



# Intervenção Precoce em um Caso de Prematuridade e Risco ao Desenvolvimento: Contribuições da Proposta de Terapeuta Único sustentado na Interdisciplinarietà

Early Intervention in a Case of Prematurity and Risk for Development: Contributions of the Proposal of a Single Therapist, supported in Interdisciplinarietà

Intervención Temprana en un Caso de Prematuridad y Riesgo para el Desarrollo: Contribuciones de la Propuesta de Terapeuta Único, apoyada en la Interdisciplinarietà

*Luciële D. Oliveira\**

*Dani L. Peruzzolo\*\**

*Ana Paula R. Souza\*\*\**

## **Resumo**

**Introdução:** Pesquisas recentes realizadas na França e no Brasil comprovam a possibilidade de detecção e intervenção precoces em casos de bebês com risco ao desenvolvimento e psíquico a partir da teoria psicanalítica freudo-lacaniana. **Objetivo:** Analisar a evolução de um caso de risco ao desenvolvimento durante o processo de intervenção precoce a partir da proposta de terapeuta único, sustentado na interdisciplinarietà. **Método:** A díade mãe-bebê composta pela mãe de 42 anos e pelo menino R. de 24 meses, foi acompanhada nas fases previstas para coleta do protocolo de Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil. Na última fase de avaliação desse protocolo, R. foi encaminhado para

\* Mestranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria-RS; \*\* Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação em Reabilitação Físico-motora da Universidade Federal de Santa Maria-RS; \*\*\* Docente do Curso de Graduação em Fonoaudiologia e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria-RS.

intervenção precoce. A avaliação se deu pela observação em sessão de R. com os cuidadores primordiais e com a terapeuta. A intervenção teve por referencial a proposta de terapeuta único, sustentado por equipe interdisciplinar, construída a partir do referencial freudo-laciano e de referenciais acerca de aspectos estruturais e instrumentais do desenvolvimento infantil. Entre estes, trabalhos com o campo da psicomotricidade e da aquisição da linguagem. **Resultados:** Na aplicação dos IRDIs detectou-se presença de risco ao desenvolvimento infantil. Percebeu-se que o menino não tinha construído uma imagem corporal que o sustentasse na relação com os objetos, com o espaço, e principalmente na relação com o outro. Além disso, apresentava pouca evolução linguística. Considerando os aportes da clínica psicomotora em transferência, e, a partir dos atendimentos em intervenção precoce, o menino foi reconstruindo seu lugar familiar. O corpo em movimento posto anteriormente como o catalisador dos transtornos do desenvolvimento agora é entendido como o espaço potencial para a construção de uma nova relação subjetiva com o mundo. Também a possibilidade de um funcionamento de linguagem sintonizado às demandas de R. permitiu seu acesso pleno ao simbolismo e sua evolução no processo de apropriação linguística. **Conclusão:** A proposta de intervenção precoce com terapeuta único, com suporte de equipe interdisciplinar, foi efetiva e eficaz para ultrapassar os obstáculos estruturais e instrumentais ao desenvolvimento de R.

**Palavras-chave:** *detecção precoce; intervenção precoce; psicomotricidade; risco; linguagem infantil.*

## Abstract

**Introduction:** Recent research in France and Brazil demonstrate the possibility of early detection and intervention in cases of infants at risk for the development and psychic from the freudian-lacanian psychoanalytic theory. **Objective:** Analyze the evolution of a case of risk to development during the early intervention process from the proposed single therapist, sustained in interdisciplinarity. **Method:** The mother-baby composed by the mother of 42 years old and the boy R. of 24 months, was accompanied in the planned phases for the protocol collection of Risk Indicators in Child Development. In the final evaluation phase of this protocol, R. was conducted to the attendance in early intervention. The evaluation was carried out by observation in session of R. with the primordial caretakers and the therapist. The intervention had as referential the proposal of a single therapist, supported by an interdisciplinary team; it was constructed from the freudian-lacanian referential and from references about structural and instrumental aspects of child development. **Results:** applying IRDIs it was detected presence of risk to child development. It was noticed that the boy had not built a body image that would sustain the relation with objects, with space, especially in relation to other human being. In addition, he presented little linguistic evolution. Considering the contributions of the psychomotor clinic in terms of transference, and, from the care in early intervention, the boy started to rebuild his familiar place. The body in movement previously understood as the catalyst of developmental disorders is now regarded as the potential space for building a new subjective relation with the world. The possibility of use of language according to the demands of R. also allowed full access to his symbolism and his evolution in the process of language appropriation. **Conclusion:** The proposal of early intervention of single therapist, supported by an interdisciplinary team was effective and efficient to overcome the structural and the instrumental barriers for the development of R.

**Keywords:** *early detection; early intervention; psychomotricity; risk; child language.*

## Resumén

**Introducción:** Investigaciones recientes en Francia y Brasil comprueban la posibilidad de la detección temprana y la intervención en los casos de niños en situación de riesgo para el desarrollo psíquico, apoyada por la teoría psicoanalítica freudo-laciana. **Objetivo:** Analizar la evolución de un

caso de riesgo para el desarrollo durante el proceso de intervención temprana, desde la propuesta de terapeuta único, sostenida en la interdisciplinariedad. **Método:** La diada madre-hijo compuesta por la madre de 42 años y el niño R. de 24 meses fue acompañada en las fases previstas para la recolección en el protocolo de Indicadores de Riesgo al Desarrollo Infantil (IRDS). En la fase de evaluación final de ese protocolo, R. fue remitido a la intervención temprana. La evaluación fue realizada por medio de la observación de R. en sesiones con los cuidadores primordiales y el terapeuta. La intervención tubo como referencial la propuesta de terapeuta único, apoyada por un equipo interdisciplinar, construida a partir del referencial freudo-lacaneano y de las referencias acerca de los aspectos estructurales e instrumentales del desarrollo infantil. **Resultados:** Al aplicar los IRDIs se detectó la presencia de riesgo para el desarrollo del niño. Se observó que el niño no había construido una imagen corporal que lo mantuviera en su relación con los objetos, con el espacio, y especialmente en su relación con el otro. Además, presentaba poca evolución lingüística. Teniendo en cuenta las contribuciones de la clínica psicomotora en transferencia y a partir de la intervención temprana, el niño fue reconstruyendo su lugar familiar. El cuerpo en movimiento que antes era el catalizador de los trastornos del desarrollo es ahora entendido como el espacio potencial para la construcción de una nueva relación subjetiva con el mundo. También la posibilidad de un funcionamiento de lenguaje atento a las demandas de R. permitió su acceso completo al simbolismo y su evolución en el proceso de apropiación lingüística. **Conclusión:** La propuesta de intervención temprana con terapeuta único, con el apoyo a un equipo interdisciplinar fue eficaz y eficiente para superar las barreras estructurales e instrumentales para el desarrollo de R.

