isso, como dito acima, muitas vezes a mãe é quem impede ou dificulta a aproximação do pai.

É importante lembrar que estas crianças no geral dependem de tratamento, aparelhos, órteses e próteses, que trazem custos muito altos para a família e que, como a mãe geralmente para de trabalhar para cuidar do filho com deficiência, o pai tem que trabalhar muitas vezes em mais de um emprego para sustentar tudo isso. Falamos da presença do pai na vida e rotina da criança, que o faria estar presente também no discurso da criança, o que não se vê com freqüência.

Existem, claramente, exceções. Uma menina chamada Gabriela[32], que foi atendida em duas instituições diferentes, no HC e na AACD, vinha sempre acompanhada de seu pai, de tal forma que a mãe é quem nunca aparecia, nem mesmo em reuniões em que era solicitada sua presença, dizendo sempre que não podia porque precisava trabalhar. O pai parecia exercer mesmo a função materna em todos os momentos, pela forma como se relacionava com Gabriela.

---

[32] Nome modificado.

Ele também trabalhava, à noite, e ficava com a menina durante o dia. À noite, dormindo, ela ficava com a mãe.

Há também os casos em que ambos os pais participam, mesmo que um não venha à instituição, percebemos sua presença na vida cotidiana da criança, porém em minha experiência são exceções.

Esperamos que com o amadurecimento destas crianças a partir das intervenções do psicólogo, abra-se o espaço para o pai, com a capacidade da criança de separar-se da mãe e assim relacionar-se com outros, começando por seu pai.

CAPÍTULO V

O PAPEL DO PSICÓLOGO

1. REABILITAÇÃO X INCLUSÃO

No geral, as instituições de saúde que lidam com pessoas com deficiência colocam-se como instituições de reabilitação. Esta envolve fazer com que a pessoa volte a executar as tarefas consideradas normais, possa se inserir na sociedade adaptando-se a essa.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT, em 1954, definiu reabilitação como um:

> Conjunto de medidas físicas, mentais, sociais, profissionais e econômicas que objetivava o desenvolvimento da capacidade do indivíduo deficitário de modo que esteja apto para, por si só, prever sua própria subsistência. (CARVALHO, 1960, apud SOARES, 1991, p.111)

Takatori (1999) coloca que, nessa definição, o enfoque recai para o resgate das capacidades remanescentes visando tornar, de alguma forma, o deficiente produtivo e auto-suficiente, isentando a Previdência Social de sua manutenção." (p. 5)

A reabilitação segue muitas vezes a visão médica, sendo uma das possibilidades na medicina preventiva.

> O campo da Reabilitação é vasto e abrange desde a prevenção de complicações secundárias ao desenrolar da história natural das moléstias incapacitantes, ao tratamento das sequelas destas doenças, cuja etiologia pode advir de lesões nos mais diversos órgãos ou sistemas. (LIANZA, 2001, p.2)

O tratamento de reabilitação, segundo este autor, é basicamente dirigido à redução de incapacidades e prevenção de desvantagens. É importante identificar as capacidades intactas do indivíduo. "O diagnóstico adequado das capacidades intactas permite aumentar o grau de independência do indivíduo, por meio de um trabalho de compensação funcional." (LIANZA, 2001, p.11)

O conceito de inclusão, muito comentado e comemorado, é muito pouco aplicado, já que implica em uma mudança da sociedade para se adaptar e receber a pessoa com deficiência, e não o contrário.

> Conceitua-se a inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com necessidades especiais e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. (SASSAKI, 1991, p. 41).

Não se discute a importância da reabilitação no sentido de ajudar a pessoa a alcançar seus potenciais e tornar-se o mais independente possível. O problema é essa visão de que a pessoa com deficiência é que é a desviante, portanto ela é que deve esforçar-se para se incluir na sociedade.

Outra questão é que a inclusão ocorre, quando ocorre, praticamente apenas na escola, que ainda luta muito com esta questão, e no mercado de trabalho, sendo que ambos têm essa obrigação por lei. Mas a ética no cuidado dessas pessoas estaria em favorecer a participação social. O papel do psicólogo e outros profissionais que trabalham com estas pessoas envolve então, além de desenvolver um olhar diferenciado para elas, lutar pelas mudanças da sociedade, da qual também fazem parte.

Como profissionais de saúde, precisamos ter em mente sempre a importância de ver cada pessoa como um todo. Cada tratamento deve ser individualizado. E inserido no contexto de cada pessoa, com sua família, comunidade, gostos, preferências, histórias. Não há aqui nenhuma novidade. Schwartzman falou já em 2004 que o tratamento da paralisia cerebral, por exemplo, deve ser sempre individualizado. Porém essa questão ainda parece ser muito mais falada que praticada.

