

Universidade de São Paulo
Instituto de Psicologia

Programa em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano

Cecilia Leach Pimentel

A equoterapia e sua importância na construção da imagem corporal de uma criança com autismo – um estudo de caso

São Paulo

2021

Cecilia Leach Pimentel

A equoterapia e sua importância na construção da imagem corporal de uma criança com autismo – um estudo de caso

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Profa. Dra. Marie Claire Sekkel

São Paulo

2021

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.

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

Pimentel, Cecilia Leach

A equoterapia e sua importância na construção da imagem corporal de uma
criança com autismo um estudo de caso / Cecilia Leach Pimentel; orientador Marie
Claire Sekkel. -- São Paulo, 2021.

137 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2021.

1. equoterapia. 2. psicanálise. 3. APEGI. 4. imagem corporal. 5. terapias
assistidas por equinos. I. Sekkel, Marie Claire, orient. II. Título.

Nome: Cecilia Leach Pimentel

Título: A equoterapia e sua importância na construção da imagem corporal de uma criança com autismo – um estudo de caso

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

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof (a). Dr (a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof (a). Dr (a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof(a). Dr (a).: _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Agradecimentos

À minha orientadora Marie Claire Sekkel por ter me aceito com meu projeto e acolhido em seu grupo de orientação.

À Maria Cristina Machado Kupfer pelo compartilhamento generoso de conhecimento no grupo de pesquisa e no grupo de estudos e por sempre encontrar um tempinho para me ouvir.

Aos meus pais, Luiz e Virginia, que são, como diria Maya Angelou, “my rainbow in my clouds”.

Ao meu tio Paulo Pimentel (*in memoriam*) com quem compartilhei a paixão pelos cavalos e com quem passava horas cavalgando e conversando.

À todos de minha família que me apoiam e me incentivam, especialmente ao tio José Pimentel.

Aos meus colegas do grupo de orientação com quem pude dividir e aprender especialmente à Priscila, Rosângela e Adílson que foram presentes em diversos momentos importantes.

À Cristiane Palmeira Barreto que carinhosamente leu minha dissertação e fez sugestões valiosas.

Às minhas amigas Victoria Hsueh e Francesca Aranovich que estiveram presentes em tantos momentos escutando, lendo e me auxiliando.

À minha prima Christine Ahlgrimm que leu minha dissertação e fez pontuações importantes.

Às instituições participantes desta pesquisa, especialmente o Regimento de Polícia Montada “9 de Julho”, que abriram suas portas para que eu pudesse efetuar este trabalho.

Ao CNPQ pelo apoio concedido.

Resumo

A equoterapia realizada com crianças com autismo tem se mostrado eficaz, mas ainda há poucas publicações disponíveis. Uma das dificuldades das crianças com autismo é a formação da imagem do corpo, que é resultado das ações maternas sobre o corpo do bebê, de seus significados e marcas que fazem com que a criança consiga se reconhecer em uma imagem psíquica de seu corpo unificado. Após o entendimento dos limites desse corpo, a criança percebe o que é seu e o que é do outro, podendo construir seu eu e ter uma representação psíquica de si. A pergunta que norteia esta pesquisa é: como a equoterapia, enquanto método terapêutico, pode auxiliar na construção da imagem corporal, de uma criança com autismo? Foi utilizado o instrumento APEGI, Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições, que é um instrumento novo, de cunho teórico psicanalítico, cujo estudo de validação encontra-se em andamento. O objetivo foi entender o impacto da equoterapia na construção da imagem corporal de uma criança com autismo a partir do eixo ‘O Corpo e sua Imagem’ do instrumento APEGI, que é um roteiro de leitura do desenvolvimento psíquico de uma criança a partir dos quatro anos de idade. Esta é uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva, com estudo de caso de uma criança com autismo, sem síndromes genéticas ou doenças físicas incapacitantes, e trabalho de campo em que houve a atuação de observador-participante da pesquisadora. No início da pesquisa, em fevereiro de 2019, a criança estava inserida em uma escola regular e o protocolo do APEGI foi aplicado de maneira integral, incluindo as quatro entrevistas que o compõe. Após esta primeira aplicação, a criança praticou equoterapia uma vez por semana, em sessões individuais, nas quais a observação sistemática e participante foi registrada em um diário de campo. Ao final dos atendimentos, em dezembro de 2019, o APEGI foi aplicado novamente de maneira integral e o eixo “O corpo e sua imagem” das duas aplicações do APEGI foi analisado para verificar se houve alguma mudança. Nesta pesquisa, a equoterapia foi utilizada e analisada como estratégia para a possível promoção do desenvolvimento da imagem corporal em uma criança com diagnóstico de autismo. Os resultados mostram que ao final do estudo a criança se reconhece no espelho e tem maior autonomia no cuidado de si. A equoterapia é um importante método que contribui para a construção da imagem do corpo de uma criança com autismo.

Palavras-Chave: equoterapia, APEGI, autismo, psicanálise, imagem corporal

Abstract

Therapeutic riding for children with autism is known to have positive results, unfortunately, few publications are available. A developmental difficulty in autism is in the formation of the child's body image, in which the mother's actions on the baby's body and their meanings help the child recognize its body as its own. With these actions the child is able to understand what is his or hers and what pertains to others, being able to construct its Self and its body image. The research question is: how can therapeutic riding, as a therapeutic method, help in the construction of the body image of a child with autism? The APEGI instrument, Psychoanalytic monitoring of children in schools, groups and institutions, a new instrument, still undergoing validation, was used. The objective of this study was to understand the impact of therapeutic riding on the construction of an autistic child's body image through the "body image axis" of APEGI, that is a guide of a child's psychological growth from the age of four. This is a qualitative, descriptive research, including a case study of a child with autism and field work where there was observant participation of the researcher. The case study was of a three-year-old autistic child who didn't present genetic syndromes or severely incapacitating physical illness. During the beginning of 2019 the child of the case study was attending a regular school and was assessed with APEGI, where the whole instrument was used, including all four interviews. After the first assessment of APEGI the child attended individual therapeutic riding sessions once a week and the researcher made notes of the observant participation in a field diary. At the end of these sessions, in December 2019, the child was assessed with the APEGI instrument again and the "Body Image axis" was analyzed as to understand if any change had occurred from the first to the last assessment. In this study therapeutic riding was analyzed as a possible strategy for the promotion of the development of the body image of a child with autism. The results show that the child at the end of the study manages to recognize herself in the mirror and has more autonomy when taking care of herself. Therapeutic riding is an important method that contributes to the construction of the body image of a child with autism.

Key words: therapeutic riding, APEGI, autism, psychoanalysis, body image

Sumário

1. Introdução.....	10
2. Um panorama geral da equoterapia.....	13
2.1 O trabalho do psicólogo na equoterapia.....	15
2.2 Equoterapia: um método terapêutico no tratamento de crianças com autismo.....	18
2.3 Por que um cavalo?.....	19
2.3.1. Como deve ser o cavalo de equoterapia.....	21
3. O autismo infantil.....	22
3.1. Autismo e epilepsia.....	22
3.2. Um pouco da história do autismo segundo a Psicanálise.....	24
4. O instrumento APEGI e sua origem.....	29
4.1. O eixo do APEGI “O corpo e sua imagem” e sua fundamentação psicanalítica....	34
4.1.1. O corpo humano na psicanálise segundo Françoise Dolto.....	43
4.1.2. O corpo humano na psicanálise segundo Didier Anzieu.....	46
5. Levantamento bibliográfico.....	50
6. Método.....	53
6.1. Um breve relato da história de Estela.....	56
6.2. O Regimento de Polícia Montada “9 de Julho”	57
6.2.1. A implantação da equoterapia.....	58
6.2.2. A organização do Programa de Equoterapia.....	59
6.2.3. O programa de voluntariado.....	60
7. Os indicadores do corpo e sua imagem nas sessões de equoterapia e nas aplicações do APEGI.....	62
7.1. O trabalho de campo.....	62
7.2. Tabela 1 Relação de profissionais, voluntários e cavalos por sessão.....	62
7.3. Indicadores do eixo Imagem do Corpo.....	70
8. Outras questões referentes ao psiquismo de Estela que surgiram durante as sessões de equoterapia.....	98
9. Resultados.....	106
9.1 Tabela 2: Indicadores de Acompanhamento do eixo O corpo e sua imagem.....	106
10. Considerações Finais.....	109
11. Referências Bibliográficas.....	112
12. Anexo 1.....	118

Apresentação: Uma égua por um Fusca

Ao fazer 15 anos, em vez de ganhar uma festa, uma joia ou uma viagem, eu ganhei uma égua. Havia passado o ano anterior inteiro pedindo um cavalo para o meu pai. Meus pais têm um sítio e eu estava apaixonada por tudo que envolvia cavalos. Respirava cavalos!

Meu tio, que morava no sítio vizinho, criava cavalos e partilhava da paixão por esses animais. Aos finais de semana, ele me emprestava um de seus animais, seu material de encilhamento e nós cavalgávamos juntos. Meu tio tinha uma tropa grande para os meus olhos de adolescente, e me deliciava em ouvir as histórias sobre seus animais, o porquê da escolha do nome dos cavalos, as linhagens ou de onde vieram e quais eram seus hábitos e características pessoais, ou melhor, equinas.

Assim, em 1997, meu pai trocou o Fusca amarelo mostarda que minha mãe dirigia, e muitas vezes usou para me buscar na escola, pelo meu presente de aniversário. O carro, que ainda tinha os furos para encaixar a minha cadeirinha de bebê, foi trocado pela Brisa, uma égua que meu tio tinha em sua tropa.

A Brisa foi minha melhor amiga na adolescência. Tinha uma personalidade forte e única. Fizemos muitos passeios, nos divertimos e brigamos também, especialmente para colocar remédio em suas orelhas. Ao final das cavalgadas, Brisa tomava banho de mangueira ou muitas vezes eu ia com meus primos dar banho nos cavalos no lago, momento muito aguardado por todos porque entrávamos n'água montados nos cavalos e eles nadavam. Era uma delícia!

Caí da Brisa muitas vezes, que se assustava, pulava para o lado, e eu ia para o chão. Certa vez, ela se assustou com uma galinha que cacarejou e eu caí na estrada batida de terra e bati minha canela. Meu tio estava mais adiante e não viu que eu tinha caído. Continuei o passeio a pé, brava e magoada com a Brisa por ela ter me derrubado. Quando finalmente encontrei meu tio, recebi uma bronca por não ter montado de novo. Eu que queria algumas palavras de consolo, ainda tive que enfrentar um tio bravo!

Vi muitos animais selvagens por causa da Brisa. Quando o susto não era muito grande, ela ficava paralisada olhando para o animal. Vimos muitos lagartos e diversos pássaros, incluindo tucano e pica-pau, e uma vez vimos uma onça parda que estava matando as ovelhas da região. Minha adolescência, com todas as dificuldades e pressões, foi mais leve por causa da Brisa.

Mais tarde, em 2007, resolvi voltar à minha antiga paixão, e procurei uma hípica para finalmente aprender equitação formal. Lá havia atendimento em equoterapia e passei a trabalhar como estagiária voluntária. Foi por causa da equoterapia que escolhi cursar a Faculdade de

Psicologia. Continuei o estágio e fiz diversos cursos de aperfeiçoamento na área. Foi no curso de Psicologia que resolvi que faria mestrado na USP.

A Brisa faleceu em 2019, durante o desenvolvimento deste Mestrado. Mesmo muito velhinha, ela começou com um novo hábito. Todas as vezes que eu chegava na cocheira ela relinchava baixinho como se fosse para falar “Oi”, mas eu sei que ela estava pedindo ração e rapadura, que ela adorava!

1. Introdução

Existem diversas modalidades de terapias no mundo, que envolvem o tratamento físico ou psicológico de pessoas por meio de animais, ou Terapias Assistidas por Animais, TAA. (CHELINI e OTTA, 2016) Dentro deste enorme guarda-chuva que é o TAA está a Terapia Assistida por Equínos, ou TAE. Quando se fala em terapia com cavalos a terminologia mais conhecida no Brasil é a equoterapia. José Torquato Severo (1997) explica a origem da palavra equoterapia em que ‘equo’ advém da palavra “*eqqus*” ou “*eqquo*”, em latim, que significa equino, e ‘terapia’ provém da palavra em grego “*terapéia*”.

José Torquato Severo (1997) explica que a equoterapia,

É um método científico aplicado como terapia na Saúde e na Educação, que utiliza o Cavalo, como "*instrumento terapêutico*" numa abordagem multi-profissional e interdisciplinar, sob supervisão médica, buscando o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial de praticantes (ex-pacientes!), que necessitem cuidados especiais para impulsionar suas potencialidades e minimizar suas deficiências, para viverem melhor, mais felizes e com maior integração social na família, na escola ou no trabalho. (p.148-149)

Na citação acima Severo (1997) menciona praticantes como ex-pacientes, já que a ANDE-Brasil, Associação Nacional de Equoterapia, cunhou o termo praticante para as pessoas que fazem uso da equoterapia. (ANDE, 1999) Neste estudo irei utilizar os dois termos praticante e paciente quando menciono pessoas que são atendidas em equoterapia.

Neste estudo além da palavra equoterapia também irei utilizar o termo terapia assistida por equino, ou TAE, que é o

(...) tratamento que incorpora atividades com equinos e/ou envolvimento com cavalos, cujos objetivos terapêuticos são colocados em função das necessidades do praticante, empregando-se profissionais da área de reabilitação/habilitação devidamente capacitados. (WALTER, 2013, p.8)

Ao trabalhar como psicóloga em equoterapia recebi muitas crianças com autismo. O autismo está descrito no DSM-V como Transtorno do Espectro Autista, ou TEA, mas neste estudo irei adotar o termo autismo. O autismo não tem uma origem conhecida e por isso existem diversos métodos de tratamento e opiniões. Michele Roman Faria explica que o tratamento do autismo é

Um esforço que envolve não apenas psiquiatras, mas também psicanalistas, neurologistas, psicólogos, pedagogos e educadores, com concepções bastante

variadas a respeito das origens do autismo - que vão de genéticas a psíquicas ou ambientais - que resultam em diferentes propostas de tratamento, cada qual balizada em uma maneira particular de compreender o autista, seu funcionamento, suas potencialidades. (BIALER, 2017, p.13-14)

O roteiro de acompanhamento APEGI, Acompanhamento Psicanalítico em Escolas Grupos e Instituições, está presente nesta dissertação de mestrado para fundamentar de maneira original e rigorosa o estudo da equoterapia e terapia assistida por equinos. O APEGI, que é baseado na psicanálise, está presente para que este estudo tenha um embasamento teórico formal. O eixo do APEGI, “O Corpo e sua Imagem” será aprofundado para entender o impacto da equoterapia em uma criança com autismo.

Com a pesquisa nas bases de dados, que poderá ser vista ao final deste capítulo, está clara a escassez geral de produção científica sobre equoterapia, terapias assistidas por equinos, psicologia, psicanálise e autismo. Desta maneira entende-se a necessidade de pesquisas bem fundamentadas, com a utilização de protocolos, nas terapias assistidas por equinos validando-as como terapia importante para o autismo com a intervenção e o acompanhamento do psicólogo e/ou psicanalista. Evidenciam Zamo e Trentini, “Comparando os estudos brasileiros e internacionais, a necessidade de sistematização da busca por medidas mais fidedignas ocorre em ambos, porém no Brasil parece não haver uma cultura de psicologia baseada em evidências na equoterapia.” (2016, p.81)

Harris e Williams (2017) apontam que “revisões sistemáticas recentes tem demonstrado o impacto positivo de Intervenções Assistidas por Animais, mas apontam ainda a necessidade de futuras pesquisas e estudos de alta qualidade.” (p.1, tradução nossa)

Segundo Malcolm, Ecks e Pickersgill uma limitação de sua pesquisa e das pesquisas sobre autismo em geral é que, “Não foram realizadas entrevistas com crianças ou adultos com autismo. Esta é uma limitação recorrente em estudos com autismo que será revisto em estudos futuros.” (2017, p.231, tradução nossa)

Esta dissertação de mestrado com o estudo de crianças com autismo e equoterapia se faz necessária porque existem poucos trabalhos acadêmicos na área da psicologia em conjunção com o trabalho de terapias assistidas por equinos para serem consultados.

No capítulo seguinte, o capítulo 2, há um panorama geral da equoterapia incluindo como é o trabalho do psicólogo com este método, como a equoterapia pode beneficiar crianças com autismo e a importância do cavalo na equoterapia.

O capítulo 3 há a descrição do autismo, da correlação entre autismo e epilepsia e a história do autismo segundo a psicanálise.

O capítulo 4 é sobre o instrumento APEGI e sua fundamentação psicanalítica de onde surgiu o APEGI e a teoria psicanalítica sobre a imagem do corpo que é o eixo do APEGI que será discutido com maior profundidade neste estudo.

O capítulo 5 é do método com a história da Estela do estudo de caso, ambientação do local do trabalho de campo e como o programa de equoterapia funciona ali.

No capítulo 6 explica-se como o trabalho de campo se deu, todas as pessoas e cavalos que participaram de cada sessão e momentos importantes que aconteceram. Os indicadores do eixo “O corpo e sua imagem” do APEGI são fundamentados na teoria psicanalítica e exemplos destes foram incluídos com vinhetas dos atendimentos de equoterapia e das aplicações do roteiro do APEGI.

O capítulo 7 é de outros momentos importantes que aconteceram durante o trabalho de campo, mas que não estão diretamente relacionados aos indicadores do eixo “O corpo e sua imagem”, do APEGI.

O capítulo 8 é dos resultados em que Estela mostra uma imagem do corpo mais coeso ao final do estudo.

2. Um panorama geral da equoterapia

“Há algo no exterior do cavalo que faz bem ao interior do homem.”

Sir Winston Churchill

O relacionamento entre pessoas e cavalos é de muita riqueza e força e essa conexão é muito valiosa quando trabalhamos com terapias assistidas por equinos e crianças com deficiência. Walter afirma que há um fascínio do ser humano com o cavalo, especialmente com crianças, que se mistura aos sentimentos de atração e temor. “O cavalo, por si só, é uma presença viva, afetiva e concreta, que evoca sentimentos e emoções, como alegria, serenidade, medo, raiva e tristeza.” (WALTER, 2013, p.9)

Um método de tratamento que utiliza cavalos para promover a melhora da saúde já é citado pelo grego Hipócrates de Loo (458 a 377 a.C.) em seu livro “DAS DIETAS”. A equitação deveria ser utilizada ao ar livre para a melhora da saúde, com melhora do tônus muscular, combate a doenças e para tratar a insônia. (CUNHA et al., 2016)

A Alemanha foi precursora no uso da equoterapia já que existem relatos desde 1900 e em 1917 houve a fundação do primeiro grupo de equoterapia para beneficiar soldados que retornaram com sequelas da Primeira Guerra Mundial. (CUNHA et al., 2016)

No Brasil não há ao certo uma pessoa que é a precursora das terapias assistidas por equinos. A equoterapia foi reconhecida como método terapêutico para reabilitação motora no Brasil pelo Conselho Federal de Medicina em 6 de abril de 1997 no parecer 06/97. Em 1999 houve o primeiro Congresso de Equoterapia. (MEDEIROS E DIAS, 2008)

O Senado aprovou na terça-feira, dia 9 de abril de 2019, a proposta do senador Flávio Arns que regulamenta a equoterapia como método de reabilitação de pessoas com deficiência. A equoterapia deverá ser realizada por uma equipe multiprofissional mínima composta por um médico, médico veterinário, psicólogo, fisioterapeuta e um profissional de equitação. (BRASIL, 2019) Em 14 de maio de 2019 o texto foi sancionado e se tornou a lei 13.830. (BRASIL, 2019)

As terapias assistidas por animais, incluindo as terapias assistidas por equinos, não são adequadas para as pessoas que tem quadros alérgicos intensos ou medo excessivo ao animal. (RAMOS et al., 2016) Para que o paciente possa participar em equoterapia ele deve ter a indicação da terapia feita por um médico comprovando que está em condições físicas e mentais para realizar tal terapia. (WALTER, 2013)

A equoterapia pode auxiliar os pacientes ou praticantes a terem ganhos físicos e mentais. Os ganhos físicos são relacionados ao movimento tridimensional do cavalo em movimento que atua sobre o corpo do praticante. O movimento tridimensional é o movimento produzido no dorso do cavalo no sentido vertical, horizontal e lateral. (WALTER, 2013)

Para que o praticante consiga se manter em cima do cavalo em movimento seu corpo precisa participar de maneira integral com o emprego do equilíbrio, força muscular, coordenação motora e relaxamento. A interação com o cavalo nas sessões de equoterapia não favorece apenas o corpo físico do praticante, mas também a sua psique. Os ganhos físicos adquiridos ao longo das sessões auxiliam também na conscientização do próprio corpo. (SEVERO, 1997)

Os três tipos de andaduras do cavalo: passo, trote e galope, podem ser utilizados na equoterapia, mas o passo acaba sendo o mais utilizado. (CUNHA et al., 2016) A andadura do cavalo é um movimento ritmado, simétrico e repetitivo onde o cavaleiro necessita se adaptar ao cavalo enquanto está parado e andando para que se mantenha equilibrado no cavalo. Com isso o cavaleiro é impulsionado a compreender melhor seu esquema corporal já que precisa reajustar sua postura e organizar seus movimentos corporais. (MALTA, apud ZAMO E TRENTINI, 2016)

A experiência no corpo de montar em cima de um cavalo é um fator muito importante para todos os participantes em seus relatos de efeitos terapêuticos com a interação com cavalos. “O indivíduo submetido ao tratamento aprende padrões de movimentos coordenados para manter seu centro de gravidade sobre sua base dinâmica de suporte, que é criado pelo movimento do cavalo.” (CUNHA et al., 2016, p.179)

Além dos ganhos físicos do movimento do cavalo e da sensação de independência que o cavalo proporcionava às crianças, pais e instrutores perceberam a importância do relacionamento da criança com o cavalo. Esta interação possibilitou às crianças com autismo o aumento da comunicação inicialmente com o cavalo na sessão e posteriormente com as pessoas do entorno trazendo maior socialização e percepção de si e do outro. (MALCOLM, ECKS e PICKERSGILL, 2018) Ferrari (2003) afirma que o cavalo, pela sua forma de andar, é responsável por diversas estimulações do âmbito motor, mas também há o relacionamento do praticante com o cavalo que enriquece a terapia, tornando o cavalo importante mediador nas sessões. Desta maneira além dos estímulos trazidos pelo movimento físico do cavalo, também há o auxílio proporcionado pelo animal com o relacionamento que é estabelecido entre cavalo e criança.

O vínculo afetivo estabelecido entre cavalo e paciente é o começo do sucesso da terapia e ajuda na comunicação do paciente com o terapeuta. Este vínculo é tão importante que não deve haver a suspensão repentina do tratamento, para não causar reações emocionais que em nada beneficiam o praticante. (RAMOS et al., 2016)

Para Walter (2013) este relacionamento entre cavalo e praticante é essencial para que o praticante possa ter experiências de contato com a realidade em que o cavalo não deverá provocar medo, rejeição e incompreensão. Assim, o cavalo ajuda, entre outras coisas, a fortalecer a autoestima.

O espirro do cavalo, seu mexer de orelhas e rabo, o sacudir de sua crina tornam-se elementos de comunicação entre o animal e o ser humano. É a partir do não-verbal que toda a comunicação se inicia: um olhar que dá boas vindas, um abraço que acalenta ou estimula, uma aproximação ou afastamento que deixa claro o que se quer ou precisa naquele momento. (AVILA, 2016, p.271)

Uma das funções da equoterapia é auxiliar no desenvolvimento da criança por meio do contato, da relação estabelecida com o cavalo e do movimento que o animal proporciona na montaria e fortalecer a organização de funções cognitivas complexas como a atenção, memória e linguagem. (CRUZ, apud ZAMO e TRENTINI, 2016) Malta (apud ZAMO E TRENTINI, 2016) explica que a compreensão verbal e o esquema corporal também podem ser estimulados com a nomeação e comparação das partes do corpo da criança e do cavalo.

Medeiros e Dias (2003) também acreditam que a equoterapia promove o desenvolvimento da criança acarretando uma melhora psicossocial. Isso se dá porque o praticante se sente motivado, aumentando seu grau de concentração provocando maior participação e interação durante as sessões. Desta maneira, há um aumento nas habilidades da criança que se torna mais segura e confiante, adquirindo uma melhor autoestima e autocontrole. A criança desenvolve maior iniciativa e independência, o que reflete em melhores relacionamentos de seu entorno social. “Nessa terapia, o cavalo é relevante, pois exerce um papel de agente de reabilitação e educação.” (CUNHA et al., 2016, p.179)

2.1 O trabalho do psicólogo na equoterapia

Enquanto trabalhava nessa área percebi diversas diferenças deste ofício que, em comparação com a psicologia clínica, é uma prática nova, pouco conhecida e pouco difundida. É justamente por conta destas diferenças que este trabalho é tão inovador e compensador. “Há características do picadeiro e da interação entre praticante e cavalo que são demandas da atividade equestre e pouco replicáveis no consultório.” (ZAMO e TRENTINI, 2016, p.93)

Para começar o local de atendimento ou ‘setting’, em que se realizam as sessões de equoterapia, é bastante diferente da habitual sala de atendimento do psicólogo. As sessões de equoterapia são realizadas ao ar livre normalmente em centros hípicas. O praticante, psicólogo e demais membros da equipe vestem roupas adequadas para equitação e o manejo do cavalo. (RIBEIRO, 2002)

As sessões de equoterapia geralmente duram por volta de 30 a 45 minutos e são estruturadas mediante a necessidade de cada praticante. Há um planejamento para as sessões e um ou vários objetivos a serem alcançados com este método. (MEDEIROS e DIAS, 2003)

Muitas vezes quando as famílias chegam no centro equestre e esperam o atendimento das crianças, não há atividades para entreter as crianças. Esta espera pode causar nas crianças e seus familiares sentimentos como ansiedade e irritação o que pode levar a questões como birras, choros e desentendimentos. Ward et al. (2013) explica que no local do atendimento em equitação terapêutica havia atividades com estações sensoriais que incluíam um recipiente com serragem, para tocar e sentir como é a cama do cavalo, bolas texturizadas para apertar e cavalos de pelúcia para escovar com escovas de cavalos reais.

Cada sessão de equoterapia tem uma estrutura e é dividida em três partes. A primeira parte é de aproximação do cavalo em que se propicia a criação do vínculo com o animal. Neste momento o praticante pode alimentar, limpar, e encilhar o cavalo com o material apropriado para aquela criança. Em seguida há a fase da montaria em que o praticante anda a cavalo, em uma pista ou arena, com todos os profissionais em volta do cavalo. Por fim há a fase da separação com atividades de solo que podem ser de retirada do material do cavalo, dar banho e guiar o cavalo à sua baia dentro da cocheira. (MEDEIROS e DIAS, 2003)

Para Ward et al. (2013) cada sessão consiste em 4 partes: Orientação, Equitação, Técnicas de Equitação e Fechamento. A orientação se dá no começo de cada sessão com atividades sensoriais no chão. Estas atividades podem ser: a criança ter contato com serragem que é utilizada no chão das baias como cama para o cavalo, segurar a corda do cabresto para conduzir o cavalo, colocar alimento como: cenouras, maçãs ou ração no balde para alimentar o cavalo, tocar e escovar o cavalo.

A segunda parte é da equitação e se inicia quando o psicólogo ou auxiliar-guia já revisou todos os quesitos de segurança e o praticante monta a cavalo. Nesta fase a criança é incentivada a se manter em silêncio para se acostumar ao movimento do cavalo, ao ambiente e para relaxar. No momento de técnicas de equitação há o enfoque na equitação com comandos do cavaleiro ao cavalo e jogos e atividades que façam parte dos objetivos daquela sessão. (WARD et al., 2013)

A última parte ou fechamento inclui jogos de socialização, a descida do cavalo, o agradecimento ao cavalo e à equipe e a retirada e devolução do equipamento de segurança como o capacete. (WARD et al., 2013)

É importante deixar claro que o profissional que trabalha com equoterapia deve ser graduado nas áreas da saúde ou da educação, já que a equoterapia é um método e não uma profissão. Por isso o profissional que trabalhar com equoterapia não pode ser nomeado de ‘equoterapeuta’, pois deve ser um profissional da área da saúde ou educação que está habilitado neste método. (WALTER, 2013)

Agora que a diversas questões acerca das sessões de equoterapia estão claras vamos ao papel do psicólogo durante cada sessão. Ribeiro (2002) explica que o papel do psicólogo na equoterapia deverá ser focado nos sintomas e alterações de comportamento que representam um distúrbio emocional ou mental do praticante. Apesar de tantos elementos diversos que compõe os atendimentos na equoterapia o foco dos atendimentos sempre é o praticante. Os instrumentos utilizados em sessão e tudo que é realizado deverá ser planejado pensando no praticante.

Medeiros e Dias (2003) explicam que é papel do profissional fazer a avaliação e escolher o que é importante para aquele praticante naquele momento, fazer um plano com o que se quer alcançar durante as sessões, atuar de maneira específica, e interagir com a equipe. Ward et al. (2013) complementa dizendo que antes de cada sessão os objetivos traçados eram conversados entre a equipe, todos viam a montagem da arena e o time discutia eventos positivos e preocupações sobre a sessão da semana anterior.

Durante as sessões existe uma equipe técnica com diversos profissionais que estão em volta do cavalo ao mesmo tempo. O psicólogo tem, em geral, o auxiliar-guia que se posiciona à frente do cavalo e cuida das questões referentes ao cavalo. Normalmente há um ou dois profissionais laterais que se posicionam ao lado do cavalo. Segundo Ward (2013) o auxiliar-guia é responsável por manter a segurança e o controle do cavalo e os profissionais laterais caminham de cada lado do cavalo dando assistência quando solicitados pelo profissional.

O psicólogo que trabalha com equoterapia segue a linha teórica de sua escolha e a adapta ao setting. Muito diferente do trabalho do psicólogo no consultório, na equoterapia há um cavalo que deve ser incluído nas sessões enquanto recurso terapêutico e todo o ambiente com o espaço físico, todos os profissionais envolvidos e a estrutura das sessões, que são planejadas com antecedência e pensadas nas necessidades e individualidades de cada paciente que procura equoterapia. RAMOS et al. (2016) explica que a participação do animal deve ser em função das necessidades e questões do paciente.

Deve-se levar em consideração, quando desenvolvemos um trabalho de TAA em um processo terapêutico, que os objetivos relacionados à participação do animal variam em relação aos problemas apresentados pelo paciente e em razão da abordagem teórica do terapeuta. Cada abordagem psicológica apresenta suas justificativas teóricas para a participação de um animal no processo terapêutico (...) (RAMOS et al., 2016, p.228)

Ainda é função do psicólogo, como na psicologia clínica, frequentar supervisões e grupos de estudos. Por conta de tantas variáveis o psicólogo precisa do apoio das supervisões para alterar objetivos e crescer enquanto profissional. A educação continuada com grupos de estudos e cursos deve ser feita pelo psicólogo independente da abordagem ou método.

2.2 Equoterapia: um método terapêutico no tratamento de crianças com autismo

A terapia assistida por equinos tem se mostrado eficiente para o tratamento de crianças com diversas dificuldades e problemas de desenvolvimento. Esse método se mostra muito eficaz para crianças com autismo, pois Segundo Harris e Williams (2017) a experiência de andar a cavalo que inclui tocar o cavalo, e sentir o balanço do ritmo deste, pode ajudar a reduzir a sintomatologia e a hiperatividade presentes em crianças com autismo.

Os cavalos também são ferramentas valiosas para reduzir a ansiedade em crianças com autismo. O movimento rítmico do cavalo pode acalmar a criança e fazer com que os estímulos do ambiente não pareçam tão ameaçadores. Os cavalos também podem auxiliar as crianças com autismo a entenderem melhor o impacto e as consequências de seus movimentos de uma maneira bastante concreta já que o cavalo responde aos movimentos corporais do cavaleiro. (HARRIS e WILLIAMS, 2017)

Temple Grandin, pesquisadora e pessoa com autismo, afirma que crianças com autismo e cavalos pensam de maneira semelhante, em imagens ou vídeos. Temple relata que ela pensa em imagens e os cavalos pensam em memórias baseadas nos seus sentidos: memórias visuais, de olfato, de toque e auditivos. Outro fator que as crianças com autismo e os cavalos tem em comum é que veem apenas os detalhes de uma situação e não conseguem formar a imagem da situação ou evento como um todo. (LAMB, 2015)

Um dos meus alunos falou que cavalos não pensam, eles só fazem associações. Se fazer associações não é considerado pensar, eu teria de concluir que eu sou incapaz de pensar. Pensar em padrões visuais e fazer associações é simplesmente uma forma diferente de pensar comparado ao pensamento verbal linear. Essas são as vantagens e desvantagens dos dois tipos de pensamento. Pergunte para qualquer artista ou contador. (GRANDIN, 1995, p.173, tradução nossa)

Temple Grandin, relata que não tem o pensamento verbal linear, mas pensa em imagens e faz associações com estas. Lacan descreve os signos como esse tipo de pensamento. As pessoas com autismo sofisticam a linguagem dos signos. Segundo Lacan (2003) o signo é alguma coisa que representa algo para alguém, mas não tem um significado já que esta é a função do significante.