**Palabras clave:** detección temprana; intervención temprana; psicomotricidad; riesgo; lenguaje infantil.

## Introdução

O presente artigo trata de um estudo de caso clínico em intervenção precoce, atendido por um Terapeuta Ocupacional a partir da concepção de terapeuta único, cuja atuação é sustentada por meio de relação interdisciplinar com outros profissionais importantes para o desenvolvimento da criança e família. Este atendimento clínico acontece em equipe que conta com o olhar de profissionais da Psicologia, Fonoaudiologia e Fisioterapia, além do profissional de referência.

Tal concepção de terapeuta único baseia-se em autores<sup>1</sup> que afirmam que a introdução de diversos profissionais em tempos de constituição psíquica pode ter efeito dissociativo em relação aos pais e ao exercício de suas funções, prejudicando o desenvolvimento do bebê. Nessa visão, a intervenção precoce é considerada uma “disciplina terapêutica, cujo objeto de trabalho é o bebê que apresenta dificuldades em seu desenvolvimento”<sup>2</sup> e que “o especialista em intervenção precoce deve ter uma formação específica com relação aos “bebês” e não com “um” aspecto parcializado dos mesmos”<sup>2</sup>. Afirma-se ser possível construir um discurso único sobre o bebê, que não esteja pautado por suas dificuldades, mas que seja o “tradutor da unicidade

da linguagem falada na diversidade dos discursos técnicos e científicos”<sup>2</sup>.

Para que a intervenção precoce seja uma possibilidade clínica é preciso que a detecção precoce tenha lugar. Em casos de evidente limite biológico, por exemplo, nas síndromes, tal clínica já está consolidada entre os profissionais da saúde que encaminham precocemente tais bebês. No entanto, em casos de risco ao desenvolvimento, entre os quais o risco psíquico, ainda é tímida a inserção, no sistema de saúde, de instrumentos de detecção que permitam o encaminhamento precoce. Nesse sentido, pesquisas recentes realizadas na França<sup>3</sup> e no Brasil<sup>4</sup> comprovam a possibilidade de detecção e encaminhamento precoces em casos de risco ao desenvolvimento e psíquico a partir da teoria psicanalítica freudo-lacanian<sup>5,6</sup>.

Dentro desta perspectiva, realizou-se uma pesquisa de acompanhamento longitudinal de bebês por meio do protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs)<sup>4</sup> em um hospital Universitário de cidade de porte médio do Rio Grande do Sul, relatada em várias dissertações de mestrado e alguns artigos<sup>7,8,9,10,11</sup> na qual o menino R. foi acompanhado, e se detectou risco ao desenvolvimento, o que indicou a necessidade de intervenção precoce.

Além do referencial freudo-laciano<sup>5,6</sup> utilizado na detecção e intervenção precoces, este estudo baseia-se na perspectiva de aquisição da linguagem de Silva<sup>12</sup>, na qual a autora identifica mecanismos enunciativos de aquisição da linguagem, a partir de um deslocamento da teoria benvenistiana para o campo da aquisição da linguagem.

Tendo em vista tais considerações teóricas, este artigo se propõe a analisar a evolução de um caso de risco ao desenvolvimento durante o processo de intervenção precoce a partir da proposta de terapeuta único, sustentado na interdisciplina.

## Método

### *Amostra*

Trata-se de amostra de conveniência de um caso de risco ao desenvolvimento de um menino (R.) de 24 meses, acompanhado em projeto de pesquisa desde o primeiro mês de vida e que iniciou a intervenção precoce quando estava com 1 ano e 5 meses. Os familiares que participaram do atendimento de R. foram sua mãe de 42 anos (MR) e sua irmã mais velha de 19 anos (IR).

### *Procedimentos de coleta e análise*

A avaliação de R. e sua mãe se iniciou no hospital universitário por meio de uma entrevista acerca da experiência da maternidade<sup>13</sup> e aplicação do protocolo de Índices de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDIs) (Anexo I)<sup>4</sup>. Esta avaliação se deu pela observação da interação da mãe com o bebê durante a entrevista. A seguir foi feita uma breve filmagem na qual se solicitou que a mãe conversasse com R. espontaneamente. A diade mãe-bebê foi acompanhada nas fases previstas para coleta do protocolo: dos 4 aos 8 meses, do 8 aos 12 meses e dos 12 aos 18 meses. Nesse acompanhamento também foram feitas pequenas filmagens e observações da diade, além de entrevista continuada com a mãe. A partir de tal acompanhamento, detectou-se presença de risco ao desenvolvimento infantil (ausentes os IRDIs 1, 10, 15 e 18), e a mãe solicitou atendimento, pois também percebia que algo não estava bem com seu filho. O acompanhamento das fases dos IRDIs até o início da intervenção precoce e a entrevista foram aplicados e analisados por uma psicóloga, membro

do projeto de pesquisa maior. No estudo de caso aqui apresentado a mesma profissional faz o suporte psíquico ao caso via terapeuta único. A escolha da terapeuta ocupacional para o atendimento do caso se deu pelo fato de se perceber que havia uma preocupação com possíveis fatores biológicos deste bebê (prematuridade) e que o mesmo produzia sintomas psicomotores, colocando-se em perigo e apresentando um comportamento agressivo.

A intervenção precoce se iniciou imediatamente após o encaminhamento, quando R tinha 1 ano e 5 meses, sendo oferecido no programa de intervenção precoce da universidade e aconteceu no ambulatório de reabilitação infantil da mesma. Os três primeiros encontros foram de entrevista com familiares, em especial com a mãe e a irmã mais velha, as quais assumiram a terapia. No quarto atendimento foram apresentados e discutidos os dados da avaliação e o plano terapêutico. Os atendimentos a serem considerados para análise neste artigo aconteceram dos meses de agosto a janeiro de 2011, perfazendo um total de quinze atendimentos.

A avaliação de R. foi qualitativa e apresentou como foco os distintos aspectos estruturais do desenvolvimento infantil (biológico, psíquico e cognitivo) e na sua instrumentalização na linguagem, psicomotricidade e em atividades de vidas diárias, sobretudo alimentação, sono e lazer. O referencial teórico utilizado constituiu-se a partir de autores do campo da intervenção precoce<sup>1,14,15</sup>, da psicomotricidade<sup>16,17,18</sup> e da linguagem<sup>12</sup>. Os aspectos biológicos foram avaliados por meio de acompanhamento médico pediátrico do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos da UTI Neonatal do hospital universitário.

Para possibilitar a análise dos aspectos citados, foram realizadas observações e filmagens, não só no período de avaliação, mas durante todo o processo terapêutico. Além das interações do bebê com o terapeuta, foram avaliadas as interações do mesmo com sua mãe e com sua irmã.