A Psicologia une-se às outras ciências e técnicas (Medicina, Fisioterapia, Terapia Ocupacional) na adaptação da pessoa ao ambiente. Perde-se de vista a adaptação do ambiente à pessoa que solicita cuidados. Winnicott foca bastante esta questão, que Ferenczi já levantava, falando da importância da relação com o ambiente e da adaptação necessária da família à criança.

No caso da deficiência, esta adaptação da família à criança é ainda mais complexa, pois a criança tem diferenças claras e físicas de seus pais e irmãos. Esta

complexidade traz para as instituições crianças que precisam de apoio, de *holding*. E pais que precisam de *holding* para poder oferecê-lo a suas crianças.

Nesta situação, o psicólogo não pode fechar-se em sua pretensa objetividade e neutralidade, que seriam sentidas como mais um abandono. Estas crianças já lidam com frustrações diárias desde o nascimento, ainda mais que outras crianças, e não é preciso introduzir mais frustrações para torná-las mais fortes.

É importante que o profissional perceba o papel de seu próprio corpo no processo, e de sua própria imagem corporal na transferência. Dolto (em seu livro com Nasio, de 1991) fala dessa questão no atendimento de crianças psicóticas, em que o psicólogo pode sentir-se "ausente", desalojado do próprio corpo. Para defender-se dessa sensação, o profissional relega ao psicótico "o status de louco e denegando-lhes o lugar de interlocutor inválido" (p.52). Isso com certeza afeta também a relação com as crianças com deficiência, que muitas vezes sentem como se seu corpo não lhes pertencesse, e que causa em nós esta sensação de despersonalização.

Winnicott coloca o terapeuta em um lugar de ambiente facilitador, de acolhimento, e é este lugar que permite à criança com deficiência e à família lidarem melhor com sua realidade.

Cabe a nós então uma postura mais ativa e atenta, tanto no acolhimento dessas crianças e adultos com deficiência, mas também em relação à sociedade, no sentido de que ela se adapte ao indivíduo, o que é o real conceito de inclusão.

Isso envolve permitir que, do lado do ambiente, se permita ao indivíduo com deficiência as mesmas condições e oportunidades das demais pessoas. Ter acessibilidade real, e não apenas aparente, como muito se vê, e que serve apenas para que as pessoas sem deficiência sintam-se melhores com sua consciência. Não basta a estas crianças irem à escola. A inclusão deve ocorrer nos parques, nos clubes, na rua, nos cinemas, todos os lugares e situações que outras crianças frequentam normalmente. Da mesma forma, o poder de ir e vir, garantido pela Constituição, considerado direito básico, é muitas vezes cerceado para essas pessoas. O simples ato de utilizar um serviço público para chegar a algum lugar muitas vezes torna-se uma maratona.

Isso tudo limita o mundo das pessoas com deficiência, diminui sua qualidade de vida, suas oportunidades de estudo, trabalho, lazer, o que faz com que a ideia de uma vida "normal" se torne apenas um sonho.

2. MULTI X TRANSDISCIPLINARIDADE

Como vimos, o trabalho com pessoas com deficiência no geral ocorre em instituições de reabilitação, que podem ou não ser hospitais, mas no geral são conduzidas de acordo com os preceitos médicos.

Amiralian (1986) coloca esta questão como advinda da história da humanidade, em que a deficiência foi sendo vista de diversas formas até que a visão de voltou para a de uma doença, que deve ser tratada, assim, pela medicina.

> A deficiência era vista como uma doença, o que leva o tratamento médico a ser o atendimento primordial. Até hoje, em muitas instituições, vemos o médico como elemento central da equipe que atende o deficiente. (p.5)

Este é o caso da Divisão de Reabilitação do Hospital das Clínicas, por exemplo, e de muitas outras instituições no Brasil. Mesmo assim, discute-se a questão da importância das outras disciplinas e profissionais no atendimento a estas pessoas.

A extensão do trabalho em saúde e a necessidade de ver a pessoa como um todo e tratá-la de forma integrada é bastante discutida no Brasil e internacionalmente.

Esta necessidade surge de várias questões, como o fato de que as pessoas têm histórias diferentes, vêm de diversas culturas, e cada área do conhecimento tem limites no que pode abarcar do ser humano. A Psicologia inclui-se nesse cenário, em que o trabalho multidisciplinar já é fato, mas busca-se cada vez mais a inter ou mesmo a transdisciplinaridade.

