



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES  
Curso: Psicologia

## O desenvolvimento psicomotor de bebês com necessidades especiais: uma parceria entre Psicologia e Fisioterapia

Thaís Costa Carvalho Pereira

Brasília  
Julho/2009

Thaís Costa Carvalho Pereira

O desenvolvimento psicomotor de bebês com necessidades  
especiais: uma parceria entre Psicologia e Fisioterapia

Monografia apresentada como requisito para  
conclusão do curso de Psicologia do Centro  
Universitário de Brasília - UNICEUB.

Profª. Mestre Ciomara Schneider

Brasília  
Julho/2009



Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES  
Curso: Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Ciomara Schneider

---

Prof<sup>ª</sup>. Morgana Queiroz

---

Prof<sup>ª</sup>. Sandra Baccara

A Menção Final obtida foi:

---

Brasília,  
Julho/2009

Aos meus pais pelo amor, apoio e ensinamentos que proporcionaram a realização deste sonho.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por guiar o meu caminho e pelas minhas conquistas;

À minha mãe por me inspirar na profissão de psicóloga e por incentivar meus passos dando-me apoio durante toda a caminhada;

Ao meu pai pelas revisões, pelos conhecimentos que me transmitiu durante a vida e pela paciência;

Ao meu irmão Igor pelo companheirismo e amizade;

Ao meu namorado Daniel Araújo pelo amor, carinho, paciência, compreensão e incomparável apoio;

Às minhas amigas Adriana Alencar, Fernanda Wahrendorff e Yumi Hori por proporcionarem alegria e descontração e, por me ajudarem nos momentos de angústia e tristeza;

Às minhas amigas e companheiras de estágio Priscila Souza e Camila Godinho pelos momentos de descontração e por participarem desse trabalho comigo.

Aos amigos da Psicologia que durante toda trajetória compartilharam amizade e encontros maravilhosos;

À professora Ciomara Schneider pelo seu profissionalismo, dedicação, paciência e amizade que tanto colaboraram para a elaboração deste trabalho;

À professora Waneli Sampaio, que atuou na integração do trabalho interdisciplinar entre a Psicologia e a Fisioterapia, pelo auxílio e paciência na orientação relativa às práticas fisioterápicas.

E a todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização dessa nova etapa da minha vida.

*"Aprender para nós é construir,  
reconstruir, constatar para mudar, o  
que não se faz sem abertura ao risco e  
à aventura do espírito."  
(Paulo Freire)*

## Sumário

Dedicatória -----	iii
Agradecimentos -----	iv
Epígrafe -----	v
Resumo -----	vii
Introdução -----	8
Capítulo 1 - Da História da Infância a Fases do Desenvolvimento Infantil -----	10
1.1 Breve histórico da Infância-----	10
1.2 Psicanálise nas Histórias Infantis -----	11
1.3 A Relação Materna da Criança Especial -----	13
1.4 As fases do Desenvolvimento-----	15
Capítulo 2 – Estimulação Precoce -----	24
2.1 Definição -----	24
2.2 Psicomotricidade -----	30
2.3 Parceria entre as disciplinas -----	32
2.4 Exercícios de Estimulação Precoce -----	33
2.5 Exercícios utilizados na Fisioterapia -----	36
Capítulo 3 – A Pesquisa -----	41
3.1 Metodologia -----	41
Capítulo 4 – Resultados e Discussão -----	47
Considerações Finais -----	57
Referências Bibliográficas -----	59
Apêndice A – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido -----	62
Apêndice B – Exercícios de Estimulação e Fisioterapia -----	65
Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB -----	69