Um signo - dizem-nos - é representar alguma coisa para alguém, o alguém está lá como suporte do signo. A primeira definição que podemos dar de um alguém, é alguém que está acessível a um signo. E a forma, a mais elementar, se podemos nos exprimir assim, da subjetividade. Não há objeto algum aqui ainda, há outra coisa, o signo, que representa esta alguma coisa para alguém. (LACAN, 2003, p.63)

Além da similaridade com a forma de pensar entre crianças com autismo e cavalos, Grandin também acredita que há a predominância do sentimento de medo em comum. O cavalo, enquanto presa, sente medo e as crianças com autismo, segundo a experiência de vida da Temple, sentem medo, muito mais do que confusão. (GRANDIN, 2019)

Temple também explica que tanto para os cavalos quanto para as crianças com TEA se houver um evento que foi um input exacerbado dos sentidos, como um barulho muito alto, isso pode ser demais para a criança e para o animal suportarem. Ela chama isso de “sensory based thinking” que é o pensamento baseado nos sentidos e sentimentos. (GRANDIN, 2019) Quando há o exagero do que é possível suportar a criança pode chegar a desligar, ou “shutdown”. O medo seguinte que é criado não é em relação ao que aconteceu, mas no que a criança ou cavalo viu ou sentiu no momento do ocorrido. Assim, se a criança se assusta com algo e no mesmo instante vê seus sapatos, a partir deste momento ele sempre terá medo de seus sapatos. Para não fazer com que a criança ou cavalo chegue em seu limite é necessário ser insistente de maneira carinhosa. (LAMB, 2015)

O cavalo tem uma forma de olhar para as pessoas que é furtiva, tranquila e sem demandar nada do outro. O cavalo tem um campo de visão de quase 360 graus e seu olhar é percebido pelos humanos por conta de sua orelha que aponta na direção do que ele está focado naquele momento. (TEMPLE GRANDIN, 2010) Assim o olhar do cavalo não é intrusiva e não oferece um risco para uma possível super estimulação de uma criança com autismo o que pode causar birras e consequentemente o fechamento da criança. A forma como o cavalo olha para os outros é outro ponto positivo para crianças com autismo praticarem terapias assistidas por equinos.

2.3. Por que um Cavalo?

O cavalo foi escolhido como animal para esta pesquisa, em vez de outros animais comumente utilizados em terapias, por algumas razões.

A primeira razão é histórica ressaltada em diversas publicações. Segundo Walter (2013) historicamente o cavalo já foi caçado para servir de alimento ao homem, foi utilizado como animal de tração e foi utilizado em guerras. Severo (1997) destaca a importância do cavalo na história da equitação desde o século XV na Itália passando pela Cavalaria Francesa e a Alta Escola Inglesa onde os cavalos eram utilizados com fins militares e práticos. Avila (2016), por sua vez, afirma que o cavalo, que é um animal pacífico, também foi importante na mitologia e fornecia transporte. Hoje, Avila (2016) afirma que o cavalo demonstra sua importância no esporte, em terapias diversas e para o lazer. Para Severo (1997) atualmente o cavalo tem o seu espaço no cenário esportivo como: corridas, caça e rodeios.

O segundo motivo é pela morfologia do animal. Por ser um animal grande o cavalo pode ser montado, fornecendo múltiplas possibilidades às sessões. O cavalo, quando está ao passo, proporciona à criança, que está montada, o movimento multidirecional e tridimensional. “Esse movimento é transmitido ao cavaleiro, quando montado, provocando nele, múltiplas reações reflexas de endireitamento e modificações tônicas, ativadoras ou inibidoras de tensões.” (SEVERO, 1997, p.148) Severo lista outros benefícios físicos da montaria que são: o relaxamento, conscientização do próprio corpo, aumento da força muscular, melhora do equilíbrio e coordenação motora. O cavalo proporciona além de benefícios físicos a melhora na autoconfiança, autonomia e autoimagem da pessoa. (SEVERO, 1997)

A terceira razão se dá por conta de seu comportamento e forma de comunicação. Os cavalos são presas, e não predadores, como os cachorros e os gatos, que são animais comumente utilizados em atividades terapêuticas. (VIDRINE et al. 2002)

Cavalos, diferente de cachorros, são animais grandes, presas, vivem em manadas que podem estar envolvidos em terapia por uma variedade de razões incluindo suas formas únicas de comunicação não verbal pela linguagem corporal e suas habilidades para prestar atenção a pequenos detalhes. (FINE, 2018, p.144, tradução nossa)

Walter (2013) também ressalta que o cavalo é um animal herbívoro, que vive em manadas e tem uma forma complexa de interagir com outros cavalos. O cavalo, segundo Avila (2016) é um bom instrumento terapêutico porque tem boa capacidade de expressão, sendo que fica claro como está se sentindo, já que expressa medo, irritação, atenção e incômodo. Os cavalos oferecem “feedback imediato, imparcial e não-verbal e fazem isso de uma forma

grande. Quando eles ‘espelham’ a linguagem corporal e sentimentos de volta para o cliente, é difícil não prestar atenção.” (VIDRINE et al., 2002, p.595, tradução nossa)

Monty Roberts (1996), domador de cavalos americano, afirma que os cavalos tem uma linguagem própria que ele chamou de ‘Equus’. “O cavalo tem uma língua previsível, reconhecível e efetiva. A coisa mais incrível sobre essa língua é que o animal não precisa de intérpretes.” (p.315) Monty afirma que o homem pode aprender a decodificar essa língua e se comunicar com o equino, já que ele mesmo a utiliza em seus processos de doma. Conhecer a língua dos cavalos para as crianças atendidas em equoterapia é interessante para enriquecer as sessões e manter a segurança de todos.

2.3.1. Como deve ser o cavalo de equoterapia

Os cavalos, que trabalham nas terapias assistidas por equinos, devem ter temperamentos calmos e movimentos mais lentos e firmes. (GRANDIN et al. Apud HARRIS e WILLIAMS, 2017) Algumas outras características importantes para os cavalos que assistem às terapias são: já devem estar acima dos 10 anos para serem mais calmos, terem até 1,50 de altura para facilitar a interação entre terapeuta e praticante, ter boa índole, ser dócil e de fácil manejo, estar bem treinado para ser montado dos dois lados e não ter alterações estruturais que podem interferir na estimulação física enviada ao paciente. (CUNHA et al., 2016)

Além das considerações feitas acima sobre características gerais do cavalo de equoterapia, ao assinalar os cavalos às crianças Ward et al. (2013) explica que o terapeuta deve ter experiência nesta tarefa e considerar uma série de características dos cavalos em relação às necessidades das crianças. Quesitos como o tamanho, como altura e largura, e a movimentação do animal levando em conta a amplitude dos passos e o grau de estabilidade providenciado ao cavaleiro. Crianças que tem medo devem montar em cavalos mais calmos, com movimentação estável e crianças com necessidade de maior estimulação sensorial devem ter cavalos com maior energia e amplitude de movimento.

Outra característica a ser considerada é a resposta do cavalo em relação aos movimentos e solicitações do cavaleiro. “Por exemplo se uma criança gritava alto aleatoriamente, um cavalo quieto com alta tolerância para barulho era selecionado.” (WARD et al., 2013, p.2193)

3. O Autismo Infantil

O autismo infantil é contemplado aqui já que a participante desta pesquisa é uma criança com autismo. Trabalhei por muitos anos em uma hípica com equoterapia e as crianças com autismo que ali atendi ao mesmo tempo me confundiam e emocionavam. Estas crianças me causavam mistério por seu modo de se relacionarem com o mundo além de muitas vezes me frustrarem imensamente. Presenciei, com essa experiência em equoterapia, progressos e mudanças impressionantes, nas crianças que atendi, proporcionados pelos cavalos, que jamais imaginaria ver. Assim, por acreditar neste trabalho e nos benefícios proporcionados pelos cavalos, as crianças com autismo foram escolhidas como participantes da pesquisa.

A criança desta pesquisa frequenta uma escola regular. Recentemente a Lei número 13.146, de 6 de Julho de 2015 assegura o acesso à educação para crianças com deficiência.

No Brasil a recente conquista da educação inclusiva garantiu lugar para as crianças e adolescentes com diagnóstico de autismo dentro das salas de aula regulares, ampliando significativamente a necessidade do debate sobre tratamentos que viabilizem seu aprendizado e o estabelecimento do laço social. (BIALER, 2017, p.14)

Diversos autores descrevem diferentes níveis e tipos de autismo ao longo do tempo. As edições do Manual DSM anteriores ao atual separavam as diversas classificações de autismo. Em 2013, com o lançamento do DSM-5 ou Manual de diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, as diferentes classificações de autismo foram reunidas dentro de uma mesma denominação que é o TEA ou Transtorno do Espectro do Autismo, F84. (DSM-5, 2014)

O DSM-5 define o TEA como:

As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critérios C e D) (DSM-5, 2014, p.53)

3.1 Autismo e epilepsia

Estela, que é a criança participante deste estudo de caso, tem epilepsia. O estudo ocorreu em 2019 e a mãe de Estela relata que sua filha teve seu último episódio epilético importante em 2018.

No DSM-V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) a epilepsia está listada como um especificador de condição médica dentro do TEA, Transtorno do Espectro do Autismo.

As condições médicas normalmente associadas ao transtorno do espectro autista devem ser registradas no especificador “condição médica ou genética conhecida ou a fator ambiental”. Tais condições médicas incluem epilepsia, distúrbios do sono e constipação. Transtorno alimentar restritivo/evitativo é uma característica que se apresenta com bastante frequência no transtorno do espectro autista, e preferências alimentares extremas e reduzidas podem persistir. (DSM-V p.59)

Segundo Schwartzman (2011) alguma forma de um distúrbio de epilepsia se dá de 5% a 42% dos casos de crianças com autismo. (GARCIA-PEÑAS; MUÑOZ-YUNTA; PALAU-BADUELL; SALVADO-SALVADO; VALLS-SANTASUSANA; ROSENDO-MORENO; CLOFENT-TORRENTO, apud SCHWARTZMAN) Schwartzman explica que a epilepsia pode se apresentar desde o primeiro ano de vida da criança até a adolescência e pode se manifestar como uma crise típica ou um espasmo. Ele explica que a variação é tão grande por conta da população estudada, pelo conceito de autismo utilizado pelos pesquisadores, e pela “variabilidade fenotípica dessas condições”. (p.131) Schwartzman defende que o autismo e a epilepsia tenham uma origem comum por isso a ocorrência frequente de autismo e epilepsia, mas afirma que nas pesquisas apresentadas há bastante variabilidade fazendo com que seja muito difícil fazer qualquer tipo de correlação entre epilepsia e autismo. (SCHWARTZMANN, 2011)

Já Amiet et.al (2008) percebem que há uma associação de autismo e epilepsia com o sexo da criança. A epilepsia é mais comum em meninas do que em meninos com autismo. Em seu estudo de revisão de literatura de artigos de 1963 a 2006 encontraram a prevalência maior de epilepsia 2:1 em meninas do que em meninos com autismo.

A prevalência agrupada de epilepsia era de 34.5% em indivíduos do sexo feminino versus 18.5% em indivíduos do sexo masculino. Assim, a proporção do sexo masculino:feminino de autismo com a comorbidade de epilepsia estava quase em 2:1, entretanto a proporção masculino: feminino de autismo sem epilepsia estava perto de 3.5:1 (AMIET et al. 2008, p.580, tradução nossa)

Schwartzman chama a atenção ao leitor para o tipo de medicação que está sendo administrada à criança com autismo já que alguns medicamentos frequentemente receitados podem ter efeitos colaterais que ocasionam convulsões e alguns medicamentos anticonvulsivantes podem agravar o comportamento da criança com autismo. (SCHWARTZMANN, 2011)

3.2. Um pouco da história do autismo segundo a Psicanálise

Como há uma extensa produção teórica disponível em psicanálise, não proponho aqui fazer uma longa descrição de tudo o que já foi escrito sobre o autismo. Autores com maior importância para a história do autismo e para esta pesquisa foram escolhidos como referências históricas.

O psiquiatra infantil Leo Kanner foi o primeiro a utilizar o termo autismo para descrever uma síndrome que ele acreditava ser congênita em seu artigo "*Autistic disturbances of affective contact*", na revista *Nervous Children*. Segundo Maleval (2017) a palavra autismo foi utilizada pela primeira vez por Eugen Bleuler em 1911 para descrever “o retraimento do sujeito num mundo interior autoerótico” (p.2) no tratamento de pessoas com esquizofrenia.

Em seu artigo, Kanner (1943) descreve 11 casos de crianças, com menos de 11 anos, que foram acompanhadas por cinco anos. Ele descreve suas histórias de vida, constelações familiares e peculiaridades, e identifica o autismo como síndrome presente nessas crianças. Nesse texto Kanner descreve como principais características do autismo: a solidão e a imutabilidade. Ele descreve a solidão como a falta de resposta a tudo que se origina do mundo exterior. “As crianças do nosso grupo tem mostrado solidão extrema desde o começo da vida, sem responder a nada que chega a elas do mundo exterior.” (KANNER, 1943, p.248, tradução nossa)

Maleval (2017) também descreve a solidão no autismo de Kanner:

A relação da criança autista com as outras é muito particular. Ela não lança sobre elas nenhum olhar interessado, passa ao lado sem tentar entrar em contato; as relações que ela, às vezes, pode estabelecer são fragmentárias- escolhe a outra, mas não espera por ela, nem compartilha, nem interage. Não mostra reação alguma ao desaparecimento dos pais e parece ignorá-los. Não participa de nenhum jogo coletivo com as outras crianças. (MALEVAL, 2017, p.45)

A imutabilidade é descrita por Kanner como tudo no mundo das crianças autistas tem que ser composto dos mesmos elementos, nos mesmos lugares e sequência, e essa posição e ordem não poderá ser alterada, nem os elementos originais também não podem ser alterados, mas devem ser mantidos em mesma ordem espacial e cronológica.

“O mundo deles deve parecer a eles ser composto de elementos que, uma vez que eles tenham experimentado em certo ambiente ou sequência, não pode ser tolerado em qualquer outro ambiente ou sequência; nem o ambiente ou sequência pode ser tolerado sem todos os ingredientes originais em uma ordem espacial ou cronológica idêntica.” (KANNER, 1943, p.249, tradução nossa)

A síndrome descrita pelo pediatra Hans Asperger, em 1944, tem diversos pontos em comum com a descrita por Leo Kanner. Os médicos não se conheciam e escreveram na mesma época. Segundo Maleval (2017) Asperger estudou mais de 100 crianças em 10 anos e as crianças observadas são em geral mais velhas que as de Kanner. As crianças de Asperger se expressavam e falavam, enquanto muitas crianças que foram atendidas por Kanner não falavam. Asperger considerava que o sintoma principal estava nas dificuldades das relações sociais. Maleval relata que tanto Kanner quanto Asperger percebem a importância de alguns objetos inanimados para as crianças, como elas conseguem viver, comer e dormir apenas com certos objetos e como esses objetos entretêm as crianças por horas. (MALEVAL, 2017)

Para pensar sobre o autismo é necessário retomar o desenvolvimento infantil começando com bebês já que o autismo se instaura na primeiríssima infância.

Frances Tustin e Margaret Mahler descrevem um momento do desenvolvimento normal que reconhecem como autístico. Para Tustin (1975) o estado de autismo normal ou autismo primário é o início da emergência do eu, ou self. Nesse estágio o bebê não consegue diferenciar entre o que está dentro e fora de seu corpo e não percebe o mundo externo como separado de seu corpo. Nesse momento o corpo do bebê não é sentido como total e unificado e provavelmente os diversos órgãos são sentidos como totais sem ligação entre si, assim, as mãos, por exemplo, são separadas e não unidas ao corpo.

Para Mahler (1989) a fase autista normal, se dá desde o nascimento até os 2 meses de vida do bebê, aproximadamente, antes da fase simbiótica. Mahler (1989) descreve esse estágio que é o do começo da vida do bebê onde ele não distingue entre realidade externa e interna nem entre si e as pessoas e objetos inanimados que o cercam e vive mergulhado em um mundo de estímulos internos e externos.

Segundo Tustin (1975) a saída do estado autístico primário se dá aos poucos, em que características inatas do bebê e os cuidados da mãe com as funções corporais, higiene e aparência do bebê facilitam a criação de processos mentais onde o corpo se torna integrado. É pelas experiências de satisfação quando o bebê se sente confortável nos braços de sua mãe ou quando mama no seio que o bebê é capaz de ter um sentimento de ligação primária que irá conduzir à integração psicológica. Com a introjeção e identificação do bebê com sua mãe há o início da possibilidade de o bebê diferenciar entre si e o outro. Com isso há o início da formação da psique em que a criança é capaz de representar, aprender e colocar em prática, sonhar, pensar e representar. Sem o sentimento de ligação primária citado acima haverá a perda dos processos de centralização do corpo e a falha da integridade básica essencial para se inserir na realidade externa.

Para Mahler (1989) no desenvolvimento da criança após a fase autística normal há a fase simbiótica. Nessa fase o ego rudimentar começa a se diferenciar e o bebê começa a ter uma vaga consciência que existe uma diferença entre ele e o mundo externo. “Isto ocorre na matriz das sequências de gratificação-frustração oral na situação normal dos cuidados maternos” (p.53) Em seguida, no desenvolvimento normal, há a fase de separação-individuação.

Mahler (1989) explica que para que o ego possa se estruturar e o sujeito chegar em sua individuação e sentimento de individualidade existem duas condições necessárias. Primeiro os estímulos internos e externos não devem ser sentidos pelo bebê como demasiadamente fortes e persistentes, que impeçam a formação da estrutura, e a mãe, ou aquele que cumpre o papel na simbiose, deve organizar e diferenciar entre o mundo interno e externo para conseguir formar limites. Mahler afirma que no autismo infantil precoce uma das maiores dificuldades é que o bebê não percebe sua mãe. Ele também não diferencia entre mundo interno e externo, e seu próprio self como algo separado do ambiente.

Segundo Tustin (1975) para se instaurar o autismo patológico houve uma falha dos pais e pessoas do entorno do bebê em que os cuidados necessários para aquele bebê não foram supridos ou por conta de uma desorganização ou bloqueio o bebê que não pode entender ou aceitar os cuidados dos pais. Assim, o bebê poderá se manter nos processos autísticos primários do estado de autismo normal, não conseguindo emergir desse estágio de não-distinção entre realidade externa e interna ou ele poderá regredir para esse estágio. “(...) uma criança em estado de autismo parece centrada em si mesma, já que pouco reage ou responde ao mundo que a rodeia. Mas, paradoxalmente, uma criança nesse estado não se dá conta, em verdade, do que ser um eu (self) significa.” (TUSTIN, 1975, p.9)

Tustin afirma que o autismo patológico é muito diferente do autismo primário normal, já que o autismo patológico é mais rígido, menos receptivo e há uma perseveração maior. “(...) o autismo normal é, como estado, anterior à capacidade de pensar (pré-pensamento), ao passo que o autismo patológico é um estado de antipensamento.” (TUSTIN, 1975, p.11)

Mahler (1989) também entende que o autismo é uma fixação ou uma regressão ao estado autístico normal que ocorre no começo da vida do bebê. Margaret Mahler descreve a psicose autista infantil em que a mãe não é percebida pelo bebê “como figura representativa do mundo externo” (p.26) A mãe não é diferenciada de objetos inanimados, é um objeto parcial e não tem catexias específicas. (MAHLER, 1989)

Mahler (1989) entende o autismo como um tipo de psicose infantil e explica que no autismo a mãe do bebê nunca foi vista como “figura representativa do mundo externo” (p.26) e não foi percebida emocionalmente pelo bebê como pessoa. A criança com autismo não

percebe a mãe com afeto e não a diferencia de objetos inanimados de seu convívio. Ela formula que o autismo precoce se instaura em crianças como uma “atitude de defesa básica” (p. 34) já que vínculos emocionais não foram formados com a mãe e o enfrentamento de estímulos externos e excitações internas são sentidas como ameaçadoras de sua existência. “(...) parece que esses pacientes experimentam o mundo externo como fonte intolerável de irritação sem qualificação específica ou adicional.” (MAHLER, 1989, p.34)

Tustin postula o autismo secundário patológico que segundo ela é causado pelo sentimento de falta de algo muito importante e frustração enorme sem que haja qualquer maneira de satisfazer essas emoções. Essa vontade de satisfação que não é possível, só aumenta o sentimento de frustração. O sintoma mais comum e conhecido do autismo secundário é “(...) a impressão de que a criança se sente quase permanentemente ‘confortável’ reflete aquele sentimento de satisfação consigo própria e de pseudo-auto-suficiência, tão característico dos processos autísticos (...)” (TUSTIN, 1975, p.72)

Para todos os tipos de autismo patológico que Tustin descreve há um gatilho para instaurar o autismo que é a depressão psicótica. Ela descreve essa depressão como, “(...) vivências bucais de ‘buraco’, geralmente associadas a sentimentos de terror, de incapacidade de se bastar a si mesmo, e de ser defeituoso.” (TUSTIN, 1975, p.83)

Segundo Laznik (2004) em bebês autistas também há algo que não vai bem na relação mãe-bebê. Para explicar esta dificuldade na relação mãe-bebê ela utiliza a teoria de Freud dos três tempos do circuito pulsional. Esta teoria está melhor descrita abaixo no capítulo item 4.1. O primeiro tempo, chamado ativo, é quando o bebê busca um objeto oral como a mamadeira e se apropria dele. O segundo tempo é quando o bebê chupa seu dedo ou uma chupeta demonstrando capacidade auto-erótica. O terceiro tempo que finaliza o circuito, é da satisfação pulsional, em que o bebê se faz de objeto para outra pessoa e assim brincar e sentir prazer junto com sua mãe. Um exemplo deste momento, é quando o bebê oferece seu pé para sua mãe morder e a mãe morde e diz como é gostoso aquele pé, brincadeira muito prazerosa para o bebê e sua mãe.

Em bebês com autismo não há o circuito pulsional completo, pois não ocorre o terceiro tempo do circuito pulsional, com o prazer compartilhado entre o bebê e sua mãe. Sem a realização do circuito pulsional completo o corpo da criança não se constrói, do ponto de vista psíquico, não tendo uma imagem corporal, assim também há a ausência da construção do corpo erógeno e da sexualidade infantil. (LAZNIK e PELABON, 2017)

Houve muitos estudos e tentativas de encontrar uma causa biológica para o autismo, mas nenhuma foi determinada até o presente momento. Segundo Maleval (2017) os estudos

epigenéticos consideram os fatores ambientais no intuito de encontrar uma causa genética para o autismo.

No começo do estudo e da classificação do autismo acreditava-se que estava inserido na psicose infantil, mas hoje Rosine e Robert Lefort entendem que possa haver a existência de uma quarta estrutura ou estrutura autística como as estruturas da psicose, neurose e perversão. Kupfer (2000) ressalta que na estrutura autística houve uma falha na função materna, diferente da psicose onde houve uma falha na função paterna.

A partir do colapso da função materna, muitos poderão ser os efeitos. Poderá ocorrer uma inoperância radical da função e do desejo maternos, o que resultará em uma ausência de imagem do corpo, já que o principal dessa função é a construção do mapa libidinal do corpo. Nesses casos, estaremos diante do autismo infantil precoce. (KUPFER, 2000, p.101)

Atualmente existem não só psicanalistas, mas pessoas com autismo, como própria Temple Grandin mencionada acima, escrevendo livros sobre seus modos de funcionamento, como pensam e porque reagem de certas maneiras em certas situações.

Assim já se teorizou muito sobre o autismo infantil, mas ainda há muito para estudar e aprender. Tudo isso serve para contribuir não só para a psicanálise, mas especialmente para as crianças e suas famílias.

4. O instrumento APEGI e sua origem

Conforme destacado na introdução e com mais profundidade no método, o instrumento escolhido para observar as influências e efeitos do trabalho de equoterapia, na criança participante, foi o roteiro APEGI.

O APEGI ou Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições que é um roteiro de leitura do desenvolvimento psíquico de uma criança a partir dos quatro anos de idade. O objetivo em usar o APEGI não é o de encontrar diagnósticos, mas fazer uma leitura do processo de constituição subjetiva da criança e de seu desenvolvimento.¹ O instrumento APEGI é novo está validado. (KUPFER; BERNARDINO; SILVA, 2020)

O APEGI é um protocolo baseado na AP3 ou Avaliação Psicanalítica aos 3 anos e foi desenvolvido para ampliar o uso da AP3 e para validar cientificamente a metodologia psicanalítica do estudo de caso. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018) A AP3 por sua vez foi desenvolvida a partir do protocolo IRDI ou Indicadores clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil. (KUPFER et al., 2009)

A criação do IRDI se deu por conta de um pedido do Ministério da Saúde no ano de 2000. Este pedido veio ao encontro de diversos estudos que foram publicados como o relatório da OMS em 2001 evidenciando os números alarmantes de crianças com problemas de desenvolvimento e transtornos mentais na primeira infância em países em desenvolvimento. Em 2004 a Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo, Fapesp, também apoiou a pesquisa IRDI que se encerrou em 2008. (KUPFER et al., 2009)

O instrumento IRDI foi criado para que profissionais da saúde possam detectar problemas de desenvolvimento e risco psíquico durante a primeira infância, em bebês até os 18 meses. A proposta é que pediatras, e profissionais da saúde em geral, possam aplicar os 31 indicadores clínicos em consultas regulares para detectarem sinais de risco psíquico do desenvolvimento infantil. (KUPFER e VOLTOLINI, 2008) Assim, é um instrumento que pode ser aplicado por profissionais da saúde em geral e não apenas psicanalistas já que detecta sinais de sofrimento e sintomas, e com intervenção clínica adequada, favorece o desenvolvimento infantil. (CAMPANA, 2013)

Os instrumentos IRDI, AP3 e APEGI são baseados na psicanálise nas teorias de Sigmund Freud, Jacques Lacan, Donald Winnicott e François Dolto. Por existirem teorias

¹ O uso do APEGI aliado à equoterapia é uma adaptação do instrumento a um lugar não-convencional para aplicação, mostrando a flexibilidade do instrumento, criando assim um dispositivo novo.

diversas de desenvolvimento entre os teóricos de referência a noção de desenvolvimento da criança é a de que existem dois processos que acontecem ao mesmo tempo que são “de um lado, incidem os processos maturativos de ordem neurológica e genética, e de outro lado, os processos de constituição do sujeito psíquico.” (KUPFER et al., 2009) Na construção dos instrumentos IRDI, AP3 e APEGI privilegiou-se os processos de constituição do sujeito psíquico.

Segundo Kupfer et al. (2009) O sujeito psíquico é entendido como “uma instância psíquica inconsciente” que é construído pela história da família, de um povo, dos pais e de seu desejo, da cultura e da linguagem e dos acontecimentos da história de vida daquela criança.

Os indicadores do IRDI e da AP3 foram construídos pelo Grupo Nacional de Pesquisadores, o GNP, e os eixos onde os indicadores se encontram são o que se espera das diferentes operações psíquicas da primeira infância com base na teoria psicanalítica (KUPFER e VOLTOLINI, 2008) “Tendo como parâmetro inicial o que entra em jogo no laço entre mãe e filho, destacaram-se observações significativas dos diferentes tempos, nos quais está em jogo a construção da imagem corporal, do circuito pulsional e da inscrição simbólica, para determinar o que seria esperado em cada período da constituição do sujeito.” (KUPFER e VOLTOLINI, p.95)

O instrumento IRDI é inovador por avaliar a constituição do sujeito psíquico pelo relacionamento pais-bebê e não apenas o desenvolvimento maturacional, como o psicomotor. (CAMPANA, 2013) A observação dupla mãe-bebê e os comportamentos envolvidos neste são o foco do IRDI. (MACHADO et al., 2014)

O IRDI, a AP3 e o APEGI são protocolos organizados por eixos e dentro de cada eixo existem indicadores que podem ser verificados e avaliados. Os eixos que norteiam o instrumento IRDI e sinalizam a instalação do sujeito psíquico são: suposição de sujeito, estabelecimento da demanda, alternância presença/ausência e função paterna. (KUPFER et al., 2009)

A suposição de sujeito é feita pela mãe ou cuidador em relação ao seu bebê onde há a antecipação de um sujeito psíquico no bebê que ainda não está constituído. A formação desse sujeito psíquico depende dessa antecipação feita pela mãe ou cuidador para que se efetue. É aqui que a mãe fala de maneira musical e jubilatória com seu bebê ou o manhês. (KUPFER et al. 2009)

O estabelecimento da demanda é um eixo que compreende a demanda de amor que a criança faz em relação a sua mãe ou cuidador presente no choro, por exemplo. A linguagem e

a forma de se relacionar com os outros tem como origem o estabelecimento da demanda. (KUPFER et al., 2009)

O eixo alternância presença/ausência compreende as ações da mãe ou cuidador. A ausência materna é importante para que a criança possa “desenvolver um dispositivo subjetivo para a sua simbolização” (KUPFER et al., 2009) A presença da mãe não é apenas concreta, mas simbólica.

No eixo função paterna objetiva-se encontrar os efeitos da função paterna ou a terceira instância na dupla mãe-bebê. Essa instância organiza a forma como a mãe lida com seu bebê já que transmite cultura. Espera-se que a função paterna exerça uma separação simbólica da mãe e do seu bebê para que o bebê possa se diferenciar em relação ao corpo de sua mãe e não permanece apenas como objeto de satisfação do desejo da mãe. (KUPFER et al., 2009)

Os eixos do APEGI são baseados nos textos de Jacques Lacan, Françoise Dolto e Donald Winnicott e são compostos do que se espera encontrar no funcionamento psíquico de uma criança a partir dos quatro anos, ou seja, as operações formadoras do psiquismo. Os eixos que norteiam o IRDI fazem parte de uma etapa anterior do desenvolvimento e entende-se que o APEGI compreende uma etapa posterior sendo que aos quatro anos a criança é capaz de novas habilidades. Desta maneira no desenvolvimento esperado de uma criança nesta idade há suposição de sujeito e é uma criança que deseja e fala. Os eixos do APEGI não foram construídos pelo GNP. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

O APEGI tem três eixos que também se encontram na AP3 que são: O brincar e a fantasia, manifestação diante das normas e posição frente à lei e o corpo e sua imagem. (KUPFER et al., 2009)

É no eixo o brincar e a fantasia com o brincar livre que se percebe o faz-de-conta da criança com suas produções imaginárias, histórias e jogos que contam algo. É pela simbolização e o brincar que se entende a fantasia inconsciente da criança, os limites, conflitos, dificuldades, falhas e preocupações. Quando não há um brincar efetivo não existem histórias com uma narrativa e o jogo se mantém no uso mecânico dos objetos. (KUPFER et al., 2009)

A manifestação diante das normas e posição frente à lei compreende os limites e interdições da criança em relação aos seus impulsos. A função paterna quando interiorizada se revela na obediência às regras e à lei, mas quando falta há a ocorrência de sintomas clínicos. (KUPFER et al., 2009)

O eixo do APEGI que será o foco desta pesquisa é O Corpo e sua Imagem. De acordo com Kupfer et al. (2009) a imagem corporal é resultado das ações maternas sobre o corpo de

um bebê, de seus significados e marcas fazendo com que a criança consiga se reconhecer em uma imagem psíquica de seu corpo total e unificado criado por ela.

Os sintomas clínicos podem ser observados quando a criança apresenta alterações na atividade, movimento, diferenciação estético-sexual, necessidade contínua do olhar do outro o que demonstra demanda de reconhecimento e inibição. (JERUSALINSKY, 2008) Este eixo será descrito com maior detalhe no próximo capítulo.

Além dos eixos citados acima o APEGI apresenta dois novos eixos que são: Presença/Reconhecimento de Sujeito e Função do Semelhante. No eixo da Presença/Reconhecimento de Sujeito a criança já deve saber seu nome e referir a si com nome próprio e pronomes como eu, me e mim. Nesse eixo ela deve expor suas opiniões especialmente dizendo o que não gosta e o que compreende do ambiente. A criança já ocupa um lugar singular na família ou na escola, e ela se diferencia entre seus colegas mesmo fazendo parte de um grupo. Ela deverá dar lugar e respeitar a fala e o diálogo com o adulto. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

O eixo Função do Semelhante se estabelece na experiência com outra criança, ou pequeno outro. Muitas crianças estão se constituindo subjetivamente e tem boa relação com os adultos, mas encontram grande dificuldade em estar entre seus pares. Frequentemente as crianças ou recusam o contato com outras crianças ou desejam o contato, mas não são bem-sucedidas em suas tentativas. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

O eixo A Fala e sua Posição na Linguagem que se encontra na AP3, não foi incluído no APEGI porque foi entendido que não seria necessário colocar este eixo separado dos demais já que todos os outros eixos estão permeados pela linguagem. O eixo do APEGI Presença/Reconhecimento de Sujeito já abarca o que é necessário para entender se há enunciação e se pela fala da criança se encontra presença de sujeito. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

O instrumento APEGI é composto de quatro procedimentos que são: a entrevista com os pais, entrevista com a professora, entrevista com a criança e observação da criança no grupo. Em cada procedimento existem de 16 a 20 perguntas sendo que o protocolo é composto de 68 perguntas no total. Todos os eixos estão contemplados nas perguntas de cada procedimento. Ao final de cada procedimento, depois das perguntas, existe um espaço para fazer anotações qualitativas de cada eixo. Todos os eixos do APEGI se encontram em cada um dos procedimentos. Ao final dos procedimentos há tabelas de indicadores de acompanhamento para cada eixo e a tabela de sintomas clínicos também dividida por eixo. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

A AP3 é similar ao APEGI por também ser em formato de roteiro composto de 43 perguntas que compreendem seus eixos. Essas perguntas orientam a entrevista que deverá ser feita com os pais ou os cuidadores da criança. O instrumento IRDI também deve ser aplicado com a mãe ou cuidador da criança, mas não é dividido em procedimentos como o APEGI. (KUPFER et al., 2009)

O APEGI foi criado para a utilização de psicanalistas, assim como foi com a AP3, por ser um protocolo mais denso e complexo e por não ter como objetivo atingir a atenção básica. O IRDI foi elaborado para ser utilizado em consultas médicas de rotina que fazem parte da atenção básica do sistema de saúde, portanto foi criado para ser utilizado por médicos pediatras e profissionais da saúde além de psicanalistas. (KUPFER et al., 2009)

Para o IRDI e a AP3 existem dois desfechos possíveis onde a criança pode ter presença ou ausência de problemas de desenvolvimento ou presença ou ausência de risco psíquico para a constituição do sujeito. Nos problemas de desenvolvimento há a instalação do sujeito psíquico, mas com algumas dificuldades que podem ser vistos em sintomas como hiperatividade e enurese. Quando há entraves na constituição subjetiva os problemas são estruturais com risco para evolução de psicopatologias graves da infância. Assim indicadores que sinalizam processos importantes que deveriam estar em curso não estão presentes. (KUPFER et al., 2009)

Existem dois tipos de desfechos clínicos para o APEGI. O primeiro é a presença ou ausência de problemas de desenvolvimento onde estes apontam para dificuldades psíquicas da criança que interferem em seu desenvolvimento, mas não comprometem sua estrutura psíquica. No segundo tipo foi retirada a palavra risco já que este é um roteiro de leitura e não há o objetivo de encontrar um diagnóstico para a criança. Assim a criança está diante de entraves estruturais em sua constituição subjetiva. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

O instrumento APEGI ou Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições é um desdobramento dos instrumentos IRDI e AP3 e por esse motivo existem muitas similaridades entre eles. Como disposto acima o APEGI ainda está sendo validado, mas já em suas etapas iniciais de aplicação nota-se que é um instrumento completo, capaz de realmente identificar o momento em que a criança se encontra em seu desenvolvimento e em sua constituição psíquica. Por ser um instrumento que é um desdobramento de outros e originado de muita pesquisa sua vocação é ser um instrumento amplo e compreensivo.