O trabalho com pessoas com deficiência física, no geral voltado para a reabilitação dessas pessoas, exige um trabalho individualizado, pois mesmo dentro de uma mesma deficiência há muita variação entre as incapacidades geradas em cada pessoa, e portanto do tipo de tratamento necessário.

A deficiência causada por paralisia cerebral é um exemplo dessa necessidade, pois a gama de apresentações das seqüelas e as consequentes potencialidades e dificuldades de cada criança acometida são bastante variadas.

Além disso, devido à possibilidade dos prejuízos serem de várias ordens e severidades diferentes, além de se apresentarem associados, e da necessidade de

atender a criança como um todo e não cada uma dessas partes prejudicadas isoladamente, é fundamental que o tratamento seja realizado por uma equipe multiprofissional.

Vemos ainda no campo da reabilitação a predominância desse trabalho multiprofissional. Embora discuta-se a busca por um trabalho interdisciplinar, não percebemos ainda a predominância deste nas instituições de reabilitação e até de saúde no geral.

A diferença está no nível real de interação entre os participantes de uma equipe. Em uma equipe multidisciplinar, cada profissional trabalha sozinho a sua "parte" do trabalho, cindindo a pessoa em várias partes. Numa equipe interdisciplinar já há mais interação, os profissionais trabalham juntos em uma pessoa mais inteira. O tipo de interação que se busca é a transdisciplinar, em que os profissionais realmente vêem a pessoa como um todo, que assim deve ser tratado, em um trabalho único em que as especialidades se unem em uma só direção.

> Desde os primeiros tempos da reabilitação, a expressão "trabalho interprofissional e multidisciplinar" é usada para sugerir uma abordagem que irmana conhecimentos. Entretanto, e tristemente, muitas vezes os mecanismos de competição e a crescente fragmentação do conhecimento na sociedade resultam em situações que, na prática, expõem o paciente a inúmeros especialistas que, muitas vezes, não se comunicam entre si. (PAZ JR E BRAGA, 2008, p.XIII)

Usualmente as equipes, neste campo que discutimos aqui, são formadas por médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e assistentes sociais.

Nas instituições que conheci, o psicólogo participa da triagem na entrada das pessoas nesses serviços e, na maioria das vezes, tem a função de determinar se esta entrada ocorre ou não.

Diante disso, as expectativas da família em relação ao psicólogo muitas vezes voltam-se para uma aceitação de sua criança no serviço. Os outros profissionais da equipe, no entanto, muitas vezes esperam que o profissional de Psicologia perceba naquele pequeno encontro de triagem (muitas vezes ele deve acontecer em 10 minutos!) qual paciente dará menos trabalho no sentido de adesão ao tratamento, de que suas questões emocionais não "atrapalhem" o processo.

Já dentro do serviço, o objetivo da reabilitação é capacitar as funções, ajudar a criança a alcançar os potenciais subjacentes e residuais, atingindo o equilíbrio biopsicossocial. Esse é o objetivo manifesto e comum à equipe.

O psicólogo tem atuação essencial neste processo, e bastante ativa, tanto junto à equipe, quanto ao paciente e sua família.

Junto à equipe, o psicólogo deve auxiliar que outros profissionais possam atingir uma compreensão melhor do paciente e de sua família, e pode ainda auxiliar no lidar diário com questões delicadas que surgem no atendimento a essas pessoas.

O momento do diagnóstico, por exemplo, é muito importante e traz diversas questões na relação da família com a criança e com a equipe.

> Muitas vezes é à falta de apoio emocional somada a falta de informação sobre a deficiência no momento do diagnóstico, que prejudica a busca inicial das famílias. Portanto deveria haver uma assistência profissional para "amparar" os mesmos, no momento do diagnóstico e na busca de atendimento para o indivíduo portador de necessidades especiais e para a própria família. (CREPALDI, 2006)

A família é essencial no processo de desenvolvimento da pessoa com deficiência e em sua inserção na sociedade, conforme mostramos nesse trabalho, e o profissional que lida com a reabilitação também sente dificuldades e necessita de apoio. Espera-se então da Psicologia e do psicólogo uma base de apoio e conhecimento para facilitar essa relação e o trabalho conjunto, já que a família e os outros profissionais formam o ambiente que circunda esta criança, o psicólogo precisa ser capaz de oferecer a eles o *holding* para que estes possam oferecê-lo a criança.