A análise dos atendimentos e da evolução do caso deu-se na mesma linha metodológica, via observação das interações do bebê com seus outros encarnados (mãe e irmã), por meio de registros escritos, de filmagens em frequência mensal e do processo de entrevista continuada com os familiares que acompanhavam R. nos atendimentos.

Esta pesquisa se insere no projeto “Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: intervenções fonoaudiológicas” aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade e pelo Departamento de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário, em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, sob o número do CAEE n. 0284.0.243.000-09. Para sua realização, os pais ou responsáveis assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando a pesquisa e, posteriormente, a publicação dos resultados.

## Resultados

Para apresentar os resultados, propõem-se três seções: o acompanhamento durante a pesquisa IRDIs, a avaliação no programa de intervenção precoce e a proposta terapêutica e evolução de R.

### *O acompanhamento durante a Pesquisa IRDIs*

R. nasceu no 6º mês de gestação de uma gravidez não planejada. O menino é o 5º filho de M. A família constitui-se de seus pais, e seus quatro irmãos mais velhos, três meninas nas faixas etárias de 4, 12 e 19 anos, e um menino de 14 anos. Devido à prematuridade, ficou internado na UTI Neonatal do Hospital Universitário cerca de 3 meses. Sua mãe também esteve internada no mesmo hospital em coma induzido, devido a hemorragias pelo desprendimento da placenta. No total, M. permaneceu 42 dias hospitalizada, sendo que 28 deles na UTI.

Após a recuperação de ambos, a mãe refere não lembrar da gravidez, nem do período de internação,

e ainda relatou pensar que R. era filho de sua filha mais velha. Em um primeiro contato com a equipe do projeto IRDIs, fazia 3 semanas que R. havia saído do hospital, e encontrava-se dormindo. Observou-se que a filha mais velha cumpria a função materna. Além disso, o bebê aparentava ter características sindrômicas no discurso da mãe, demais pessoas e até dos profissionais.

No reteste, foi pedido à mãe que conversasse com o bebê como fazia em casa. Durante a filmagem, o bebê permaneceu no colo da mãe, que tentava acalmá-lo embalando-o, pois R. chorou muito. A mãe justificou o choro do bebê referindo que R. não estava acostumado a sair de casa e, na ocasião, estava com dor de barriga. A mãe utilizou o manhês ao falar com seu bebê, no entanto, seu tom de voz demonstrava certo desânimo e insatisfação pela situação em que se encontrava. Além disso, na análise da interação da diáde, a partir dos mecanismos enunciativos propostos por Silva<sup>12</sup>, observou-se que não havia o preenchimento de turno pelo outro (mãe) de modo sintonizado, o que se materializa na ausência de uma protoconversação. O bebê, na maior parte do tempo, permaneceu chorando, evitando o olhar da mãe, o que demonstrava falta de sintonia entre a mãe e o bebê. Esse fato pode ser observado em três cenas escolhidas para ilustrar a interação entre mãe e bebê, dispostas no quadro 1, no qual R é o sujeito, MR sua mãe e E a examinadora.

**Quadro 1- Cenas da avaliação na primeira fase dos IRDIs**

Linha	Locutor	Manifestações verbais ou não-verbais	Comentários contextuais e/ou entonacionais
<b>Cena 1</b>			
1	MR	Psiu,não.	Fala em tom forte. Olha para o bebê e o embala.
2	R	Chora no colo da mãe	
3	E	Como é que ele tá?	
4	MR	Hã?	
5	E	Como é que ele tá indo?	

6	MR	Bem	Tom de voz denota desânimo
7	E	Tá bem?	
8	MR	É, bem.	R. continua chorando e a mãe demonstrando desânimo
9	E	Tenta conversa um poquinho.	
10	MR	Que que foi?Eh psiu que véio, que que foi nenê psiu aqui ó? O que que foi nenê?O queeee que foi?	Mãe fala em tom mais suave, enquanto tenta arrumá-lo no colo.
11	R	R. olha para o lado da janela e chora.	
12	MR	Chora porque ta incômodo aqui pra ele, lá ele fica o dia inteiro bem quetinho.	Tenta por a chupeta na boca do bebê, ele rejeita.
13	E	É quetinho?	
14	R	Permanece chorando e olha para o lado da câmara.	
<b>CENA 2</b>			
1	E	E ele dorme muito?Ou já fica mais acordado?	
2	MR	Ahan, dorme bastante	Bebê segue olhando para o lado da câmara, mais calmo.
3	E	Ainda dorme bastante?	
4	MR	Ahan. (Ssssss -para o bebê)... não , ele não dorme tanto como era antes,mas ele dorme bastante.	
5	E	E dá pra ti conversar com ele?	
6	MR	Ahan, bom lá é casa cheia né.	Mãe sorri. R segue olhando para o lado da câmara.
7	E	Sim, todo mundo conversa!	
8	MR	É, casa cheia!	
9	E	E tu nota que ele gosta assim quando vocês tão com ele?	
10	MR	Ahan , ele ri, sorri, ele olha,ahan.	Faz sinal afirmativo com a cabeça.
11	E	Teve progresso a conversa com você?	
12	MR	Ahan, não nisso eu acho que ele ta até bem – (Sssss...que foi?)	
13	R	O bebê resmunga.	
14	E	E como é que ta a mãe, como é que a senhora ta se sentindo?	
15	MR	Eu ?To bem.	
16	E	Tá bem?Tá se sentindo bem?	

17	MR	Ahan...-ssssssss...viu olha lá ela ta olhando pra cá!!!	Segue embalando o bebê no colo, que volta a olhar para a câmera
<b>CENA 3</b>			
1	MR	Ó, o que que foi? -Cada vez que eu saio é isso.	Balança negativamente a cabeça e respira fundo demonstrando insatisfação.
2	E	É?	
3	MR	Cada vez de sair -O que que foi, não é pra chora, não pode chora, não pode...	
4	R	Volta-se para o olhar da mãe e pára de chorar, sorri para ela, pela primeira vez na cena.	
5	MR	Não pode , o que que o nenê qué, qué ir embora qué, hein, qué, não qué fica aqui o nenê não qué hein...- No ônibus ele fico chorando o caminho todo.	
6	R	Volta seu olhar para E.	
7	E	Ahhh é?	
8	MR	Não é pra chora nenê!	Antecipa choro de R.
9	R	Começa a chorar.	
10	MR	hã hã ta ta ta deu deu não vai fica mais babo, não ta mais babo agora né, não ta mais babo, não ta babo agora?	
11	R	Olha para a mãe, resmungo e chora.	
12	MR	Que que foi,hein que que foi? Ta ta ta ta sssssssss hã hã hã ta ta ta ta olha a titia.	
13	E	Hum, conversa com a tia, não, hum, a, conversa com a tia. Qué embora, qué?Qué ir pra casa dele .Ahh.Ai o que houve, qué i pra casa?que que houve, ta tão brabo?R qué i pra casa?	Acarícia R.
14	MR	hã hã hã hã hã hã...	Embala o bebê, que continua chorando.