O IRDI, que foi criado há mais de 10 anos, é hoje um instrumento bastante utilizado na atenção primária, com a inclusão de alguns indicadores na caderneta da criança, e na prática clínica para a detecção de sinais de sofrimento psíquico em bebês e em sua relação com suas

mães. No futuro, com a pesquisa de validação concluída, espera-se que o APEGI seja um instrumento útil para psicanalistas em suas práticas e que tenha tanta divulgação e reconhecimento quanto o IRDI.

4.1. O eixo do APEGI “O Corpo e sua Imagem” e sua fundamentação psicanalítica

Em terceiro lugar é preciso não esquecer que todas as nossas concepções provisórias em psicologia devem ser, um dia, baseadas em alicerces orgânicos.” (...) Precisamente porque em geral me esforço para manter longe da psicologia tudo o que dela é diferente, inclusive o pensamento biológico, quero neste ponto admitir expressamente que a hipótese de instintos sexuais e do Eu separados, ou seja, a teoria da libido, repousa minimamente sobre base psicológica, escorando-se essencialmente na biologia. (FREUD, 2010, p.21)

O eixo do APEGI que será o foco desta pesquisa é O Corpo e sua Imagem e será analisado com mais profundidade que os outros eixos, já que o corpo é a base para o surgimento do sujeito. Descrevo, a seguir, a fundamentação da teoria psicanalítica de Freud, Lacan e Winnicott sobre a construção da imagem corporal e do eu de uma criança.

Como mencionado acima Kupfer et al. (2009) postula a imagem corporal como o resultado das ações maternas² sobre o corpo do bebê, de seus significados e marcas que fazem com que a criança consiga se reconhecer em uma imagem psíquica de seu corpo total e unificado criado pela criança.

As experiências corporais, sensoriais e o registro do prazer compartilhado encontram significações dadas pela mãe, por exemplo, ela sabe explicar por que seu bebê chora ou ri. A mãe cuida de seu bebê tocando, falando, interagindo e o bebê que sente prazer com essa troca, busca essa experiência novamente. O prazer compartilhado com o bebê depende da mãe para interagir e nomear o seu corpo. Assim o bebê sente o seu corpo como fonte de prazer, mas que também tem limites podendo entender o que é o corpo dele e o que é do outro. Quando esses limites ficam claros, a criança consegue dizer o que sente, ela constrói seu eu e passa a ter uma representação psíquica de si ou de sua imagem corporal. (KUPFER; BERNARDINO; PESARO, 2018)

Freud (1914/2010) afirma que o ego não existe desde o início da vida da criança, ele tem que se constituir. O que há desde o começo da vida são os instintos auto-eróticos.

Sobre a primeira questão, observo o seguinte: é uma suposição necessária, a de que uma unidade comparável ao Eu não existe desde o começo no indivíduo; o Eu tem

² A palavra mãe é um conceito que designa a função de cuidador ou cuidadora. Estes são cuidados biológicos e psíquicos.

que ser desenvolvido. Mas os instintos autoeróticos são primordiais; então deve haver algo que se acrescenta ao autoerotismo, uma nova ação psíquica, para que se forme o narcisismo. (FREUD, 1914/2010, p.18)

Segundo Freud (1914/2010) os instintos auto-eróticos estão presentes na criança desde o começo de sua vida. Para que ela chegue ao narcisismo uma ação psíquica é necessária, que é a identificação da criança com a imagem que lhe é conferida pelas pessoas de seu entorno. “(...) essa ação é a própria antecipação imaginária de um corpo unificado” (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002, p.146) Essa imagem é importante para a passagem ao narcisismo e é a parte do registro Imaginário de Lacan.

O narcisismo primário é uma etapa fundamental na vida de uma criança e necessária para a constituição do ego. O narcisismo se caracteriza pelo ser humano ter dois objetos sexuais, ele mesmo e a mãe ou a pessoa que cuida dele. Após o narcisismo há a possibilidade da libido se ligar a objetos e antes do narcisismo não havia esta possibilidade. (FREUD, 1914/2010)

A libido do ego, ou energia dos instintos do ego, e a libido objetal existem unidas no estado de narcisismo e só se separam quando há uma catexia objetal, ou ligação energética em um objeto. Após o término do narcisismo primário se inicia o complexo de Édipo. (FREUD, 1914/2010)

As crianças, em geral, desenvolvem seus primeiros objetos sexuais a partir das experiências de prazer que passam com a alimentação e a higiene.

As primeiras satisfações sexuais auto-eróticas são experimentadas em conexão com funções vitais de autoconservação. Os instintos sexuais apoiam-se de início na satisfação dos instintos do Eu, apenas mais tarde tornam-se independentes deles; mas esse apoio mostra-se ainda no fato de as pessoas encarregadas da nutrição, cuidado e proteção da criança tornarem-se os primeiros objetos sexuais, ou seja, a mãe ou quem a substitui. (FREUD, 2010, p.32)

Para a constituição saudável do bebê, Laznik (2004) descreve três tempos do circuito pulsional postulado por Freud. O primeiro tempo do circuito pulsional, da pulsão oral, é quando o bebê procura o seio ou a mamadeira que são objetos orais. O segundo tempo do circuito pulsional é do autoerotismo em que o bebê chupa seu dedo, sua mão ou chupeta e tem uma “experiência alucinatória de satisfação” (LAZNIK, 2004, p.27). Para completar o circuito pulsional é necessário o advento do terceiro tempo que é a ‘satisfação pulsional’ onde há o prazer compartilhado. (LAZNIK, 2004)

“Neste terceiro tempo a criança vai se fazer objeto de um novo sujeito. São estes mesmos os termos de Freud. Quer dizer que a criança se assujeita a um outro que vai se tornar o sujeito da pulsão do bebê”. (LAZNIK, 2004, p. 27) Um exemplo do terceiro tempo pulsional é uma

brincadeira entre o bebê e sua mãe em que o bebê oferece uma parte de seu corpo, como seu pé por exemplo, para sua mãe morder ou ‘comer’ e a mãe em contrapartida morde e ‘come’ o pé de seu bebê dizendo como é gostoso. Essa brincadeira é de bastante prazer tanto para o bebê como para a sua mãe. O bebê quando oferece uma parte de seu corpo para sua mãe se faz objeto para provocar o prazer em sua mãe. (LAZNIK, 2004)

Como Freud (1914/2010) Lacan também entende que o indivíduo quando ainda bebê depende psicologicamente do Outro, a mãe ou quem desempenha este papel, para formar a imagem do seu corpo. Inicialmente o bebê não diferencia entre si, então sua auto-imagem é fragmentada, para mais tarde ter uma imagem unificada de seu próprio corpo. Com os cuidados maternos, os significados e nomes dados a sensações e comportamentos da criança, o bebê consegue formar a imagem unificada de seu corpo. (LACAN, 1998)

Lacan (1998) postulou esta passagem, que se dá entre os seis e os dezoito meses de vida do bebê, da imagem corporal fragmentada para uma imagem do corpo unificada como o Estádio do espelho. O Estádio do espelho é um marco importante no desenvolvimento infantil onde a imagem do corpo do bebê é formado pelo que o outro lhe fornece. A imagem do corpo é muito importante para conseguir formar seu Eu, que inclui a imagem que o sujeito tem de si e como se mostra ao mundo. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002)

No Estádio do espelho há a identificação afetiva ou quando a criança ao se ver no outro é capaz de formar a sua imagem, que é como quando a criança se vê no espelho. No início desta etapa o corpo é sentido como despedaçado e ao final o corpo da criança é unificado. (CÉSARIS, 2016)

Assim, o Eu do sujeito quando ainda bebê, é constituído a partir do outro, pelas ações do outro, da mãe e das pessoas de seu entorno, que lhe ajudam com a constituição de sua imagem corporal, pelas imagens que estas pessoas fornecem e devolvem ao bebê. O espelho, no Estádio do espelho, é uma metáfora para o outro que cuida do bebê e os outros que interagem com o bebê nomeando e fazendo marcas no corpo deste bebê. A mãe tem um papel muito importante neste momento já que ela se ocupa deste bebê pela maior parte do tempo. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002)

É pela via da identificação, termo postulado por Freud, que Lacan reconhece que a criança é capaz de formar seu Eu. Um processo de identificação acontece no Estádio do espelho já que a criança se apropria da imagem de si mesma que lhe é dada pela mãe. (LACAN, 1998) “Basta compreender o Estádio do espelho como uma identificação, no sentido pleno que a análise atribui a esse termo, ou seja, a transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem (...)” (LACAN, 1998, p.97)

No processo de formação do eu, a primeira etapa é que a criança possa formar sua imagem de um corpo total. Lacan entende que o narcisismo primário, termo postulado por Freud, também é uma importante etapa porque “coloca em cena não apenas as marcas do processo de identificação, mas um jogo de tensões.” (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002, p.145)

Segundo Lacan (1998) O bebê mesmo imaturo em seu desenvolvimento motor e dependente da amamentação é capaz de formar sua imagem do corpo, pela identificação. Ao final do Estádio do espelho o bebê pode entrar no registro simbólico e no futuro na linguagem quando se torna sujeito. Esse processo é importante porque marca a fundação de todo desenvolvimento mental futuro. Lacan postula três registros: o imaginário, o simbólico e o real que são parte de uma estrutura presente no psiquismo de todos os indivíduos. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002)

Lacan (1998) relata que a criança forma seu eu antes da interação social e da linguagem. O indivíduo quando ainda bebê depende psicologicamente do outro, a mãe ou quem desempenha este papel, para formar a imagem do seu corpo. Inicialmente o bebê não diferencia entre si e o outro, então sua autoimagem é fragmentada para mais tarde ter uma imagem unificada de seu próprio corpo. É pelos cuidados da mãe, dos significados e nomes dados a sensações e comportamentos da criança que o bebê consegue formar a imagem unificada de seu corpo.

Dessa maneira, pode-se afirmar que o estágio do espelho é a fase em que, pela primeira vez, a criança pode reconhecer-se como unidade, ou seja, como um corpo unificado, e pode distinguir-se do outro, do mundo externo. Contudo, cabe destacar que esse primeiro reconhecimento de si é dado por uma relação imaginária, ou seja, o reconhecimento se dá pela imagem que lhe é devolvida pelo outro semelhante. (BARRETO, 2011, p.60)

Lacan, como Freud, entende que o corpo tem um papel importante na Psicanálise. Para Lacan o corpo “é o corpo marcado pelo significante e habitado pela libido, corpo erógeno e singular. Corpo de desejo e, portanto, de gozo (...)” (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002, p. 143)

(...) para Lacan, a imagem corporal tem um papel fundamental na constituição do sujeito, já que é a imagem especular que possibilita à criança estabelecer a relação de seu corpo e de seu eu com a realidade que a cerca. Entretanto, o que há de mais essencial na assunção da imagem do corpo no espelho, é que a criança obtém nesse momento a autenticação e o reconhecimento dessa imagem como de um sujeito. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002, p.147)

Segundo Jerusalinsky (2008) a imagem corporal é inconsciente e é formada por “(...) traços da diferenciação sexual (gestualidade, postura e movimento concordantes com a posição

do sujeito na sexuação), mas também os esquemas motores e os traços do auto-reconhecimento”. (p.128) O reconhecimento é necessário para a formação da imagem corporal porque necessita do retorno narcisista da pulsão. Ou seja, para formar a imagem e se enxergar em um corpo unificado o sujeito necessita do reconhecimento da demanda que passa pelo outro e retorna ao sujeito. Com a imagem corporal unificada a criança é capaz de associar desejo, demanda e esquemas motores para organizar o seu corpo. (JERUSALINSKY, 2008)

A criança se reconhece a partir do outro, assim o desconhecimento e a alienação presentes no início da vida, são constitutivos do eu. O desejo e o corpo do bebê não são seus no início de sua vida. A criança é o desejo da mãe, assim o desejo da criança está alienado no desejo de sua mãe. Ao final do estágio do espelho e com a entrada no registro simbólico a criança consegue se constituir como sujeito. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002)

“Portanto, para se constituir, é preciso que a criança seja objeto do olhar e tenha um lugar no campo do Outro, cujo reconhecimento, na medida em que a nomeia, permite sua entrada no registro Simbólico”. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002, p.147)

A identificação com o semelhante e o início do ciúme primordial ou o complexo de Édipo onde o Eu, ou ego, participa em situações socialmente elaboradas ocorrem ao final do Estádio do espelho. Com a entrada no complexo de Édipo há a possibilidade da criança direcionar seu desejo e libido a um objeto e não ser apenas tomado por impulsos instintivos. O eu ou ego sinaliza o impulso dos instintos como um perigo e nesse momento ocorre o narcisismo primário com o investimento libidinal. (LACAN, 1998)

Após a conclusão do Estádio do espelho há a identificação com o semelhante e a percepção de sua própria imagem que se reflete no olhar do Outro que promove a estruturação do eu. Ao ter essa ilusão de completude a criança forma seu eu-ideal. “(...) o espelho do qual trata, não corresponde a um instrumento concreto, mas de uma perspectiva na qual o olhar do Outro devolve à criança uma ilusão de completude.” (CÉSARIS, 2016, p.51)

É após o Estádio do espelho que a criança passa a diferenciar seu corpo do mundo externo. Anterior a esse momento a criança não tem uma imagem corporal unificada, mas fragmentada e a partir do Estádio do espelho a criança é capaz de constituir sua subjetividade. Com a formação de uma imagem do corpo há também o início da formação do eu. (CUKIERT e PRISZKULNIK, 2002)

É após o Estádio do espelho que a criança inicia sua participação em situações socialmente elaboradas. Neste momento o bebê se entende como objeto de desejo de sua mãe ou cuidador e há o início da rivalização com o outro ou advento da alteridade. (CÉSARIS, 2016)

O eu ou ego sinaliza o impulso dos instintos como um perigo e nesse momento ocorre o narcisismo primário com o investimento libidinal. (LACAN, 1998)

“Para Lacan, o Eu constituir-se-á no laço imaginário com o outro, que sempre será modelo ou rival narcísico” (CÉSARIS, 2016, p. 58) O Eu da criança é formado pelas experiências de contato de pele, calor, textura, as palavras que nomeiam e o olhar da mãe ou cuidador para a criança onde ela se reconhece.

O Estádio do espelho de Lacan é utilizado como inspiração para Winnicott que entende o espelho como uma metáfora para o desenvolvimento do ego infantil. Winnicott ressalta que deseja alterar a concepção de espelho de Lacan onde o espelho é o outro para o espelho que é exclusivamente o rosto da mãe do bebê. (WINNICOTT, 1975)

No desenvolvimento infantil Winnicott (1975) postula que há um papel muito importante desempenhado pelo ambiente, ou tudo que cerca o bebê, em que no início do desenvolvimento não há separação entre o bebê e o ambiente. Esta separação entre o eu e o não-eu, acontece de maneira gradual e no ritmo de cada mãe e bebê. O ambiente, em especial a mãe, desempenha um papel muito importante nesse processo.

Segundo Fulgencio (2016), Winnicott foi um dos responsáveis por reintroduzir na psicanálise a preocupação com o ambiente para o desenvolvimento de uma criança. Como ambiente Winnicott se refere aos cuidadores e as pessoas no entorno da criança, assim o ambiente deve sustentar a criança para que ela tenha um desenvolvimento saudável. No começo da vida de um bebê, do nascimento até por volta dos quatro meses, o bebê não entende o que é ele, a unidade de seu corpo, e o que é o ambiente. Como em Lacan e Freud, Winnicott também entende que para o bebê não há a diferenciação entre self, ou ele mesmo, e a realidade não self ou o ambiente.

Para Winnicott a mãe que é primordial nesse processo participa da “função ambiental” que inclui “o segurar; o manejar; a apresentação de objetos.” (WINNICOTT, 1975, p.153) Essas três funções ambientais são necessárias para o desenvolvimento saudável do bebê. É necessário que o bebê seja segurado e manejado de maneira satisfatória e o objeto deve ser apresentado para que o bebê sinta que ele criou o objeto, que ele é onipotente. (WINNICOTT, 1975)

Essa onipotência sentida pelo bebê faz parte do narcisismo primário ou solidão essencial segundo Winnicott. Em seu livro Fulgencio (2016) descreve a solidão essencial de Winnicott como o momento em que o bebê que ainda não está integrado, seu corpo se confunde com o ambiente e ele não entende os limites entre si e o outro, assim o bebê tem, “a experiência de criar-encontrar os objetos de que necessita (como se os objetos fossem um derivado natural de suas necessidades.) (FULGENCIO, 2016, p. 48)

Quando há o desenvolvimento saudável a mãe ou cuidador consegue entender as necessidades do bebê e atendê-lo. Assim o bebê come quando sente fome sem saber que sente fome e sem conseguir nomear sua dor ou fome por conta de sua imaturidade. Com a regularidade do cuidado dessa mãe para com o seu bebê há o início de “uma noção de tempo, de espaço, de si mesmo, de confiança em ser atendido” (FULGENCIO, 2016, p. 102)

Winnicott (1975) sugere que quando o bebê olha para o rosto de sua mãe ele vê a si mesmo. É importante que a mãe possa reagir ao seu bebê para que ele possa desenvolver sua capacidade criativa. Essa troca onde o bebê é capaz de receber algo de volta do ambiente é muito importante para o processo de subjetivação do bebê.

Se a mãe não consegue desempenhar seu papel de maneira adequada e não há uma troca com o bebê, então ele olha para a mãe e não se vê, mas vê o rosto de sua mãe. Quando o papel do espelho não se encontra e o rosto da mãe não se torna o espelho, há um impacto no processo de subjetivação do bebê, sua capacidade criativa diminui e ele passa a tentar adivinhar o humor de sua mãe para que saiba quando pode ser espontâneo ou não, assim preservando seu self. Com a alteração do que é esperado no espelho da mãe a integridade do self do bebê está em perigo e há uma “ameaça de caos” (WINNICOTT, 1975, p. 155), fazendo com que o bebê passe a não olhar ou a não examinar o outro.

Este processo do espelho, onde o bebê dá algo para sua mãe e a mãe o devolve, continua por toda a vida do sujeito sendo a forma como ele pode descobrir seu verdadeiro eu e ser capaz de sentir-se real. “Sentir-se real é mais do que existir; é descobrir um modo de existir como si mesmo, relacionar-se aos objetos como si mesmo e ter um eu (self) para o qual retirar-se, para relaxamento.” (WINNICOTT, 1975, p. 161)

Winnicott (1993) em seu texto *Desenvolvimento Emocional Primitivo*, de 1945, descreve um estágio que acredita ser muito importante em torno dos 5 ou 6 meses momento em que há uma mudança grande nas habilidades do bebê. Esta é a mesma idade que Lacan sugere para o início do Estádio do espelho. Winnicott considera a idade dos seis meses como um momento importante para o desenvolvimento infantil. Outro momento que ele considera importante no desenvolvimento psicológico do sujeito é o momento do nascimento já que ao final dos 9 meses o bebê está pronto para seu desenvolvimento emocional. O desenvolvimento primitivo do bebê é uma base importante antes mesmo de conhecer a si mesmo como pessoa total.

Assim, Winnicott (1993) entende que o bebê de 5 ou 6 meses passou por importantes aquisições de desenvolvimento físico já que o bebê é capaz de pegar um objeto e colocá-lo em sua boca o que não poderia ter feito antes por não ter habilidade motora para tal. Ele percebe

que antes dessa maturação talvez o bebê tenha tido a vontade de ter colocado o objeto na boca, mas não tenha conseguido por não ter chegado nessa etapa de seu desenvolvimento motor. No desenvolvimento infantil não há apenas as conquistas físicas, mas também o desenvolvimento emocional do bebê e os dois caminham em paralelo.

Portanto, nesse estágio, observando o bebê em suas brincadeiras, como jogar objetos no chão, percebe-se que o bebê já consegue fazer uma certa diferenciação e entender que existem coisas dentro de si e coisas que estão fora. Winnicott (1993) entende que o bebê é capaz de perceber que assim como ele, sua mãe também tem algo dentro dela mesma. O bebê passa a se preocupar com sua mãe, com sua saúde e seu estado emocional o que pode ser um relacionamento de pessoa total, quando se sente que é uma pessoa que se relaciona com outras.

Winnicott (1993) teoriza a instauração do sujeito de maneira diferente de Lacan e Freud. Apesar de também utilizar o Estádio do espelho de Lacan, Winnicott entende o desenvolvimento do sujeito, o que ele chama de self, não pelos três registros imaginário, simbólico e real, mas por três processos que ele acredita começarem muito cedo e que dependem do ambiente para acontecerem de maneira satisfatória que são: integração, personalização e realização.

No início o ego do bebê não está integrado. Winnicott (1993) denomina isso de não-integração primária. Esta é a base da desintegração e que o atraso ou o fracasso da integração primária faz com que possa ocorrer a desintegração no futuro. O bebê precisa de alguém para o ajudar a se integrar e isso ocorre dependendo do jeito como ele é cuidado: manipulado, os cuidados com sua higiene, a manutenção de sua temperatura corporal, como é nomeado e experiências pulsionais agudas que unificam a personalidade de dentro do sujeito. A integração acontece de maneira gradual, e aos poucos o bebê se sente como um ser inteiro e que tem sentimentos. A não-integração não é apavorante enquanto a desintegração o é.

A personalização é “o desenvolvimento do sentimento de que se está dentro do próprio corpo.” (WINNICOTT, 1993, p. 276) A personalização é satisfatória quando há a experiência pulsional e os cuidados repetidos com o corpo do bebê proporcionados pelo ambiente. (WINNICOTT, 1993)

A dissociação emerge da não integração incompleta ou parcial. A integração se dá com o tempo. O estado de vigília é uma dissociação do estado de sono do sujeito. Para Winnicott (1993) a integração é a “relação verdadeira com a realidade externa” (p. 279) Isso se dá quando a mãe e o bebê conseguem compartilhar uma experiência juntos. É a mãe que proporciona um momento ou experiência que pode ser a primeira troca do bebê com um objeto externo. Assim, o primeiro objeto externo é o seio da mãe. (WINNICOTT, 1993)

O bebê, após se tornar integrado e personalizado, pode iniciar o processo de realização em que ele pode se relacionar como pessoa total com sua mãe total onde se preocupa com suas ações e pensamentos. (WINNICOTT, 1993)

Ao longo do desenvolvimento e de diversas identificações a criança não tem tanta necessidade de receber seu eu dos outros; da mãe, do pai, dos irmãos e das pessoas com quem convive. Winnicott acredita no valor da família para “o crescimento e enriquecimento da personalidade de cada um de seus membros, individualmente.” (WINNICOTT, 1975, p. 162)

Fulgencio (2016) afirma que na teoria de Winnicott com o passar do tempo e do desenvolvimento da criança o ambiente poderá se adaptar menos em relação ao bebê. Esse cuidado possibilita a integração do Eu e da separação do self e do ambiente; ou Eu e não Eu. Assim a criança passa a distinguir o mundo interno do mundo externo. Antes de conseguir chegar nesse ponto a criança passa pelo período dos fenômenos transicionais. (FULGENCIO, 2016)

No protocolo APEGI, uma sugestão para integrar a caixa lúdica é um espelho pequeno para ser usada na entrevista com a criança. Se a criança não brinca com o espelho por conta própria a entrevistadora deverá mostrar o espelho para a criança e perguntar quem está ali refletido no espelho. O reconhecimento de si no espelho demonstra o funcionamento de uma imagem corporal unificada. O não-reconhecimento de si no espelho indica entaves no desenvolvimento em que a imagem do corpo é fragmentada e a criança não tem um eu constituído. (KUPFER; BERNARDINO; SILVA, 2020)

4.1.1 O corpo humano na psicanálise segundo Françoise Dolto

Françoise Dolto (2010) entende o corpo como Lacan e foi escolhida para falar sobre o corpo em psicanálise. Ela explica que o corpo é “(...) o mediador organizado entre o sujeito e o mundo (...)” (DOLTO, 2010, p. 10)

Dolto teoriza sobre dois conceitos muito importantes quando nos referimos ao corpo; o esquema corporal e a imagem do corpo. Estes se encontram na psique de cada pessoa e são importantes para o desenvolvimento saudável de cada um.

O esquema corporal é o corpo vivo e uma realidade de fato. Existe em todos os seres humanos de uma mesma idade, relativamente da mesma forma. O esquema corporal é formado pela aprendizagem e pela experiência, como a mãe que fala sobre o corpo da criança, colocando o corpo real no espaço e naquele momento. “O esquema corporal especifica o indivíduo

enquanto representante da espécie, quaisquer que sejam o lugar, a época ou as condições nas quais ele vive.” (DOLTO, 2010, p. 14) O esquema corporal sustenta e possibilita o aparecimento da imagem do corpo, assim podemos comunicarmos uns com os outros. (DOLTO, 2010)

Seguindo a visão lacaniana, a autora Françoise Dolto (2010) postula que a imagem corporal é inconsciente, é memória de tudo o que se passou em relações sociais, sendo que ao mesmo tempo é dinâmica, atual e pode ser atualizada no presente.

A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais: inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais. Ela pode ser considerada como a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante e, isto, antes mesmo que o indivíduo em questão seja capaz de designar-se a si mesmo pelo pronome pessoal Eu e saiba dizer Eu. (DOLTO, 2010, p. 14, 15)

Dolto (2008) explica que a imagem do corpo é individual para cada um e está ligada a história do sujeito e ao tipo de relação libidinal. A imagem do corpo traduz as experiências emocionais e sensações erógenas vividas com pessoas e pode ser considerada “a encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante” (DOLTO, 1984, p.14) Já o esquema corporal tem relação com o momento presente, “(...) *o esquema corporal reporta o corpo atual no espaço à experiência imediata.*”³ (DOLTO, 2010, pg. 15)

Dolto (2010) preconiza, como Lacan e Freud, que a imagem corporal é formada antes mesmo da formação do eu do bebê. A imagem do corpo é a memória inconsciente de tudo que foi vivido nas relações e não é estática, ela se transforma podendo ser atualizada, já que é narcísica e ‘inter-relacional’, sendo assim possível entrar em contato com o outro. A imagem do corpo sustenta o narcisismo onde se faz possível o encontro entre o tempo e o espaço, assim o passado se encontra com o presente. “(...) é na imagem do corpo, suporte do narcisismo, que o tempo se cruza com o espaço, e que o passado inconsciente ressoa na relação presente.” (DOLTO, 2010, p. 15)

A imagem do corpo é única para cada pessoa e tem relação com a história de cada um, sendo que está ligada aos desejos e aos fantasmas do indivíduo. É a “(...) encarnação simbólica inconsciente do sujeito desejante (...)” (DOLTO, 2010, p. 13) A imagem do corpo é construída com a história única de cada pessoa, assim entende-se que o esquema corporal e a imagem do corpo se relacionam pelo narcisismo. Dolto explica o narcisismo primordial como, “narcisismo

³ Grifo da autora.

do sujeito enquanto sujeito do desejo de viver, preexistente à sua concepção.” (DOLTO, 2010, p. 38)

A imagem do corpo é, a cada momento, memória inconsciente de todo o vivido relacional e, ao mesmo tempo, ela é atual, viva, em situação dinâmica, simultaneamente narcísica e inter-relacional: camuflável ou atualizável na relação aqui e agora, por qualquer expressão “linguageira”, desenho, modelagem, invenção musical, plástica, assim como mímica e gestos. (DOLTO, 2010, p. 15)

A imagem do corpo é estruturada na comunicação e no relacionamento intersubjetivo e no que restou do gozar interrompido, da castração. A imagem do corpo demonstra a falta que o desejo pretende preencher. A imagem do corpo “reporta o sujeito do desejo a seu gozar, mediatizado pela linguagem memorizada da comunicação entre sujeitos.” (DOLTO, 2010, pg. 15) É na imagem do corpo onde se encontra o desejo da pessoa. Se o lugar da fonte das pulsões é o esquema corporal, o lugar de sua representação é a imagem do corpo. “A imagem do corpo é sempre imagem potencial de comunicação em um fantasma. Pulsões passam para expressão no fantasma através da imagem do corpo. (DOLTO, 2010)

A imagem do corpo é aquilo onde se inscrevem as experiências relacionais da necessidade do desejo, valorizantes e/ou desvalorizantes, ou seja, narcisantes e/ou desnarcisantes. Estas sensações valorizantes ou desvalorizantes manifestam-se como uma simbolização das variações de percepção do esquema corporal e, (...) daquelas que induzem os encontros inter-humanos, dentre os quais o contato e os dizeres da mãe são predominantes. (DOLTO, 2010, p. 27)

A imagem inconsciente do corpo surge junto com o narcisismo que Dolto (1991) divide em três tipos; fundamental, primário e secundário. O narcisismo, a imagem inconsciente do corpo e o esquema corporal estão entrelaçados e fazem parte dos primórdios da constituição do sujeito. O esquema corporal é o lugar da necessidade, corpo orgânico, se cruza com a imagem do corpo que é o lugar do desejo o que estrutura o corpo como ser humano.

A imagem do corpo é uma estrutura que decorre da organização dos fantasmas, das relações afetivas e eróticas pré-genitais. Fantasma significa memorização auditiva, olfativa, gustativa, visual, tátil, barestésica e cineestésica de percepções sutis, fracas ou intensas, sentidas como linguagem de desejo do sujeito em relação a um outro, percepções que acompanharam as variações de tensões substanciais sentidas no corpo e principalmente dentre estas últimas as sensações de apaziguamento e tensão devidas às necessidades vitais. (DOLTO, 2010)

A imagem do corpo pode ser subdividida em três categorias: imagem de base, imagem funcional e imagem erógena que estão reunidas de maneira dinâmica pelas pulsões de vida. A

imagem de base é a convicção ilusória de continuidade, o sentimento de existir que sustenta o corpo no narcisismo, a mesmice de ser. (DOLTO, 2010)

A imagem funcional não é estática como a imagem de base, ela é motivada por uma falta que ativa o desejo, passando pelo esquema corporal e as zonas erógenas. É pela imagem funcional que se busca realizar um desejo e buscar prazer relacionando-se com o outro. “Deve-se compreender que a elaboração da imagem funcional realiza, com respeito ao acionamento das zonas erógenas, um enriquecimento de possibilidades relacionais com o outro.” (DOLTO, 2010, p. 43)

A imagem erógena está relacionada ao prazer ou desprazer na relação erótica com o outro. Para se chegar à imagem erógena é importante que a imagem funcional esteja atuando em conjunto com o esquema corporal e que a imagem erógena possa incentivar o prazer compartilhado experienciado em situações com os pais mesmo antes da criança poder falar. (DOLTO, 2010)

O esquema corporal e a imagem do corpo estão presentes na psique de indivíduos que passaram pelo desenvolvimento saudável. Existem casos de crianças em que o esquema corporal pode ter se desenvolvido de maneira sadia enquanto a imagem do corpo não se constitui. Em crianças com autismo, na qual esta pesquisa se baseia, muitas vezes percebemos um esquema corporal sadio ou em construção enquanto a imagem do corpo não se desenvolve. Uma hipótese de disfunção com a imagem do corpo afetando assim o esquema corporal é a falta da castração dos pais. Em crianças com autismo percebe-se que há um esquema corporal, mas a falta de uma construção de uma imagem corporal adequada. A estruturação do esquema corporal da criança auxilia na construção da imagem corporal. (DOLTO, 2010)

Também pode acontecer a não-estruturação da imagem do corpo.

(...) a não -estruturação da imagem do corpo é (...) a instância tutelar, desorientada por não receber as respostas habitualmente esperadas de uma criança desta idade, não procurar mais comunicar-se com ela de outro jeito exceto em um corpo a corpo, para a manutenção de suas necessidades, e abandonar sua humanização. (DOLTO, 2010, p. 13)

Na citação acima Dolto (2010) explica que por vezes os pais ou cuidadores de crianças com deficiência esperam atitudes, movimentos e o crescimento, que a criança por ter deficiência, não é capaz de corresponder. É possível que uma criança não estruture sua imagem corporal e uma das razões que isso pode acontecer, é em momentos de troca entre a criança e seus pais uma falta sentida pelos pais em não receber as respostas esperadas da criança. (DOLTO, 2010)

Assim, pode acontecer a diminuição destas trocas e do investimento libidinal na criança para ter apenas o cuidado das necessidades fisiológicas. Dolto (2010) explica que esta criança pode ser capaz de criar uma imagem “linguajeira”⁴, do corpo, pela sua forma de comunicação particular e pelo afeto entrando em uma relação triangular, assim conseguindo chegar em uma relação simbólica.

4.1.2 O corpo humano na psicanálise segundo Didier Anzieu

Didier Anzieu (1989) teoriza sobre um conceito que ele mesmo desenvolveu, o Eu-pele, que é uma outra maneira de entender o corpo em Psicanálise. O Eu-pele é um processo psíquico precoce que acontece antes do desenvolvimento do Eu em que o bebê forma uma película protetora imaginária que se parece muito com a pele. O Eu-pele, que é uma barreira de proteção, estabelece limites, e possibilita trocas, deve ser instaurado para que ocorra o desenvolvimento psíquico esperado.

A imagem do corpo e seus limites são conquistados pelo bebê no processo de separação de sua mãe. A imagem corporal acentua o conhecimento do próprio corpo sobre a percepção das fronteiras, mas não substitui a imagem do Eu. Assim o corpo é o objeto de investimento e a imagem do corpo é o resultado desse investimento. Anzieu (1989) continua dizendo que a imagem do corpo se encontra na ordem da fantasia já que é uma representação que age sobre o corpo.