## Resumo

A presente monografia tem por finalidade contemplar estudos realizados nas áreas de Psicologia do Desenvolvimento, Estimulação Precoce e Fisioterapia com crianças na faixa etária de um a três anos, portadoras de necessidades especiais, originárias de intercorrência no parto (anoxia neonatal) ou de alguma síndrome genética. Desde agosto de 2008, de forma integrada entre professores e alunos dos cursos de Psicologia e Fisioterapia do UniCEUB, no Centro de Formação – CENFOR, desenvolveu-se trabalho de estimulação precoce de crianças que apresentam dificuldades e ou atraso psicomotor. A estimulação precoce surgiu como especialidade clínica há aproximadamente quarenta anos, atuando sobre aspectos cognitivos, motores e afetivos na fase inicial do desenvolvimento da criança. O trabalho lúdico traz o estímulo – entendido neste caso como algo que incita e desperta o desejo –, para que a criança possa constituir-se como sujeito. Cada criança apresenta um determinado padrão de crescimento e amadurecimento e cabe ao profissional, seja ele psicólogo ou fisioterapeuta, respeitar e perceber o tempo de desenvolvimento do sujeito. A realização desse trabalho integrado entre duas áreas das ciências da saúde, ao tempo em que enriquece o estudo e a pesquisa, beneficia os pacientes, favorecendo o desenvolvimento de seus melhores potenciais. Uma vez que se consideram as crianças construtoras de conhecimento a partir de uma interação direta com os objetos ao seu dispor, quando surge uma dificuldade ou deficiência ocorre uma limitação, uma desvantagem neste processo de interação. A partir de um trabalho interdisciplinar, em parceria com a Fisioterapia, possibilitou-se o desenvolvimento das habilidades fundamentais do bebê, como as psicomotoras, minimizando o atraso e as seqüelas que poderiam surgir caso o bebê não recebesse essa estimulação, tanto da Fisioterapia como da Psicologia. O atendimento interdisciplinar permitiu estabelecer um olhar e uma escuta clínica mais apurados na detecção dos primeiros sinais que despertam alerta quanto a possíveis danos no desenvolvimento do bebê e, além disso, possibilitou a criação de condições favoráveis para a constituição do sujeito antes do estabelecimento de um quadro patológico, eis que uma intervenção posterior, após a estabilização do desenvolvimento neurológico da criança, seria muito mais limitada. Por meio dos resultados obtidos, constatou-se que a estimulação precoce auxiliou no desenvolvimento cognitivo e psicomotor das crianças atendidas, destacando a evolução individual dos pacientes. No entanto, novas pesquisas, de maior amplitude, precisam ser realizadas, de modo a confirmarem-se – ou não – os resultados ora obtidos.

Palavras-chave: Estimulação precoce, desenvolvimento psicomotor e interdisciplinaridade.

O interesse em trabalhar com o tema relativo à estimulação precoce de crianças teve início no trabalho desenvolvido com bebês no projeto de psicanálise infantil no Centro de Formação – CENFOR do UniCEUB, com base nos conceitos de estimulação precoce e psicomotricidade, tendo em vista que essas crianças apresentam dificuldades e ou atraso psicomotor. O desenvolvimento motor é um processo complexo de mudanças. Cada criança apresenta um determinado padrão de crescimento e amadurecimento e cabe ao profissional, seja ele psicólogo ou fisioterapeuta, respeitar e perceber o tempo de desenvolvimento do sujeito. A realização desse trabalho integrado entre duas áreas das ciências da saúde, ao tempo em que enriquece o estudo e a pesquisa, beneficia os pacientes, favorecendo o desenvolvimento de seus melhores potenciais. A pesquisa foi realizada com três crianças com idades entre um e três anos. As sessões realizadas em que se procedeu à estimulação precoce possibilitaram observar e acompanhar a evolução gradual dos bebês.

A estimulação precoce atua sobre os aspectos cognitivos e motores da criança em fase de desenvolvimento. Realiza-se por meio do trabalho lúdico e por outros procedimentos, tais como: andar com a criança, incentivá-la a sentar, rolar e ficar em pé, desenvolvendo assim os sentidos de visão, tato e audição. A independência, adquirida com a locomoção e a manipulação de objetos, torna o ser humano mais autônomo e dotado de uma visão mais ampla de mundo, permitindo assim que ele se desenvolva continuamente.