No quadro 1, percebe-se que a mãe não conseguia identificar as demandas de R. (ausência do IRDI 1), pois não atribuía um sentido ao choro e demais manifestações do bebê, como demonstrou ao sorrir “sem jeito”, na linha 6 da cena 2, enquanto ele chora sem cessar. R., por sua vez, parece sentir-se incomodado no colo da mãe, pois no momento em que ela o coloca mais perto de seu corpo, R. reage com choro intenso.

R. compareceu com a mãe e a irmã mais velha que cuidava dele grande parte do tempo, na segunda avaliação do protocolo IRDIs. O bebê estava sorridente e interagia com a mãe e a irmã. No entanto, a mãe mostrou-se nervosa e preocupada, perguntando várias vezes se a examinadora achava que ele estava bem. Percebia-se, nesta época, a desconfiança em relação à presença de algum limite biológico em R.

No acompanhamento da terceira fase do protocolo IRDIs, as dificuldades de relação entre a mãe e o bebê, que pareciam amenizadas na fase anterior, voltaram. R. demonstrou maior agitação. Nesta fase observou-se a ausência do seguinte indicador de risco: “Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe”. Conforme relato da mãe, o bebê estava agressivo ao toque, não gostava do contato corporal, e não costumava procurá-la para brincadeiras.

Aos 17 meses, ao ser testada a última fase do protocolo IRDIs, o menino mantinha uma agitação motora persistente já observada na avaliação anterior, e a mãe relatou que ele não se concentrava em brincadeiras, costumava destruir seus brinquedos, era muito agressivo com as pessoas e objetos, o que também foi observado pela examinadora. Nesta fase observaram-se os seguintes índices ausentes: “A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses”, e “Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança”. R. necessitava estar sob o olhar constante da mãe e dos familiares, pois sua agitação o colocava em perigo, além de não compreender/atender aos pedidos dos pais. Considerando a evolução de linguagem, conforme a mãe, o menino falava apenas “mama, nana, não, dá, papapa e tatata”. A mãe demonstrava cansaço ao falar do menino, e alegava que ele era diferente de todos os outros filhos, pedindo ajuda à equipe.

Dessa forma, R. foi encaminhado ao Programa de Intervenção Precoce da instituição.

### **A avaliação durante o programa de Intervenção Precoce**

R. chegou para as avaliações trazido pela mãe e pela irmã mais velha. Tinha um ano e cinco meses. O menino possuía uma agitação psicomotora, não parando nos lugares. Pegava brinquedos, mas não explorava, não testava e rapidamente jogava longe. Circulou pela clínica com certa autonomia, parecendo não estranhar o lugar e as pessoas diferentes. Possuía um olhar atento, porém triste. Mantinha a boca aberta, com a língua para fora e babava com frequência. Quando chamado pela terapeuta, e até mesmo pela mãe, não respondia. Respondia, sim, às ordens da irmã. A mãe mantinha um tom de voz baixo, sorrindo com amargura,

enquanto olhava as abordagens não produtivas da terapeuta.

Durante as entrevistas com a mãe, a mesma, por várias vezes, solicitou que a filha mais velha respondesse, pois dizia não lembrar muito das datas. Foi confirmada a informação coletada na pesquisa dos IRDIs, de que o menino havia ficado internado sob os cuidados da irmã mais velha e do pai por todo o tempo de hospitalização. A mãe esteve em coma e, ao retornar à consciência, não lembrava da gravidez, dele, e nem mesmo da filha mais nova que tinha 3 anos na ocasião.

A mãe informou que tomava medicações muito fortes e que não conseguia reagir. “A filha mais velha tinha que fazer tudo” (sic da mãe). Afirma que inclusive achou por um tempo que o menino fosse filho da filha mais velha. Com isso, fazia-se a primeira detecção: o menino foi cuidado por uma irmã e um pai, preocupados com sua vida, mas também com a vida da mãe. Um menino sofrendo as intercorrências advindas dos cuidados clínicos hospitalares<sup>19</sup> exigidos pela prematuridade e de ter estado também em colos tensos, tristes, cansados, como foram os da irmã e do pai. Como a mãe também não lembrava da filha mais nova, manteve-se a hipótese de que a falta de memória estava relacionada ao quadro clínico da mãe e não a uma possibilidade de negação do filho.

A mãe também relatava em seu discurso que toda família entendia o menino como “estranho, diferente, e perigoso”, que ele se parecia com crianças com síndrome de Down, que era um menino “ruim”. Ele quebrava, estragava, sujava, feria a si, seus familiares e animais de estimação. Só parava por meio da contenção mecânica. O limite oferecido pela palavra não fazia sentido. Este relato era apresentado com um sorriso, tanto da mãe, quanto da irmã.

A fala e postura da mãe, somada às atitudes durante as intervenções da terapeuta, já descritas acima, anunciavam o lugar do menino, segundo momento importante da avaliação. O menino era reconhecido como aquele que corre, que se bate, que bate nos outros, que derruba, que quebra. E ele se entendia possuidor desse lugar. O lugar de um estranho, diferente, e perigoso, afinal, continuava tentando acabar com o que tinham em casa.

R. apresentava uma pobreza em termos de expressão facial, além da pouca evolução linguística já referida. O brincar simbólico não estava organizado e, durante a avaliação,

compreendeu-se que reproduzia sua agressividade por meio dos brinquedos: todos jogados fora ou feridos.

E, como terceiro ponto, compreendeu-se que R. não possuía conceito corporal. Seu corpo se misturava com os objetos ou não era considerado na cena como, por exemplo, seguia caminhando por cima de um tatame mesmo que o mesmo já tivesse acabado. Chorava com a queda, porém não demonstrava ter entendido o porquê da mesma e não pedia ajuda. Olhava para a mãe, mas não convocava a mesma para ajudá-lo. Erguia-se sem temor mesmo estando em baixo, de uma mesa pequena. Seguia empurrando um objeto mesmo que no meio do caminho existisse uma cadeira que impediria a trajetória.

O nó da questão se explicitou quando o menino apertou seu dedo em um brinquedo, chorou, mas de forma alguma conseguiu sinalizar o que estava acontecendo ou pediu ajuda. A origem do choro só foi desvendada quando a irmã o pegou no colo, depois de um pedido de ajuda da terapeuta, e um brinquedo estava preso no dedo dele. O menino não sabia onde e o que estava machucando. Não olhou para o dedo machucado, não mostrou o dedo, e muito menos ofereceu o dedo para ser acariciado. A irmã, por sua vez, dizendo “não foi nada”, mantinha-o no colo, mas não falava ou tocava no dedo machucado. Não acolheu seu corpo machucado, sua dor, e não deu um lugar de valor a ela. Não explicou que ele havia se machucado, nem porque, e como isso aconteceu. Simplesmente afirmou que “não foi nada”. Esse fato parece conectar-se à ausência de jogos amorosos entre mãe e filho durante os cuidados, já analisado nos resultados do protocolo IRDIs.