As atividades de cuidado das quais a mãe se encarrega com o bebê como carregando-o nos braços, proporcionando que sinta cheiros e movimentos fazem com que o bebê consiga sentir diferentes texturas e superfícies sendo capaz de diferenciar o interno do externo. O ambiente proporciona a experiência de continente. (ANZIEU, 1989)

Anzieu (1989) postula que a mãe envia mensagens ao bebê como um “envelope externo” que se ajusta e deixa espaço para o “envelope interno” que está na superfície do corpo do bebê. Este “envelope interno” emite mensagens para o mundo já que “ser um Eu, é sentir a capacidade de emitir sinais ouvidos pelos outros.” (Anzieu, 1989, p.69) A mãe com seu envelope reconhece e confirma a individualidade do bebê entendendo o estilo e temperamento dele, fazendo com que se sinta como ser único.

Segundo Anzieu, o bebê recém-nascido é tomado por uma fantasia intra-uterina que nega o nascimento e faz parte do narcisismo primário onde há o desejo de retorno ao seio

⁴ Grifo da autora

materno, de fusão narcísica. Em seguida, há a fantasia da pele comum onde há empatia recíproca, comunicação e identificação adesiva. Esse processo não ocorre desta maneira em bebês com autismo. Eles se fixam na fantasia intra-uterina, e a mãe e o bebê não realizam a fantasia de uma pele comum. Por conta deste fracasso o bebê se “protege num envelope autista e se retira num sistema fechado, aquele de um ovo que não se rompe.” (ANZIEU, 1989, p.70)

Anzieu (1989) postula 9 funções do Eu-pele. A primeira função do Eu-pele é a função onde se mantém o psiquismo único e inteiro, baseado na teoria do “Holding” de Winnicott (2007) em que a mãe é empática e está atenta às necessidades fisiológicas e psicológicas de seu bebê, protegendo-o de perigos e agressões e isso inclui o holding físico em que a mãe segura seu bebê e o abraça. “O holding inclui especialmente o holding físico do lactente, que é uma forma de amar. É possivelmente a única forma em que uma mãe pode demonstrar ao lactente o seu amor.” (WINNICOTT, 2007, p.49)

Em seguida a criança internaliza o “segurar” de sua mãe ou cuidador assim em seu psiquismo se sente inteira e sólida. Este é o momento da identificação primária de um objeto suporte “(...) a identificação primária de um objeto-suporte contra o qual a criança se aperta e que a mantém; é mais a pulsão de agarramento ou de apego que encontra satisfação (...)”. (ANZIEU, 1989, p.131)

A segunda função do Eu-pele também é baseada em uma teoria do Winnicott, desta vez do manejo ou “Handling”. É a função continente onde a pele é sentida como um bolsa protetora, por conta dos cuidados que a mãe tem com seu bebê.

O Eu-pele, como representação psíquica, emerge dos jogos entre o corpo da mãe e o corpo da criança e também das respostas da mãe às sensações e emoções do bebê, respostas gestuais e vocais, pois o envelope sonoro redobra então o envelope tátil, respostas de caráter circular onde as ecolalias e as ecopraxias de um imitam as do outro, respostas que permitem ao bebê experimentar progressivamente essas sensações e emoções por sua própria conta sem se sentir destruído. (ANZIEU, 1989, p. 133)

Nesta função os cuidados da mãe ou cuidador do bebê se mostram essenciais, pois há um jogo estabelecido durante os cuidados com o bebê por meio de tocar, falar, imitar os sons um do outro que não só é importante, mas constitui o psiquismo do bebê. O Eu-pele é uma casca continente que contém as pulsões que mais tarde serão diferenciadas em diferentes partes do corpo da criança. (ANZIEU, 1989)

Na terceira função do Eu-pele a camada superficial da pele, a epiderme, protege as camadas inferiores onde se encontram as terminações nervosas assim como o Eu, como em um folheto duplo, protege o organismo de para-excitações. Anzieu (1989) se baseia em Freud para

essa função do Eu-pele onde no início é a mãe que cumpre a função de para-excitação que mais tarde o próprio eu do bebê, realiza.

Por sua vez, o Eu-Pele assegura uma função de individuação do self, que lhe traz o sentimento de ser um ser único. A angústia descrita por Freud, 1919, da “estranheza inquietante” está ligada a uma ameaça visando a individualidade do Self por enfraquecimento do sentimento das fronteiras do Self. (ANZIEU, 2000, p 135)

Quando há para-excitação em demasia ou em falta pode ocorrer o Eu-polvo do autismo primário e secundário de Frances Tustin em que nenhuma das funções do Eu-pele é alcançada. Há também o Eu-crustáceo onde há uma “carapaça rígida” que é formada no lugar do Eu-pele e não há formações do Eu-pele conseguintes. (ANZIEU, 1989)

A quarta função do Eu-pele é de “(...) individuação do Self, que lhe traz o sentimento de ser um ser único.” (ANZIEU, 2000, p 135) Quando há o enfraquecimento das fronteiras do Self, há a ameaça de individualidade do Self.

A quinta função do Eu-pele é da intersensorialidade onde o Eu-pele é uma tela ou um espaço que liga todos os bolsos onde se encontram os órgãos dos sentidos, sobre o fundo que é o envelope tátil. A intersensorialidade é essa junção dos sentidos sobre a base que é o tato. Esta função prepara o psiquismo para a simbolização. Sem esta função há a angústia de fragmentação do corpo ou desmantelamento. (ANZIEU, 1989)

A sexta função do Eu-pele há um investimento libidinal da mãe na pele do bebê que é receptor de carícias, momentos de prazer e prepara a criança para o prazer sexual no futuro. O Eu-pele tem a função de sustentação da excitação sexual e o desenvolvimento de zonas erógenas. (ANZIEU, 1989)

A sétima função do Eu-pele é de “(...) recarga libidinal do funcionamento psíquico, de manutenção da tensão energética interna e de sua repartição desigual entre os subsistemas psíquicos.” (ANZIEU, 1989, p. 137) Assim o Eu-pele se encarrega de manter a quantidade de energia do psiquismo e em dividir a energia onde ela se fizer necessária. Uma das falhas desta função são as crises epiléticas já que há o excesso de excitação o que resulta em angústia de explosão do aparelho psíquico.

A oitava função é de inscrição dos traços sensoriais táteis em que a mãe apresenta objetos para seu bebê. Há nesta função uma parte biológica e outra social em que o biológico se dá pela realidade que faz suas impressões sobre a pele e o social em que pertencer a um grupo social implica em tatuagens, inscrições, penteados e roupas entre outros que marcam a pele. (ANZIEU, 1989)

A nona e última função do Eu-pele é da autodestruição em que o próprio corpo da pessoa ataca um certo órgão ou o próprio psiquismo. Esta é a única função tóxica do Eu-pele. (ANZIEU, 1989)

Com as teorias sobre a formação da imagem do corpo e a subsequente formação do Eu podemos entender que o corpo biológico é a base para o desenvolvimento infantil. É com o corpo vivo e físico que ocorrem as trocas com o ambiente, a mãe e é sobre o corpo que pelo cuidado e o tocar são feitas as marcas.

5. Levantamento Bibliográfico

Este levantamento bibliográfico, a seguir, foi feito em abril de 2021, para entender o que havia sido publicado em sites de artigos científicos sobre equoterapia e autismo.

No site da ANDE-Brasil com o descritor “psicologia” foram encontrados 9 artigos, com o descritor “psicanálise” foram encontrados 2 artigos que também se encontram no descritor “psicologia”. A palavra-chave “autismo” revela a existência de apenas 2 textos, de 2015, que também estão na pesquisa do descritor “psicologia”. Um destes textos é um artigo sobre um estudo de caso que utiliza um protocolo o outro texto é uma comunicação oral.

No mesmo site descrito acima com os descritores “terapias assistidas por animais”, “terapia assistida por animais”, “terapias assistidas por equinos”, “terapia assistida por equino”, “horse assisted therapy” e “equine assisted therapy”, não há nenhum resultado.

Na biblioteca da USP com o descritor “autismo” existem 790 resultados, com o descritor “terapia assistida por animais” 66 resultados e com a palavra-chave “equoterapia” existem 17 resultados sendo que um título está duplicado. Destes apenas um é sobre equoterapia e autismo, do ano de 1999.

Com o descritor “terapia assistida por equinos” surgiram 4 resultados sendo que destes apenas um está relacionado a interação de cavalos com pessoas, mas nenhum dos textos está relacionado a autismo e nem ao trabalho do psicólogo nesta área. Com o descritor “equine assisted therapy” existem 5 resultados, todos relacionados ao manejo, cuidados e reprodução do equino e com o descritor “horse assisted therapy” existem 3 resultados que também estão relacionados apenas ao cavalo. Com “terapia assistida por equino”, “equine assisted therapies” e “horse assisted therapies” não há resultados.

Na base de dados BVS Salud com o descritor “autismo” são 35.390 resultados. Com a palavra-chave “equoterapia” existem 291 artigos. Com os descritores “equoterapia” e “transtorno do espectro autista” são 8 resultados, todos artigos internacionais, dos anos de 2015 a 2018. Dois destes artigos não eram interessantes para este estudo já que o texto completo de um não estava disponível e outro objetivava a equitação terapêutica para entender se há uma melhora na conduta da criança com autismo para com seus animais domésticos. Dos oito artigos citados acima, 3 utilizam protocolos conhecidos da psicologia e 2 utilizam entrevistas com os cuidadores das crianças para avaliar as mudanças que a equoterapia pode proporcionar às crianças com autismo e um é uma revisão de literatura que compreende crianças com autismo e crianças com paralisia cerebral.

No mesmo site de busca BVS salud, com os descritores “equoterapia” e “transtorno autístico” encontraram-se 9 resultados, com anos de publicação de 2009 a 2018. Destes 3 não se aplicam a este estudo por não terem o texto completo disponível, ou por não serem sobre autismo. Dois artigos utilizam protocolos para avaliar a evolução das crianças e 1 utiliza dados de professores que acompanham as crianças.

A palavra-chave “horse assisted therapy” mostrou 614 resultados sendo que 9 compreendem autismo. Destes 9 que foram publicados de 2009 a 2018, apenas 2 são inéditos, uma revisão bibliográfica e um estudo de caso cujo texto completo não foi encontrado, sendo que os outros 7 estão presentes nas pesquisas com os descritores listados acima. Com “equine assisted therapy” foram 665 resultados e “equine assisted therapy” com “transtorno do espectro autista” foram 10 resultados sendo que todos os resultados eram artigos repetidos das buscas acima.

São 19 artigos para o descritor “equine facilitated psychotherapy”, mas apenas um é uma revisão de literatura que compreende crianças com autismo, de 2012.

Na base de dados Cochrane Library com a palavra-chave “equine assisted therapy” e “autismo” há 11 resultados, e apenas 3 são artigos diferentes dos já vistos em pesquisas anteriores, dos anos de 2010 a 2021. Estes não foram incluídos neste mestrado já que não são sobre equoterapia e autismo, mas compreendem outros assuntos como esquizofrenia e dança.

Com os descritores “horse assisted therapy” e “autismo” havia 6 resultados e com a palavra-chave “therapeutic riding” e “autismo” foram encontrados 13 resultados em que todos os resultados são artigos repetidos de pesquisas acima. A busca pela palavra-chave “equine facilitated psychotherapy” não trouxe nenhum resultado.

Com este levantamento de dados acima percebe-se que são poucos os artigos em bases de dados internacionais que tratam de equoterapia e autismo. Já artigos nacionais sobre o mesmo tema são raros em bases de dados internacionais.

A maioria dos artigos encontrados nas bases de busca acima foram publicados após a promulgação da Lei internacional. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi promulgada em Nova Iorque em 2007 e entrou em vigor no Brasil em 31 de Agosto de 2008.

Investigações empíricas sobre intervenções assistidas por equinos para pessoas com autismo são tão recentes que Peters e Wood (2017) destacam em seu artigo que fizeram um levantamento bibliográfico para textos desde 1980, mas o primeiro que encontraram datava de 2003.

Com todas as razões para a importância e necessidade de mais pesquisas no campo da equoterapia e da psicanálise começo minha pesquisa com a pergunta norteadora: Como a equoterapia, enquanto método terapêutico, pode auxiliar no desenvolvimento de uma criança com autismo, na construção de sua imagem corporal, verificado pelo eixo “O corpo e sua imagem” do APEGI, Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições?

Objetiva-se entender o impacto da equoterapia na construção da imagem corporal de uma criança com autismo a partir do eixo “O corpo e sua imagem” do instrumento APEGI. Os objetivos específicos são verificar em cada indicador do APEGI se há alguma mudança e documentar como estas mudanças ocorrem.

6. Método

Esta pesquisa é caracterizada como qualitativa, com estudo de caso de uma criança com autismo e no de trabalho de campo houve a participação da pesquisadora como observador-participante.

Bardin (2016) explica que a pesquisa qualitativa é importante para entender um acontecimento específico e não para investigar fenômenos gerais. Esse tipo de pesquisa é mais flexível, aceita dados não previstos e mudanças nas hipóteses. O estudo é feito a partir de dados extraídos e não há a intenção de analisar o fenômeno como um todo. Para evitar que dados importantes não sejam incluídos há sempre que entender, de maneira exata, o sentido do que está sendo pesquisado.

Yin (2016) explica que a pesquisa qualitativa é fascinante porque permite a realização de estudos aprofundados sobre uma enorme gama de temas utilizando termos cotidianos e há maior liberdade na escolha dos temas a serem pesquisados.

A pesquisa qualitativa interpreta realidades sociais, está centrada em levantar dados e é comumente conhecida por ser composta de questionários e entrevistas. Há, neste tipo de pesquisa, o interesse na coleta de dados e na qualidade. (BAUER et al., 2003)

Segundo Bardin (2016) a presença do que está sendo estudado, na pesquisa qualitativa, é mais importante do que a frequência com a qual aparece na pesquisa. As mensagens singulares não podem ser normalizadas, como na pesquisa quantitativa, já que em uma entrevista muitas vezes existem leis próprias que são de sua estrutura, e sua análise deve seguir respeitando sua singularidade. Isso não quer dizer que não seja possível fazer análises quantificáveis em pesquisas qualitativas, mas esse não será o foco desta pesquisa.

Neste estudo a equoterapia foi utilizada e analisada como estratégia para a possível promoção de desenvolvimento do eixo “O corpo e sua imagem” do APEGI em uma criança com diagnóstico prévio de autismo. O APEGI, Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições é o roteiro utilizado para acompanhar e verificar uma possível alteração na imagem do corpo.

Nesta pesquisa o acontecimento específico é a possível instalação ou mudança da imagem corporal de uma criança com autismo por meio da psicoterapia assistida com equinos. Os dados foram extraídos pelas aplicações do roteiro APEGI e as anotações do trabalho de campo que ocorreram nos atendimentos de equoterapia no Regimento de Polícia Montada “9 de Julho”. O sentido desta pesquisa está relacionado às possíveis alterações da imagem do corpo de uma criança com diagnóstico de autismo.

O início do trabalho de campo, do presente estudo, foi em 12 de fevereiro de 2019 e 19 de fevereiro de 2019 com duas crianças participantes, uma menina e um menino, respectivamente, tendo sido elaborado o termo de assentimento, para falar às crianças e o termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelas famílias. Este estudo está na Plataforma Brasil e está sob o número CAAE, Certificado de Apresentação para Apreciação Ética, 02439318.6.0000.5561.

Entretanto, uma das dificuldades encontradas pela pesquisadora ao longo do ano da realização do estudo foi a retirada do consentimento de uma das famílias. Assim, este estudo de caso se fundamenta na observação de uma criança com autismo, que vamos chamar de Estela, iniciando sua participação em 12 de fevereiro de 2019, quando tinha 3 anos de idade, até o término da coleta de dados em 10 de dezembro de 2019, quando já tinha completado 4 anos.

O diagnóstico de autismo da criança participante foi realizado previamente por um psiquiatra que não participou desta pesquisa. Estela também foi atendida em outros locais com outros profissionais de diversas áreas da saúde e da educação para estimular seu desenvolvimento.

Os critérios de exclusão adotados para este estudo foram: a ausência de síndromes genéticas ou deficiências físicas incapacitantes. As crianças precisavam estar inscritas em um programa de inclusão em uma escola regular para poder aplicar de modo integral o roteiro APEGI. As crianças participantes desta pesquisa não poderiam ter tido contato com uma intervenção de qualquer tipo em equoterapia ou terapia assistida por equinos antes do início desta pesquisa para que os dados extraídos fossem legítimos deste momento de pesquisa.

Neste estudo qualitativo, Estela participou do roteiro APEGI, Acompanhamento Psicanalítico em Escolas, Grupos e Instituições. O roteiro APEGI foi aplicado em 13 de fevereiro de 2019, logo no início da pesquisa e foi utilizado para acompanhar o percurso da criança durante este ano. Em todos os momentos em que o APEGI foi utilizado houve a preocupação em aplicá-lo de maneira integral, incluindo: a entrevista com os pais, entrevista com o professor, observação e entrevista com a criança e observação da criança no grupo. O eixo do APEGI analisado com maior profundidade para esta pesquisa foi “O corpo e sua imagem”. Um aprofundamento sobre o instrumento APEGI, sua história, seus eixos e como foi desenvolvido se encontra no capítulo 4. Um modelo do roteiro APEGI está no Anexo 1.

Seguindo o roteiro APEGI adotado para esta pesquisa Estela foi acompanhada em momentos pontuais em sua escola. Estas visitas às escolas são fundamentais para que a criança acompanhada poderá ser vista por profissionais da educação que estão fora do círculo familiar.

É na escola que a criança desenvolve seus laços sociais e coloca em prática muito do que aprendeu com sua família. (KUPFER, 2000)

Estela frequentou duas escolas durante o ano de 2019 em que ocorreu o presente estudo. A escola que foi considerada para este estudo foi a segunda, que Estela começou a frequentar em maio e permaneceu até o final da pesquisa. Esta é uma escola pública municipal em Guarulhos, na Grande São Paulo. A escola é pequena, atende 61 crianças na educação infantil e 43 no ensino fundamental. Na sala da Estela há outras 20 crianças e além da professora, há uma acompanhante escolar que está ali exclusivamente para auxiliar a Estela em sua rotina escolar. A LBI, Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei 13.146/2015, que entrou em vigor em Janeiro de 2016, possibilitou que crianças com deficiência tivessem ajuda especializada dentro da sala de aula. A primeira aplicação do APEGI na escola foi em 10 de maio de 2019 e a última aplicação foi no dia 2 de dezembro do mesmo ano, ao final do ano letivo e dos atendimentos em equoterapia.

O APEGI foi aplicado de maneira integral pela segunda vez em setembro de 2019, de maneira não prevista, por causa de dificuldades encontradas no trabalho de campo, de modo a garantir dados para a realização desta pesquisa. Ao final do estudo apenas as duas aplicações do início, em fevereiro, e do final do ano, em dezembro, foram mantidas para a análise dos dados. O eixo “O corpo e sua imagem” das duas aplicações do APEGI, ocorridas em fevereiro e dezembro, foi analisado com detalhe para verificar se houve alguma mudança, quais foram estas mudanças e sua possível associação com a equoterapia.

A última aplicação do APEGI foi realizada em dezembro de 2019, se deu uma semana antes do último atendimento de equoterapia do ano. A última aplicação teve de ser feita antes do final dos atendimentos em equoterapia por uma dificuldade de comunicação e de falta de informação dos profissionais do local da pesquisa de campo.

O encontro com os participantes desta pesquisa foi realizado no local do trabalho de campo, o Regimento de Polícia Montada 9 de Julho. Estela participou de uma sessão de equoterapia e ao saírem da sessão houve a formalização da participação da Estela e o consentimento dos pais de Estela nesta pesquisa. No dia seguinte, o roteiro APEGI foi iniciado e após esta primeira aplicação a criança praticou equoterapia uma vez por semana, em sessões individuais, por 45 minutos, ao longo do ano de 2019. Foram 31 sessões documentadas. Destas Estela faltou em 5 sessões por conta de consultas médicas e problemas de saúde. Outras 3 sessões não foram realizadas por conta de cursos e eventos no Regimento e a pesquisadora teve que se ausentar em 1 sessão por morte na família. Assim, o total de sessões documentadas para o trabalho de campo foi de 22 sessões.

Para documentar as sessões do trabalho de campo foi feita a observação sistemática e participante que foi registrada em um diário de campo para realizar posteriormente a análise dos dados. A observação participante é explicada por Brandão (2000) como uma maneira de observar um fenômeno em que não há apenas a observação do pesquisador, mas a sua participação neste mesmo fenômeno: “(...) o primeiro fio de lógica do pesquisador deve ser não o seu, o de sua ciência, mas o da própria cultura que investiga, tal como a expressam os próprios sujeitos que a vivem. Estava inventada a observação participante.” (p.12).

Esse tipo de observação foi escolhido no trabalho de campo especialmente pelo perfil da participante que tem diagnóstico de autismo, cuja principal dificuldade é fazer contato com o ambiente e com o outro. Para ter um bom entendimento do que estava sendo dito a pesquisadora acompanhou as sessões caminhando na pista perto do cavalo e dos outros profissionais que estavam ali no entorno. Muitas vezes a criança olhava para a pesquisadora, falava com ela, ou a convocava de alguma maneira e por uma questão ética a pesquisadora validou e respondeu a esses contatos. A participação e acompanhamento das sessões, possibilitou entender os indicadores de maneira mais qualitativa podendo realizar uma melhor aplicação do protocolo.

6.1. Um breve relato da história de Estela

Estela mora com seus pais e sua meia-irmã, por parte de mãe, em um cômodo nos fundos da casa de sua avó. Sua família é multirracial sendo que seu pai é branco e sua mãe é negra. A casa onde mora tem cozinha, banheiro e um quarto que está nos fundos do terreno da casa da avó, que é alugada. A família se mudou para esta casa quando Estela tinha 3 meses de idade. Na casa da frente moram sua avó, sua bisavó, sua tia e sua prima que é um pouco mais velha e com quem gosta muito de brincar. A bisavó de Estela faleceu durante o estudo, em novembro, depois de ter passado algum tempo internada em um hospital.

A mãe de Estela, Karen, conta que sua gravidez não foi planejada, e não planejava ter mais filhos, já que não tinha condições financeiras. Karen demorou para descobrir que estava grávida e só descobriu quando teve um sangramento. Ela acredita que estava grávida de gêmeos, mas perdeu um dos bebês. A partir dos 7 meses de gestação Karen teve uma gravidez de risco com pressão alta, diabetes gestacional e teve que tomar medicamentos para conseguir levar a gravidez a termo. Durante sua gravidez Karen teve diversos problemas em seu trabalho e pensa que estes colaboraram para que sua gravidez se tornasse de risco.

Estela nasceu com 40 semanas e não houve intercorrências no parto. Karen percebeu que Estela era mais lenta que as outras crianças. Quando tinha 6 meses Estela começou a ter convulsões e sua mãe reparou que seu corpo ficava durinho. Estela começou a falar “mamã” e “papai” com 9 meses e com 11 meses começou a frequentar a creche. Quando completou um ano de idade Estela teve uma convulsão onde ficou roxa e travou sua boca no dedo de seu pai. Com 1 ano e 2 meses Estela parou de falar e ficou assim até por volta de 1 ano e 10 meses. Quando ela voltou a falar ela passou a chamar a todos de “Tia”. Karen ficou preocupada que não seria mais chamada de mãe, mas com o tempo, e as sessões de fonoaudiologia que iniciou aos 2 anos, Estela voltou a falar.

Até completar um ano e três meses Estela rastejava, não engatinhava nem andava. Com 1 ano e 3 meses Estela teve outra convulsão grande, ela foi levada ao hospital e em outubro de 2017, alguns meses depois, Estela ficou em coma, internada por 3 dias na UTI, por conta de uma dosagem errada de um medicamento administrado por um médico. Suas convulsões estabilizaram por volta dos 2 anos de idade.

Durante este tempo eles foram e voltaram do hospital diversas vezes. A última convulsão grande que Estela teve foi em outubro de 2018 quando já tinha 3 anos. Depois que Estela passou a ter convulsões ela começou a se balançar e a rodar em volta de si. Ela fez diversos exames e em 2018 obteve o laudo de autismo.

Em setembro de 2019, Estela teve uma convulsão enquanto estava fazendo um exame. Esta convulsão era imperceptível, mas no exame pode-se ver sua presença.

6.2. O Regimento de Polícia Montada “9 de Julho”

A pesquisa de campo de equoterapia foi realizada no Regimento de Polícia Montada “9 de Julho”, que teve sua origem no ano de 1831 quando houve diversos tumultos do período Regencial após a abdicação de D. Pedro I. O Padre Diogo Antônio Feijó, Ministro da Justiça nessa época, formulou o projeto de Lei que criou a Guarda Municipal Permanente no Rio de Janeiro, capital do país e nas outras províncias do país. (ANDRIOLI, 2009)

Em 15 de Dezembro de 1831, a Seção de Cavalaria foi criada pelo Brigadeiro Raphael Tobias de Aguiar, que contava com 30 praças e foi o início do Regimento em São Paulo. A localização do Regimento era inicialmente no Convento Nossa Senhora do Carmo, onde hoje é a Av. Rangel Pestana e a Rua do Carmo. Em 1886 o governo comprou o Convento da Luz para instalar o Regimento que passou a ser utilizado como sede em 1891, o qual teve sua obra finalizada em 1912. (ANDRIOLI, 2009)

O nome da Cavalaria, até se consolidar em 1918, foi bastante alterado e passou de Seção, para Corpo e Destacamento, quando fazia parte de outra Companhia. O Corpo de Cavalaria passou a ser chamado de Regimento em 13 de dezembro de 1918 e o nome “9 de Julho” se deve a uma homenagem à Revolução Constitucionalista de 1932. (ANDRIOLI, 2009)

“O Quartel da Luz foi tombado pela Secretaria da Cultura, esportes e Turismo do Estado, através de Resolução datada de 15 de Dezembro de 1972, nos termos do Decreto-Lei n 149, de 15 de agosto de 1969 (...)” (ANDRIOLI, 2009, p. 30)

O Regimento de Polícia Montada “9 de Julho” se fez presente em diversos momentos importantes da história da cidade de São Paulo e do país. Atualmente, tem importante atuação nos eventos da cidade de São Paulo com o controle de multidões em grandes eventos como shows de bandas de música, jogos de futebol, visitas de personagens públicas e festas e datas comemorativas como o carnaval. Os militares da cavalaria participam de patrulhamentos todos os dias, que são feitos especialmente no centro da cidade, e servem para combater o crime. Outro importante serviço prestado à população pelo Regimento é o serviço de terapias assistidas por equinos que inclui: a equoterapia para crianças com deficiência e policiais militares com sequelas por conta de ferimentos em serviço e o volteio terapêutico para crianças de uma instituição da região. (ANDRIOLI, 2009)

6.2.1. A implantação da equoterapia

Em 5 de outubro de 1993 foi criado o “Centro de Pesquisa e Desenvolvimento em Equoterapia”, CEDEPE, pelo Capitão Yvens Martini Catalano por conta de um pedido da ANDE Brasil, ou Associação Nacional De Equoterapia. A oficialização da criação de um programa pioneiro de equoterapia no Regimento foi publicado no Boletim Geral 210/93. (ANDRIOLI, 2009)

O Major PM Yvens Catalano e o 1º Tenente PM Márcio Navarro de Camargo viajaram à Itália em 1997 para frequentarem um curso da ANIRE Associação Nacional Italiana de Reabilitação Equestre e fazer estágio no centro de Equoterapia em St. Gallen, na Suíça. Os policiais que trabalhavam com equoterapia quando esta proposta foi criada no Regimento, eram voluntários. Segundo Andrioli “Desde a criação do Centro, cerca de 2.000 pessoas já foram beneficiadas pelo tratamento.” (p. 184, 2009)

Hoje o CEDEPE se tornou um centro de equoterapia onde, além dos atendimentos, o Regimento se constitui como um centro de divulgação de conhecimento em equoterapia. Neste contexto, os policiais especializados em equoterapia viajam para outros quartéis, inclusive no

interior de São Paulo, para auxiliarem na implantação de programas de equoterapia na região e para realizarem cursos e palestras sobre o tema.

6.2.2. A organização do Programa de Equoterapia

No programa de Equoterapia do Regimento existe um grupo de policiais militares que atuam especialmente com equoterapia e estes não são voluntários tendo suas escalas organizadas para que o programa não seja afetado.

As sessões de equoterapia duram 45 minutos, com um intervalo de 15 minutos entre as sessões para que os voluntários possam se comunicar com os pais dos pacientes e tomar água. Assim, em uma tarde são três horários de atendimentos, das 14 às 16, sendo que pode haver até 5 cavalos no picadeiro por atendimento.

Para o paciente ingressar no programa de equoterapia do Regimento, que é gratuito, há uma longa fila de espera. Os pacientes que são selecionados para participarem passam primeiro por uma triagem, que inclui a apresentação da indicação médica, e uma entrevista com os pais e o participante para entender se há contra-indicações para a realização da equoterapia. Se a pessoa for aprovada para participar os policiais coordenadores da equoterapia irão escolher o cavalo, a equipe de profissionais voluntários e o policial que irá acompanhar o participante, bem como o dia e horário das sessões.

Assim, no dia e no horário designados, a criança se dirige ao Regimento com seus familiares e espera em um lugar designado para aguardar sua vez. Ao ser chamada, já encontrará seu cavalo encilhado e preparado para recebê-la, aguardando junto ao auxiliar-guia, que é um policial, na rampa.

A criança é levada pelos voluntários até a rampa e, se necessário, recebe auxílio para montar no cavalo. Em uma sessão há sempre pelo menos dois voluntários, posicionados um em cada lado do cavalo e o auxiliar-guia à frente guiando o cavalo.

A equoterapia também pode compreender o trabalho de solo que consiste na higiene do cavalo como escovação, alimentação, encilhamento e cuidados gerais.

Nesta pesquisa os policiais que participaram diretamente dos atendimentos foram Taciana, psicóloga; Zattera, fisioterapeuta; Dante, policial aposentado e auxiliar-guia; Salvio, auxiliar-guia e Gentil, auxiliar-guia. Martim não consta diretamente nos atendimentos desta pesquisa, já que ele não acompanhava os atendimentos de Estela, mas estava presente por coordenar as sessões de equoterapia dizendo junto com Taciana qual voluntário deveria estar presente com qual cavalo e em qual horário.

6.2.3. O programa de voluntariado

O programa de voluntariado do Regimento de Polícia Montada “9 de Julho” é autorizado pela Lei 9608/98 de 18 de Fevereiro de 1998:

Art. 1º Considera-se serviço voluntário, para fins desta Lei, a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade.

Parágrafo único. O serviço voluntário não gera vínculo empregatício, nem obrigação de natureza trabalhista previdenciária ou afim.

Os voluntários são em geral profissionais ou estudantes da área da saúde e do ensino, como: fisioterapeutas, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e pedagogos. (ANDRIOLI, 2009)

No ano de 2019 os voluntários ingressantes participaram de um treinamento de 16 horas divididas em 4 horas por dia, uma vez por semana, por um mês.

O treinamento é constituído dos seguintes temas: o conceito de equoterapia, a apresentação do Regimento, questões de segurança com relação ao cavalo e como se portar diante de um cavalo, questões de higiene e limpeza do cavalo, como são feitas as transferências de praticantes da cadeira de rodas para o cavalo, ou da rampa para o cavalo, o embarque e o desembarque do paciente ao cavalo dentro e fora do picadeiro, retirada de emergência do paciente do cavalo e patologias específicas dos pacientes participantes desse ano.

Ao final do treinamento e após os voluntários assinarem o Termo de Adesão ao Voluntariado, são formadas as equipes que serão responsáveis por cada paciente. Também é escolhido o cavalo que será utilizado nas sessões daquele paciente. Essas equipes são designadas pelos policiais militares que participam do programa de terapias assistidas por equinos.

Os voluntários devem comparecer ao Regimento uma vez por semana, no período da tarde do dia designado, segunda, terça ou sexta e atender os pacientes previamente designados. Ao final dos atendimentos, os voluntários participam de uma hora de aula teórica ou prática. As aulas teóricas podem incluir a discussão de textos, reuniões para o planejamento das sessões ou a discussão de casos. As aulas práticas envolvem a montaria à cavalo, práticas de encilhamento ou de segurança com o cavalo.

O programa de voluntariado tem a duração de um ano, porém aqueles que quiserem continuar no programa podem continuar participando nos anos seguintes. Os voluntários que

continuam no programa não precisam participar do treinamento nos anos seguintes, apenas devem comparecer ao último dia de treinamento para participarem das atividades de integração com os novos voluntários.

Os voluntários que participaram desta pesquisa foram: Tércia: psicóloga; Glaucia: estudante universitária; Graça: estudante universitária; Domitila: pedagoga; Magali: sem formação universitária na área da saúde ou educação; Marise: sem formação universitária na área da saúde ou educação; Nivea: sem formação universitária na área da saúde ou educação; Telma: estudante universitária; Gleice: pedagoga; Silvia: estudante universitária; Dulce: estudante universitária; Natália: pedagoga.

7. Os indicadores do corpo e sua imagem nas sessões de equoterapia e nas aplicações do APEGI

“O único grande preceito e prática em usar um cavalo é esse, - nunca lide com ele quando você estiver dominado por fortes emoções. Quando a emoção falar mais alto não há previsão, e muitas vezes há o arrependimento do dia em que nos deixamos levar por ela.” (Xenophon, p. 37) (tradução livre)

7.1. O trabalho de campo

Para responder à pergunta central desta pesquisa e entender se há algum desenvolvimento da imagem do corpo, de crianças com autismo na equoterapia, houve alguns passos para a pesquisa e o trabalho de campo. O trabalho de campo foi composto pelas duas aplicações do APEGI e pelo acompanhamento das sessões de equoterapia da criança Estela, no Regimento de Polícia montada 9 de Julho, que ocorreu no ano de 2019.

Estela, sua família e a pesquisadora se conheceram no Regimento ao final da primeira sessão de equoterapia da criança. Após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, e de ler e explicar para Estela sobre o termo de anuência, a pesquisa foi iniciada.