> Constatamos que muitos profissionais da saúde têm dificuldade em transmitir o diagnóstico. Portanto é muito freqüente a mãe não acreditar no médico ou na pessoa que está dando a notícia de que algo não vai bem com o seu filho e continuar por um tempo a busca por um diagnóstico favorável. (CREPALDI, 2006)

A mãe, não tendo no médico esta segurança, desenvolve defesas contra a equipe, para sentir-se mais segura nesse momento de desamparo.

Percebe-se em algumas instituições que as crianças com paralisia cerebral chegam para tratamento tardiamente, no sentido em que não cabe mais a estimulação precoce, que seria bastante positiva para estas crianças. A psicóloga

responsável pela APAE – Santo André, Cida Pizzarro, acredita que esta demora venha justamente da demora dos médicos em fornecerem o diagnóstico, que pode ser percebido já no Apgar, associada à negação da mãe, que não aceita inicialmente que haja algo errado com sua criança.

Lianza (2001) fala da importância do atendimento terapêutico tanto para o paciente quanto para a família.

> (...) o paciente reabilitando e sua família, além do atendimento terapêutico em si, necessitam de apoio psicoafetivo social, para que principalmente os pais atuem como agentes co-terapêuticos. Atualmente incentiva-se o paciente reabilitando a uma atitude menos passiva e sim mais ativa, não o caracterizando simplesmente como paciente e sim como indivíduo motivado na exploração e expressão de sua própria capacidade, seja ela física, intelectual, emocional ou social. (p. 286)

Louzã (1966), por seu lado, coloca que para o atendimento integral da pessoa com paralisia cerebral é importante levar em conta não apenas os distúrbios motores, sensoriais ou o déficit cognitivo, mas também a "repercussão da lesão cerebral nos aspectos físico, psicológico, social educacional e profissional do indivíduo, na sua família e na comunidade em que vive" (p.60).

Assim, ambos admitem a importância da atenção à família como parte essencial da reabilitação da criança.

Outros autores, como Souza (2003), concordam com a importância de trabalhar a criança e a família. Na prática, porém, ainda se vê os profissionais envolvidos com a reabilitação vendo a família como adversária, que atrapalha o tratamento ou no mínimo não faz o que deveria fazer para auxiliar o alcance das potencialidades da criança com deficiência.

As famílias, por seu lado, segundo Crepaldi (2006), não relatam perceber a necessidade do trabalho psicológico no atendimento às crianças com deficiência. Na reabilitação de deficiências físicas, ainda se percebe muito a priorização dos trabalhos voltados a áreas físicas, com a fisioterapia, a terapia ocupacional e a medicina.

Assim, vemos que, embora a importância do psicólogo no trabalho de reabilitação de pessoas com deficiência seja incontestável, a expectativa da equipe e das pessoas com deficiência e suas famílias flutuam entre a crença na capacidade mágica do psicólogo de avaliar as necessidades dos pacientes e tornar o tratamento

eficaz e o relacionamento entre todos os envolvidos perfeito, e em seu oposto na desvalorização do trabalho do psicólogo já que a questão é vista como apenas física e não mental ou emocional.

Bleger (1984) discute esta questão falando sobre o campo vasto da higiene mental:

> Um dos primeiros preconceitos que devemos atender refere-se aos dois pólos idealização-menosprezo das possibilidades da higiene mental: ou se espera desta última soluções milagrosas ou se desvalorizam todas as suas possibilidades e realizações. (p. 23)

Para enfrentar essa visão e fazer com que seu trabalho seja compreendido, o próprio psicólogo precisa ter clareza de seus objetivos e da abrangência e limitações de seu trabalho.

O método clínico envolve ação e investigação ocorrendo simultaneamente. Bleger (1984) diz que esta questão é condição fundamental para um bom trabalho.

Isso implica uma relação dialética com o objeto de estudo, em que a investigação leva a uma ação que altera o investigado, exigindo uma nova investigação, e assim sucessivamente.

O psicólogo deve estar atento para o fato de que a própria instituição é um nível de atuação, enquanto cada paciente constitui outro nível. É a diferença entre um trabalho institucional ou o trabalho dentro de uma instituição.

Nas instituições de reabilitação vemos os psicólogos trabalhando no nível do indivíduo, muitas vezes sem considerar a instituição como um todo, mas a instituição tem expectativas quanto a um trabalho nesse âmbito maior, expectativas estas que não são atendidas nem tampouco trabalhadas.