A ausência da protoconversa evidenciava a não emergência do primeiro mecanismo enunciativo proposto por Silva<sup>12</sup>, a partir do qual se esperava que o outro, que ocupa o lugar de tu na interlocução com o bebê, preenchesse o turno de fala pelo bebê de modo sintonizado às suas manifestações, o que não acontecia nas cenas expostas no quadro 1, porque a mãe não identificava as demandas de R. de modo a poder atribuir sentido via linguagem e enunciar por seu bebê.

Fechavam-se, então, as primeiras hipóteses sobre o menino e sua família na avaliação, para daí dar-se início ao tratamento: o menino, colado nas primeiras informações sensorio-motoras e nas relações especulares de tristeza e tensão familiar,

reproduzia em seu quadro psicomotor e em sua frágil linguagem a agressividade necessária para manter-se nesse lugar, retroalimentando sua família a seguirem esperando dele a única coisa que sabia fazer que era “machucar e destruir”.

## A Proposta Terapêutica e a Evolução de R.

Considerando os aportes da clínica em intervenção precoce<sup>18</sup>, e de conceitos psicomotores em transferência<sup>17</sup> o atendimento foi pautado a partir de dois eixos: através da díade criança-terapeuta, sustentou-se outra interpretação sobre as atitudes de R. buscando oferecer-lhe outra possibilidade de “ser” além do já antecipado lugar de agressividade e agitação, e com isso constituir-se uma nova imagem corporal para o menino. Coube à terapeuta oferecer ao menino um olhar, uma fala, um gesto, um convite, que descolasse o mesmo da posição de “destruidor”. Por um bom tempo de atendimento, os brinquedos que eram jogados fora ou postos em perigo, conversavam com R., reclamando da dor, dizendo que não queriam aquilo e convidavam-no para fazer outra brincadeira.

O corpo ferido de R. também era marcado com a fala, com uma massagem e remetido à mãe como um pedido de socorro. Contava-se a ele o que havia acontecido a cada tombo, mesa derrubada, cadeira virada, etc. O olhar de interrogação sobre o porquê da atitude de R. e o pouco caso feito sobre as cenas agressivas<sup>20</sup>, despertaram no menino o interesse pelas propostas da terapeuta. Ao invés de recriminá-lo ou contê-lo, dava-se voz aos acontecimentos. Falava-se em nome do menino para a mãe e a irmã, pedindo ajuda para diminuir a dor com um acolhimento carinhoso. As reuniões com a mãe e a irmã (o pai foi chamado, mas nunca veio) foram espaços para que, principalmente a mãe recontasse sua história e reconstruísse o espaço do filho na relação familiar.

Ao longo da terapia, o menino foi construindo conceitos importantes de esquema e imagem corporal. A cada sessão, R. demonstrava maior tranquilidade, escolhendo brinquedos e aceitando a oferta de brincadeiras curtas, com início, meio e fim. Aos poucos demonstrou maior concentração, prestando atenção na forma de brincar, como por exemplo, quando aprendeu a tocar um saxofone de brinquedo; e quando cuidou para não se machucar,

tirando a mão no tempo certo do brinquedo; e deixou de jogar fora os brinquedos ou destruí-los, construindo uma brincadeira de “reformá-los”.

Essas novas atitudes do menino eram sempre remetidas à mãe ou à irmã, para que brincassem, ou aprovassem ou parabenizassem o filho/irmão. Isso foi produzindo na mãe reações de carinho e afeto. Percebeu-se, em um atendimento, que ele pedia mais seu colo, principalmente quando estava com medo ou quando se machucava. Esse sentimento informava que R. estava conseguindo antecipar algumas situações de perigo e dor, o que até então não acontecia, pois antes tudo era imediato. A mãe o acolhia com carinho, fazia cafuné e dava beijinhos carinhosos no rosto do menino.

As possibilidades de expressão oral de R. também alcançaram avanços significativos. Ele imitava sons dos animais ,do avião que passava, chamava o pai. Construía sons para interpretar suas sensações: “uuuuuuuuuu” como medo, fazia um som de força para indicar que o que carregava estava pesado. Dizia “ó” para algo que estava acontecendo. Uma fala espontânea, construída

a partir do inédito da cena. Atendia ao telefone emitindo sons.

Observou-se esses avanços também, na análise de nova filmagem da interação da díade, aos 24 meses exposta no Quadro 2, na qual está presente o mecanismo enunciativo de preenchimento de turno a partir do outro e sua passagem para o reconhecimento do que isso provoca no outro<sup>12</sup>. A mãe brinca com o menino de modo sintonizado, a fala endereçada à R. está de acordo com o contexto, e o menino passa a espelhar a fala da mãe. Dessa forma, já se observa também, em R., a emergência do mecanismo de co-referenciação<sup>12</sup>.

Até a data do último atendimento para a produção deste artigo, a mãe relata que ele estava diferente. Diz que não parecia mais com um “ET” como antes, que estava com “cara de homenzinho”. Todos em casa percebiam a diferença de R, pois ele estava conseguindo brincar de carrinho com o irmão. Em muitos momentos, a família estava conseguindo dar limites pela palavra, não mais tendo que contê-lo fisicamente. Que não babava mais. “É outro menino”, dizia a mãe.

### Quadro 2 – Transcrição das Interações de R (24meses) e sua mãe

Linha	Locutor	Manifestações verbais ou não-verbais	Comentários contextuais ou entonacionais
1	MR	Vamo brincá?Vem , vamo brincá!	
2	IR	A mana já vem tá.	IR usa tom mais suave.
3	MR	Ela vai no banheiro fazê xixi, vamo brincá de novo, vamo com o jacaré? Cadê o mu?	MR traz R para a sala no colo, e o coloca no colchonete perto dos brinquedos e senta perto.
4	R	Hum?	
5	MR	Cadê o mu?Vamo acha o mu? Vamo acha o mu?	
6	R	Humm...	
7	MR	Vamo acha o mu!Vamo acha o mu!	