O total de sessões incluindo as faltas foi de 31, e, se não contarmos as faltas, foram 22 sessões. No período de 12 de fevereiro a 10 de dezembro, em que a Estela foi atendida na equoterapia, houve algumas rupturas significativas e, para fins de análise as sessões foram organizadas em três períodos.

7.2. Tabela 1: Relação de profissionais, voluntários e cavalos por sessão

Momento 1					
Sessões	Terapeuta	Cavalo	Auxiliar-guia	Lateral	Lateral
1. 12/02/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Glaucaia	Graça
2. 19/02/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Glaucaia	Graça
3. 26/02/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Glaucaia	Graça
4. 12/03/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Glaucaia	Graça
5. 19/03/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Domitila	
6. 26/03/19	Falta da Estela para ir à consulta no Hospital das Clínicas				

7. 02/04/19	Tércia	Dédalo	Caleb	Telma	Graça e Zattera
8. 09/04/19	Tércia	Dédalo	Salvio	Gláucia	Graça
9. 16/04/19	Tércia	Ícaro	Caleb	Gláucia	Marise
10. 23/04/19	Tércia	Ícaro	Caleb	Magali	
11. 30/04/19	Tércia e Taciana	Ícaro	Caleb	Gláucia	Nivea
12. 07/05/19	Tércia e Taciana			Magali	

Momento 2

13. 14/05/19	Falta da pesquisadora				
14. 21/05/19	Falta da Estela				
15. 28/05/19	Sem atendimentos no Regimento				
16. 04/06/19	Dante	Aquiles	Caleb	Nivea	Magali e Gleice
17. 11/06/19	Taciana	Aquiles	Caleb	Nivea	
18. 26/06/19	Dante	Aquiles	Caleb	Zattera	Nivea e Gleice

Momento 3

19. 17/09/19	Taciana e Tércia	Jerano	Caleb		
20. 24/09/19	Taciana	Naia	Caleb	Magali	Silvia
21. 01/10/19	Evento no Regimento: sem atendimentos				
22. 08/10/19	Evento no Regimento: sem atendimentos				
23. 15/10/19	Falta da Estela para atendimento fora do Regimento.				
24. 22/10/19	Cassia	Naia	Caleb	Nivea	
25. 29/10/19	Domitila	Nerea	Caleb	Silvia	Magali
26. 05/11/19	Taciana e Gleice	Nerea	Gentil	Dulce	
27. 12/11/19	Dulce	Nerea	Caleb	Gleice	
28. 19/11/19	Falta de Estela por estar doente				
29. 26/11/19	Falta de Estela por conta de uma consulta				

30. 03/12/19	Taciana e Natalia	Nerea	Caleb	Magali
31. 10/12/19	Taciana e Natalia	227	Caleb	Magali

*Todos os nomes citados na tabela e neste estudo são pseudônimos para preservar a integridade da identidade de cada pessoa e animal.

O primeiro momento se deu nas primeiras 12 sessões, que ocorreram de 12 de fevereiro de 2019 a 7 de maio de 2019. Este período foi escolhido como o primeiro momento por conta da presença da psicóloga Tércia. Os profissionais que acompanharam a Estela eram a psicóloga, Tércia, o auxiliar-guia, Caleb, e os profissionais laterais, que mudavam constantemente já que havia muitas faltas e atrasos. Quando há dois profissionais no mesmo espaço da tabela houve a participação deste segundo profissional que permaneceu por apenas parte da sessão. Os espaços em branco indicam que não havia um profissional naquela posição. Neste interim houve apenas uma falta da Estela por conta de uma consulta médica.

Durante este tempo foram utilizados 2 cavalos, o Dédalo, de pelagem branca ou tordilha, de 12 de fevereiro a 9 de abril, e o Ícaro, de pelagem cinza, de 16 de abril a 30 de abril.

No dia 7 de maio de 2019, Estela não montou um cavalo de equoterapia, por isso não há na tabela o nome do cavalo, do auxiliar-guia, nem de um lateral. Neste dia havia mais crianças para serem atendidas do que cavalos, assim Estela ficou sem um cavalo para a sua sessão de equoterapia. A psicóloga e policial do Regimento Taciana conseguiu organizar os horários dos atendimentos para que Estela pudesse ser atendida, mas Tércia recusou o cavalo alegando que Estela tinha que aprender que as coisas no Regimento não funcionam como ela queria. Este desentendimento entre Tércia e Estela se iniciou quando Tércia tentou colocar o capacete na cabeça de Estela e ela reclamou que não queria o capacete. Em seguida ela exclamou que não queria o cavalo.

“Não quero cavalo hoje não!” Tércia responde “Não é quando você quer. Aqui não funciona assim. Você não falou? Vamos aprender que aqui não é assim. Você falou que não queria cavalo, não foi?” Estela responde “Não foi.” (sic)

A irmã de Estela presenciou parte desta discussão e relatou o ocorrido à sua mãe que não estava presente no Regimento neste dia. Por conta desta situação a psicóloga Tércia foi retirada do caso a pedido da mãe de Estela.

O segundo momento foi da 13ª sessão no dia 14 de maio de 2019 à 18ª sessão que ocorreu em 26 de junho, última sessão antes do recesso das férias. Este período foi denominado segundo momento por não ter a presença da psicóloga Tércia e por ser logo antes do término

das atividades do semestre. Durante este tempo houve uma sessão que não foi registrada e duas sessões que não aconteceram. A 13ª sessão do dia 14 de maio de 2019 não foi registrada porque houve a minha falta por ocasião de morte de um familiar. Estela faltou na sessão seguinte, do dia 21 de maio de 2019, por conta de uma consulta médica e a 15ª sessão, do dia 28 de maio, foi cancelada por causa de um curso de equoterapia da ANDE-Brasil, que foi ministrado no Regimento. Em realidade, para esta segunda etapa houve apenas 3 sessões. Nesta etapa o cavalo utilizado foi o Aquiles de pelagem castanha escura.

Para a sessão do dia 4 de junho não havia um profissional da saúde conduzindo a sessão. O auxiliar-guia conduziu a sessão e os laterais apenas fizeram algumas pontuações. É por esta razão que o nome do auxiliar-guia está repetido no espaço do terapeuta e do auxiliar-guia. Para a sessão seguinte, de 11 de junho, houve a presença da psicóloga e policial Taciana, que conduziu a sessão e na última sessão do semestre no dia 26 de junho o auxiliar-guia estava no lugar do terapeuta e o auxiliar-guia foi um fisioterapeuta o Zattera, que também é policial.

O terceiro momento ocorreu de 17 de setembro a 10 de dezembro de 2019. O mês de julho foi de recesso, já que o calendário dos atendimentos em equoterapia do Regimento acompanhava o calendário escolar. Por conta de questões burocráticas a entrada da pesquisadora foi interrompida de agosto a meados de setembro. Em agosto um termo foi assinado onde constava que a observação participante não poderia continuar sendo realizada já que esse método de investigação em pesquisa era visto como algo que interferia nos atendimentos. O acompanhamento das sessões de Estela foi retomado em 17 de setembro.

Estela não foi atendida nos dias 01 de outubro 2019 e 08 de outubro de 2019 por causa de um evento no Regimento. Na semana seguinte, dia 15 de outubro de 2019, houve a falta da participante para um atendimento no CIAGG, Centro de Apoio e Inclusão ao Autista de Guarulhos onde a criança estava na lista de espera havia um ano. Estela faltou em mais duas sessões: dia 19 de novembro de 2019 porque estava doente e a sessão do dia 26 de novembro de 2019 porque ela tinha uma consulta no Hospital das Clínicas.

Nesta etapa quatro cavalos foram utilizados: o Jerano, a Naia, a Nerea e, no último dia dos atendimentos, 10 de dezembro, o nome do cavalo não foi mencionado pelos policiais para Estela, apenas pude ver seu número, 227. Todos estes animais tinham a pelagem castanha escura.

Para estas sessões Estela foi acompanhada pela psicóloga Taciana de 17 e 24 de setembro. Em um treino para uma apresentação no Regimento Taciana caiu do cavalo e teve que se ausentar das sessões, assim diversos profissionais participaram das sessões seguintes. Na sessão de 8 de outubro a Cassia, psicóloga voluntária, participou, de 29 de outubro a

Domitila, que era pedagoga. O retorno às atividades de Taciana ocorre em 5 de novembro, mas participa apenas um pouco da sessão e logo sai e deixa Gleice, uma voluntária em seu lugar. Em 12 de novembro Dulce e Gleice participaram como voluntárias, mas quem conduz a sessão é Caleb, o auxiliar-guia. Para a sessão do dia 3 de dezembro e 10 de dezembro Estela é acompanhada pela pedagoga voluntária Natália, e a voluntária Magali. A Taciana acompanha Estela quando ela monta no cavalo parado na rampa até a entrada no picadeiro e depois se ausenta.

Assim durante os atendimentos do ano de 2019, Estela é acompanhada por oito terapeutas no total e não há uma regularidade ou intenção para estas trocas constantes. As trocas foram mais frequentes com os laterais em que no total foram 11 pessoas acompanhando os atendimentos. Foram três auxiliares-guia durante o ano, sendo que de todos os profissionais que acompanharam a Estela, o profissional que esteve mais presente foi, o auxiliar-guia, Caleb. No total foram sete cavalos utilizados para as sessões de Estela em que estive presente. A pelagem dos animais vai de branco, a cinza, a castanho escuro.

Pela análise dos dados acima podemos constatar que existem trocas constantes de profissionais e cavalos nos atendimentos de Estela. Essas trocas dificultam a transferência e a realização de vínculo da criança tanto com os profissionais quanto com o cavalo. Há no planejamento das atividades de equoterapia e entre os profissionais que ali atuam, a falta de compreensão da importância da transferência da participante com a equipe e da necessidade de formar vínculos para fortalecer sua saúde psíquica e se estabelecer enquanto sujeito.

A estimulação à realização de vínculo para Estela é essencial por conta do quadro de autismo. Segundo Pichon-Rivière (2007), idealizador do conceito de vínculo, no autismo há a falta de relações da pessoa com objetos externos, sendo que as relações de objeto são apenas com objetos internos. Há a falta de relação com o mundo exterior e a perda de contato com a realidade.

O vínculo é definido como “(...) a maneira particular pela qual cada indivíduo se relaciona com outro ou outros, criando uma estrutura particular a cada caso e a cada momento (...)” (PICHON-RIVIÈRE, 2007, p. 3) É algo mais concreto que a relação de objeto e uma parte ou um tipo de relação de objeto, termo costumeiramente utilizado na psicanálise para falar sobre a ligação de uma pessoa com outra ou outras. No vínculo há um padrão de conduta, que se repete. A conduta pode ser vista, é o resultado da expressão dos objetos que foram internalizados.

Um dos nossos objetivos no trabalho psicoterápico é captar o vínculo que o paciente estabelece com o terapeuta, para poder inferir, a partir daí, o tipo de relação de objeto

e a natureza dos processos internos que funcionam dentro do paciente. (PICHON-RIVIÈRE, 2007, p. 33)

Assim como o vínculo é utilizado para entender processos internos da pessoa analisada, a transferência, conceito de Sigmund Freud (1916-1917), além de fazer parte do processo de análise, é utilizada enquanto instrumento. Para Freud a transferência é um instrumento para que o paciente possa baixar suas resistências e trazer à tona o inconsciente reprimido. (FREUD, 2014)

A porção decisiva do trabalho é realizada criando na relação com o médico - na transferência -, novas edições daqueles velhos conflitos, em que o paciente gostaria de se comportar como fez no passado, enquanto nós, mediante o emprego de todas as forças psíquicas disponíveis, o obrigamos a tomar uma outra decisão. (FREUD, 2014, p. 601)

A transferência da criança com os profissionais da equoterapia é necessária para haver a possibilidade de Estela se beneficiar de um atendimento em equoterapia efetiva. Neste estudo a transferência que Estela conseguiu realizar com algum profissional ou cavalo logo era perdida, já que os profissionais eram mudados a cada sessão, impossibilitando a formação de vínculos.

O conceito de transferência de Freud se assemelha à ideia de vínculo, que analisa as relações interpessoais, conceito da psicologia social. “O vínculo é sempre um vínculo social, mesmo sendo com uma só pessoa; através da relação com essa pessoa repete-se uma história de vínculos determinados em um tempo e em espaços determinados.” (PICHON-RIVIÈRE, 2007, p. 31)

Os momentos de atendimento em equoterapia são muito ricos para o aparecimento do inconsciente da criança, de seus objetos internos, pelo estabelecimento de vínculo da participante com as pessoas do entorno do cavalo e o próprio cavalo. “Aquilo de que nos valem deve ser a substituição do inconsciente pelo consciente, a tradução do inconsciente para o consciente”. (FREUD, 2014, p. 575)

Sekkel e Matos (2014) apontam que quando há uma proximidade e trocas entre crianças e profissionais as crianças são reconhecidas e respeitadas em suas necessidades e particularidades. A psicóloga Tércia foi com quem Estela teve maior quantidade de sessões e maior possibilidade de transferência, formação de vínculo e possibilidade de trazer à consciência material do inconsciente. Na vinheta abaixo podemos observar como houve dificuldades entre Tércia e Estela.

Na sessão de 12 de março:

Tércia: “Ele tem o cabelo gostoso.” (se referindo à crina do cavalo)

Estela: “Cabelo.”

Segura um pedaço da crina do cavalo e solta.

Tércia: “Ó que comprido.”

“Esse é branco. Que cor que é o meu?”

Estela: silêncio

Tércia: “Marrom.”

Estela: “Marrom. Chapéu.”

Tércia: “Não, é boné.”

Com o diálogo acima podemos perceber como há uma falta de troca e entendimento entre Estela e Tércia. A psicóloga inicia o diálogo falando sobre características da crina do cavalo, como é macio e a cor, mas logo troca para o foco ser sobre si, em vez de manter o foco no cavalo. Quando Tércia fala que seu cabelo é marrom, Estela percebe que a Tércia está usando um chapéu marrom então ela fala sobre isso de sua maneira e Tércia não a encoraja corrigindo-a dizendo que é um boné.

Durante o ano todo, de 2019, em que Estela frequentou os atendimentos em equoterapia o profissional mais presente foi o auxiliar-guia Caleb por quem Estela demonstrou se interessar e conseguiu formar vínculo. Em algumas sessões Caleb chegou a estar no lugar de auxiliar-guia e terapeuta ao mesmo tempo e em uma sessão como terapeuta enquanto o fisioterapeuta, Zattera, desempenhava a função de auxiliar-guia, guiando o cavalo. Muitas vezes Caleb desempenhou a função de terapeuta apesar de haver um terapeuta ou um voluntário presente para desempenhar esta função.

No exemplo a seguir, na sessão de 04 de junho, Estela logo ao entrar no picadeiro montada no cavalo pede para Caleb

Estela: “Que faze zezecício!”

Então Caleb fala os movimentos que Estela deve fazer:

Caleb: “Cabeça pra cima, pra baixo, pra direita, pra esquerda.”

Estela realiza todos os movimentos que Caleb pede para ela fazer.

Caleb: “Muito bem!”

Nesta mesma sessão depois de um período de silêncio Caleb pergunta para a Estela se ela está bem.

Caleb: “Tudo bem aí, Estela?”

Estela: “Sim!”

Caleb faz exercícios de respiração com a Estela. Enquanto ela respira, Caleb se volta para mim e pergunta:

Caleb: “Postura boa ela tem, né?”

O que demonstra uma disponibilidade e um interesse de Caleb em relação a Estela. Estela demonstra disponibilidade e interesse em relação à Caleb respondendo às suas perguntas e participando das atividades propostas. O mesmo não acontece com as voluntárias que participam das sessões e muitas vezes Estela simplesmente não responde as suas perguntas ou envolve o Caleb como na vinheta a seguir:

Na última sessão do ano, em 10 de dezembro, Estela está fazendo exercícios em que fica em pé nos estribos, da sela, com o cavalo em movimento. A voluntária Natália pede para a Estela fazer o exercício de novo.

Natália: “De pé de novo.”

Estela: “Não.”

Natália: “De novo, nem vi. Força!”

Estela atende ao pedido de Natália e faz o exercício. Ela aponta para um outro lado do picadeiro e fala: “Tá brava.”

Natália: “Você tá brava? Deixa vê?”

Estela: “Tá chato.”

Caleb: “O que é? Conta pra mim. Porque tá chato?”

Estela: “Caleb, tá muito chato.”

Caleb: “O que?”

Estela: “Ah lá.”

Caleb: “Vamo lá vê.”

É o vínculo que faz com que os participantes do programa de equoterapia se sintam pertencentes ao ambiente. É necessário que este sentimento continue mesmo após a saída da instituição, assim a forma como esse desligamento é feito é muito importante. (Sekkel e Matos, 2014)

O sentimento de pertencimento é algo que deve perdurar após a saída da instituição; por isso, o modo como se dá o desligamento da instituição deve ser alvo de discussão em situações de formação inicial e continuada de professores, buscando-se entender a importância do vínculo de pertencimento, o qual não diz respeito somente às crianças, mas também aos profissionais. (SEKKEL e MATOS, 2014, p. 95)

No último dia dos atendimentos, em 10 de dezembro, houve uma festinha com bolos e doces levados pelos pais das crianças. Cerimônias que marquem o término de um trabalho

significativo como o da equoterapia são muito importantes, e Sekkel e Matos (2014) exemplificam uma ação para o fechamento de um ciclo em que cada criança da creche, onde foi realizado o estudo, recebia uma carta de sua professora ao sair da creche.

Existem, portanto, outras ações e suportes que mesmo depois do desligamento da instituição continuam a acolher quem passou ali. Instituições que trabalham com pessoas com deficiência, para serem realmente inclusivos, devem manter o vínculo estando sempre abertos e disponíveis para receberem as crianças. A volta das crianças à instituição se faz necessária para que as crianças consigam voltar a se sentirem como se sentiam quando frequentavam aquele espaço e assim com a recuperação deste processo, encontrar recursos para continuarem suas histórias. (SEKKEL e MATOS, 2014)

7.3. Indicadores do eixo Imagem do Corpo

Voltamos aos indicadores do APEGI para discutir sobre a imagem do corpo da criança do estudo de caso. A seguir apresento os indicadores do eixo ‘O Corpo e sua Imagem’, do APEGI, explicando teoricamente suas origens. Os indicadores marcados com IAC, ou Indicador de Acompanhamento Conclusivo, se estiverem ausentes, significam que possivelmente existem entraves na constituição psíquica da criança. Todos os indicadores, exceto o indicador 4, se estiverem ausentes a criança não se relaciona bem com o mundo externo, com questões na constituição psíquica e de sua imagem corporal. (KUPFER; BERNARDINO; SILVA, 2020)

Algumas das questões listadas nos indicadores a seguir se encontram no DSM-V enquanto condições médicas como a epilepsia, distúrbios do sono, constipação e transtornos alimentares. (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014)

Cada indicador do eixo “O Corpo e sua Imagem” abaixo é contextualizado com exemplos da literatura de crianças com autismo e teoria psicanalítica sobre a origem de cada indicador. Também exemplifico cada indicador com vinhetas das sessões de equoterapia da Estela e nas aplicações do roteiro APEGI junto à família e à escola.

Indicadores do Eixo O Corpo e sua Imagem:

A criança tem um ritmo de sono e de vigília sem intercorrências.

A criança tem autonomia no cuidado de si.

A criança demonstra organização psicomotora.

A criança suporta sujar-se.

A criança evita situações perigosas.

A criança tem alimentação variada.

A criança se reconhece no espelho. (IAC)

A criança suporta o olhar do Outro.

A criança aceita ser tocada.

A criança tem um ritmo de sono e de vigília sem intercorrências.

Frequentemente crianças com autismo apresentam dificuldade em dormir como Carly que “manifestava agitação e insônia todas as noites”. (BIALER, 2017, p. 96)

O sono é descrito por Freud (1914/2010) como a mudança de interesse no mundo externo para o mundo interno da pessoa. O investimento libidinal feito em objetos fora do Eu se volta para dentro do Eu. “(...) o estado do sono também significa uma retração narcísica das posições da libido para a própria pessoa, mais precisamente para o desejo de dormir. (...)” (FREUD, 2010, p. 26)

Françoise Dolto (1991) também explica o sono como o abandono do mundo externo para o investimento da libido no mundo interno. O corpo enquanto veículo para realização de desejos é deixado de lado e a libido se volta para o Eu. “Quando eu me torno sonolento, eu coloco entre parênteses meu corpo: durante o sono, enquanto meu corpo faz o que ele quer, eu, de meu lado, não quero mais saber nada do desejo, nem de desejar através do corpo; eu repouso minha relação a mim.” (p. 21)

Segundo Dolto (2010) a manutenção das funções corporais durante o sono, como os batimentos cardíacos e a respiração, é feita pela imagem de base que é a parte mais arcaica da imagem do corpo e surge logo após o nascimento. A imagem de base se incumbem do sentimento de continuidade e da mesmice de ser. Se a imagem de base operar durante o sono a pessoa não irá acordar com falta de ar, por exemplo, já que ela se incumbem das funções corporais do indivíduo como a respiração, os batimentos cardíacos e o funcionamento digestivo.

Pesaro (2010) explica que a capacidade da criança em dormir está relacionada com a capacidade em se separar do Outro na relação. A representação da presença do Outro durante a ausência deve estar bem elaborada para que a criança consiga se entregar ao sono, já que durante este período há a interrupção da relação.

Durante o sono as pulsões de morte reinam. Este indicador é importante porque se existem questões com o sono em que a criança não deixa que a pulsão de morte prevaleça e não abandona a si mesma, existem falhas na imagem de base da imagem do corpo. “Deste modo,

um dos indicadores pertinentes ao corpo e sua imagem diz respeito a criança apresentar uma constância de sono contínuo, respeitando o ciclo circadiano.” (em fase de elaboração)⁵

Equoterapia:

Este indicador não foi verificado nas sessões de equoterapia e foi aprofundado nas entrevistas do APEGI.

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela sempre vai dormir tarde, demora para conseguir dormir, mas dorme a noite toda. Ela precisa da presença do pai ou da mãe para conseguir dormir. Se ela tiver que acordar cedo, tem muita dificuldade para acordar.

Escola: Indicador não verificado já que as crianças não dormem na escola, mas a professora se lembrou que os pais de Estela falaram que ela dorme na cama dos pais e depois a colocam no berço.

APEGI aplicação 2:

Pais: Estela não dorme sozinha, o pai tem que se deitar com ela para que consiga dormir. Ela só dorme por conta própria quando está muito cansada e resiste muito ao sono.

Escola: Não se aplica.

Análise:

Este indicador não se alterou da primeira para a segunda aplicação do APEGI. Estela tem dificuldade em se entregar ao sono, dorme tarde e precisa que seu pai se deite ao seu lado para que ela possa dormir. Quando está dormindo consegue se manter no sono o que demonstra a imagem de base em construção já que mantém sua respiração, batimentos cardíacos e funções corporais. (DOLTO, 2010) Sua dificuldade em dormir repousa em retirar seu interesse do mundo exterior, se voltar para dentro de si e deixar a pulsão de morte predominar. Ela só consegue efetivamente dormir quando um de seus genitores se encontra presente ao seu lado. Me parece que há uma dificuldade da Estela em encontrar limites em se separar da relação com seus pais e em conseguir estar no mundo como ela mesma.

⁵ RODRIGUES, D. e PIMENTEL, C. APEGI- Acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições: um instrumento para o trabalho com a criança-sujeito. pg. 12, no prelo.

A criança tem autonomia no cuidado de si.

Atividades rotineiras como ir ao banheiro, tomar banho, escovar os dentes, cortar as unhas e o cabelo podem ser desafiadoras quando a criança é diagnosticada com autismo. Jean, mãe de Jordy, aproveita os momentos de sono do filho para poder realizar algumas destas tarefas. “Jean, conta, por exemplo, que para evitar suas crises de grito, nas poucas horas que poderia dormir, pois o filho nunca tinha sono, tentava ficar acordada para cortar suas unhas, ou realizar outras atividades que ele não tolerava quando estava acordado (...)” (BIALER, 2017, pg. 152)

Doito (2010) explica que a castração ou o desmame em que há a separação do corpo da criança do corpo da mãe, que é provocado pela mãe, por volta dos 24 meses de idade da criança, é o que permite o surgimento da autonomia da criança que inclui o cuidado que tem por ela mesma. “É graças a esta autonomia conquistada em virtude da castração anal, autonomia da criança em relação à mãe, mas sobretudo de sua mãe em relação a ela, que a criança, menina ou menino, se sente humana.” (pg. 58)

Didier Anzieu (2000) postulou que a primeira função do Eu-Pele é de manutenção do psiquismo. Anzieu cita Winnicott e sua teoria do ‘holding’ que é “(...) não apenas o segurar físico de um lactente, mas também a provisão ambiental total anterior ao conceito de viver com.” (WINNICOTT, 2007, pg. 44) Se a criança passar por um holding suficientemente bom, em que a mãe cuida de maneira consistente de seu bebê, haverá a formação da identidade do bebê com o início da separação de sua mãe e a formação de sua psique individual. Anzieu se apóia na teoria do Holding para explicar que o Eu-Pele são as mãos da mãe que seguram o bebê interiorizadas enquanto suporte psíquico.

A função psíquica se desenvolve por interiorização do holding maternal. O Eu-pele é uma parte da mãe - particularmente suas mãos - que foi interiorizada e que mantém o psiquismo em estado de funcionar ao menos durante a vigília, tal como a mãe mantém nesse mesmo tempo o corpo do bebê num estado de unidade e de solidez. (ANZIEU, 2000, p. 130)

É com o desenvolvimento desta primeira função do Eu-Pele que a criança consegue se sustentar psiquicamente e tem condições de desenvolver sua autonomia.

Equoterapia:

Houve poucos momentos em que este indicador pôde ser compreendido junto ao cavalo. Estela começou a frequentar as sessões de equoterapia sem ter passado pelo desfralde. A mãe de Estela ficou muito feliz quando na sessão 17, de 11 de junho, ela pediu à terapeuta para ir ao banheiro.

Nesta mesma sessão Estela comenta:

Estela: “cocô.”

Cecilia: “Você quer fazer cocô, Estela?”

Estela: “Olha, o cocô do cavalo.” “Não quero!”

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela não tem a autonomia esperada para sua idade já que ela ainda usa fraldas, sendo que fez xixi na privada uma vez e avisa quando está fazendo cocô na fralda. Estela não veste nenhuma peça de roupa sozinha e não gosta de trocar de roupa. Ela não come nenhuma parte de sua refeição sozinha e apesar de pedir para tomar banho e gostar do banho não consegue passar sabonete sozinha. Estela tem muita sensibilidade quando sua mãe penteia seu cabelo ou corta suas unhas. Sua mãe consegue realizar estas tarefas “criando estratégias” (sic) assim ela utiliza um espelho para pentear seu cabelo mostrando o que está fazendo e consegue cortar suas unhas explicando para Estela algum tempo antes o que irá fazer e criou um jogo em que conta seus dedos assim conseguindo cortar suas unhas.

Escola: Estela toma água sozinha, mas não consegue abrir sua garrafinha de água e pede para a sua professora abrir. Ela come de tudo, mas não come sozinha, sendo que a acompanhante escolar a alimenta. A acompanhante escolar leva a Estela ao banheiro, troca sua fralda e a ajuda com o desfralde. Na parede do lado de fora do banheiro há um espelho e Estela não se olha no espelho nem quando a acompanhante escolar comenta e mostra o espelho para ela.

APEGI aplicação 2:

Pais: Estela come sozinha. Ela consegue vestir uma parte de suas roupas sozinha, mas é difícil para ela colocar suas calças. Estela escolhe sua própria roupa, sapatos e seus brincos. Ela não toma banho sozinha, apesar de agora conseguir passar sabonete para se lavar, e se sua mãe falar para ela as partes do corpo ela se lava. Estela consegue escovar seus dentes com a ajuda de seus pais.

Escola: Em geral a professora e a acompanhante escolar pensam que a Estela está mais amadurecida. A professora relata que agora Estela pede para fazer xixi, consegue ficar sem suas fraldas, mas ainda usa fraldas. Segundo a professora e a acompanhante escolar o tio da perua que a leva para a escola exige que ela ainda use fraldas para evitar algum acidente em que Estela possa “sujar a perua.” (sic)

A acompanhante escolar explica que Estela pede para fazer xixi de vez em quando. Ela vai ao banheiro quando a acompanhante escolar a leva, mas ainda faz xixi na fralda. Uma vez

ela pediu para fazer coco. A acompanhante escolar estava feliz porque haviam ido ao Zoo na semana anterior e Estela não havia feito xixi na sua fralda.

A acompanhante escolar explica que Estela vai para escola de perua e tem que usar fralda para andar na van. Quando chega à escola a acompanhante escolar retira sua fralda e a Estela passa a tarde sem. Depois ela coloca a fralda de volta para retornar de van para sua casa.

A acompanhante escolar pensa que Estela está mais responsável e interage melhor com as crianças da sala. Agora ela chama as outras crianças para brincar e não só puxa os brinquedos de suas mãos. Estela tem amigas e amigos com quem gosta de brincar. Ela consegue esperar na fila e pegar o prato no momento da refeição na escola e come muito bem. Ela não toma refrigerante, nem iogurte, mas adora o bolinho ‘anamaria’.

Análise:

Houve muitas mudanças neste indicador da primeira para a segunda aplicação. Estela não conseguia comer sozinha na primeira aplicação e na segunda já é capaz de se alimentar. Na segunda aplicação a acompanhante escolar já a conhece melhor e consegue dizer quais alimentos ela gosta de comer.

Na primeira aplicação Estela estava no início do processo do desfralde e durante a segunda aplicação ela continuava passando pelo processo do desfralde e está conseguindo ficar sem sua fralda na escola e em sua casa.

Estela também mostrou mudanças para se vestir em que não conseguia se vestir na primeira aplicação do APEGI para conseguir vestir algumas peças de roupas. Para tomar banho também houve evolução já que Estela iniciou a pesquisa sem conseguir se lavar sozinha para na segunda aplicação passar o sabonete nos lugares que a mãe indicou.

Cortar as unhas e o cabelo de Estela foram as únicas atividades de auto-cuidado em que não houve alteração, pois os pais explicam que Estela não gosta, apesar de Karen ter conseguido encontrar estratégias para fazer estas tarefas de maneira mais tranquila.

Desta maneira conclui-se que este indicador se encontra em construção. Estela começou esta pesquisa aos três anos de idade e terminou aos quatro anos e apesar de pequena existem afazeres de sua rotina que ela já deveria conseguir realizar sozinha como se alimentar, se vestir e ter completado o desfralde. Assim podemos dizer que Estela não concluiu a castração onde deveria ter havido a separação da mãe e não está concluída a primeira função do Eu-Pele.

A criança demonstra organização psicomotora.

A forma como a criança se movimenta é entendida como forma de expressão da psique. A criança com dificuldades em sua constituição psíquica pode ser hiperativa, impulsiva, passiva e ter falta de coordenação em seus movimentos, já a criança que está com sua constituição psíquica em curso consegue unir sua intenção e desejo aos seus movimentos corporais para conseguir o que quer. (KUPFER; BERNARDINO; SILVA, 2020)

Françoise Dolto (1984) postula sobre a imagem funcional, que faz parte da imagem do corpo, em que a pulsão de vida atua visando o desejo para obter satisfação, ou prazer, colocando a pessoa, assim em contato com outros e o mundo. A imagem funcional organiza o corpo ou o esquema corporal objetivando o prazer exigido pelo desejo.

Segundo Lacan (1998) é após o estágio do espelho em que há a identificação que a criança se torna um ser social. Esta capacidade de socialização se dá pelo atravessamento do Outro, ou seja, a mãe imprime suas marcas no bebê e seu corpo deixa de ser apenas uma massa biológica para se tornar um corpo ligado a um psiquismo inserido em uma sociedade. Assim o corpo deve ser capaz de controlar seus impulsos e movimentos.

O pai Arthur descreve os comportamentos da filha Carly que tem autismo:

“Foram surgindo os comportamentos cada vez mais estereotipados: o balanceio, a fixação do olhar no teto, a hipersensibilidade a barulhos, a agitação incessante, a labilidade emocional marcada por inesperadas crises de choro, os comportamentos autoagressivos como o bater da cabeça contra a parede e um retraimento social intenso, coexistindo com um movimento incessante por volta dos quatro anos de idade.” (BIALER, 2017, p. 94)

Uma característica de pessoas com autismo são os comportamentos estereotipados. Os comportamentos estereotipados que a Estela apresenta são o flapping, com o balançar das mãos na altura de seus ombros e os pulinhos. Estela faz flapping e pula quando está muito feliz e animada.

Equoterapia:

Estela demonstra organização psicomotora em construção. Seu esquema corporal está bem constituído já que Estela fez diversos exercícios em cima do cavalo: o foguete, exercício em que levanta seus braços e os mantém acima de sua cabeça; o avião, em que levanta seus braços e os mantém na altura de seus ombros; e ficar em pé nos estribos da sela com o cavalo

parado e em movimento. Caleb fala para a Estela segurar as rédeas e ela o faz. Já a imagem corporal de Estela não está bem constituída.

Na segunda sessão, de 19 de fevereiro, Estela pensa que o cavalo tivesse caído:

O cavalo faz um barulho ao andar com seus cascos.

Estela: “Ele caiu!”

Tércia: “Não, ele só bateu.”

O barulho de um casco batendo no outro é um som novo, diferente, e uma experiência que Estela não havia passado anteriormente. Estela pensou que o cavalo tivesse caído, mas se isto tivesse acontecido ela teria caído junto com o cavalo, já que ela estava montada em cima dele, mas esta é uma ideia muito complexa para uma criança de 3 anos assimilar. Estela associou o barulho com a queda do animal, provavelmente por conta de experiências anteriores em que coisas que caem fazem barulho.

Na sessão 4, de 12 de março, Estela fala sobre uma dor em seu braço:

Estela: mostra seu braço duas vezes para a psicóloga Tércia e depois mantém seu braço no alto.

Tércia: “O que tem no braço?”

Estela: “Tá dodói.”