O trabalho de estimulação precoce surgiu na década de 1960 no *Hospital de Niños* de Buenos Aires. A clínica de bebês originou-se no campo da Medicina e, ante a necessidade de se conhecerem aspectos do desenvolvimento neurológico e psicológico do bebê, percebeu-se a utilidade de se recorrer ao saber de outras especialidades, surgindo então uma clínica interdisciplinar. Na década de 1970, essa nova disciplina foi aprimorada com conhecimentos da

Neuropediatria e da Psicologia Evolutiva. Faziam parte dessa equipe a Dra Lydia Coriat e o psicanalista Alfredo Jerusalinsky (Coriat, 1997).

De acordo com Jerusalinsky (2002), o bebê é encaminhado para o tratamento em estimulação precoce quando se percebe que há algo diferente com o mesmo; no entanto, as intervenções realizadas com as crianças não são estabelecidas em função de sua patologia.

Este trabalho foi realizado com o intuito de evidenciar o desenvolvimento cognitivo e psicomotor das crianças, destacando a evolução individual; comparar o seu desenvolvimento com aquele observado em outras crianças; esclarecer o significado e a relevância da estimulação precoce e analisar a importância do trabalho multidisciplinar.

A monografia foi dividida em quatro capítulos. O primeiro aborda um breve histórico da infância, faz uma comparação psicanalítica da criança portadora de necessidades especiais com histórias infantis, como as do Patinho Feio e Dumbo, discorre sobre a relação materna da criança especial e demonstra as fases do desenvolvimento motor com base nas teorias de Piaget e Wallon. O segundo capítulo refere-se à estimulação precoce, psicomotricidade, parceria entre as disciplinas Psicologia e Fisioterapia, abordando suas definições e os exercícios utilizados nessas duas áreas de conhecimento. No terceiro e quarto capítulos, encontram-se a metodologia, resultados e discussão, havendo-se analisado os dados com base na pesquisa qualitativa.

## Capítulo 1 – Da História da Infância a Fases do Desenvolvimento Infantil

### *1.1 Breve histórico da Infância*

Segundo Ariès (1981), por volta do século XII a infância era desconhecida e a criança era vista como um pequeno adulto. As artes plásticas representavam crianças como anjos, porém sob a aparência de adultos jovens e havia um sentimento de indiferença perante a infância. Nesse mesmo período (Idade Média), as pessoas de diferentes idades vestiam-se da mesma maneira, diferenciando-se, todavia, pela hierarquia social. Os jogos e brincadeiras também eram comuns a adultos e crianças.

Para Postman (1999), os gregos não davam atenção à infância como uma categoria, para eles o significado de jovens e crianças era o mesmo. Na época de Aristóteles era muito comum a prática de infanticídio. Embora ele acreditasse que deveria haver limites a essa tradição, não se opôs a ela. Nessa época, não havia um conceito preciso de adulto e, menos ainda, de criança. Aos sete anos, idade em que as crianças passam a dominar a palavra, já eram consideradas adultas. O menino de sete anos era visto como um homem para todos os efeitos, exceto para as funções reprodutiva e guerreira. A inexistência do conceito de infância no mundo medieval decorre, segundo esse autor, da falta de alfabetização e dos conceitos de educação e vergonha. Os romanos seguiram as idéias gregas de escolarização e ainda desenvolveram uma compreensão da infância superando a noção grega introduzindo a noção de vergonha, pois sem uma noção bem desenvolvida de vergonha não pode existir a infância.

Ainda para esse autor, em meados do século XV definiu-se uma nova idade adulta, que excluía as crianças. Assim, tornou-se necessário encontrar um “outro mundo que elas pudessem habitar”, que passou a ser chamado de “infância”. Após os séculos XVI e XVII, reconhecida a

existência da infância, a criança tornou-se uma criatura especial com necessidades diferentes e que precisava ser separada do mundo adulto. Ariès (1981) afirma que a partir do século XVII as famílias nobres ou burguesas já vestiam seus filhos com trajes diferentes daqueles utilizados pelos adultos e, assim, as roupas passaram a revelar etapas do crescimento do indivíduo.