Portanto, pode-se perceber a necessidade de uma maior clareza por parte do psicólogo quanto ao seu trabalho em qualquer âmbito. Clareza quanto ao seu próprio trabalho, objetivos e limitações, e clareza ao inserir este trabalho em uma equipe, que muitas vezes não sabe o que esperar desse profissional.

CONCLUSÃO

Transforma-te em quem és. Esta é uma frase célebre de Nietzsche, que traduz bem o que queremos para as crianças com paralisia cerebral. Que elas possam tornar-se quem elas são, e não quem a sociedade, a família, os profissionais de saúde, etc querem que elas se tornem.

Esperamos que a reabilitação possa ajudá-las nesse caminho próprio, em vez de tentar encaixá-las no caminho considerado normal e ideal.

Neste caminho, deve-se sempre ter em conta o papel da mãe. Esta, obviamente, também tem expectativas que gostaria que sua criança preenchesse.

O ser humano tem uma capacidade que, entre outras, o diferencia dos outros animais: a capacidade de lembrar do passado e imaginar um futuro. Todas as pessoas, em algum momento, imaginaram como seria seu futuro, e continuam fazendo isso por toda a vida. Nesse futuro, cria-se na mente a ideia de um filho, expectativas de uma continuação e um fruto de si que de certa forma garanta a imortalidade.

Principalmente quando pensamos na menina. Desde muito cedo, a menina brinca com sua boneca, seu “nenê”, e vai construindo a imagem de como será sua filha, e como ela será como mãe. Este “bebê” é totalmente idealizado, sua “mãe” decide quando ele chora, mama, seu temperamento, suas reações.

Esta menina cresce e começa então a pensar e sonhar com outras coisas, com a profissão e a carreira, cada vez mais valorizadas, mas dentro dela há sempre a fantasia de uma criança, que fará todas aquelas coisas que suas escolhas foram deixando pelo caminho, e a realizará como mãe, melhor do que foi sua própria mãe.

Estas fantasias podem ser deixadas de lado em alguns momentos, até reprimidas, ou apenas superadas por preocupações da vida diária. Algumas mulheres decidem, ao longo da vida, não ter filhos, ou não podem tê-los por qualquer motivo.

Já as mulheres que engravidam revivem e atualizam estas fantasias, do filho e da mãe que vão nascer. O filho que deverá ser melhor que ela como filha, e a mãe que ela mesma será, que deverá ser melhor que sua mãe foi.

Durante a gravidez inicia então a relação da mãe com o bebê. O bebê reage e age, já demonstra um certo temperamento que a mãe interpreta usando as reações

do bebê e o fantasma de seu filho idealizado. Assim, seu bebê já é calmo, ou agitado, gosta ou não de chocolate, de andar de carro, tem preferências musicais, etc.

Quando o bebê nasce, então, a mãe já o conhece. E o filho sonhado já está completamente misturado com o bebê real.

Muito se fala, nos estudos sobre deficiência, da ferida narcísica que gera na mãe um filho com deficiência. O que apontou-se aqui é que nenhum bebê será exatamente igual àquele sonhado pelos pais, e ninguém poderá preencher todas as expectativas e buracos que os pais sentem terem deixado em suas próprias vidas. Há inclusive inúmeros casos, em nossos consultórios, daqueles que tentaram preencher totalmente as expectativas de seus pais e adoeceram no caminho.

Seguindo as ideias de Winnicott, inclusive, uma solução para a pessoa que precisa ser o que outrem espera dela é o desenvolvimento do falso *self*. Este pode ser encontrado em diversas pessoas, com ou sem deficiência, em diversas situações.

Assim, a ferida narcísica é inerente ao nascimento de uma criança real, sempre diferente em algum grau da criança sonhada.

Não estamos, porém, negando que a existência de uma deficiência gera nos pais frustração, sentimentos de culpa e dificuldades de relacionar-se com a criança. O que dizemos é que é possível, e vemos muitos casos, ultrapassar estas questões, que não são exclusivas da deficiência, e conseguir uma relação positiva, em que a criança possa ser capaz de desenvolver-se o máximo possível para ela, e desenvolver uma imagem de si positiva ao mesmo tempo que adequada ao real.

O que discutiu-se neste trabalho é o quanto a imagem que a mãe faz da criança, que é afetada por uma questão real como a paralisia cerebral, pode levar o filho a ter uma imagem de si mesmo que pode ser muito próxima do real, de suas reais possibilidades e limitações, o que permitiria um viver criativo e o “tornar-se quem és” trazido por Nietzche e citado no início dessa conclusão. Ou, por outro lado, formar uma imagem de um ser falho, em um corpo falho, que deve sempre buscar preencher um espaço e um papel que não pode preencher sendo apenas ele mesmo.