Tércia: “O que tá dodói?”

Estela: “Eu quero abraço.” (pronuncia abraso)

Tércia: “Quer ir para fora?”

Nesta cena Estela mostra seu braço que está doendo para a psicóloga. A profissional não parece estar disponível para os pedidos de Estela já que primeiro ela fala de uma dor no braço que não é atendida e depois ela pede um abraço em que a psicóloga não percebe o laço ou vínculo que Estela propõe.

Sessão de 09 de abril

Tércia: “Como faz pro cavalo andar?” “Manda beijo.”

Estela: Manda beijos para o cavalo andar.

Tércia: “Viu que ele andou?”

Caleb: “Fala, bate aqui!” Indicando para Estela o que ela deveria dizer para comemorar que o cavalo andou quando ela pediu.

Tércia: “Vou morder essa menina.”

Estela: “Bate aqui!” (em resposta ao Caleb) e levanta sua mão.

Na vinheta acima Estela faz o que a psicóloga e o auxiliar-guia indicam mandando um beijo para o cavalo andar e batendo mãos para comemorar a resposta do cavalo ao pedido de Estela.

Na mesma sessão:

Estela: “Tá caindo!”

Tércia: “Tá caindo mesmo esse capacete.” Ela arruma o capacete na cabeça de Estela.

“Agora sim.”

Salvio: “Ficou lindona” (ri)

Estela demonstra bom esquema corporal já que sente que o capacete está caindo de sua cabeça e fala sobre isso para os profissionais que a acompanham.

Ao final da sessão:

Estela desmonta do cavalo dentro do picadeiro com a ajuda de Tércia:

Estela: “Quelo leva”

Tércia: “Você quer levar o seu cavalo?”

Estela: “Bigado.”

O auxiliar-guia dá a guia para a Estela puxar o cavalo.

Tércia: “Puxa o seu cavalo. Fala, vamo” (sic)

Graça ajuda a Estela a levar a guia.

Nos exemplos acima Estela demonstra um bom esquema corporal que é, como dito anteriormente, o corpo vivo e a realidade de fato. O esquema corporal tem relação com o momento presente e se estrutura pela aprendizagem e pela experiência. (DOLTO, 2010) Assim, ela sabe das partes de seu corpo, como movimentá-los e como fazer o que os outros pedem

como mandar beijo e “tocar aqui” batendo na mão do auxiliar-guia em comemoração. Quando ela mostra seu braço e diz que está doendo, ela sabe nomear as partes de seu corpo e pedir ajuda. Estela pede um abraço, e pede para levar seu cavalo, com boa operação do esquema corporal.

Outra característica de Estela que diz respeito à organização psicomotora é o comportamento estereotipado do flapping. Em geral, Estela faz flapping quando vê seus pais a esperando ao final das sessões, como na primeira sessão de equoterapia, em 12 de fevereiro, quando vê sua mãe e na sessão seguinte em 19 de fevereiro, quando vê sua mãe e seu pai a esperando, sentados no banco.

Ao final da sessão de 19 de março Estela conta para sua irmã que foi no cavalo e pula.

Na sessão de 30 de abril Estela faz flapping no início da sessão quando ela vê o cavalo chegando, fala “cavalo” e faz flapping.

Tércia: “O cavalo não é seu.”

Estela: “eu quero”.

Nesta mesma sessão Tércia sugere olhar para as imagens de animais na parede começando com o pato e Estela faz flapping olhando para Tércia.

Tércia: E o pato? (se referindo às imagens de animais na parede)

Estela: (flapping olhando para Tércia) fala os nomes dos animais que a Tércia aponta. “o pato, elefante, é o sapo”

Tércia: “E aí? É o hipo...?”

Estela: “potamo!”

Tércia: “rato”

“Cadê o pato?”

Estela: “achou!” Dá risada.

Tércia: “E a foca?”

Estela: (olha para o koala e faz flapping)

Tércia: oi urso.

Estela: estica seus braços e mexe seus dedos à frente de si.

Tércia: “O elefante.”

Estela: “O elefante.”

Tércia: “Olha lá o seu pé para ver se está solto.” (se referindo ao estribo da sela)

Estela: olha

Na sessão de 07 de maio, Estela dá pulinhos enquanto anda pelo Regimento sendo levada pela Tércia.

Na sessão de 04 de junho Estela faz flapping quando durante a sessão, consegue parar a argola azul com o cone azul. Nivea e Caleb a parabenizam dizendo “aeeee” e Estela faz flapping e bate palma.

APEGI aplicação 1:

Pais: Os pais de Estela consideram-na agitada. Seu pai diz que ela gosta de assistir a desenhos com bastante ação como Ben 10 e Bob Esponja.

Escola: A professora relata que Estela participa da rotina da classe como as outras crianças e coloca sua agenda na mesa da professora. Ela circula pela sala, brinca com os brinquedos como as outras crianças, chama seus amigos para brincarem e está interagindo melhor com a sala. Ela veste seu casaco sozinha. A professora e a acompanhante escolar percebem que ela gosta de liderar as brincadeiras e brincar de casinha.

A professora e a acompanhante escolar notaram que Estela corre de maneira estranha, olhando para trás e não olha para frente.

APEGI aplicação 2:

Pais: Os pais de Estela consideram-na agitada. A mãe diz que Estela é teimosa e não aceita mudanças em sua rotina. Ela tem crises em que chora, grita, põe suas mãos sobre suas orelhas e grita. Estela tem dificuldade em dividir seus brinquedos e ela toma os brinquedos e empurra as outras crianças. “Ela se impõe do jeito dela.” O pai diz que ela “tá com o jeito da mãe.” Ela é metódica, bate o pé e mostra como sua mãe faz. O pai diz que “Ela é pior que a Karen, só me puxou na cor só, porque o gênio é da mãe.”

Escola: A professora explica que percebe a Estela mais amadurecida. Agora Estela se senta para fazer as atividades em vez de ficar andando pela sala como era anteriormente. Sua coordenação motora melhorou bastante apesar de querer fazer todas as atividades rapidamente. Ela rabisca e pinta os desenhos dentro das linhas. Estela ainda não escreve seu nome e a acompanhante escolar percebeu que ela não olha para sua própria mão quando pinta. Quando Estela deve escrever seu nome a acompanhante escolar a ajuda.

Ao chegar à escola Estela pega sua agenda e coloca na mesa da professora. Ela guarda sua mochila, sabe guardar sua agenda e seu casaco na mochila. No refeitório ela se senta para comer e pega seu prato sozinha.

A Estela tem amigos de quem gosta e os abraça. Elas se referem ao amiguinho como “a bola da vez” (sic) Estela é muito próxima da acompanhante escolar dizendo que irá sentir falta dela no ano que vem.

A professora e a acompanhante escolar perceberam que ela diminuiu muito o comportamento estereotipado flapping, mas ela continua a dar seus pulinhos.

Análise:

Estela apresenta algumas mudanças positivas neste indicador. Na equoterapia Estela à medida que as sessões passam se sente mais confiante e faz pedidos. Ela faz diversos exercícios, montada na sela ou na manta, em movimento e no começo não se sentia confortável com eles, mas mais tarde pedia para o Caleb para fazer mais “zezercícios”. Ela chegou a ficar em pé nos estribos com o cavalo em movimento pela insistência do Caleb.

Laznik (2004) postula sobre a teoria do circuito pulsional, teoria mencionada na introdução deste trabalho. Estela demonstra estar no segundo tempo do circuito pulsional já que consegue fazer pedidos, mas ainda não há o prazer compartilhado, do terceiro tempo do circuito pulsional. Na primeira aplicação do APEGI Estela fala “Quero abraço Papai”, mas com este abraço não há a demonstração do prazer compartilhado, em que este abraço é gostoso para ambos.

Na escola Estela brincava perto das outras crianças, mas não brincava com elas. Ela também tirava os brinquedos das mãos das outras crianças e a professora impedia as outras crianças de pegar o brinquedo de volta e não interferia dizendo, “Daqui a pouco ela esquece.” (sic) Na segunda aplicação Estela continua brincando perto das outras crianças e não com elas. Ela rivaliza por brinquedos. Estela fica sempre muito perto da auxiliar e se outra criança chega para a auxiliar para receber carinho Estela fica enciumada e não gosta.

Durante a segunda visita à escola Estela que corria sempre olhando para trás, na primeira aplicação do APEGI, passa a correr olhando para frente. Ela gosta de subir no palco que está no pátio da escola e cantar.

A diminuição do flapping de Estela demonstra menor descontrole e maior organização psicomotora. Em geral Estela passa a ter maior desenvoltura e organização corporal de uma aplicação do APEGI para a outra.

A criança suporta sujar-se

Este indicador não está relacionado ao autismo e sim à neurose obsessiva. Uma criança que não suporta se sujar é uma criança que se preocupa com sua aparência e se preocupa com o que os outros pensam dela, já é um ser sociável e se encontra com o superego instalado. (em fase de elaboração)⁶ Uma criança, pequena, com autismo não se preocupa com a sujeira já que não passou pelo Estádio do Espelho (LACAN, 1998) para formar sua imagem corporal e mais tarde seu Eu.

O incômodo com a sujeira pode levar a atitudes repetitivas de limpeza. Esta atitude repetitiva, ou compulsão à repetição, descrita por Freud (1920/2010), é comum aos neuróticos. Em seu texto, de 1908, Caráter e Erotismo Anal, Freud explica que há um interesse das pessoas pela sujeira e quando a pessoa está excessivamente limpando, ela passou pelo mecanismo de defesa da formação reativa, contra este interesse pela sujeira. (FREUD, 1908/1996)

Didier Anzieu (2000) explica a importância das sensações táteis na oitava função do Eu-pele. A pele é receptora de tudo que provém do ambiente externo como sensações de toque, e calor ou frio. A pele também recebe marcas simbólicas produzidas pelos cuidadores e sociedade em que a criança está inserida. A sujeira no corpo ou na roupa pode representar uma destas marcas simbólicas ou algo desagradável para aquela pessoa.

Equoterapia:

Nos atendimentos em equoterapia Estela interage com o cavalo para limpá-lo. A cena a seguir ocorreu ao final da sessão do dia 17 de setembro em que Estela já havia descido do cavalo com a ajuda de Taciana e depois que ajudou a desencilhar (tirar a sela e o material de cima do cavalo) ela escova o Jerano com uma escova própria para limpar o cavalo.

Jerano, se mexe e anda para o lado.

Taciana: “Ele anda e nós vamos atrás.”

Taciana e Estela seguem o cavalo.

Taciana: “Quer que eu te levante?”

Taciana mostra como ela deve escovar o cavalo.

Taciana: Bem grande, tá? Põe a mão (no cavalo para escová-lo)

Estela: escova o cavalo.

Taciana: “Tirou tudo? Tá limpinho?”

⁶ RODRIGUES, D. e PIMENTEL, C. APEGI- Acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições: um instrumento para o trabalho com a criança-sujeito. pg. 13, no prelo.

Estela: “Tá limpinho.”

Taciana: “Vem dar uma olhadinha. Você acha que precisa limpar?”

“Depois você bebe água tá bom?” (Estela havia pedido para beber água)

Taciana: “Põe a mãozinha nele”

Estela: “Limpinho.”

Taciana: segurando a Estela no colo: “Que tal dar um abraço? Tá quentinho.”

Estela: ri e coloca seu rosto no pescoço do cavalo.

Taciana: “Tchau?”

Estela: “Tchau.”

Taciana: “Beijinho?”

Estela: Beija o cavalo

Caleb- “Fala até semana que vem!”

Estela- “Até semana que vem!”

Na semana seguinte, de 24 de setembro há uma cena parecida com a cena acima. Ao final da sessão Estela desce da égua, leva-a para fora do picadeiro e ajuda a guardar o material de encilhamento.

Taciana: “Sabe o que vamos fazer? Vamos limpar ela.”

Taciana se dirige ao quartinho para pegar a escova. Ela retorna com a escova, dá a escova para Estela e mostra como escovar.

Taciana: “Aqui a barriga dela.” Ela ajuda Estela a escovar.

Taciana: “Vou te levantar.” Taciana levanta Estela para que possa escovar o pescoço e as costas da égua.

Estela: Escova a égua.

Taciana: “Tá bom? Tá bem limpinha?”

Estela: “Bom.”

Taciana: “Tá bem limpinha?”

Estela: silêncio.

Taciana: “Tá cheirosinha? Cheira ela.”

Estela: Cheira a égua Nerea. “Cheirosinha.”

Taciana: “Um abraço bem grandão.”

Estela abraça a égua. Taciana coloca a Estela no chão.

Taciana: “Tchau Caleb, tchau Nerea.”

Estela: “Mamãe!”

Quando Estela guarda seu capacete no banheiro ao final de cada sessão ela também lava suas mãos. A psicóloga Tércia começou a realizar essa rotina. Ao final da sessão do dia 29 de outubro depois que a Magali guarda o capacete com a Estela no banheiro, ela pede para lavar suas mãos, “Qué lavá minha mão que tá suja.” (sic)

APEGI aplicação 1:

Pais: Os pais relataram que Estela não se incomoda em se sujar.

Escola: A professora e a acompanhante escolar disseram que Estela não se incomoda em se sujar.

APEGI aplicação 2:

Pais: Seus pais dizem que Estela gosta muito de lavar as mãos, inclusive pedindo para lavar suas mãos durante a aplicação do APEGI, se incomoda ao se sujar e toma muita água.

Escola: A professora relata que Estela gosta de lavar suas mãos, mas não se incomoda em sujar sua roupa.

Análise:

Este indicador demonstra uma mudança significativa da primeira para a segunda aplicação do APEGI. Estela que durante a primeira aplicação não se incomodava com a sujeira passa a querer lavar suas mãos e em se incomodar com a sujeira.

Nas sessões de equoterapia houve uma rotina criada pela Tércia, em que ao final de cada sessão Estela tinha costume de ir ao banheiro para guardar seu capacete e lavar suas mãos. Pode ser que com o passar do tempo Estela peça para lavar suas mãos para realizar esta rotina. Porém a realização desta rotina não explica como Estela queira lavar suas mãos em sua escola e em sua casa. Crianças com autismo geralmente não conseguem generalizar, assim algo que aprendem em um lugar, não é feito em outro lugar.

Portanto, podemos dizer que houve uma mudança da percepção de Estela em relação ao seu corpo. O escovar, limpar, cheirar o corpo do cavalo ajudaram Estela a perceber melhor seu próprio corpo para que ela conseguisse ver a sujeira e assim favorecer a construção de sua

própria imagem do corpo. O corpo de Estela ganhou presença para ela através do corpo do cavalo.

A criança evita situações perigosas.

Quando há uma imagem do corpo instalado a criança evita situações perigosas. Sem a instalação efetiva da imagem do corpo e do Eu do sujeito, a criança se mantém com o processo anterior à formação do eu, como o Eu-pele. É um problema se a última, ou nona função do Eu-pele, de Anzieu (2000), que é a única função negativa ou tóxica, estiver em evidência sobre as outras funções. O Eu-pele em vez de um envelope protetor se torna um envelope ameaçador que envenena, como nos processos auto-immunes em que o próprio sistema imunológico ataca o organismo. “A pele imaginária com a qual o Eu se recobre se torna uma túnica envenenada, asfixiante, ardente, desagregadora.” (ANZIEU, 2000, p. 140)

A nona função do Eu-pele está ligada a segunda tópica do aparelho psíquico de Freud, a pulsão de morte ou os instintos de morte. Se a pulsão de morte estiver operando mais que a pulsão de vida, a criança não irá perceber os perigos. (FREUD 1920/2010)

Equoterapia

Nas sessões de equoterapia não houve nenhum momento em que Estela se colocasse em perigo. As formas que ela poderia fazer isso, seriam por subitamente correr e talvez causar algum acidente, assustando algum cavalo, correr para outras áreas do Regimento, que não a equoterapia e tentar se jogar de cima do cavalo, tanto parado, quanto em movimento durante os atendimentos. Os momentos em que Estela tem atitudes que poderiam ser de algum risco, são poucos e sempre com um objetivo como ao final da sessão de 22 de outubro Estela já havia se despedido do cavalo, e está com sua mãe, quando ela sai de perto de sua mãe correndo ao banheiro.

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela é bem cuidadosa. Ela não sobe nas coisas nem se coloca em situações de perigo.

Escola: A professora relata que Estela não se coloca em perigo, ela é sempre muito cuidadosa. Há um palco na área coberta que a Estela gosta de subir em cima e cantar. Quando a Estela desce sempre escolhe descer pelas escadas com cuidado e não pula de cima do palco como as outras crianças. A acompanhante escolar relata que Estela sobe no brinquedo do escorrega com cuidado e com seu auxílio.

APEGI aplicação 2:

Pais: A mãe relata que Estela não tem medo de subir em coisas ou lugares altos, de correr pela rua e de pegar insetos como baratas na mão.

Escola: A professora pensa que ela evita situações perigosas. Estela sobe na casinha do pátio para fazer o que as outras crianças estão fazendo e não para causar algum risco para si. A acompanhante escolar relata que Estela é muito cuidadosa, para descer do palco ela sempre usa as escadas e não pula, já que muitas crianças descem do palco pulando.

Análise:

Estela demonstra não se colocar em situações perigosas em nenhum momento durante seu acompanhamento. Nas sessões de equoterapia Estela não tenta descer do cavalo e nem tem que ser segurada para não correr dentro da área designada para equoterapia. O relato das professoras da escola nas duas aplicações do APEGI é de que Estela é cuidadosa e quando faz algo que poderia ser considerado perigoso como subir em cima de brinquedos altos ela o faz para imitar os amigos.

A Karen, mãe de Estela, fala em uma mudança que ela percebe na segunda aplicação do APEGI em que Estela não tem medo de pegar insetos na mão, mas esta curiosidade pelas coisas incluindo os insetos é bem comum entre as crianças de sua idade. A mudança de Estela que passa a subir em coisas demonstra um bom esquema corporal, também pode ser um comportamento aprendido na escola.

A criança tem alimentação variada.

Crianças com autismo podem ter muitas dificuldades com a alimentação. Algumas crianças apenas comem alimentos de uma certa cor, outras recusam certos alimentos por conta da textura ou do formato. Muitas crianças com autismo não aceitam experimentar alimentos novos e diferentes e não se mostram flexíveis. (KUPFER; BERNARDINO; SILVA, 2020)

Para Dolto (1988) o período do desmame funciona como uma castração oral que acontece quando a mãe oferece outros alimentos que não só o leite da amamentação para a criança. O contato corpo a corpo do bebê e sua mãe é interrompido, assim a castração se dá para o bebê, que não se sente repleto pelo leite e o ato de amamentar, e para a mãe que não é a única provedora da alimentação de seu filho, já que sem a necessidade do peito materno, qualquer um pode alimentar a criança.

A aceitação de outra alimentação que não o leite materno é um indício dos efeitos da alternância na criança e da sua entrada no campo do Outro cultural. Por outro lado, a aceitação pela criança de outros alimentos que não o líquido a coloca numa atividade ativa, de procura. Do lado da mãe, o não dar o seio, o desmame, significa aceitar-se de novo na incompletude, em contraposição ao sentimento de completude experimentado na amamentação. (PESARO, 2010, p.55)

As dificuldades na alimentação de crianças autistas podem ser causadas por questões do processamento sensorial, explicam Magagnin et al. (2021) que descrevem a alimentação de pessoas com autismo como restritiva por conta de seletividade e recusa alimentar e comportamentos compulsivos na alimentação.

“George se sentia tão angustiado diante de uma comida que não aceitava, que ela considerava ser importante acalmá-lo, notando que até a sua respiração se alterava quando estava diante de um alimento que recusava comer.” (BIALER, 2017, p. 104)

A mãe descobriu que Thomas era hipersensível a algumas texturas. Por exemplo, ele recusava uma colher quando ela tentou fazê-lo aceitar alimentos pastosos e sólidos no lugar do leite; no entanto, quando mudou o material de fabricação da colher que tinha de ser de plástico, ele aceitou prontamente outras consistências de alimentos. Além disso, ele sempre foi muito sensível à consistência dos alimentos: duros, sólidos, moles, etc., que tinham que ser ordenados, por exemplo, três bolas de sorvete tinham que ficar na ordem igual à do farol de pedestres, e os alimentos não podiam se misturar no seu prato. (BIALER, 2017, p. 168)

Equoterapia:

Esse indicador será mais detalhado nas aplicações do APEGI, mas na 8ª sessão de equoterapia, em 9 de abril, Estela fala sobre o cavalo ter comido sua maçã. Estela já havia descido do cavalo e está no colo de seu pai:

Estela: Aponta para o cavalo e diz: “Ó! Comeu minha maçã.”

Pai: dá risada

Na sessão de 3 de dezembro Estela fala sobre sua alimentação na escola.

Natália: “E o que mais você fez na escola?”

Estela: “andamo”

Natália: “Você tomou lanche?”

Estela: “comida”

Natália: “Você comeu comida? Comeu arroz? Feijão? Jiló?”

Estela: (silêncio) “Não, eu comi ovo.”

Natália: “Ovo é bom.”

Magali: “Qual a cor do ovo?”

Estela- “ovo marelo”

Em 09 de abril

Tércia: “Você comeu direito no almoço hoje?”

Estela: “Mamão.”

Tércia: “Você comeu mamão?”

Estela: “Olha!” apontando para o cavalo.

Tércia: “São as costas dele.”

Ao final da sessão de 19 de março Estela já havia descido do cavalo e estava levando-o para sua baia. Ela fala sobre comer.

Tercia: “Qual é a porta da casa dele, você se lembra?”

Estela: silêncio.

Abrem a porta da baia.

Estela: “Come?”

Tercia pega Estela no colo e a leva para guardar o capacete. Estela faz tchau com sua mão enquanto sai da baia.

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela prefere comer alimentos secos como bolachas e gosta de arroz, feijão e chocolate. Ela também gosta de melancia, melão e danone. Ela não gosta de purê de batata e comidas “melequentas” que são servidas com molho ou do recheio da pizza que ela retira. Estela não toma leite apesar de ter sido amamentada até os 3 anos de idade. Os pais percebem que ela come com bastante ansiedade, “soca tudo na boca”. (sic)

Escola: A professora disse que Estela come de tudo, mas não come sozinha. A acompanhante escolar coloca a comida em sua boca.

APEGI aplicação 2:

Pais: Os pais relatam que Estela come bem e cheira sua comida antes de ingerí-lo. Ela não gosta de alguns alimentos como refrigerante, bala e comidas com molho ou que tem “meleca” como bolo com cobertura. A comida tem que ser seca, mas ela come feijão.

Escola: A professora diz que a acompanhante escolar dá a comida para Estela na boca, mas ela bebe suco ou água sozinha.

A acompanhante escolar diz que Estela come muito e come de tudo. Ela sempre repete o prato e fora a sopa de que não gosta muito, não nega nada. A acompanhante escolar dá a comida

na boca de Estela, para não demorar muito, já que há um tempo limitado para almoçarem. Ela também faz isso porque a comida vem muito quente e a acompanhante escolar assopra a comida para Estela.

Análise:

Estela não demonstra grandes restrições em relação a comida. Ela come bem e come boa parte da comida que lhe é oferecida. A criança, mesmo autista, ainda tem direito a ter gostos e preferências.

As aplicações do APEGI esclarecem seu crescimento em relação a sua independência para comer sozinha. A acompanhante escolar, que deveria estar promovendo sua independência e autonomia, está mantendo Estela no lugar de incapaz com desculpas de tempo e horários.

A criança se reconhece no espelho. (IAC)

Este indicador é um Indicador de Acompanhamento Conclusivo, e se não estiver presente há fortes indícios para que a criança tenha entraves em seu desenvolvimento. A teoria do Estádio do espelho de Lacan (1998) que está descrito em maior profundidade na introdução deste estudo é a base para este indicador. Para a formar seu Eu a criança deve passar pelo narcisismo primário e em seguida passar pelo Estádio do espelho em que a criança sente que seu corpo está fragmentado para ao final sentir um corpo unificado. Este processo acontece por volta dos 2 anos da criança e ao final do Estádio do espelho passa por um processo de identificação podendo a partir deste momento se tornar um ser sociável. (LACAN, 1998)

A criança que não se reconhecer no espelho não passou pelo Estádio do espelho adequadamente e não conseguiu formar seu eu. Ou seja, não é um sujeito diferenciado de sua mãe e não se torna um ser sociável. (LACAN, 1998)

Como explica Dolto (1984) a criança que tem a sua imagem do corpo instalada consegue se reconhecer no espelho. Pode ser que a criança tenha o esquema corporal, ou seja, ela consegue se movimentar bem, mas sem a imagem do corpo instalada, como é muito comum no autismo. Se a criança não se reconhecer no espelho ela então não tem sua imagem corporal instalada e não consegue formar seu Eu.

Equoterapia:

No picadeiro, onde são realizadas as sessões de equoterapia, existem dois espelhos grandes, que cobrem as paredes, um na lateral e o outro no fundo, bem de frente quando se entra no picadeiro. Já na primeira sessão Estela se olha no espelho em alguns momentos.

Em diversas sessões profissionais e voluntários sugerem que Estela dê tchau como uma princesa no espelho, como na segunda sessão, de 19 de fevereiro:

Glaucia: “Quem é a princesa no espelho?”

Estela: “Tchau espelho.”

Estela: (olha para mim)

Graça: “Olha para frente, Estela.”

Na terceira sessão: Estela acena para si no espelho por sugestão de Tércia, bem como na sessão seguinte.

Na quarta sessão:

Tércia: “Como é o tchau da princesa lá no espelho?”

Estela: Olhando para o espelho, “Tchau princesa.”

Durante a oitava sessão de 09/04:

Tércia: “Estela, ó você no espelho.”

Estela: Olha para si no espelho e faz tchau com sua mão.

Em diversas sessões quando perguntam para Estela quem está no espelho ela fala sobre outros elementos, mas não diz que se vê. Isto ocorreu na 16ª sessão, do dia 4 de junho:

Caleb: “Quem está no espelho?”

Estela: “Espelho.”

Caleb: “Quem?”

Estela: “Cavalo.”

Nesta mesma sessão:

Nivea: “Dá um tchau de princesa.”

Estela: faz o tchau, mas não se olha no espelho.

Depois de algum tempo:

Caleb: “Quem está no espelho?”

Estela: “Espelho.”

Caleb: “Quem?”

Estela: “Cavalo.”

Cecilia (pesquisadora): “Fala Estela.”

Estela em diversas sessões, como em 11 de junho, olha para o espelho e faz caretas, muitas vezes ela passa o espelho, olha para trás e continua fazendo caretas no espelho ou apenas se olha no espelho.

A primeira vez em que Estela se reconheceu no espelho, foi na 25ª sessão, no dia 29 de outubro, Magali estava fazendo exercícios com Estela, que estava montada no cavalo dentro do picadeiro, e ao lado estavam passando um espelho. Estela olha para o espelho, em cima do cavalo em movimento e diz Estela, Estela, Estela, Estela, Estela, Estela.

Durante a sessão seguinte, do dia 5 de novembro, houve a confirmação de que Estela realmente se reconhecia no espelho:

Caleb: “Quem tá lá no espelho Estela? Quem é?”

Estela: “Cavalo no espelho.”

Caleb: “E quem tá em cima do cavalo?”

Estela: “Eu!”

Na próxima sessão, de 12 de novembro, Estela estava montada na égua Nerea caminhando em direção ao espelho.

Dulce- “Quem é em pé em cima do cavalo? Quem é? Hein?”

Estela- “Eu!”

Nesta mesma sessão Estela percebe que com o espelho ela consegue ver o reflexo do ambiente.

Estela: Olha para o espelho e olha para o cavalo e fala: “Dois cavalos. Dois Tio Caleb.”

Dulce: “O espelho faz isso, deixa tudo em dobro.”

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela se olha no espelho do banheiro, mas não fala eu, nem seu nome. Quando apresentado o espelho durante a entrevista Estela se recusou a se olhar e empurrou o espelho.

Escola: Dentro da escola há na parede do lado de fora do banheiro um espelho e Estela nem percebe a presença do espelho ali.

APEGI aplicação 2:

Pais: Estela se reconhece no espelho e fala seu apelido.

Escola: A acompanhante escolar relata que Estela se reconhece no espelho.

Análise:

Este indicador demonstra como Estela seguiu seu curso enquanto sujeito nesta pesquisa. Ela começou a pesquisa se recusando a olhar para o espelho, para mais tarde aceitar olhar para o espelho, perceber o cavalo no espelho e finalmente se reconhecer no espelho falando seu nome ou apelido. Foi verdadeiramente emocionante presenciar a Estela se vendo no espelho durante uma das sessões de equoterapia, e responder à voluntária que ela conseguia se ver no espelho. Estela foi capaz pelo toque, cheiro e presença do corpo do cavalo, de construir sua própria imagem corporal. Em um primeiro momento Estela via apenas o cavalo no espelho para mais tarde reconhecer a sí. Assim, o cavalo teve um papel fundamental na aquisição da imagem do corpo de Estela. A partir deste momento talvez Estela consiga, mesmo enquanto autista, continuar seu curso enquanto sujeito psíquico.

Segundo Pesaro (2010) o sujeito não nasce, mas se desenvolve. “O sujeito é o ponto de articulação dos determinantes socioculturais e pulsionais. Assim, o sujeito do inconsciente resulta do funcionamento e da incidência de discursos sociais e históricos sobre a carne do *infans*⁷.” (PESARO, 2010, p.29)

Desta maneira Estela, com a formação de sua imagem do corpo, tem os recursos necessários para se desenvolver enquanto sujeito.

A criança suporta o olhar do Outro.

O olhar é um organizador psíquico e acompanha as primeiras experiências afetivas do bebê no mundo apresentado a ele. No momento da amamentação há uma troca de olhares entre mãe e bebê que pode ser um momento de muito afeto em que o bebê começa a se constituir enquanto sujeito. (ZOTTI, 2012)

Este indicador também tem relação direta com a teoria do Estádio do espelho de Lacan. Laznik (2013) explica como o olhar da mãe é crucial para a formação do Eu do bebê e de sua imagem do corpo. “(...) este momento onde a criança se vira para o adulto que a sustenta, que a carrega e pede-lhe uma confirmação, pelo olhar, do que ele percebe no espelho como uma assunção de uma imagem, de um domínio ainda não conquistado.” (p. 24) Este momento, explica Cardoso et al (2012) de troca de olhares é essencial para o bebê ter o sentimento de unidade, sua imagem corporal que é a base da relação com os outros.

⁷ Grifo da autora

Laznik define o olhar como algo além da visão, é uma forma de investimento libidinal, de trocar afeto, que não é só da visão, mas da audição, que é uma “ilusão antecipadora” que inclui o bebê real e tudo que ele poderá ser futuramente. (LAZNIK, 2013, p. 25) O não-olhar entre o bebê e sua mãe, propõe Laznik (2013), que pode significar a não constituição do estágio do espelho, a *não-instauração do circuito pulsional completo*⁸ e futuros problemas relacionais com outros.

O Outro está com a letra O maiúscula no enunciado deste indicador propositalmente porque na teoria lacaniana “é um lugar ao qual nos esforçamos, (...) por transferir o saber do sujeito.” (LACAN, 1961-62/2003, p. 24) Kupfer (2010) explica “O conjunto de discursos sociais e históricos, tornados não anônimos porque sustentados pelos outros parentais, e organizados por referências pautadas pelo desejo ganha na teoria lacaniana o nome de Outro.” (p. 270) Assim, o Outro são os saberes sociais e históricos transferidos pelos cuidadores da criança que estão no lugar de saber mais que ela e a criança apreende pelo seu desejo. Pena e Silva (2018) dizem que o Outro é o campo simbólico do sujeito que é introduzido pela linguagem e este lugar muitas vezes é ocupado pela mãe da criança que interpreta suas reações como seu choro e lhe dá um significado, levando o bebê a um início na linguagem.

Equoterapia:

Estela não se incomoda com o olhar da professora, auxiliar escolar, dos profissionais do Regimento e da pesquisadora. Estela usa o espelho para olhar para mim em diversos momentos. Ela me olha diretamente ou furtivamente. Eu sempre caminho atrás da voluntária lateral que caminha em minha frente. Já na sessão de 19 de março, enquanto canta uma música infantil, Estela olha para mim. Em 23 de abril ao sair do picadeiro, ainda montada, Estela sorri para mim. Em outros momentos como na sessão de 09 de abril Estela me olhou diretamente para comemorar que ela mandou beijo e o cavalo andou.

Em 5 de novembro Estela olha para mim e fala:

Estela: “Quero desenhar também.”

Cecilia: “Depois, tá bom?”

Ela me vê fazendo anotações em meu caderno e pensa que eu estou desenhando e caminhando ao seu lado durante as sessões de equoterapia.

⁸ Grifo da autora

Na última sessão, de 10 de dezembro, se dirige a mim:

Estela: “Ei, você não fala comigo?”

Eu olho para a Estela e vejo que ela está olhando em meus olhos.

Cecilia: “Desculpa, não entendi, você pode repetir?”

Estela: “É um segredo.” Risos.

Com este exemplo Estela demonstra incômodo com meu silêncio e gostaria que eu também interagisse com ela. A observação participante que eu iniciei o estudo fazendo havia sido proibido, então passei diversas sessões apenas observando e caminhando ao lado do cavalo. Estela demonstra uma boa percepção de seu entorno e é capaz de dizer sobre o que a incomoda e o que quer.

APEGI aplicação 1:

Pais: Sim, ela suporta. Ela não se incomoda com outras pessoas a olhando, muitas vezes ela nem percebe.

Escola: Estela não se incomoda com outras pessoas a olhando.

APEGI aplicação 2:

Pais: A Estela não se incomoda com os outros a olhando.

Escola: Sim, a professora disse que quando ela a filma Estela se solta, não fica tímida. Estela quer sempre ficar perto da acompanhante escolar, se outra criança chegar perto, ela tem ciúmes. Ela pega os brinquedos das outras crianças e quando as crianças querem seus brinquedos de volta, Estela disputa, mas não se incomoda com o olhar delas.