Segundo Postman (1999), houve a exigência de que as crianças fossem educadas por longos períodos, despertando expectativas e responsabilidades dos pais em relação a seus filhos. No período entre 1850 a 1950, as crianças deixaram o trabalho nas fábricas e foram para as escolas. A infância chegou a ser considerada como direito inato, independente de classe social e econômica. Entretanto, na virada do século XX para o XXI, o referido conceito começou a desmoronar vagarosamente, sendo iminente o desaparecimento da infância.

### *1.2 Psicanálise nas Histórias Infantis*

Corso & Corso (2006) utilizam estórias infantis, como as do Patinho Feio, de Hans Christian Andersen, e Dumbo, de Walt Disney, para fazer uma análise psicanalítica. Eles escolheram essas histórias para falar da chegada da criança na família e as dificuldades que um bebê enfrenta ao encontrar e construir um lugar no mundo. As crianças demoraram muito para conquistar importância e atenção, pois, ao final do século XVI, quando sobreviviam aos elevados índices de mortalidade, eram criadas sem maiores cuidados entre os adultos, até que amadurecessem. Somente em meados do século XIX – época em que Andersen escreveu seus contos infantis – foi que a sociedade passou a valorizar a infância e a apreciar seus pensamentos, convicções, desejos e particularidades.

Quando o bebê nasce e é apresentado aos pais, não há uma identificação direta. O bebê reconhecerá a voz da mãe como a mesma que ele ouvia ainda no ventre materno, quando, após o

nascimento, voltar a ouvi-la. Já a mãe possui a fantasia do filho perfeito e quando o bebê nasce ela precisa reconhecer e adotar essa criança como seu filho. Embora se suponha natural o vínculo entre mãe e bebê, este pode fracassar, por exemplo, quando o filho nasce com alguma necessidade especial. No caso dos animais, os filhotes fracos ou defeituosos são deixados para morrer ou são devorados pela própria mãe. Já entre as mães humanas a lógica que rege o vínculo é altamente complexa: elas podem rejeitar um filho perfeito, por não aceitarem o papel de mãe; também podem dedicar-se ao filho de forma prestativa, mas emocionalmente alienada, fato que, quando percebido pelo bebê, resulta em sentimento de rejeição. A história do Patinho Feio revela que pode haver hostilidade, mesmo no ambiente em que se recebe o mais amado e esperado filho (Corso & Corso, 2006)

Ainda para Corso & Corso (2006), antigamente, em uma família tradicional, se a criança não tivesse virtudes logo após o nascimento provavelmente não sobreviveria. As que nasciam com alguma deficiência eram rejeitadas e motivo de vergonha para os pais, que as escondiam da sociedade.

Já a história de Dumbo mostra que, apesar de o elefantinho nascer com orelhas gigantes, a mãe não o rejeitou, pois ele atingiu a expectativa do ideal materno e se tornou algo grandioso. A análise feita por Corso & Corso (2006, p.36) consiste em que a modernidade produziu mudanças na mãe e na infância. Nos dias atuais, as crianças demoram mais a se tornarem independentes e, assim sendo, os pais podem investir mais em tornar seus filhos algo próximo ao seu ideal. Em Dumbo, evidencia-se essa infância prolongada, pois, segundo os autores, trata-se de um “herói fixado nesse período de idílio com a mãe”.

### *1.3 A Relação Materna da Criança Especial*

Segundo Mannoni (1999) o amor materno é um dos tabus da nossa civilização. É desde o início da gravidez que sentimentos e sonhos de que o nascimento de um filho irá preencher o vazio do seu próprio passado, são construídos criando uma imagem fantasmática de um filho real (o ideal do eu). Ainda para a autora a ruptura desse filho imaginário, ao nascer com necessidades especiais, produz na mãe um choque quando percebe que o vazio não será preenchido, além de revelar frustrações, aflições e saudades de um paraíso perdido.