<b>8</b>	R	Hummm...muuuu...	R chegou mais perto da mãe, e pega a vaca que a mãe mostra para ele.
<b>9</b>	MR	E o pocotó ó,então cadê o pocotó?Tá aqui o pocotó!O pocotó saiu, tá sem uma pernaaaa...o pocotóó, aqui tá o mu!	MR acha o cavalo no meio dos animais,e comemora através de sua fala. Rafael pega o cavalo.
<b>10</b>	R	Humm.	R coloca o cavalo junto com a vaca no chão.
<b>11</b>	MR	Muuu.Outro bicho!Muuu, jacaré!	MR está colocando animais no chão, um do lado do outro.
<b>12</b>	R		R pega um peça de cerca de fazenda.
<b>13</b>	MR	Vai montá filho!!	
<b>14</b>	R		R segue mexendo nas peças da cerca.
<b>15</b>	MR	Que legal!!	MR abre o jacaré de brinquedo, que começa a tocar.
<b>16</b>	R		Presta atenção nos movimentos da mãe.
<b>17</b>	MR	ALÔ	Pega o telefone de brinquedo, começa a discar, e fala olhando para o menino.
<b>18</b>	R	Aôôô.	
<b>19</b>	MR	Alô!Alô!	Bate nos brinquedos com a mão.
<b>20</b>	R	Aaaaaa...uuuhhh...uuuu...	
<b>21</b>	MR	Uhh!	MR segue arrumando os animais lado a lado.
<b>22</b>	R	Uuuhhh...mããã...muuuuuu....muuuu	Pega a vaca de brinquedo e olha para ela enquanto fala.
<b>23</b>	MR	Ó o porco!!O porco!!	R pega o porco que a mãe tem na mão.
<b>24</b>	R	Uuuuuuuuhhh.	Bate a vaca contra o porco.
<b>25</b>	MR	Uuhh.	
<b>26</b>	MR	O pocotó!	MR mostra o cavalo de brinquedo
<b>27</b>	R	Cotó	Repete balançando outro cavalo de brinquedo
<b>28</b>	R	Ucuutatá	Mostra cavalo para a mãe e faz de conta que cavalga
<b>29</b>	R	Uhhhhhhh	Vocaliza enquanto o cavalo cavalga
<b>30</b>	MR	Pocotó, pocotó, pocotó	Mãe faz o som simbolizando o cavalo cavalgando
<b>31</b>	R	Uh!	Bate o cavalo no chão
<b>32</b>	MR	Pocotó, pocotó	Mãe faz o som simbolizando o cavalo cavalgando

33	R	Ocotó	Repete a fala de MR e logo tenta se levantar do colchonete para tentar sentar no cavalo como se fosse cavalgar.
34	MR	Dá pra sentar?!?	Fala em tom imperativo.
35	R	Éééé	Desequilibra-se enquanto tenta se levantar
36	MR	Ã, cuidado!	Fala enquanto R bate com a cabeça no chão.
37	R	Ocotó, ocotó	Vocaliza enquanto "cavalga" no cavalo.
38	MR	Bateu... fez dodói	Coloca a mão na testa de R, que senta novamente
39	R	Cotó	Bate o cavalo no chão
40	MR	Vai sentá em cima do pocotó?	Observando a ação de R.
41	R	Cotó	E olha para a mãe
42	MR	Vai sentá no pocotó?	
43	R	Qué qué	Fala olhando para o cavalinho
44	MR	Então senta, vamo vê?	
45	R	Tááá	Levanta-se para sentar no cavalo
46	MR	Tu ia andar no pocotó?	
47	R	Táa	
48	MR	Aqui tem outro pocotó, ó!	
49	R	Cotó	
50	MR	Outro!	
51	R	Uh! Catá!	Enquanto observa o cavalo

Observa-se no quadro 2, que R. e MR., após o período de intervenção, passam a dialogar e que R. já apresenta evidências do segundo mecanismo enunciativo de co-referência verbal<sup>12</sup> ao enunciar cotó para pocotó (linhas 27, 33,37,39) e espelhar a fala da mãe ao enunciar 'taaa' (linha45) 'catá' (linha 51) suas produções para "sentar".

## Discussão

O primeiro obstáculo ao desenvolvimento de R. emergiu logo após seu nascimento, em função da situação de saúde grave de sua mãe, que não só a impediu do exercício concreto de sua função, como criou ambiente de apreensão e tristeza na família, em especial naqueles que tiveram que momentaneamente desempenhar sua função. Após sua saída do coma, um novo desafio, a impossibilidade de lembrar parte de sua história, e dentro dela, a gravidez de R. e a maternidade da filha mais nova. A partir de tal

lacuna, a mãe apresentou dificuldades de sintonizar com as demandas de seu bebê, o que emergiu no protocolo IRDIs inicialmente na dificuldade de estabelecer a demanda de R. quando este chorava, e mais tarde, na ausência de jogos amorosos, entre mãe e R. durante os cuidados. Assim, emergiu o risco no vínculo entre mãe-bebê, o que se sabe fundamental para que o desenvolvimento se dê<sup>21,22</sup>, em especial o desenvolvimento da linguagem<sup>23</sup> pois a interlocução com o outro, manifesta nos jogos amorosos, é parte do processo constitutivo da criança na/pela linguagem<sup>12</sup>.

No caso de R., além das condições biológicas dele relacionadas à prematuridade, observou-se a dificuldade da mãe ao cumprir a função materna, pois, precisou ser mãe e cuidar de seu filho em um momento de fragilidade física e psíquica. A mãe não reconhecia nos gestos e no choro de seu filho um signo de demanda endereçada a ela, não estava em condições de atribuir um sentido a esse choro. O bebê, por sua vez, apresentava

sinais de “sofrimento precoce” que aparecem no momento em que há o desequilíbrio ou a não organização da função materna e/ou paterna<sup>24</sup>. Dentre os sinais de “sofrimento precoce” está a série barulhenta, assim chamada porque esses sinais têm a particularidade de alertar os mais próximos e corresponde a um ato do bebê, onde, o bebê é ativo. A série barulhenta em R. anunciava sua falta de sustentação psíquica e linguística.

A melhor ilustração dessa série é o evitamento seletivo do olhar, que corresponde a um ato ativo do bebê, observado na interação de R. e sua mãe (Quadro 1). Não traduz uma ausência de olhar e sim de uma recusa de olhar, que visa de início o rosto da mãe, constituindo uma forma de defesa do bebê a algo de difícil no olhar ou ausência de olhar que sua mãe lhe dirige<sup>25</sup>. Os evitamentos do olhar podem aparecer em casos de respostas desordenadas (mães imaturas investindo pouco no seu bebê, ou perturbadas psicologicamente) ou ausentes (mães deprimidas)<sup>24</sup>.

Além disso, observou-se também em R., a inconsolabilidade, característica da série barulhenta. Os bebês em sofrimento emitem muitos gritos, que estão no registro de uma pura descarga, sem visar nenhuma comunicação, permanecendo em puro real acústico, fora de sentido tanto para o bebê quanto para o entorno. O choro de R., pela falta de atribuição de sentido pela mãe não se transformava em apelo. Nesta série, o bebê é ativo, barulhento no sentido literal e representa tentativas desesperadas para se fazer escutar pelo Outro da relação<sup>24</sup>.

A dificuldade de a mãe preencher o turno de fala de modo sintonizado à demanda de R. dificultava a emergência do primeiro mecanismo enunciativo proposto por Silva<sup>12</sup>, que é a operação de preenchimento do lugar enunciativo, a partir do outro. É, ao ouvir a fala da mãe, sintonizada às suas demandas, e ao se ouvir na interpretação linguística que a mãe dá às suas manifestações, verbais ou não, que o bebê funciona na linguagem, e isso permite que passe de locutor a sujeito.