Análise:

Estela não apresenta questões relativas ao incômodo com o olhar do Outro. Nas duas aplicações do APEGI os pais e as professoras relatam que ela muitas vezes não percebe o olhar do Outro. Em diversos momentos nos exemplos acima Estela busca meu olhar para comunicar algo, para cantarmos juntas, ou para comemorar algo. Esta busca ativa pelo olhar do Outro demonstra que Estela quer se comunicar e compartilhar momentos que lhe façam sentido, o que indica saúde psíquica.

A criança aceita ser tocada

Crianças com autismo podem não aceitar ou ter muita dificuldade em tolerar o toque, como um afago, um abraço ou em ser segurado pelas suas mães. Muitos bebês com autismo

não aceitam ficar no colo dos cuidadores e preferem ficar longe de qualquer tipo de contato físico.

A sensação de ser abraçada é descrita abaixo por Temple Grandin:

Desde que me lembre eu sempre odiei ser abraçada. Eu queria ter a experiência da sensação boa em ser abraçada, mas era arrebatador para mim. Era como uma onda enorme de estimulação que engalfinha tudo e eu reagia como um animal selvagem. Ser tocada acionava luta; ligava meu disjuntor. Eu estava sobrecarregada e tinha que escapar, muitas vezes me arrancando dali repentinamente. (tradução livre) (GRANDIN, 1995, p. 62)

O toque pode ser um evento causador de super-estimulação para crianças com autismo, assim um abraço não é entendido como algo gostoso, mas como algo desagradável, que causa o turbilhão sensorial descrito acima.

Anzieu (2000) postula sobre a oitava função do eu-pele. A pele enquanto órgão sensorial tátil envia informações do mundo exterior ao corpo e à psique do indivíduo.

O tátil fornece com efeito uma percepção "externa" e uma percepção "interna". Freud faz alusão ao fato de que eu sinto o objeto que toca minha pele ao mesmo tempo em que sinto minha pele tocada pelo objeto. (ANZIEU, 2000, p. 114)

A pele enquanto envelope protetor do psiquismo, está como barreira para o mundo externo. A sensação que o mundo externo provoca na pele tem influência no psiquismo e algo simples como o tocar, pode chegar a desorganizar o psiquismo de um indivíduo.

Equoterapia:

Ao final de todas as sessões de equoterapia Estela demonstra alegria em ver seus pais ou sua irmã e sobe no colo destes. Ela também aceita que seja carregada no colo pelos terapeutas e descer do cavalo indo para o colo de algum profissional ou voluntário. Ela gosta de fazer carinho na orelha de quem a está carregando no colo.

Em alguns momentos Estela aceita ser tocada e em outros momentos ela se queixa do contato físico. Durante os atendimentos de equoterapia, por uma questão de segurança, os profissionais laterais, que caminham ao lado do cavalo apoiam seus braços e seguram a criança que está em cima do cavalo. A psicóloga a coloca e a retira de cima do cavalo sem reclamar sobre o toque.

Ela busca o contato físico com o outro e isto fica claro durante a 7ª sessão de atendimento em equoterapia em que Estela estica seu braço pra baixo e deixa bater conforme o movimento do cavalo no braço da lateral Graça que está com seu braço apoiado na perna de Estela. Graça ignora esse movimento de E.

Já na 19ª sessão em 17 de setembro de 2019, Estela se queixa da mão da psicóloga Taciana em sua perna.

Estela- Olha para o espelho do lado do picadeiro. Reclama da mão da Taciana em sua perna.

Taciana- “Só tô segurando aqui”.

APEGI aplicação 1:

Pais: Estela gosta de ficar no colo de sua mãe e de seu pai e de fazer carinho nas orelhas deles.

Escola: A professora relata que Estela brinca com seus colegas. Ela pega os brinquedos que as outras crianças estão brincando para brincar. Ela busca o contato da auxiliar escolar.

APEGI aplicação 2:

Pais: Seus pais dizem que ela gosta muito do contato físico, pedindo colo, abraços e carinho.

Escola: A professora relata que Estela quer o colo da acompanhante escolar toda hora e descreve a acompanhante escolar como uma “Vovózona” (sic). Elas são muito apegadas e Estela tem ciúmes e faz careta se outras crianças roubam a atenção da acompanhante escolar.

Estela busca contato dos amigos chamando-os para brincar.

Análise:

Crianças com autismo muitas vezes tem aversão ao toque. Este indicador não demonstra grandes mudanças, sendo que permanece da mesma maneira durante as duas aplicações: Estela gosta de colo, gosta de fazer e receber carinho. Ela gosta de fazer carinho nas orelhas dos pais quando está no colo. Há mudanças com relação aos amigos, sendo que na primeira aplicação Estela se aproximava dos colegas de classe roubando os seus brinquedos e na segunda aplicação ela chama seus amigos para brincarem.

8. Outras questões referentes ao psiquismo de Estela que surgiram durante as sessões de equoterapia

Existem outras questões que ocorreram durante as sessões de equoterapia, as quais tem a ver com a construção da imagem corporal e do sujeito, mas não se relacionam diretamente com os indicadores acima.

A equoterapia foi benéfica para que Estela pudesse construir sua imagem corporal. Isto pode ser compreendido pela relação que Estela constrói com o cavalo. Ela leva quatro sessões para falar a palavra “cavalo” pela primeira vez, no dia 12 de março na seguinte situação:

Estela exclama “Olha!”, a psicóloga Tércia pergunta “O que é?” Estela responde “Cavalo.”

Na sessão seguinte de 19/03 quando Estela retorna da sessão ela exclama enquanto pula para sua irmã mais velha, “Fui no cavalo!”

Em 02/04 a equipe tenta incentivar Estela a dar um nome para a imagem do cavalo que está na parede. Estela insiste em falar cavalo e não inventa um nome para este.

Na sessão de 30/04 Tércia pergunta para a Estela sobre o nome do cavalo e Estela responde “cavalo”. Em um dado momento do diálogo Estela se lembra de um nome de um cavalo do regimento, Jerano, em seguida ela repete o nome do cavalo que está montando que a psicóloga fala para ela.

Tércia: “Quem é a Naia?”

“Como é o nome do cavalo?”

Estela: “Cavalo.”

Tércia: “Não! O cavalo tem nome, é? O?”

Estela: “Jerano!”

Tércia: “Não! Como é o nome desse?”

Estela: “É cavalo!”

Tércia: “Ícaro. Í-ca-ro. Fala, Oi Ícaro!”

Estela: “segura cavalo.”

Tércia: “segura cavalo.”

Estela: “Ícaro.”

Tércia: “Ícaro?”

Estela: “Ícaro.”

Estela fala ‘cavalo’ novamente na sessão do dia 24/09 enquanto a Taciana está combinando a retirada do material e a limpeza da égua com Estela.

Taciana: “Vamo combina? Nós vamos tirar tudo isso aqui.”

Estela: “Cavalo.”

No início da sessão de 29/10 a voluntária Clélia conta para Estela que neste dia o cavalo é na realidade uma égua que se chama Nerea. Momentos depois durante a sessão a voluntária Magali pergunta:

Magali: “Tá gostoso tá? Aí em cima?”

Estela: “A Nerea tá feliz.”

Magali: “Eu também tô feliz de tá com você.”

Estela: “Tô feliz também.”

Depois de algum tempo na mesma sessão Magali decide falar sobre as imagens dos animais pendurados nas paredes do picadeiro:

Magali: “E os bichos? Você sabe?”

Estela: “Chama ratinho.”

Passam a imagem do rato.

Estela: “O cavalo.”

Magali: “e o outro?” (se referindo a outra imagem na parede)

Estela: “Nerea.”

Na sessão de 5 de novembro quando a voluntária Dulce pergunta quem está no espelho Estela responde que é o cavalo, “cavalo no espelho.”

Em 12 de novembro a Estela passa a nomear este cavalo. Quando anteriormente o cavalo era apenas um cavalo, ela passa a chamar este cavalo pelo seu nome. A seguir a voluntária Dulce pergunta para Estela:

Dulce: “Qual o nome do seu cavalo?”

Estela: “Nerea.”

Ao final desta mesma sessão a Dulce conta para os pais de Estela o que ela fez durante a sessão. Estela fala:

Estela: “com Nerea.” (olhando para seu pai)

Estela: “com Nerea mamãe.”

No comecinho da sessão de 3 de dezembro o auxiliar-guia Caleb fala com a égua:

Caleb: “Vai me obedece, Nerea?”

Estela: “Vai me obedece, Nerea?”

Com os exemplos acima é possível entender como Estela passou de no início não se referir ao cavalo, para chamar o cavalo de cavalo e enfim chamar o cavalo pelo seu nome, diferenciando cada um.

Ainda com relação a nomes, por conta da questão sónica, já mencionada neste trabalho, há uma colagem do nome à coisa. (LACAN, 2003) Assim, em alguns momentos, Estela não aceita que se altere o nome de algo, brincadeira comumente realizada com crianças em que o adulto pergunta o nome da boneca, ou o adulto sugere que a criança dê um nome para algo, como um boneco.

Assim, nas vinhetas abaixo podemos entender como Estela reage à sugestão de que ela deva inventar um nome para as imagens de animais na parede e um fantoche.

Durante a sessão de 02 de abril:

A terapeuta Tércia e Estela, já montada no cavalo, dentro do picadeiro, passam ao lado das imagens dos animais fixados na parede:

Tércia: “Qual é esse?”

Estela: aponta para o Elefante

Tércia: “É o elefante.”

Estela: “Elefante.”

Estela: “A vaca.” Aponta para a imagem da vaca na parede.

Tercia: “A vaca.”

Estela: “A vaca.”

O lateral Zattera, que estava acompanhando o atendimento, sai do picadeiro, e em seguida a lateral Telma abandona sua posição de lateral e vai em direção a outro atendimento para conversar com os profissionais ali. Estela os acompanha com seu olhar.

Tércia: “Sabe como se chama essa moça?” Se referindo ao cavalo que passa do lado. “É a Naia.”

A próxima imagem de animal na parede é de um cavalo.

Tércia: se referindo à imagem do cavalo

“Vamos dar um nome pra ele? Que nome?”

Estela: “É um cavalo!”

Telma retorna ao seu lugar de lateral.

Tércia: “É um cavalo, vamos dar um nome pra ele?”

Estela: “É um cavalo!”

Telma: “E aquele?” Apontando para a imagem do koala.

Estela: não olha para o koala.

Tércia: Começa a cantar: “Um elefante incomoda muita gente.”

No diálogo acima fica claro como Estela não se interessa em inventar um nome para a imagem do cavalo afixada na parede. Para ela basta que o animal que é um cavalo seja nomeado como tal. Parece que Tércia se incomoda com a recusa de Estela de brincar com ela inventando um nome para a imagem do cavalo e ao final canta, em vez de entender que crianças com autismo podem ser muito concretas, tendo muita dificuldade com a simbolização e a brincadeira.

Em 30 de abril

Tércia: “E aí, Estela? Pensou num nome? Qual o nome?” Ela mostra o fantoche que está em sua mão para Estela. O fantoche se mexe e fala oi.

Estela: ri

Tércia: “Fala, Oi Fantoche! Como é seu nome?”

Estela: “Fantoche! Fantoche!”

Tércia: “Seu nome é Estela, fala pra ele.”

Estela: “Onde está fantoche?”

Tércia: “Onde tá?”

Estela: “hummmm.”

Tércia: “Nas costas?”

Estela: “Scondeu!”

Tércia conversa com a Taciana sobre como vai ser difícil ficar com um cavalo que fica empacando durante a sessão.

Tércia: “Ficar nesse rolo não vai dar.”

Estela: “Fantoche.”

Tércia: “Fantoche, qual o seu nome?”

Estela: “Não! Fantoche!”

Tércia: “Quem é a Naia? Como é o nome do cavalo?”

Estela: “Cavalo.”

Tércia: “Não! O cavalo tem nome, é? O?”

Estela: “Jerano!”

Tércia: “Não! Como é o nome desse?”

Estela: “É cavalo!”

Tércia: “Ícaro. Í-ca-ro. Fala: Oi Ícaro.”

Estela: “segura cavalo”

Tércia: “segura cavalo”

Estela: “Ícaro”

Tércia: “Ícaro?”

Estela: “Ícaro.”

Neste diálogo Estela mostra como para ela o fantoche pode se chamar fantoche e não precisa de outro nome. Aparentemente, Estela, ao retomar o nome do fantoche, mesmo depois de Tércia falar com Taciana sobre o comportamento do cavalo, está interessada no assunto, buscando um vínculo ou brincando, com Tércia. Neste mesmo exemplo Tércia e Estela também falam sobre o nome dos cavalos que Estela montou. Não houve uma constância no cavalo dos atendimentos de Estela, assim quando Tércia pergunta sobre o nome do cavalo para Estela e ela responde o nome de um cavalo que ela já havia montado, demonstra boa memória.

Na sessão de 22 de outubro Estela e os profissionais falam sobre nomes.

Nivea: “Você lembra o nome dele? Como que é o nome dele? Como que é o nome dele? Tio... Qual o nome? Ó, uma dica, começa com C de cavalo.”

Estela se mantém em silêncio.

Nivea: “Ca...”

Estela: “Cavalo!”

Nivea: “Não! Caleb! Como?”

Estela: “Caleb.”

Nivea: “Como é o nome do Tio?”

Estela não responde.

Nivea: “Caleb. Como é o nome?”

Estela: “Tio.”

Silêncio

Nivea: “Como é o nome dele?” “Ó repete.”

Estela: “Repete.”

Nivea: “Como é o nome dele?”

Estela fica em silêncio.

Nivea: “Como você se chama?”

Estela: “Estela.”

Candida: “ah, Estela.”

Nivea: “mão na perninha.” Se referindo ao exercício que Estela deve fazer.

“Como é o nome da Tia?”

Candida: “Candida. Como eu chamo? Eu chamo Candida. Como eu me chamo?”

Estela: “Candida.”

Nivea: “Me chamo Nivea. Faz favor, fala meu nome pra Tia?”

Estela: “Nivea.”

Nivea: “Só o nome dele que eu não lembro. Como se chama?”

Estela: “Cavalo.”

Candida: “Como eu chamo?”

Estela: “eu.”

Candida: Rindo “Eu chamo eu!”

Nivea: “Como eu chamo?”

Estela: “Nivea.”

Nivea: “Como é o nome do Tio, não me lembro? Ca...”

Estela: “Ca...” Ela olha para um outro cavalo no picadeiro.

Nivea: “Você lembrou? Como é então? Tio?”

Ao final da sessão:

Estela: “Oh Tio?”

Caleb: “Oi! Fala! Qual é a pergunta?”

Nivea: “Você ia perguntar o quê?”

Estela: “Não.”

Caleb: “Meu nome é Caleb.”

Nivea: “Como é o nome dele?”

Estela fica em silêncio.

Nivea: “Como é o meu nome?”

Estela: “Nivea.”

Caleb para o cavalo no picadeiro.

Candida: “Vamo desce aqui?”

Estela desce no colo da Nivea e Nivea a segura no colo.

Candida: “Você não vai dar tchau para o cavalo?”

Estela passa a mão no rosto do cavalo.

Candida: “Como chama o seu cavalo?” Enquanto isso Estela desce do colo da Nivea.

Estela vê sua mãe e exclama: “Mamãe!”

Nivea: “Qual o nome da Tia?”

Estela corre em direção à sua mãe.

Nesta sessão com todas as perguntas sobre nomes o único nome que Estela não repete diversas vezes é o nome do Caleb. Aqui fica claro que Estela está brincando com a situação ali. Ela gostava muito do Caleb, de fazer os exercícios que ele propunha, e conseguiu formar um laço forte com ele, assim provavelmente se sente à vontade para fazer esse tipo de brincadeira.

Nesta sessão Estela, Candida, Nivea e Caleb estão fazendo uma atividade com cones e argolas em que as mesmas cores das argolas e dos cones devem ser pareados.

Candida- mostrando uma argola para a Estela: “Que cor que é?”

Estela- “Azul.” (pronuncia assul)

Candida- mostrando outra argola para a Estela: “Que cor que é?”

Estela- “Cor do sapo. Cor do sapo ali.” (aponta para a imagem do sapo)

Caleb- “Verde, fala.”

Estela- “Essa cor do sapo.”

Candida- “Verde, fala, o sapo é verde.”

Estela- segura a argola, apoia a argola na sela e olha.

Candida- põe aqui (a argola em sua mão)

Caleb- “Põe lá dentro pra gente ir embora.” Se referindo à Candida para que ela leve as argolas de volta ao banheiro onde são guardadas, para poderem encerrar a sessão.

Estela segura na alça da sela e fala com Nivea.

Candida- “Que cor que o sapo é?”

Estela- silêncio

Candida e Nivea- “Verde.”

Nesta vinheta Estela não fala a cor verde, apenas ‘essa cor do sapo’. Ela sabe falar a cor verde, mas insiste em se recusar a falar a cor verde, dizendo que é a mesma cor do sapo. Aqui há uma certa colagem do nome em que o sapo tem a cor do sapo, e não verde. Também vejo

este exemplo como certo amadurecimento de Estela já que em situações anteriores ela teria repetido o que havia sido dito, mas neste momento ela escolhe não falar.

Na sessão de 5 de novembro Estela dá nome ao cavalo. O cavalo mexe seu rabo e bate nas costas de Estela:

Graça: “De quem é esse rabo?”

Estela: “Gigante.”

Graça: “De quem é esse rabo gigante?”

Estela: “Gigante, marrom.”

Graça: “Quem é a dona do rabo marrom, gigante e preto?”

Estela: (pensa e responde) “Dédalo.”

Dédalo foi o primeiro cavalo que a Estela montou em suas sessões de equoterapia e estava no picadeiro neste dia. Ele é um cavalo branco e a égua que a Estela estava montada era a Nerea, que é castanha com o rabo e a crina pretas. Nesta vinheta é possível perceber como Estela está mais amadurecida, com a imagem do corpo instalada, aceita falar dos nomes dos cavalos, apesar de não falar o nome correto daquele cavalo.

Estela também demonstra ter ótima memória. Na sessão de 30 de abril Estela lembrou que viu uma barata na parede do picadeiro na sessão anterior. Ela estava fazendo exercícios em cima do cavalo em movimento:

Tércia: “E o foguete?” (movimento em que a criança deve levantar os braços acima da cabeça e mantê-los ali)

Estela: faz o movimento.

Tércia: “Quer andar de avião ou de foguete?”

Estela: “A barata.”

Tércia: “Lembrou da barata? A barata foi embora.”

A partir deste momento em diversas sessões futuras Estela se lembrou da barata quando passávamos o local onde a barata havia sido vista pela primeira vez. Cantamos a música da barata em diversos momentos para homenagear à barata que foi vista na parede.

9. Resultados

Tabela 2: Indicadores de Acompanhamento

CI: CORPO E SUA IMAGEM								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança tem um ritmo de sono e de vigília sem intercorrências.			x				x	
2. A criança tem autonomia no cuidado de si.		x					x	
3. A criança demonstra organização psicomotora.			x				x	
4. A criança suporta sujar-se.				x				x
5. A criança evita situações perigosas.				x				x
6. A criança tem alimentação variada.				x				x
SOMA								
7. A criança se reconhece no espelho. (IAC)*.		x						x
8. A criança suporta o olhar do Outro. (IAC)*.				x				x
9. A criança aceita ser tocada. (IAC)*.				x				x
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

O ser humano é muito complexo para estabelecer uma relação de causa e efeito da melhora entre algumas questões do corpo e sua imagem de Estela e a equoterapia. De qualquer maneira, mesmo com tantas questões de vínculo nas sessões de equoterapia, Estela, em alguns indicadores do eixo “O corpo e sua imagem” teve uma melhora significativa o que denota que sua imagem do corpo ao final do estudo se mostra mais organizada.

O resultado com maior importância para a constituição da imagem do corpo de Estela e para este estudo é a mudança no indicador “A criança se reconhece no espelho”. Este é um indicador de acompanhamento conclusivo (IAC) e tem relação direta com a constituição do sujeito.

A imagem do corpo deve ser constituída para que haja o surgimento do sujeito psíquico. Crianças com autismo podem ter um esquema corporal bem elaborado, mas não a imagem do corpo instalada.

Estela inicia o estudo se olhando no espelho rapidamente, sem se reconhecer, ou seja, ela se olha, mas não fala seu nome nem dá nenhuma indicação de que ela se reconhece no espelho. Com as sessões de equoterapia Estela passa a se virar em cima do cavalo em movimento para continuar se vendo no espelho ao passar por este e a fazer caretas enquanto se olha no espelho. Em seguida Estela passa a reconhecer seu cavalo no espelho porque quando lhe perguntam quem está no espelho ela responde que é o cavalo. Em seguida ela reconhece a si mesma. Quando Estela responde que é o cavalo no espelho passam a perguntar quem está em cima do cavalo e Estela responde que é ela. Assim fica claro que Estela consegue formar sua imagem corporal pelo corpo do cavalo. O corpo do cavalo que Estela toca, limpa, e vê no espelho fez com que ela conseguisse formar sua própria imagem corporal. Estela também chega a perceber que o espelho reflete a realidade assim fazendo com que pareça que há dois de tudo. Ela vê dois cavalos e dois auxiliares-guia.

Outro indicador em que houve mudanças significativas é o indicador “A criança tem autonomia no cuidado de si” em que no começo do estudo Estela utiliza fraldas sem se interessar em utilizar o vaso sanitário. Ela também não demonstra autonomia para se alimentar, se vestir e tomar banho. Estela também demonstra bastante resistência para que penteiem seu cabelo e cortem suas unhas.

Ao final do estudo Estela ainda utiliza fraldas, mas consegue ficar sem por algum tempo e ela já pede para utilizar o vaso sanitário. Ela consegue se alimentar sozinha mesmo demorando muito para fazê-lo, veste algumas peças de roupa e toma banho passando sabonete onde sua mãe indicar. Algumas tarefas como pentear o cabelo e cortar as unhas continuam sendo muito difíceis de executar.

Estela passa a perceber e se incomodar com a sujeira da primeira aplicação do APEGI para a segunda. Penso que esta mudança seja resultado de duas coisas, a primeira é que na equoterapia lavar as mãos após a sessão faz parte de uma rotina. Assim Estela passa a pedir para lavar suas mãos, ou correr para o banheiro porque ela incorporou esta ação naquele lugar e momento. Outra possibilidade seria que Estela se incomoda com a sujeira já que ela passa a

se perceber. Com a imagem do corpo instalada Estela consegue ver e se incomodar se há alguma sujeira em seu corpo.

Mesmo com a disponibilidade limitada dos profissionais e do local de atendimento em equoterapia para estabelecer vínculos a frequência às sessões já resultou em muitos ganhos para o crescimento psíquico de Estela. Se houvesse condições mais propícias ao estabelecimento de vínculos não só dos profissionais, mas em facilitar o vínculo da criança com o cavalo Estela, talvez, pudesse ter conseguido muito mais e poderia ter se estabelecido enquanto sujeito.

Ainda falando sobre vínculo, em contrapartida, a escola foi bastante generosa em suas relações com a Estela, sendo que a acompanhante escolar por seu amor pela criança chega a tentar protegê-la chamando-a de neta.

10. Considerações Finais

“What you get by achieving your goals is not as important as what you become by achieving your goals.” Henry David Thoreau

O médico veterinário, René Straunard, indica o que é necessário para a boa atuação do obstetra veterinário,

O obstetra também deve possuir: 1º a força física indispensável para levar a bom termo as manobras exigidas; 2ª a força moral para resistir não só ao cansaço, como também às ponderações e conselhos das pessoas presentes; 3º um certo número de aparelhos simples e sólidos, de manejo fácil e seguro. (STRAUNARD, 1936, p.7)

Estas indicações acima de meu bisavô, também se aplicam aos pesquisadores e psicólogos, já que devemos ser resilientes e fortes no trabalho de campo, seguindo com o que planejamos e lidando com surpresas e questões que podem ocorrer no caminho. A resistência ao cansaço é imperativo em trabalhos de pesquisa e é importante saber o que incluir ou não no estudo, quais sugestões seguir e entender o que se objetiva com cada parte e com o estudo como um todo. É necessário ter os instrumentos tanto concretos para pesquisa tanto como instrumentos simbólicos como conhecimento, saber onde buscar este conhecimento, discernimento, tato, habilidades sociais e políticas, que vão muito além da pesquisa.

O trabalho de campo deste estudo evidencia muitos benefícios da equoterapia. Peters e Wood (2017) concluem em sua revisão bibliográfica que as terapias assistidas por equinos podem beneficiar crianças com autismo, mas sugerem que manuais sejam utilizados para padronizar intervenções e melhor explicar ênfases particulares, componentes, e benefícios específicos. Também é necessária a descrição mais sistemática de fases de pesquisa com documentação rigorosa de eficácia. Faltam estudos que privilegiem as perspectivas de pessoas com autismo, suas famílias e cuidadores falando como e se intervenções assistidas por equinos os beneficiam.

Anderson e Meints, (2016) também propõe a utilização de medidas e instrumentos que sejam padronizados para avaliar e medir a eficácia do programa e manter um alto padrão de prática. Elas concluem que atividades e terapias assistidas por equinos ajudam a melhorar funções sociais em crianças e adolescentes se forem bem desenhadas e implementadas. Atividades e terapias assistidas por equinos contribuem para a melhora de alguns sintomas das crianças com autismo e contribuem para o bem-estar geral e saúde psicológica.

Alguns pontos a considerar para que esta pesquisa pudesse ser melhor seriam mais crianças participantes. Existem diversos estudos de caso em equoterapia e seria importante para a equoterapia termos mais estudos com maior número de participantes. Apesar de ter começado esta pesquisa com duas crianças a retirada de consentimento de uma das famílias fez com que esta pesquisa se tornasse um estudo de caso. Talvez este estudo teria ficado mais rico se houvesse mais crianças participantes.

Outra possibilidade interessante seriam pesquisas com adultos com autismo como afirmam Peters e Wood (2017). Existem poucos estudos com adultos com autismo e no levantamento bibliográfico nenhuma pesquisa foi encontrada de adultos com autismo e equoterapia. Seria interessante poder entender como um adulto com autismo poderia, talvez, se beneficiar da interação com o cavalo.

De acordo com buscas que realizei para esta pesquisa constatei que existem poucas publicações na área sendo que nos sites de busca internacionais nenhuma pesquisa é brasileira, como citado anteriormente, e existem poucos cursos na área. Existem cursos de formação e especialização em equoterapia que são para diversos profissionais da área da saúde e educação como: fisioterapeutas, psicólogos, pedagogos e terapeutas ocupacionais. Não há, até o momento, um curso específico para o psicólogo que trabalha com terapias assistidas por equinos e equoterapia no Brasil.

Uma sugestão para os atendimentos de psicologia em equoterapia seria em ter menos adultos em volta do cavalo. São, de maneira mínima na equoterapia, três adultos em torno do cavalo em uma sessão. A grande quantidade de profissionais e voluntários em volta do cavalo pode resultar na maior facilidade de incorrer em falhas éticas, assim é grande a possibilidade da sessão não ser para a criança e sim para conversas do dia-a-dia e problemas dos profissionais. Talvez isso também aconteça por uma questão de organização físico-espacial já que a criança montada no cavalo está mais alta que os profissionais que caminham ao lado do cavalo e pode ser uma tarefa cansativa aos profissionais passar bastante tempo com a cabeça voltada para cima olhando para a criança. Por esta razão as sessões devem ser bem planejadas e estruturadas, para assim, não se tornarem sem foco e sem objetivo.

O acompanhamento das sessões de equoterapia foi muito rico para entender os indicadores do APEGI de maneira qualitativa e ter uma melhor aplicação do protocolo. Foi durante as sessões que pude vivenciar ainda mais a equoterapia, desta vez em uma instituição pública com assistência gratuita ao público, em toda sua complexidade e com todos os seus atores. Pude conhecer melhor Estela e sua família com quem convivi por muitos meses e ter

entrevistas e encontros mais significativos na escola e com a família para um relato mais preciso da história de Estela e suas particularidades anotados no APEGI.

O uso do protocolo foi importante para acompanhar a Estela em sua escola e em sua casa possibilitando o entendimento de sua vida fora das sessões de equoterapia. Na escola regular que Estela frequentou ela teve a possibilidade de se relacionar com as crianças de sua sala formando laços e participando das atividades para crianças de sua idade. Sekkel e Matos (2014) afirmam que “(...) a educação infantil inclusiva tem um papel significativo no fortalecimento das experiências infantis e na manutenção de uma abertura ao outro (novo e diferente) que permanece ao longo da vida.” (p. 95)

O cavalo, além de ser um animal majestoso; símbolo de força, beleza e poder, pode ser guiado e levado para onde se escolher. Os efeitos desta interação são de empoderamento, elevação da auto-estima e de crescimento para o indivíduo. O corpo do cavalo tão grande e rico em possibilidades terapêuticas, podendo até carregar pessoas, está neste trabalho enquanto trampolim impulsionador para a formação da imagem corporal e conseqüentemente do sujeito psíquico.

Estudos com equoterapia e terapias assistidas por equinos são importantes para o maior conhecimento deste método de tratamento para que legisladores e outros órgãos importantes da sociedade possam perceber como este trabalho é valioso e digno de políticas públicas para o atendimento à população.

O aumento no suporte empírico não irá apenas ajudar a comunidade de assistência médica para reconhecer o valor de animais apoiando as vidas de pessoas com deficiências como uma abordagem legítima, mas também vai influenciar legisladores, companhias de seguros, organizações de assistência médica e autoridades políticas em geral. A menos que os indivíduos envolvidos em políticas públicas reconheçam o valor deste animais esse recurso valioso vai continuar mal entendido e subutilizado. (FINE, 2018, p. 145, tradução nossa)

A equoterapia e a psicoterapia assistida por equinos é um valioso método quando pensamos no cuidado com a saúde mental. É importante que este método seja amplamente estudado e divulgado para que mais pessoas possam se beneficiar no futuro. Com estes estudos e a divulgação teremos uma estrutura melhor para o atendimento, profissionais mais preparados e mais políticas públicas para o melhor atendimento das pessoas com deficiência e o acolhimento de suas famílias.

11. Referências

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, 5ª Edição, DSM-5. Artmed, 2014.

AMIET, Claire, GOURFINKEL-AN, Isabelle, BOUZAMONDO, Anissa, TORDJMAN, Sylvie, BAULAC, Michel, LECHAT, Philippe, MOTTRON, Laurent, COHEN, David, Epilepsy in Autism is Associated with Intellectual Disability and Gender: Evidence from a Meta-Analysis, In: **Biol Psychiatry**, 64:577–582, Society of Biological Psychiatry, 2008.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18565495/>

Acesso em: 22/06/2021

ANDRIOLI, Ricardo. **Regimento de Cavalaria “9 de Julho”**, São Paulo: Imprensa Oficial, 2009.

ANZIEU, Didier. **O Eu-pele**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1989.

AVILA, Lenora. A comunicação e a atuação fonoaudiológica em equoterapia, In: **Terapia Assistida por Animais**, CHELINI, Marie Odile M. e OTTA, Emma. São Paulo: Manole, 2016.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**, São Paulo: Edições 70, 2016.

BARRETO, Cristiane P. de O. **Maternagem e Função Materna em UTI NeoNatal: Um Estudo Psicanalítico**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

BAUER, Martin W., GASKELL, George e ALLUM, Nicholas C. Qualidade, Quantidade e Interesses do Conhecimento Evitando Confusões, In: **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som Um manual prático**, BAUER, M. W., GASKELL, G., Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

BETTLEHEIM, Bruno. **The Empty Fortress Infantile Autism and the Birth of the Self**. The Free Press, 1967.

BIALER, Marina. **Autobiografias no Autismo**. São Paulo: Toro Editora, 2017.

BRANDÃO, Carlos R. Participar Pesquisar., In: **Repensando a Pesquisa Participante**, BRANDÃO, Carlos R. (org.), São Paulo: Editora Brasiliense, 2000.

BRASIL. Lei 13.146, de 6 de julho de 2015. **Altera, atualiza e consolida a legislação sobre a inclusão da pessoa com deficiência**.

Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm

Acesso em: 05/12/2018.

BRASIL. Lei 9.608, de 18 de fevereiro de 1998. **Dispõe sobre o serviço voluntário e dá outras providências**. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9608.htm> Acesso em: 24/03/2019.

BRASIL. Congresso Nacional. Senado Federal. **Senado aprova regulamentação da equoterapia como método de reabilitação.** In: senadonotícias. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/04/09/senado-aprova-regulamentacao-da-equoterapia-como-metodo-de-reabilitacao>> Acesso em: 22/04/2019.

BRASIL. Senado Federal. **Sancionada a regulamentação da equoterapia.** In: senadonotícias. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/14/sancionada-a-regulamentacao-da-equoterapia> Acesso em: 28/10/2021.

BRASIL. Senado Federal. **Lei Brasileira de Inclusão entra em vigor e beneficia 45 milhões de pessoas.** In: senadonotícias. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2016/01/21/lei-brasileira-de-inclusao-entra-em-vigor-e-beneficia-45-milhoes-de-brasileiros>> Acesso em: 28/02/2021.

BRASIL. Decreto No 6949, de 25 de Agosto de 2009. In: Presidência da República Casa Civil Subchefia para assuntos jurídicos. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm> Acesso em: 22/04/2021

CAMPANA, Nathalia T. C. **Uso de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil IRDI na detecção de sinais de problemas de desenvolvimento associados ao autismo.** 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARDOSO, Daniela F.; FERNANDES, Elisangela T.; NOVO, Ana Lúcia B.; KUPFER, Maria Cristina M. O IRDI como facilitador das intervenções terapêuticas em um centro de reabilitação física infantil. In: **Psicanálise e Ações de Prevenção na Primeira Infância.** KUPFER, Maria Cristina M.; BERNARDINO, Leda M. F.; MARIOTTO, Rosa M. M. (orgs.) São Paulo: Escuta, 2012.

CÉSARIS; Delia. M. C. D. **A Imagem Corporal/ Especular no sujeito em Constituição, de Freud a Lacan.** São Paulo: Escuta, 2016.

CUKIERT, Michele e PRISZKULNIK, Léia. Considerações sobre o eu e o corpo em Lacan. **Estudos de Psicologia,** 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2002000100014&script=sci_abstract&ting=pt>. Acesso em: 01/11/2018.