Em instituições de reabilitação, por exemplo, vemos muitas crianças e adultos com dificuldade de realizar coisas que o profissional considera possíveis para eles. Muitas vezes isto parece estar ligado à crença que a criança tem em suas

habilidades e potencialidades, o que está ligado ao seu auto-conceito, auto-estima e em última instância à imagem corporal. E acreditamos que, principalmente em crianças, esta imagem e crença estão profundamente enraizados na imagem que a mãe tem da criança.

Assim, este trabalho teve como objetivo mostrar que a paralisia cerebral, a imagem corporal e a relação mãe-criança influenciam-se mutuamente, tendo ainda outras questões que interferem nesta inter-relação, como a visão da sociedade, o trabalho dos profissionais que no geral atendem esta criança, que também advêm de diversos campos do conhecimento, o contexto geral no qual a criança cresce.

Espera-se que possa se abrir um campo de discussão e estudos sobre o que devemos fazer na clínica para garantir que as mães possam ter condições de garantir às suas crianças a autonomia e o viver criativo apesar das dificuldades trazidas pela deficiência, que pode ser a paralisia cerebral, aqui discutida, ou qualquer outra. E que este trabalho possa contribuir para os profissionais, principalmente os psicólogos, a perceberem a importância da imagem corporal na auto-estima e na formação da identidade destas crianças, para que maior atenção possa ser dada a isso no trabalho com elas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, L.A. *Pensar a diferença:* deficiência. Brasília: Coordenadoria da Pessoa Portadora de Deficiência, 1994.

AMIRALIAN, M.L.T.M. *Psicologia do excepcional.* São Paulo: EPU, 1986.

_____ O psicólogo e a pessoa com deficiência. *In:* LOMÔNACO, J.F. (dir) *Deficiência: alternativas de intervenção.* Coleção diálogos com a Psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

BARROS, D.D. *Imagem corporal:* a descoberta de si mesmo. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. Vol 12. No2. Rio de Janeiro. May/Aug, 2005.

BAX, M. Aspectos clínicos da paralisia cerebral. *In:* FINNIE, N.R. *O manuseio em casa da criança com paralisa cerebral.* 3ed. São Paulo: Manole, 2000.

BEE, H. *A criança em desenvolvimento.* 7ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

_____ *O ciclo vital.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BLEGER, J. *Psico-higiene e psicologia institucional.* Porto Alegre: Artmed, 1984.

BOBATH, K. *A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral.* São Paulo: Manole, 1989.

BOLTON, M.A., LOBBEN, I e STERN, T.A. The *impact of body image on patient care.* Prim Care Companion J Clin Psychiatry; 12(2), 2010.

BRAGA, L.W. Método SARAH: Princípios e aplicação. *In:* BRAGA, L.W. e PAZ JR, A.C. *Método SARAH: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral.* São Paulo: Santos Editora, 2008.

BRAGA, L.W.; YLVISAKER, M.; ROSSI, L. e SOUZA, L.N. Desenvolvimento cognitivo e neuropsicológico. *In:* BRAGA, L.W. e PAZ JR, A.C. *Método SARAH: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral.* São Paulo: Santos Editora, 2008.

CAMPOS, A.L.R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: NÓBREGA, F.J. *Distúrbios da nutrição.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

CAMPOS, S.C.S. *A imagem corporal e a constituição do eu.* Reverso. Set. V.29, no 54, 2007, p.63-69.

CAPISANO, H.F. *O corpo: visão psicodinâmica.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

CARMICHAEL, L. *Manual de psicologia da criança.* Vol 4. São Paulo: EPU, 1975.

CASH, T.T. e PRUZINSKY, T. *Body Images: development, deviance and change.* New York, The Guilford Press, 1990.

CATAFESTA, I.F.M. Comemoração do centenário de nascimento de D.W. Winnicott na Universidade de São Paulo. *In: A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CATAFESTA, I.F.M. Sobre consultas terapêuticas. Os rabiscos de Fernando e Ivonise. *In: A clínica e a pesquisa no final do século: Winnicott e a Universidade.* São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CHO, S.R.; PARK, E.S.; PARK, C.I & NA, S.I. *Characteristics of psychossexual functioning in adults with cerebral palsy.* Clinical Rehabilitatio, vol 18, 2004, p. 423-429.

CREPALDI, V. G. *A contribuição do psicólogo no trabalho do fisioterapeuta envolvido com reabilitação de pessoas com deficiências: a importância da família para adesão ao tratamento.* Relatório apresentado à Universidade Nove de Julho, 2006 *In:* www.redepsi.com.br acessado em 22/10/10 às 19h30.