Levin (2005) afirma que a ressignificação desse nascimento será sempre um percurso difícil que os pais terão de seguir, e nela certamente se verão muitas vezes diante do filho ideal que não veio e que não chegará. Nessa perspectiva, o filho, representa um lugar central na ordem familiar, que requer atenção como qualquer outro filho, no entanto, com suas especificidades e demandas. Ainda para esse autor, a elaboração e ressignificação são fundamentais para ajudar os pais a realizarem e aprofundarem o laço de amor com o filho e não com a deficiência. Além disso, movimentos, reações inesperadas, mudanças tônicas e reflexas dão chances e abrem portas para que os pais aceitem os filhos como sujeitos afastando-se do que representa a excepcionalidade.

Segundo Jerusalinsky (2002) a mãe de uma criança deficiente possui temores diante do olhar do Outro sobre o seu filho, que ocorrem em três diferentes dimensões, dentre elas, o social, o familiar e o paterno. Esses três representantes do Outro se deparam com um olhar denunciador da falha e da “exceção de seu produto”.

A partir da confirmação ou suspeita diagnóstica de um problema do desenvolvimento no bebê, começam a constituir-se nos pais diferentes formações

psíquicas para fazer frente a esta irrupção do real. A impossibilidade ou claudicação dos pais em pôr em cena seu saber inconsciente para exercer a maternidade e paternidade com este bebê pode dar lugar a uma negação da patologia que foi diagnosticada, a uma tentativa de suplantar esta posição de não saber pela via de um conhecimento técnico, ou ainda a um efeito traumático que os lança em uma dimensão do “sem palavras” (Jerusalinsky, 2002, p.114).

As mães de crianças com necessidades especiais sentem-se muito sós e vigiadas, porque, mais do que as outras mães, elas têm que transmitir uma imagem suportável. É, portanto, na mãe que a angústia surgirá primeiro. Apesar dessa angústia e da fantasia rompida, a mãe nunca deixa de lutar pelo seu filho especial. Quando todos se desesperam à sua volta, ela é a única a prosseguir às consultas, exigir novos diagnósticos, novas investigações e novos tratamentos. Ela luta pelo filho como se fosse pela sua própria existência (Mannoni, 1999).

Essas crianças, de acordo com Mannoni (1999), chamam a atenção criando uma situação na qual tornam-se o objeto de um dos pais (geralmente o corpo do filho pertence a mãe). Dessa forma, as tentativas de psicoterapia são geralmente recusadas, porque a mãe não admite facilmente a intromissão de um terceiro.

Aucouturier & Lapierre (1986), analisando o caso de uma criança portadora de necessidades especiais, relatam as diversas fases da terapia psicomotora e fazem a seguinte observação, relativa à dependência:

O que mais freqüentemente bloqueia a dinâmica da evolução da criança é a sua dependência, consciente ou inconsciente, do desejo do adulto: dependência passiva (submissão) ou dependência agressiva (oposição). Quando a criança reencontra a

dinâmica do seu próprio desejo, sua evolução é muito mais rápida. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 28).

Ainda Segundo esses autores:

O adulto, pai e sobretudo educador, sempre se apressa muito no sentido de obter da criança uma utilização racional, “inteligente” dos objetos. Em sua ansiedade de fazer a criança evoluir para o modelo adulto, tem a tendência de negligenciar, abreviar, até mesmo culpabilizar este período de vivência afetiva do objeto, do qual não se percebe a utilidade. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 41).

Segundo Mannoni (1999), uma terapia precoce para essas crianças é fundamental, uma vez que, estão muito mais expostas do que as outras e representam inconscientemente para o outro (mãe) uma falta que têm a missão de preencher. A psicoterapia para a criança é tão importante e necessária quanto a terapia para o adulto. Entretanto, pode ocorrer uma resistência que constitui um obstáculo para que a fantasia não seja desvendada, interrompendo o progresso. Sendo assim, esses pais têm, mais do que os outros, necessidades de solicitude e apoio moral.

#### *1.4 As fases do Desenvolvimento*

“O desenvolvimento é uma equilibração progressiva, uma passagem contínua de um estado de menor equilíbrio para um estado de equilíbrio superior” (Piaget, 2002, p.13).