Quando há uma ruptura nesse processo, seja por condições do bebê e/ou da mãe, pode ocorrer um processo de desapropriação da experiência enunciativa inicial do bebê, que poderá se refletir na emergência posterior de um sintoma na linguagem, que pode ser falar pouco ou não falar<sup>26</sup>. Quando R., não se ouve na interpretação da mãe, evidencia-se a não ocorrência do segundo tempo do circuito pulsional da voz. Catão<sup>27</sup>, ao

acrescentar a voz aos três tempos do circuito pulsional, destaca a importância da voz na constituição do sujeito. A partir do ouvir, se ouvir e se fazer ouvir. R. não se ouve na voz da mãe, o que não lhe deixa outra opção senão gritar e chorar.

A partir das avaliações no programa de intervenção precoce, observou-se que o sintoma de linguagem e da relação que o menino fazia com seu próprio corpo e os objetos, representavam risco à sua constituição subjetiva. Para a terapia de bebês, é necessário compreender o lugar constituinte destes sintomas. Para R., esses sintomas foram entendidos como sinais que ele construiu para anunciar sua interpretação sobre a história familiar. Lévy<sup>28</sup> diz que o sintoma é uma “*resposta da criança construída a partir da angústia de um dos pais, ou dos dois*”.

Ao mesmo tempo, e sob a ótica dos pais, é frequente os encontrarmos fragilizados, demandando muito pouco do filho, ou ainda pior, paralisando o filho no sintoma, pois na relação especular, a “criança vê a si mesma como é vista” pelos pais<sup>20</sup>. Isso traz sérias consequências à construção da sua imagem corporal, a ponto de, segundo o autor, a criança não conseguir imaginar-se como capaz de responder de outra forma que não a antecipada pelo olhar do outro.

A partir desta perspectiva, a intervenção precoce foi realizada, inicialmente, a fim de construir uma ressignificação para o menino, de suas manifestações agressivas e suas disfunções motoras. E, a partir desta nova leitura sobre suas atitudes, produzir-se um novo papel para o menino em sua família. Com isso, num segundo momento, não como uma ordem cronológica de atendimento, mas de leitura sobre a cena, ajudar os pais a reconhecerem nos gestos do filho este novo lugar. Isso porque essa ressignificação deve ser sustentada na cena pelo terapeuta, pois os pais, tomados pela unicidade dos gestos do filho, podem não encontrar recursos pessoais para fazê-lo. Porém, esta nova interpretação deve ser remetida a eles para que não se sintam isolados no tratamento.

Brandão *et. al.*<sup>18</sup> dizem que as cenas terapêuticas são caracterizadas por diferentes configurações quanto à distância entre paciente-pais-terapeuta. Para o tratamento de R., duas situações foram as norteadoras das sessões. Uma, em que a terapeuta está em primeiro plano com a criança e os pais em segundo plano, e a outra, em que os pais, a criança e a terapeuta estão equidistantes.

Considerando a configuração da primeira cena, a terapeuta foi lançando outras hipóteses interpretativas sobre a agressividade e sobre os transtornos psic motores de R., demandando do menino um novo olhar sobre si, sobre as relações com os objetos, com o espaço e com sua família. E, quando o menino respondia deste outro lugar, a terapeuta reconfigurava a cena, remetendo a mãe ou à irmã, a sustentação por meio do diálogo narrativo e do colo acolhedor (a mãe ou irmã contando a R. o que havia acontecido na cena e de que forma poderiam interpretá-la ou resolvê-la). Esses momentos relembram o que Brandão<sup>18</sup> afirma sobre o trabalho em intervenção precoce: “o terapeuta prepara - pré-aquece – a criança para ser tomada pelos pais”.

Assim, nas sessões em intervenção precoce, foram sendo atribuídas novas significações às ações de R. por meio da brincadeira, e o menino foi construindo outras possibilidades de “ser” além dos sintomas que apresentava até então. A referência a brincadeiras está aqui colocada, não como instrumento de uma técnica a disposição do terapeuta, mas “o brincar é o cenário no qual a criança apropria-se dos significantes que a marcaram”<sup>2</sup>, especialmente em situação de constituição psíquica<sup>15</sup>.

Para R., as marcas, configuradas como agitação psicomotora, estavam coladas aos significantes de agressividade, de “o diferente da família” e de que, dramaticamente nas palavras da mãe: “ele é ruim mesmo”. Quando a terapeuta começa a dar outros significados aos gestos de jogar fora ou quebrar os brinquedos, ou até mesmo de não dar valor a estes gestos, convidando-o a ir buscá-los em grandes caminhos de mudança ou a consertá-los com ferramentas mágicas, faz o que Coriat<sup>2</sup> anuncia como o trabalho, ou seja, oferecer um novo sentido às marcas, “que não é outro do que aquele que pode ser lido na situação que a criança desenvolve no cenário lúdico”.

Quando esses novos significados começam a fazer sentido para a história do sujeito, para sua resignificação, tomam a dimensão de significantes, de novos significantes. “Poderíamos dizer que quando os significantes se encadeiam entre si, liberam o sujeito, cercado até então”<sup>2</sup>. O “cercamento” no desenvolvimento de R. vinha do lugar atribuído a ele pela família,

no qual não poderia ser mais nada a não ser o “menino destruidor”. Então, para que estas novas interpretações realmente fizessem efeito na história do menino, era necessário que fossem apontadas pela terapeuta, mas sustentadas pela família. E foi o que aconteceu. Retomando a configuração da cena terapêutica onde efetivamente ninguém está de fora, pais-criança-terapeuta, porém a mãe e a criança estão “melhor situados entre si, para que isso ocorra(...) É um momento de conquista da mãe e da criança”<sup>18</sup>.

Durante esse período de tratamento, R. também adquiriu conceitos de esquema corporal e imagem corporal, diminuiu sua agitação psicomotora, pois “quando um corpo é metaforizado pelo desejo, a palavra, a demanda do Outro, se produz uma diferença, uma oposição, falta pela qual esse puro “corpo-coisa” cai, se perde, dando lugar ao corpo desejanse de um sujeito”<sup>29</sup>.

Tal evolução foi fundamental e abriu novas conquistas e espaços terapêuticos, pois apesar da evolução geral de R., hoje se pensa na possibilidade de ele iniciar atendimento fonoaudiológico, pois se percebe a possibilidade de haver algum limite biológico que obstaculiza a constituição linguística. No entanto, cabe ressaltar que tanto a Fonoaudióloga quanto a Psicóloga estiveram no caso desde sempre, pelo funcionamento em equipe do grupo de intervenção precoce.