CRUZ, D.M.C. e PFEIFER, L.I. *Revisão da literatura sobre o brincar de crianças com paralisia cerebral nas três últimas décadas.* Arquivos brasileiros de paralisia cerebral. Vol 2. N.5. P. 4-13. São Paulo: Memnon, 2003.

CUKIERT, M. e PRISZKULNIK, L. *O corpo em psicanálise: algumas considerações.* Revista Psichê. Revista Anual do Centro de Estudos e Pesquisa em Psicanálise da Universidade São Marcos. Ano 4. N.5, 2000.

DENUCCI, S.M. e CATANHO, E.G. Desenvolvimento motor. *In:* BRAGA, L.W. e PAZ JR, A.C. *Método SARAH: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral.* São Paulo: Santos Editora, 2008.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo.* São Paulo: Perspectiva, 1984.

DOLTO, F e NASIO, J.D. *A criança do espelho.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DUNN, N.L.; MCCARTAN, K.W., FUQUA, R.W. *Young children with orthopedic handicaps: self-knowledge about their disability.* Exceptional children. V.55, n.3, 1988, p.249-52.

ELIZAGA, I.V. *Desarrollo y estimulacion del niño. Desde su nacimiento a los dos años.* Madrid: Egraf, 1984.

FÉDIDA, P. *A negação da deficiência:* a instituição da diversidade. Rio de Janeiro: Achiamé & Socius, 1984.

FERENCZI, S. (1921) *Prolongamentos da técnica ativa. In:* Obras Completas. Vol IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1928) *A adaptação da família à criança. In:* Obras Completas. Vol IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

_____ (1929) *A criança mal acolhida e sua pulsão de morte. In:* Obras Completas. Vol IV. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

FERNANDES, M.H. *Corpo.* Coleção Clínica Psicanalítica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

FIGUEIREDO, L.C. *A tradição ferencziana de Donald Winnicott.* Apontamentos sobre regressão e regressão terapêutica. Sd. Recuperado em **www.joseouteiral.com.br/textos/DEFERE.doc** em 24/11/11 às 23h.

FINNIE, N.R. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral.* 3ed. São Paulo: Manole, 2000.

FORMAN, M.A. A família da criança com lesão cerebral. *In:* BRAGA, L.W. e PAZ JR, A.C. *Método SARAH: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral.* São Paulo: Santos Editora, 2008.

FREITAS, P.M; CARVALHO, R.C.L.; LEITE, M.R.S.D.T. e HAASE, V.G. *Relação entre o estresse materno e a inclusão escolar de crianças com paralisia cerebral.* Arquivos Brasileiros de Psicologia. V.57. n 1, 2005.

FREUD, S. (1905) *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In:* Obras Completas, Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1916) *A Vida Sexual dos Seres Humanos*, Conferência XX in Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III), VOLUME XVI, (1916-1917), Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1917) *O desenvolvimento da libido e as organizações sexuais*, Conferência XXI in Conferências introdutórias sobre psicanálise (Parte III), VOLUME XVI, (1916-1917), Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1923) *O ego e o id. In:* VOLUME XX. Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

_____ (1925) *Um estudo autobiográfico. In:* VOLUME XIX. Obras Completas. Edição Standard Brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 2006.

GAUDERER, E.C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais.* Brasília: CORDE, 1992.

GÉRARD, E. *Etre infirme moteur cerebral. In:* PERRON, R. (dir) *Les representations de soi. Dévelopments, dynamiques, conflits.* Toulouse: Editions Privat, 1991.

GRAVINA, R.M. *Paralisia cerebral.* Vol 1 (3-4) set/dez, 1963.

GREEN, A. *O complexo de castração.* Rio de Janeiro: Imago, 1991.

HOFFER, W. *Desenvolvimento primitivo e a educação da criança.* Rio de Janeiro: Imago, 1983.

KUPERMANN, D. Figuras do cuidado na contemporaneidade: testemunho, hospitalidade e empatia. *In:* MAIA, M.S. (org) *Por uma ética do cuidado. Sl.* Garamond, 2009.

LEITÃO, A. *Paralisia cerebral: diagnóstico, terapia, reabilitação.* São Paulo: Atheneu, 1983.

LIANZA, S. *Medicina de reabilitação.* 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

MAHLER, M. *O nascimento psicológico da criança.* Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

MARZOLLA, A.C. *O pai e seu filho surdo:* uma compreensão psicanalítica. Tese de Doutorado. São Paulo: PUC-SP, 2010.