Segundo Piaget (2002, p.15), “as estruturas variáveis serão, então, as formas de organização da atividade mental, sob um duplo aspecto: motor ou intelectual, de uma parte, e afetivo, de outra, com suas duas dimensões individual e social”. Para melhor compreensão, esse

autor distinguiu seis estágios ou períodos de desenvolvimento, que marcam o aparecimento dessas estruturas, quais sejam: 1° - estágio dos reflexos, ou mecanismos hereditários; 2° - estágio dos primeiros hábitos motores, percepções organizadas e sentimentos diferenciados; 3° - estágio da inteligência sensomotora, das regulações afetivas e fixações exteriores da afetividade; 4° - estágio da inteligência intuitiva, dos sentimentos interindividuais espontâneos e as relações de submissão ao adulto; 5° - estágio das operações intelectuais concretas e dos sentimentos morais e sociais de cooperação; 6° - estágio das operações intelectuais abstratas, formação de personalidade e inserção intelectual e afetiva na sociedade adulta.

Ainda segundo o autor, no recém-nascido a vida mental ocorre a partir de exercícios reflexos dos aparelhos sensorial e motor, que correspondem a atividades instintivas de fundo hereditário. Os reflexos vão melhorando com exercícios e conforme o tempo e a inteligência, que aparece bem antes da linguagem.

Para Piaget (2002), a inteligência pode ser construída a partir de dois fatores: “reações circulares” e “esquemas”. O primeiro fator corresponde à fase em que a criança atinge uma independência ao descobrir que pode variar intencionalmente os movimentos e gestos, antes repetitivos, para estudar os resultados dessas variações, entregando-se a verdadeiras explorações. Por exemplo: uma criança que vê os pais abrindo e fechando a porta, o que gera ruídos, ela provavelmente irá brincar com essa e com outras portas, produzindo sons. As primeiras ações são repetições, diferentemente das últimas, quando a criança procura novas situações. No segundo fator, a criança é capaz de encontrar novos meios, não só por tentativas, mas porque já consegue recordar, combinar mentalmente os esquemas de ação e inventar novos, ou seja, ela compreende a relação existente entre os fatos e já consegue descobrir a causalidade que pode vinculá-los. Como exemplo dessa fase, Piaget e Inhelder (2001) citam uma criança que tenta abrir uma caixa de fósforos sem recorrer ao ensaio e erro. A criança pára e examina a situação com atenção;

durante esse “pensar” atento, abre e fecha a boca lentamente, como que imitando o resultado a ser obtido; depois, coloca o dedo diretamente na fenda e abre a caixa.

Segundo Wallon (1995, pp. 66, 67), “as atividades circulares são constantes na criança, pois a todo o momento o efeito produzido por um de seus gestos provoca um novo gesto destinado a reproduzi-lo e muitas vezes a modificá-lo ao longo de séries de alterações sistemáticas”. Provocar um efeito conhecido é uma das ocupações favoritas do bebê; ele o faz muitas vezes sem se cansar, “dando a impressão de um prazer ligado, não ao efeito particular de que é autor, mas ao simples fato de ser o autor de um efeito”.

Após a construção da fase dos esquemas de ação, a criança passa a discriminar a si mesma como um ser diferente do mundo exterior e descobre que os objetos podem perdurar no tempo, permitindo, assim, que ela elabore uma imagem mais adequada da realidade. Piaget & Inhelder (2001) denominam “objeto permanente” essa construção e utilizam o exemplo de que, quando a criança vai pegar um objeto e alguém o esconde com o lençol, ela retira a mão já estendida e põe-se a chorar ou berrar de decepção, pois reage como se o objeto se tivesse desfeito. Isso pode ocorrer no estágio III (entre o 5º e 7º meses). Porém, se a criança o procurar embaixo do lençol, isso significa que ela já percebe o objeto permanente (estágio VI).