CUNHA, Andréa B., SACRAMENTO, Beatriz C. D. FERRARI, Laerte D. A., FAVARO, Heloiza F. L., HADDAD, Claudio M. Equoterapia, In: **Terapia Assistida por Animais,** CHELINI, Marie. O. M. e OTTA, Emma. (coordenadoras) São Paulo: Manole, 2016.

DOLTO, Françoise. **A Imagem Inconsciente do Corpo.** São Paulo: Perspectiva, 2010.

DOLTO, Françoise e NASIO, Juan. D. **A Criança do Espelho.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DOLTO, Françoise. **Psicanálise e Pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1988.

FARIA, Michele R. prefácio In: **Autobiografias no Autismo**, BIALER, Marina. São Paulo: Toro, 2017.

FINE, Aubrey. H. The role of therapy and service animals in the lives of persons with disabilities. **Revue Scientifique et Technique (International Office of Epizootics)**, v.37, n. 1, p. 141-149, 2018.

Disponível em: <https://www.researchgate.net/>

Acesso em: 12/05/2020

FREUD, Sigmund. (1908). Caráter e Erotismo Anal. In: **Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

FREUD, Sigmund. (1914). Introdução ao Narcisismo. In: **Obras completas**. Vol. XII. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FREUD, Sigmund. (1920). Além do Princípio do Prazer. In: **Obras completas**. Vol. XIV. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

FULGENCIO, Leopoldo. **Por que Winnicott?** São Paulo: Zagodoni Editora Ltda., 2016.

GAGNEBIM, Jean Marie. **Sete aulas sobre linguagem, memória e história**. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

GRANDIN, Temple. **Thinking in Pictures and other Reports From My Life With Autism**. New York: Vintage Books, 1995.

GRANDIN, Temple. **How Horses Think and Animals Think**. Denver, Colorado, 22 Julho 2019

Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=0PIGHY5KbEI>

Acesso em: 06/08/2021

HARRIS, Androulla.; WILLIAMS, Joanne M. **The impact of a Horse Riding Intervention on the Social Functioning of Children with Autism Spectrum Disorder**. Basil: International Journal of Environmental Research and Public Health, 2017.

JERUSALINSKY, Alfredo F. Considerações acerca da Avaliação Psicanalítica de Crianças de Três Anos – AP3. In: LERNER, R.; KUPFER, M. C. M. (orgs): **Psicanálise com Crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Fapesp/Escuta, 2008. P.117-136.

KANNER, Leo. **Autistic disturbances of affective contact**. In: Nervous Children. 1943.

KUPFER, Maria Cristina M. **Educação para o Futuro: Psicanálise e Educação**. São Paulo: Escuta, 2000.

KUPFER, Maria Cristina M. Notas sobre o Diagnóstico Diferencial da Psicose e do Autismo na Infância. **Psicol. USP**, vol. 11., n. 1. São Paulo, 2000. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642000000100006. Acesso em: 06/12/2018.

KUPFER, Maria Cristina M. **O Sujeito na Psicanálise e na Educação: bases para a educação terapêutica**. Educação e Realidade, 35 (1), 265-281, 2010.

KUPFER, Maria Cristina M. (et.al). Valor Preditivo de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, v. 6, n.1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142010000100003>. Acesso em: 10/06/2018.

KUPFER, Maria Cristina M. e BERNARDINO, Leda M. F., **Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Instituições, Escolas e Grupos- APEGI**. A ser editado pela EDUSP, 2017.

KUPFER, Maria Cristina M; BERNARDINO, Leda M. F; PESARO, Maria Eugênia. Validação do Instrumento “Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Escolas, Grupos e Instituições” (APEGI): Primeiros Resultados. **Estilos da Clínica**, v.23, n.3, 558-573, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/estic/article/view/153734/152550> Acesso em: 01/12/2021.

KUPFER, Maria Cristina M; BERNARDINO, Leda M. F.; SILVA, Diego C. Resultados finais da pesquisa APEGI (Acompanhamento Psicanalítico de crianças em Escolas, Grupos e Instituições) FAEEDA – Ed. E Contemp., Salvador, v.29, n.60, p.176-190, out/dez. 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/faceba/article/view/10506/7424> Acesso em: 02/12/2021.

KUPFER, Maria Cristina M; VOLTOLINI, Rinaldo. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. In: LERNER, Rogério.; KUPFER, Maria Cristina. M., (orgs): **Psicanálise com Crianças: clínica e pesquisa**. São Paulo: Fapesp/Escuta, 2008. p. 93-107

LACAN, Jacques. **A Identificação**. Seminário 1961-1962, Recife: Centro de Estudos Freudianos do Recife, 2003.

LACAN, Jacques. **O estádio do espelho como formador da função do eu tal como nos é revelada na experiência psicanalítica**. In: Escritos. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

LAMB, Rick. Autism and Horses. **Youtube**, 21 Julho 2015. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=T4rWPhW1pzY>> Acesso em: 25/05/2019.

LAZNIK, Marie-Christine e PELABON, Caroline. Caso Clínico de um Bebê a Risco de Autismo: Leo e “La Vraie Vie”. In: PARLATO-OLIVEIRA, E; COHEN, D (orgs): **O Bebê e o Outro: seu entrono e suas interações**. São Paulo: Instituto Langage, 2017.

LAZNIK, Marie-Christine. **A voz da sereia: O autismo e os impasses na constituição do sujeito**. Ágalma, Bahia, 2004.

MACHADO, Fernanda P., LERNER, Rogério, NOVAES, Beatriz C. A. C., PALLADINO, Ruth R. R., CUNHA, Maria Claudia. Questionário de indicadores clínicos de risco para o

desenvolvimento infantil: avaliação da sensibilidade para transtornos do espectro do autismo. **AudiolCommun Res.** v.19, n.4, p.345-51, 2014.

MAGAGNIN, Tayná, SILVA, Marco A. da., NUNES, Rafael Z. da S. FERRAZ, Fabiane, SORATTO, Jacks. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v.31(1), e310104, p.1-21, Rio de Janeiro, 2021.

Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/WKnC7ffTK4CJZbgbCJRcChS/>
Acesso em: 22/06/2021

MAHLER, Margaret. *As Psicoses Infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Medicas, 1989.

MALCOLM, Roslyn, ECKS, Stefan, PICKERSGILL, Martyn. ‘It just opens up their world’: autism, empathy, and the therapeutic effects of equine interactions, **Anthropology & Medicine**, vol. 25, n.2, Reino Unido, 2018. Disponível em:

<https://doi.org/10.1080/13648470.2017.1291115> Acesso em: 30/03/2019.

MALEVAL, Jean-Claude. **O autista e a sua voz**. São Paulo: Blucher, 2017.

MEDEIROS, Mylena. e DIAS, Emília. **Distúrbios da Aprendizagem A Equoterapia na Otimização do Ambiente Terapêutico**. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PENA, Breno F., SILVA Ronildo D. C. O Outro no ensino lacanian: algumas considerações. In: **Estudos de Psicanálise**, n.49, p. 81-90, Belo Horizonte, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372018000100007&lng=pt&nrm=iso Acesso em: 06/06/2021.

PESARO, Maria. Eugênia. Alcance e limites teórico-metodológicos da pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. São Paulo: Biblioteca Dante Moreira Leite, Instituto de Psicologia, USP, 2010. 186p. ISBN

Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-09112010-114133/pt-br.php>

Acesso em: 10/05/2021

PETERS, B. Caitlin. M. D, WOOD, Wendy. Autism and Equine-Assisted Interventions: A Systematic Mapping Review. **J Autism Dev Discord**, Oct;47(10):3220-3242, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28733851/> Acesso em: 10/04/2021.

PICHON-RIVIERE, Enrique. *Teoria do Vínculo*. São Paulo: Martins Fontes, 2012.

RAMOS, C. M., PRADO, S. F. e MANGABEIRA, V., Psicoterapia e terapia assistida por animais. In: CHELINI, Marie O. M.; OTTA, Emma. (coordenadoras) **Terapia Assistida por Animais**. São Paulo: Manole, 2016. Cap. 10, p.225-233.

ROBERTS, Monty. **O Homem que Ouve Cavalos**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

RODRIGUES, Diego e PIMENTEL, Cecilia. **APEGI- Acompanhamento psicanalítico de crianças em escolas, grupos e instituições: um instrumento para o trabalho com a criança-sujeito**. São Paulo, 2021. No prelo.

SCHWARTZMAN, J. Salomão. Condições associadas aos Transtornos do Espectro do Autismo. In: SCHWARTZMAN, J. Salomão; ARAÚJO, Ceres A. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Memnon Edições Científicas, 2011. Cap. 8, p.131-132.

SEKKEL, Marie. Claire.; MATOS, Larissa P. Educação Inclusiva: Formação de atitudes na educação infantil. In: **Revista Quadrimestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 18, Número 1, Janeiro/Abril de 2014: 87-96.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pee/a/MFPNQmcQrBVQKj3yPfDkRvk/?format=pdf&lang=pt>

Acesso em: 24/06/2021

SEVERO, José T. Equoterapia: Equitação que promove a saúde e a educação. **Acta Fisiátrica**, v. 4, n. 3, p.146-149, 1997.

Disponível em: http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=358

Acesso em: 12/11/2019.

TEMPLE Grandin. Direção: Mick Jackson. Produção: Scott Ferguson. Intérpretes: Claire Danes, Julia Ormond, Catherine O'Hara, David Strathairn e outros. Roteiro: Christopher Monger e Merritt Johnson. Estados Unidos, HBO, 2010. (109 min), son., color.

TUSTIN, Francis. **Autismo e Psicose Infantil**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

VIDRINE, Maureen, OWEN-SMITH, Patricia, FAULKNER, Priscilla. Equine-facilitated Group Psychotherapy: Applications for Therapeutic Vaulting. In: **Issues in Mental Health Nursing**. 23: 587- 603, Taylor and Francis 2002.

Disponível em: www.researchgate.net

Acesso em: 15/09/2020

WARD, Sandra C., WHALON, Kelly, RUSNAK, Katrina, WENDELL, Kimberly, PASCHALL, Nancy. The Association Between Therapeutic Horseback Riding and the Social Communication and Sensory Reactions of Children with Autism. **J Autism Dev Disord** ; 43(9): 2190-8, 2013

Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10803-013-1773-3>

Acesso em: 10/04/2021.

WINNICOTT, Donald. W. (1945) Desenvolvimento emocional primitivo. In: **Textos Selecionados: Da Pediatria À Psicanálise**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1993.

WINNICOTT, Donald. W. O Papel de Espelho da Mãe e da Família no Desenvolvimento Infantil. In: **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda., 1975.

WINNICOTT, Donald. W. (1983) O Ambiente e os Processos de Maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Rio de Janeiro: Artmed, 2007.

XENOPHON. **The Art of Horsemanship**. New York: Dover Publications, Inc., 2017.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

ZAMO, Renata. e TRENTINI, Clarissa. Revisão sistemática sobre avaliação psicológica nas pesquisas em equoterapia **In: Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 81-97. São Paulo, set.-dez. 2016.

Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v18n3p81-97>

Acesso em: 30/03/2019.

ZOTTI, Clarice. W. Os aspectos psicanalíticos da amamentação e a construção da subjetividade. In: KUPFER, Maria Cristina M.; BERNARDINO, Leda M. F.; MARIOTTO, Rosa M. M. (orgs): **Psicanálise e Ações de Prevenção na Primeira Infância**. São Paulo: Fapesp/Escuta, 2012. P. 47-60

12. Anexo 1: O modelo do APEGI

Acompanhamento Psicanalítico de Crianças em Escolas, Grupos e Instituições (APEGI)

Nº:	Nome:		
Idade:		Data de nascimento:	
Mãe (ou cuidador):			
Pai (ou cuidador):			
Escola/Instituição:			
Aplicador:			Data: / /

Legenda para os eixos que estão sinalizados entre parênteses antes de cada pergunta:

1. P/R S: presença /reconhecimento de sujeito
2. BF: o brincar e a fantasia
3. IC: imagem corporal
4. FP: função paterna
5. FS: função do semelhante

I. ENTREVISTA COM OS PAIS

OBSERVAÇÕES:

1. Enquanto o pesquisador estiver preenchendo o cabeçalho, dizer para a criança: *“Aqui nesta caixa há alguns brinquedos para você brincar enquanto eu converso com seus pais. Mas espere um pouquinho, vou dizer para você quando vai poder abrir a caixa. No final do nosso trabalho, você me ajuda a guardar os brinquedos, combinado?”*. Deixar abrir a caixa quando tiver terminado de preencher o cabeçalho. Em seguida, observar se a criança brinca sozinha enquanto o profissional conversa com os pais.
2. Nas situações concretas, solicitar para os pais exemplificarem, explicar o que mais entendem pela nomeação que dão, por exemplo, da agitação da criança.

1. (P/R S). O que os pais dizem a respeito da criança e como o fazem?

<p>Sugestão: Fala-se dessa criança como uma criança singular, com suas particularidades, seus hábitos, suas preferências, sua história singular? Contam-se episódios nos quais se expressam essas particularidades? Os pais expressam alguma preocupação em entender as escolhas da criança, o porquê de seus comportamentos mais habituais, mencionam situações em que se perguntaram sobre o porquê desta ou daquela reação?</p>
<p>2. (P/R S). Como os pais veem os eventuais sintomas da criança?</p> <p>Sugestão: Em relação aos sintomas eventuais, reconhece-se algum tipo de filiação? Os sintomas são motivos de incômodo ou sugerem enigma sobre o que acontece com a criança, ou ambos? Os sintomas são vistos como algo a ser eliminado ou são considerados como expressão de algum problema da criança? Há tolerância em relação a eles? Há implicação dos pais nos sintomas eventuais ou eles são vistos simplesmente como falha da criança? É agressivo como o pai, é medroso como a mãe etc.? Os pais fazem alguma hipótese sobre o porquê dos sintomas da criança?</p>
<p>3. (P/R S e FP). A criança é vista dentro de um cenário de filiação?</p> <p>Sugestão: A criança é comparada com os pais, irmãos, tios, avós, etc.? A criança é colocada como representante da relação do casal ou é “só da mamãe” ou “só do papai”?</p>
<p>4. (P/R S). Os pais demonstram ter conhecimento sobre a criança?</p> <p>Sugestão: Conhecem a atividade lúdica da criança, suas preferências, cuidados ou não com os brinquedos? Sabem como ela se comporta com outras crianças? (Compartilha, isola-se, é agressiva, etc.?) A palavra da criança é ouvida? Responde-se às suas questões?</p>
<p>5. (P/R S). Como os pais tomam a demanda da criança?</p> <p>Sugestão: Os pais tomam a demanda da criança ao pé da letra ou supõem algo além dela? Quando a criança lhes dirige uma demanda, os pais tentam saber do que se trata, interrogam o filho, propõem hipóteses? Os pais estão interessados nas descobertas da criança? Os pais dirigem demandas à criança ou só dão ordens? Quando as demandas são satisfeitas, a criança expressa satisfação ou acha isso natural? Tem reações de birra?</p>
<p>6. (P/R S). Como é a capacidade, tanto dos pais como da criança, para esperar a enunciação um do outro?</p> <p>Sugestão: Quando a criança apresenta dificuldades em articular alguma coisa, os pais suportam esperar que a criança conclua, ou se antecipam, tentando articular para a criança? A criança espera os seus pais terminarem de falar, ou interrompe o tempo todo? Os pais estão atentos para o que a criança diz, admitem que a criança pode revelar o que está vivendo, ou antecipam e adivinham tudo para a criança?</p>
<p>7. (CI). Como é a saúde da criança?</p> <p>Sugestão: Investigar se a criança tem ou teve doenças de repetição, internamentos, se fez cirurgias, como é a saúde dela em geral.</p>

<p>8. (CI). Nas situações de alimentação, como a criança reage?</p> <p>Sugestão: Investigar a evolução da alimentação na história da criança, desde o início de vida. Se os pais relatarem dificuldades, investigar quando ocorreram, pedir exemplos.</p>
<p>9. (CI). Como é a criança quanto ao sono?</p> <p>Sugestão: Verificar o ritmo de sono da criança, se dorme sozinha, por quanto tempo, local onde dorme, qualidade do sono. Se houver intermitência, verificar, com perguntas abertas, se a criança é quem tem dificuldade, como é essa dificuldade e o que os pais fazem a respeito.</p>
<p>10. (CI). Frente às demandas de controle dos esfíncteres quais foram as intercorrências? Como a criança lida com os seus excrementos?</p>
<p>11. (CI). Como é o cuidado da criança com o seu corpo?</p> <p>Sugestão: Coloca-se em risco? Incomoda-se ao se sujar? Reconhece-se no espelho?</p>
<p>12. (CI). Como os pais percebem a movimentação da criança? (Consideram-na tranquila, agitada, inquieta, passiva...?).</p>
<p>13. (CI). Como está em relação à sua autonomia? (Ir ao banheiro, vestir-se, dormir sozinha, comer sozinha, cuidados)?</p> <p>Sugestão: Verificar pelo que a criança se responsabiliza no cuidado de seu corpo, sem precisar sempre do auxílio do adulto, considerando o que já consegue fazer. Verificar se os pais querem ajudar e desconsiderando a capacidade da criança. Quando relatam que a criança faz tudo sozinha, investigar mais.</p>
<p>14. (CI). Tem um objeto de que não quer se separar?</p>
<p>15. (CI). A criança permite que lhe cortem unhas e cabelo?</p>
<p>16. (BF). A criança brinca sozinha? Do que ela gosta de brincar?</p>
<p>17. (FP). O exercício da autoridade por um dos pais é sustentado pelo outro?</p> <p>Sugestão: O pai sente que sua palavra tem importância para a mãe? A mãe sente que sua palavra tem importância para o pai?</p>
<p>18. (FP). Como a criança reage aos limites colocados pelo entrevistador e pelos pais?</p> <p>Sugestão: A criança reconhece limites? Como reage? Negocia, chora, transgride? Busca apoio do pai, da mãe ou de ambos? Como os pais reagem a esse pedido de apoio?</p>

19. (FP). A criança consegue esperar?
Sugestão: Pedir exemplos aos pais: a criança consegue esperar, por exemplo, o momento da sobremesa (ou outra situação)? Quando pede um presente, consegue esperar o dia de receber (por exemplo, Natal, aniversário)? <i>Verificar isso também com a situação inicial de pedir para a criança esperar pela abertura da caixa de brinquedos.</i>
20. (FP) A criança cumpre combinados?
Sugestão: Pedir exemplos aos pais. <i>Verificar se ela guarda os brinquedos na caixa depois da observação, conforme se combinou no início.</i>
21. (FP). Como os pais reagem quando a criança não obedece?
22. (FS). No caso de irmãos, como é a relação?
Sugestão: Há ciúmes? É muito intenso, é administrável? Como os pais manejam a situação? Há rivalização?
23. (FS). A criança imita os irmãos?
24. (FS). A criança se identifica com a maneira de ser de um irmão ou irmã?
25. (FS). A criança gosta de brincar com outras crianças?
26. (FS). A criança é chamada por outras crianças para brincar?

Anotações qualitativas sobre a entrevista com os pais

P/RS	
CI	
BF	
FP	
FS	

II. ENTREVISTA COM A CRIANÇA

1. (P/R S). A criança dirige demandas ao profissional? Como?
2. (P/R S). A criança se interessa pelo profissional?
Sugestão: Olha para ele? Presta atenção ao que ele fala ou faz?

<p>3. (P/R S). A criança fala em nome próprio?</p> <p>Sugestão: Usa o “eu”? Identifica-se com seu nome? Diz como se chama?</p>
<p>4. (P/R S e B/F). Que tipos de brincadeiras a criança faz?</p> <p>Sugestão: Há um brincar próprio, com implicação da criança? Demonstra interesse, prazer, em brincar?</p>
<p>5. (P/R S). A criança sustenta um diálogo?</p> <p>Sugestão: Como se refere a si mesma (usa o “eu”)? Como se refere ao outro? A criança leva em conta a palavra do interlocutor? A criança tem capacidade de interrogar? De fazer uso dos porquês?</p>
<p>6. (P/R S). Dá para entender o que a criança diz?</p> <p>Sugestão: Alguém precisa traduzir a sua fala ou ninguém entende o que ela fala?</p>
<p>7. (P/R S). Como é a fala da criança?</p> <p>Sugestão: Como é seu vocabulário? Como é sua entonação de voz? Respeita as regras gramaticais?</p>
<p>8. (BF). Apresenta uma persistência repetitiva ou mecânica nas suas brincadeiras? E nos seus desenhos?</p>
<p>9. (BF). Inclui o profissional?</p>
<p>10. (BF). Que tipo de cenas faz nas suas brincadeiras?</p> <p>Sugestão: Tem enredo, cria, inventa histórias, personagens?</p>
<p>11. (CI). Mostra algum interesse por sua imagem no espelho? Como? Reconhece-se no espelho?</p> <p>Sugestão: Faz, por exemplo, brincadeiras no espelho? <i>(Se não aparecer espontaneamente, incentivar o uso do espelho, criando situações em que a criança fica diante do espelho e perguntando, por exemplo, quem está ali).</i></p>
<p>12. (CI). Faz identificações sexuais no desenho de si ou na sua imagem no espelho?</p>
<p>13. (CI). Se não aparecer espontaneamente, pedir para a criança fazer um desenho dela mesma.</p> <p>Sugestão: Ela explica o desenho? Solicitar que a criança nomeie o que desenhou? Identifica-se no desenho? Aparecem outros personagens?</p>
<p>14. (CI). Como a criança lida com a sujeira?</p> <p>Sugestão: investigar, se não aparecer espontaneamente.</p>

15. (CI) Como a criança se apresenta do ponto de vista psicomotor?
Sugestão: é uma criança agitada? É muito passiva? Não se detêm nas brincadeiras, passando de uma atividade para outra? Tem facilidade ou dificuldade em realizar os movimentos durante a brincadeira?
16. (FP). Como a criança aceita a separação dos pais quando chega à escola ou quando é colocada em situação de acompanhamento individual?
Sugestão: Adapta-se logo, ou se sente ameaçada? Se é tranquilizada pelo profissional, mostra-se mais confiante, ou nada muda? Quando é colocado algum limite, como reage? Nega-se, aceita sem comentários, negocia?
17. (FP). Ao se ver sozinha, a criança brinca espontaneamente ou precisa ser estimulada?
18. (FS). A criança faz referência a amigos?
Sugestão: Se não fizer referência espontaneamente, perguntar.

Anotações qualitativas sobre a entrevista com criança

P/RS	
CI	
BF	
FP	
FS	

III. ENTREVISTA COM A PROFESSORA

1. (P/R S). O que o professor diz a respeito da criança e como o faz?
2. (P/R S). Como o professor vê os eventuais sintomas da criança?
3. (P/R S). O professor demonstra ter conhecimento sobre a criança?
4. (P/R S). Como o professor toma a demanda da criança?
5. (BF). A criança brinca sozinha? Do que ela gosta de brincar?
6. (CI). Frente às demandas de controle dos esfínteres, quais foram as intercorrências?

Sugestão: Como a criança lida com os seus excrementos?
7. (CI). Nas situações de alimentação, como a criança reage?
8. (CI). (Para Educação Infantil). Como age a criança na hora de dormir?
9. (CI). A criança se coloca em risco?
10. (CI). Como é a movimentação da criança na sala de aula, na escola? Sugestão: Investigar se a criança é agitada, se é muito passiva, se não consegue ficar sentada na carteira, se está constantemente se mexendo, se tem dificuldades com algumas atividades motoras.
11. (FP). O professor sente que sua palavra tem peso para a criança ou se sente desautorizado por ela? Sugestão: Como a criança reage diante das regras, combinados?
12. (FP). A criança sabe esperar na fila? Sabe esperar a sua vez?
13. (FP). Como foi a adaptação da criança à escola?
14. (FS). Como é a criança no grupo classe?
15. (FS). No caso de irmãos, como é a relação?
16. (FS). A criança imita os colegas?
17. (FS). A criança se identifica com a maneira de ser de algum colega?
18. (FS). A criança gosta de brincar com outras crianças?
19. (FS). A criança chama outras crianças para brincar?
20. (FS). As outras crianças a procuram para brincar?
21. (FS). Ela se interessa pelo que as outras crianças estão fazendo? Sugestão: tem curiosidade pelo brincar de outra criança? (Não se trata do brinquedo que os outros estão manipulando, mas do brincar em si)

Anotações qualitativas sobre a entrevista com a professora

P/RS	
CI	
BF	
FP	
FS	

IV. OBSERVAÇÃO DA CRIANÇA NO GRUPO

<p>1. (FS). Há uma diferença nítida em relação ao acompanhamento individual quando a criança entra em um grupo?</p> <p>Sugestão: Adapta-se logo ou se sente ameaçada? Se é tranquilizada por um adulto, mostra-se mais confiante?</p>
<p>2. (BF). Ao se ver em grupo, a criança brinca espontaneamente ou precisa ser estimulada?</p>
<p>3. (FS). A criança pede a outra criança para brincar com ela?</p> <p>Sugestão: Procura outras crianças para brincar? Chama ativamente outra criança?</p>
<p>4. (FS). Se outra criança a chama para brincar, ela vai?</p> <p>Sugestão: Investigar se a criança é chamada para brincar por outras crianças. Aceita o convite, esquiva-se, reage com agressividade, mostra indiferença?</p>
<p>5. (BF/FS). A criança tem um brincar compartilhado?</p> <p>Sugestão: Participa de brincadeiras conjuntas? Demonstra divertir-se com outras crianças?</p>
<p>6. (CI). Como é a movimentação da criança no grupo?</p> <p>Sugestão: É agitada, passiva, detém-se em alguma brincadeira ou pula de uma atividade para outra?</p>
<p>7. (FS/CI). A criança tem um amigo de que não se separa?</p>
<p>8. (FS/CI). É capaz de brincar sem o amigo inseparável?</p>
<p>9. (FS/CI). A criança imita uma criança específica?</p>
<p>10. (FS). A criança aprende com os colegas durante a atividade?</p>
<p>11. (FS). A criança rivaliza com os colegas?</p>
<p>12. (FS). Há disputa de brinquedos?</p>
<p>13. (FP). Como a criança reage quando o adulto coloca regras na brincadeira coletiva?</p>
<p>14. (P/R S). A criança sustenta uma fala em nome próprio diante do grupo?</p> <p>Sugestão: A criança fala com seus pares ou somente com o adulto?</p>
<p>15. (FP) Como é a relação da criança com o(s) coordenador(es) do grupo (quando for o caso)?</p> <p>Sugestão: Respeita a palavra do adulto, ignora-o, desafia-o, apoia se constantemente nele?</p>

Anotações qualitativas sobre a observação da criança em grupo

P/RS	
CI	
BF	
FP	
FS	

Indicadores de Acompanhamento

P/R S: PRESENÇA/RECONHECIMENTO DE SUJEITO								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança leva em consideração a fala do outro.								
2. A criança expressa-se de modo compreensível para o outro.								
3. A criança expressa suas preferências.								
SOMA								
4. A criança responde quando é chamada pelo nome (IAC)*.								
5. A criança usa pronomes em 1ª pessoa (eu, me, mim) (IAC)*.								
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

*IAC: **SE AUSENTE** (marcação NÃO), indicador de acompanhamento CONCLUSIVO para Entraves Estruturais para a Constituição Subjetiva

Indicadores de Acompanhamento

BF: O BRINCAR E A FANTASIA								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança fantasia ao brincar.								
2. A criança demonstra capacidade de lidar com situações frustrantes na brincadeira.								
3. A criança é capaz de brincar sozinha de modo autêntico.								
4. Há enredo na brincadeira.								
5. A criança tem um brincar compartilhado.								
SOMA								
6. A criança faz distinção entre fantasia e realidade (IAC)*.								
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

*IAC: **SE AUSENTE** (marcação **NÃO**), indicador de acompanhamento **CONCLUSIVO** para Entraves Estruturais para a Constituição Subjetiva

Indicadores de Acompanhamento

CI: CORPO E SUA IMAGEM								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança tem um ritmo de sono e de vigília sem intercorrências.								
2. A criança tem autonomia no cuidado de si.								
3. A criança demonstra organização psicomotora.								
4. A criança suporta sujar-se.								
5. A criança evita situações perigosas.								
6. A criança tem alimentação variada.								
SOMA								
7. A criança se reconhece no espelho. (IAC)* .								
8. A criança suporta o olhar do Outro. (IAC)* .								
9. A criança aceita ser tocada. (IAC)* .								
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

*IAC: **SE AUSENTE** (marcação **NÃO**), indicador de acompanhamento **CONCLUSIVO** para Entraves Estruturais para a Constituição Subjetiva

Indicadores de Acompanhamento

FP: FUNÇÃO PATERNA								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança aceita limites e interditos.								
2. A criança consegue esperar quando quer algo.								
3. A criança consegue cumprir combinados.								
4. A criança aceita a intermediação de adultos em caso de rivalização.								
SOMA								
5. Faz uso do "não". (IAC)*.								
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

*IAC: **SE AUSENTE** (marcação **NÃO**), indicador de acompanhamento **CONCLUSIVO** para Entraves Estruturais para a Constituição Subjetiva

Indicadores de Acompanhamento

FS: FUNÇÃO DO SEMELHANTE								
Indicador	Tempo 1				Tempo 2			
	Não observado	Não	Em construção	Sim	Não observado	Não	Em construção	Sim
1. A criança tem amigos.								
2. A criança tem interesses em comum com os amigos.								
3. A criança tem independência em relação aos pares.								
4. A criança responde ao chamado de outra criança para brincar.								
5. A criança compartilha objetos com outras crianças.								
6. A criança é chamada por outras crianças para brincar.								
SOMA								
7. A criança inclui o outro na brincadeira. (IAC)*.								
SOMA IAC								
Observação final sobre o eixo								

*IAC: **SE AUSENTE** (marcação NÃO), indicador de acompanhamento CONCLUSIVO para Entraves Estruturais para a Constituição Subjetiva

Nº:	Nome:		
Idade:		Data de nascimento:	
Mãe (ou cuidador):			
Pai (ou cuidador):			
Escola/Instituição:			
Aplicador:			Data: / /

Desfechos Clínicos

Utilizando os Indicadores de Acompanhamento	SIM	NÃO
Há Indicadores Conclusivos		
Há Problemas de Desenvolvimento		
Há Entraves Estruturais		
Indicadores conclusivos, se houver: <hr/>		
Observações gerais: 		

Utilizando a Tabela de Sintomas Clínicos	SIM	NÃO
Há Problemas de Desenvolvimento		
Há Sintomas Clínicos Conclusivos		
Há Entraves Estruturais		

Sintomas clínicos presentes, se houver:

Observações Gerais:

TABELA DE SINTOMAS CLÍNICOS		PRESENTE	AUSENTE
SC = Sintoma Conclusivo – Risco Para Constituição Subjetiva Legenda:			
I. O brincar e a fantasia	I.1. Violência no brincar		
	I.2. Ausência de enredo		
	I.3. Inconstância		
	I.4. Emergência de angústia ou medos durante o brincar		
	I.5. Falta de iniciativa, passividade e falta de curiosidade		
	I.6. Manipulação mecânica dos brinquedos (SC)		
	I.7. Confusão entre fantasia e realidade, com excesso de fantasia (SC)		
	I.8. Pobreza simbólica		
	I.9. Atividade ou movimentos repetitivos (SC)		
	I.10. Recusa no brincar		
	I.11. Ausência de faz-de-conta (SC)		
II. O corpo e sua imagem	II.1. Dificuldades no controle esfinteriano		
	II.2. Agitação motora		
	II.3. Atuações agressivas		
	II.4. Ausência do reconhecimento de si como menino ou menina		
	II.5. Colagem no corpo da mãe		
	II.6. Dificuldades alimentares:		
	a. Alimentação seletiva		
	b. Recusa de alimentação sólida (SC)		
	c. Dificuldade alimentar não especificada		
	d. Obesidade		
e. Recusa do alimento			
II.7. Dificuldades motoras			
II.8. Dificuldade de separação			
II.9. Doenças de repetição (amidalite, otite, bronquiolite)			
II.10. Doenças Psicossomáticas (alergias, asma, dores inespecíficas)			

	II.11. Exposição a perigos		
	II.12. Demanda insistente do olhar do outro		
	II.13. Falhas no reconhecimento de si no espelho		
	II.14. Impossibilidade de suportar o olhar do outro		
	II.15. Preocupação excessiva com a sujeira		
	II.16. Alterações do sono		
	II.17. Autoagressão (SC)		
	II.18. Inibição diante do olhar do outro		
	II.19. Presença de tiques		
III. Manifestação diante das normas e posição frente à Lei	III.1. Birras prolongadas		
	III.2. Criança tem que ser castigada para obedecer		
	III.3. Confusão e angústia frente à lei		
	III.4. Desobediência Desafiadora (SCN)		
	III.5. Conhece os limites mas não os respeita		
	III.6. Recusa da presença do terceiro (SCN)		
	III.7. Recusa do não (SC)		
	III.8. Submissão excessiva à lei (SC)		
	III.9. Indiferença ou ignorância de regras e leis (SC)		
	III.10. Criação de medos substitutivos da lei (SCN)		
	III.11. Negativismo		
IV. A fala e a posição na Linguagem	IV.1. Ausência de pronomes pessoais (SC)		
	IV.2 Repetição ecológica (SC)		
	IV.3. Linguagem incompreensível com tentativa de interlocução		
	IV.4. Linguagem incompreensível sem busca de interlocução (SC)		
	IV.5. Pobreza expressiva		
	IV.6. Uso da terceira pessoa para referir-se a si mesmo (SC)		
	IV.7. Fala traduzida pelo cuidador		
	IV.8. Mutismo seletivo		

	IV.9. Não forma frases (pobreza simbólica) (SC)		
	IV. 10. Ausência de fala		
V. Função do semelhante	V.1. A criança se dirige aos adultos, mas não brinca com as outras crianças		
	V.2. A criança não se dirige nem aos adultos nem às crianças		
	V.3. A criança não tem independência em relação aos pares		
	V.4. Precisa do suporte de um semelhante		
VI. Presença e Reconhecimento de Sujeito	VI.1. Não atende quando chamada pelo nome		
	VI.2. Não usa os pronomes em 1ª pessoa (eu, me, mim)		