MINDE, K.K.; HACKETT, J.D.; KILLON, D.; SILVER, S. *How they grow up: Physically, handicapped children and their families.* American Journal of Rehabilitation Research, v. 5, 1972, p.235-237.

NEWMAN, A. *As ideias de D. W. Winnicott. Um guia.* Rio de Janeiro: Imago, 2003.

NITRINI, R. e BACHESCHI, L.A. *A neurologia que todo médico deve saber.* 2ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

OLIVIER, G.G.F. *Um olhar sobre o esquema corporal, a imagem corporal, a consciência corporal e a corporeidade.* Dissertação de Mestrado. Campinas. Faculdade de Educação Física, 1995.

PACHECO, A.M. *Representações de si e habilidades na paralisia cerebral.* Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2006.

PEDROZO, T.B.L. *Corpo e comunicação em Winnicott: quando o corpo não fala.* Revista da SPRJ, v. 2, n. 1, 2001.

RODRIGUES, D.A. *Corpo, espaço e movimento:* estudo da relação entre a representação espacial do corpo e o controle da manipulação e da locomoção em crianças com paralisia cerebral. Tese de Doutoramento. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, 1987.

SASSAKI, R.K. *Inclusão*. Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1991.

SATOW, S.H. *Paralisado cerebral. Construção da identidade na exclusão.* 2ed. São Paulo: Cabral Editora Universitária, 2000.

SCHILDER, P. *A imagem do corpo:* as energias construtivas da psique. 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SCHWARTZMAN, J.S. *Paralisia cerebral.* Arquivos brasileiros de paralisia cerebral. N.1. P. 4-17. São Paulo: Editora Memnon, 2004.

SOARES, L.B.T. *A reabilitação no estado brasileiro de 1950 a 1980. In: Terapia Ocupacional: lógica do capital ou do trabalho?* São Paulo: Hucitec, 1991.

SOUZA, A. M. C. *A criança especial: temas médicos, educativos e sociais.* São Paulo: Roca, 2003.

TAKATORI, M. *O brincar no cotidiano da criança com deficiência física: privilegiando um olhar para a construção das intervenções em reabilitação.* Dissertação de mestrado. Instituto de Psicologia. USP, São Paulo, 1999.

TEPLIN, S.W.; HOWARD, J.A.; O´CONNOR, M.J. *Self concept of young children with cerebral palsy.* Developmental Medicine and Child Neurology, v.23, 1981, p.730-738.

TURTELLI, L.S. *Relações entre imagem corporal e qualidades de movimento:* uma reflexão a partir de uma pesquisa bibliográfica. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Educação Física. Universidade Estadual de Campinas, 2003.

WIEGERINK, D. S*exuality of young adults with cerebral palsy: experienced limitations and needs.* Sex Disabil. June 2011; 29(2): 119–128.

WINNICOTT, D.W. (1945) *Desenvolvimento emocional primitivo. In:* Da pediatria à psicanálise. 4ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____ (1949a) A mente e sua relação com o psique-soma. *In: Da pediatria à psicanálise.* 4ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____ (1949b) Recordações do nascimento, trauma do nascimento e ansiedade. *In: Da pediatria à psicanálise.* 4ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____ (1952) Psicose e cuidados maternos. *In: Da pediatria à psicanálise*. 4ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

WINNICOTT, D.W. (1956) Preocupação materna primária. *In: Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.* 4ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

_____ (1960) Agressão, culpa e reparação. *In: Privação e delinquência.* São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ (1963) O desenvolvimento da capacidade de envolvimento. *In: Privação e delinquência.* São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____ (1965) *A família e o desenvolvimento individual.* São Paulo: Martins Fontes, 1993.

_____ (1970) Sobre as bases do self no corpo. *In: Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____ *O brincar e a realidade.* Rio de Janeiro: Imago, 1975.

_____ *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil.* Rio de Janeiro: Imago, 1984.

_____ (1986) *Tudo começa em casa.* 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

_____ *Os bebês e suas mães.* 1ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

_____ (1988) *Natureza humana.* Rio de Janeiro: Imago, 1990.

_____ (sd) Notas sobre o relacionamento mãe feto. *In: Explorações psicanalíticas.* Porto Alegre: Artmed, 1994.

ZORNIG, S.A.J. Pelo viés do corpo. *In: A mente do bebê. O fascinante processo de formação do cérebro e da personalidade.* Vol.2 Especial Mente&Cérebro. Duetto, 2006.