Griffa & Moreno (2001) apresentam algumas etapas pelas quais a criança passa até atingir a construção do objeto permanente: 1ª (zero a 1 mês): olha os objetos que chamam a sua atenção, porém o peito materno é percebido pelo tato e não visualmente; 2ª (1 a 3 meses): reconhece os objetos por meio da ação que realiza com eles; 3ª (3 a 6 meses): persegue com os olhos um objeto até aproximadamente 180º; 4ª (6 a 8 meses): quando um objeto desaparece do campo visual da criança, ela perde o interesse por ele; 5ª (8 a 12 meses): procura o objeto, mesmo que este esteja escondido por completo; 6ª (12 a 18 meses): acompanha visualmente o deslocamento de um objeto, mas não é capaz de perceber as mudanças que ocorrem fora de sua

percepção direta; 7<sup>a</sup>, aos 18 meses: a criança consegue entender os deslocamentos de um objeto e procurar por ele sem ter visto a pessoa escondê-lo.

Para Wallon (1995, pp. 120, 161), “a imitação é um ajustamento de elementos pré-existentes e distintos, cuja imagem tem a origem estranha ao sujeito e movimentos. [...] Os primeiros objetivos prosseguidos por si próprios, que regulam do exterior a atividade da criança, são os modelos que ela imita”.

Discorrendo sobre o processo de imitação, Aucouturier & Lapierre (1986) escrevem:

Imitar o gesto do outro é expressar a aceitação deste. É entrar em sua dinâmica e situá-lo como “condutor do jogo”. É afirmar simbolicamente que não se quer impor o próprio desejo, mas submeter-se ao seu. Tudo isso, bem entendido, situa-se a um nível inconsciente. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 28).

Piaget (2002) afirma que o lactente aprende a imitar a partir da excitação, pelos gestos equivalentes do outro, movimentos visíveis do corpo que a criança sabe executar espontaneamente. Logo após, a imitação sensomotora reproduz, com crescente precisão, movimentos semelhantes àqueles conhecidos; dessa forma, a criança consegue reproduzir movimentos mais complexos. Para Griffa & Moreno (2001), a imitação é a reprodução de uma forma de comportamento, movimento ou ação percebida e, como um comportamento adquirido, possibilita uma multiplicidade de matizes individuais na ação. A criança adapta-se melhor e enriquece o repertório de comportamentos herdados que se produzem uniformemente em cada espécie.

Na imitação encontram-se dois momentos de orientação contrária. O primeiro — de união plástica —, que absorve a impressão externa e decanta o seu aparelho exterior para reter somente os elementos capazes de se misturarem nas formações psíquicas existentes, resultando na construção de um novo poder, embora ainda meramente virtual. O segundo — de realização e execução —, em que é necessário encontrarem-se, no próprio sujeito, em suas aquisições funcionais e em seus hábitos, os meios de realização de que o seu equivalente intuitivo se vira obrigado a desfazer-se (Wallon, 1995, p. 121).

Segundo Piaget (2002), a imitação de sons, pela criança, evolui de forma semelhante à imitação de movimentos. A aquisição da linguagem dá-se como resultado do prolongamento do processo de imitação, quando os sons são associados a ações determinadas. Enquanto a linguagem se constitui sob forma determinada, as relações interindividuais se restringem à imitação de gestos corporais e exteriores e a uma relação afetiva global sem comunicações diferenciadas. No que concerne à palavra, verifica-se o contrário: põe-se em comum a vida interior como tal, sendo construída de forma consciente, na medida em que pode ser comunicada. Ainda segundo esse autor, é a partir do aparecimento da linguagem que as condutas se modificarão no aspecto afetivo e intelectual. A criança torna-se capaz de reconstituir suas ações passadas sob formas de narrativas, antecipando suas ações futuras pela representação verbal.

Nessa fase de imitação surge também o estágio do espelho, que Lacan (1998), define como uma identificação, uma transformação produzida no sujeito quando ele assume uma imagem, ou seja, o “eu” começa a se estruturar a partir de uma imagem “falsa” do próprio corpo, até que ele consiga formular uma imagem real.

Wallon (1995) afirma que uma criança não reproduz os movimentos ou sons emitidos diante dela, pois não sabe executá-los, salvo quando ela própria o faz espontaneamente, sendo necessário então que o ato de imitar sobreviva no aparelho motor, para que a imitação se realize.