## Conclusão

A partir da observação dos resultados, é possível concluir que a abordagem de terapeuta único foi efetiva para proporcionar a evolução de R., a minimização de seu sofrimento e o do sofrimento familiar e construção de um outro espaço subjetivo e enunciativo para o menino.

Entende-se que tal abordagem pôde ter sucesso em função, não só da formação interdisciplinar do terapeuta, mas da sustentação que a equipe interdisciplinar dá ao caso.

Outro aspecto a ressaltar, é que o protocolo IRDIs foi capaz de detectar precocemente a presença de risco, o que possibilitou o acompanhamento desta família e deste bebê e atendimento precoce do mesmo antes que os sintomas se cristalizassem.

## Referências Bibliográficas.

1. Jerusalinsky J. Enquanto o futuro não vem. A psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. Salvador: Ágalma; 2002.
2. Coriat E. Psicanálise e clínica de bebês. Porto Alegre, RS: Artes e Ofícios; 1997.
3. Préaut. fr [homepage na internet]. Paris. Association Préaut. Disponível em <http://www.preaut.fr/>
4. Kupfer MCM et al . Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. Rev. latinoam. psicopatol. 2010, mar; 13(1): 31-52.
5. Freud, S. Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1915.
6. Lacan J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. In Cadernos Lacan – 1º Parte. 1ª Ed. Porto Alegre/RS: Associação Psicanalítica de Porto Alegre – APPOA; 1949.
7. Beltrami L. Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
8. Pretto-Carlesso J. Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
9. Flores M, Beltrami L, Souza APR. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. Distúrb Comum. 2011, agosto; 23(2): 143-52.
10. Crestani AH. Produção inicial de fala, risco ao desenvolvimento infantil e variáveis socioeconômicas, demográficas, psicossociais e obstétricas [Dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
11. Vendrusculo J, Bolzan GM, Crestani AH, Souza, AP, Moraes, AB. A relação entre o aleitamento, transição alimentar e os indicadores de risco para o desenvolvimento infantil. Distúrb Comum. 2012, abril; 24(1): 41-52.
12. Silva CLC. A criança na linguagem: enunciação e aquisição. Campinas, SP: Pontes Editores; 2009.
13. Schwengber DDS, Piccinini CA. Protocolo de análise da interação mãe-bebê de um ano de idade durante a interação livre. In: Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. Psic. Teor. e Pesq. 2004; 20(3): 233-40.
14. Coriat L, Jerusalinsky A. Aspectos Estruturais e Instrumentais do Desenvolvimento Infantil. In: Escritos da Criança nº 4. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat; 1996.
15. Jerusalinsky A. Psicanálise e Desenvolvimento Infantil. 2ª Ed. Porto Alegre/RS: Artes & Ofícios; 1999.
16. Levin E. La infancia em Escena – Constitución del Sujeto y Desarrollo Psicomotor. 1ª Ed. Buenos Aires, República Argentina: Nueva Visión; 1995.
17. Levin, E. A clínica psicomotora: o corpo na linguagem. Rio de Janeiro: Vozes; 1996.
18. Brandão P, Meira AM, Molina S, Jerusalinsky A. Abordagens do Imaginário na Cena Terapêutica em Estimulação Precoce. In Escritos da Criança nº3. 2ª Ed. Porto Alegre/RS : Centro Lydia Coriat ; 1997.p. 8-21.
19. Giardinetto ARSB, Martini EC, Cruz JA, Moni LO, Ruiz LM, Rodrigues P, Pereira T. A Importância da Atuação da Terapia Ocupacional com a População Infantil Hospitalizada: A Visão de Profissionais da Área da Saúde. In Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR, São Carlos/SP: Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCAR. 2009; 17(1): 63-9.
20. Peruzzolo DL. Espelho Fotografado: A constituição subjetiva num caso Clínico em Estimulação Precoce. In Correio da APPOA – Percurso em Psicanálise de Crianças. Nº 184 – Ano XVI. Porto Alegre/RS: Associação de Psicanálise de Porto Alegre, 1999.p. 20-6.
21. Brum EHM, Schermann, L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. Ciência & Saúde Coletiva. 2004, june; 9(2): 457-67.
22. Andrade SA et al . Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2005, ago; 39(4).
23. Cordeiro DT. Da inclusão dos pais no atendimento fonoaudiológico de crianças com sintomas de linguagem: o que diz a literatura [Dissertação]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo. 2000.
24. Crespín G. A Clínica Precoce. O Nascimento Humano. Coleção 1ª Infância. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
25. Moreira KMA, Arruda AAA. Implantação Do Programa De Intervenção Precoce Em Saúde Mental Nas Estratégias Saúde Da Família De Campina Grande/PB, junho de 2012. Disponível em [http://eduep.uepb.edu.br/biofar/v6n1/implantacao\\_do\\_programa\\_de\\_intervencao\\_precoce\\_em\\_saude\\_mental.htm](http://eduep.uepb.edu.br/biofar/v6n1/implantacao_do_programa_de_intervencao_precoce_em_saude_mental.htm)
26. Ramos AP. Relatório de Final de Pós Doutorado. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.
27. Catão I. O bebê nasce pela boca: voz, sujeito e clínica do autismo. São Paulo: Instituto Langage; 2009.
28. Lévy R. O Infantil na Psicanálise – O que entendemos por sintoma na criança. 1ª Ed. Petrópolis/RJ: Editora Vozes; 2008.
29. Levin E. O Gesto e o Outro: O visível e o Invisível. In Escritos da Criança nº3. 2ª Ed. Porto Alegre/RS : Centro Lydia Coriat ; 1997.p. 68-81.

**Recebido em julho/12; aprovado em junho/13.**

### **Endereço para correspondência**

*Luciële Dias Oliveira*

*Endereço: Rua Pinheiro Machado, 2774, ap:101, centro, Santa Maria-RS*

**E-mail:** *lu\_fonoaudiologia@yahoo.com.br*

## Anexo I

0-4meses	4-8meses	8-12meses	12-18meses
<p>1- Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer. SS/ED</p> <p>2- A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês). SS</p> <p>3- A criança reage ao mamalhês. ED</p> <p>4- A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. PA</p> <p>5- Há trocas de olhares entre a criança e a mãe. SS/PA</p>	<p>6- A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades. ED</p> <p>7- A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela. ED</p> <p>8- A criança procura ativamente o olhar da mãe. ED/PA</p>	<p>9- A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção. ED/SS</p> <p>10- Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe. ED</p> <p>11- Mãe e criança compartilham uma linguagem particular. SS/PA</p> <p>12- A criança estranha pessoas desconhecidas para ela. FP</p> <p>13- A criança faz gracinhas. ED</p> <p>14- A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada. ED</p>	<p>15- A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses. ED/FP</p> <p>16- A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas. ED/FP</p> <p>17- A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede. FP</p> <p>18- Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança. FP</p>

IRDis (KUPFER et. al.)<sup>4</sup>