Nas suas imitações espontâneas, a criança não possui uma imagem abstrata ou objetiva do modelo. Longe de saber opor-se-lhe, começa por se unir a ele numa espécie de intuição mimética. Só imita as pessoas que exercem sobre ela uma profunda atração ou as ações que a cativaram. Na base das suas imitações está o amor, a admiração e também a rivalidade. Porque o seu desejo de participação cedo se transforma em desejo de substituição; na maior parte das vezes, até, coexistem estes dois desejos, inspirando-lhe para com o modelo um sentimento ambivalente de submissão e de revolta, de fideísmo envergonhado e de denegrimiento (Wallon, 1995, p.163).

Griffa & Moreno (2001) descrevem em etapas os principais êxitos motores ao longo do primeiro ano de vida. O recém-nascido, não tem o seu sistema nervoso muito desenvolvido, possuindo assim movimentos reflexos, tais como: *de moro* (postura infantil de alarme), que ocorre quando há extensão dos braços e pernas em caso de perda de sustentação ou ruído forte; *oculocefalógiro* – move a cabeça em direção ao objeto de maior luminosidade; *palpebral* (pisca os olhos); *sucção e deglutição* – o bebê chupa o alimento e o engole. Com um mês de idade, o bebê, encontrando-se em posição de bruços, consegue levantar a cabeça e colocá-la de lado; ao descansar, suas mãos se fecham e se alguém colocar um dedo em sua mão ele apertará com força; ao ser erguido, sua tensão muscular fica mais estável. De dois a três meses, o bebê mantém a

cabeça mais firme, segura firmemente o chocalho, sacudindo-o com movimentos bruscos e involuntários.

Ainda para esses autores, a partir dos quatro meses, o bebê volta a cabeça em direção a quem o chama; observa as mãos e as coloca diante de seus olhos quando lhe é oferecido algum objeto, mantendo as mãos soltas e abertas; aprecia ficar sentado no colo para poder observar “o mundo que o rodeia”. Aos sete meses, mantém o tronco erguido e senta-se sem apoio; gosta de tocar e pegar os objetos; bate os objetos que se encontram em sua mão contra superfícies; consegue levar os pés até a boca; começa a utilizar o polegar para fazer pressão. Quando chega aos dez meses, o bebê não gosta de ficar deitado; engatinha; consegue se manter em pé apoiado em pessoas ou objetos; já aprendeu o movimento de pinça (unir o polegar ao indicador); aponta para os objetos. Com doze meses, ele já consegue caminhar e permanece em posição ereta sem ajuda.

No que concerne à relação da criança com o mundo e conseqüente interesse pelo outro e pelo objeto, Aucouturier & Lapierre (1986) observam:

A primeira relação da criança com o mundo é uma relação afetiva que passa pelo contato e tensões tônicas de seu corpo com o outro e com o objeto, contatos e tensões geradores de prazer e desprazer. Esta é a primeira “comunicação”, a mais profunda e a mais primitiva. É daí que nasce, em grande parte, o interesse da criança pelo outro e pelo objeto. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 41).

Segundo esses autores (p. 57), uma das primeiras atividades construtivas da criança é o empilhamento, pois é uma relação que ela estabelece de forma espontânea com os objetos, aparecendo em seguida o alinhamento. É considerada uma reação primitiva e habitual do bebê,

que irá “destruir tudo o que o adulto constrói diante dela” (brinquedos de empilhar); como a criança não sabe construir, a destruição é considerada um ato positivo, por ser uma modificação voluntária de sua estrutura, ou seja, uma afirmação de si.

Nessa fase de desenvolvimento infantil é importante a relação mãe-bebê. Dessa maneira, segundo Winnicott, citado em Celeri (s.d.<sup>1</sup>), o *holding* é inicialmente uma função materna, onde a mãe deve transmitir ao bebê segurança, confiança, afeto e aconchego, de modo a sustentá-lo para que ele forme uma boa estrutura de personalidade e do próprio ego. Portanto, o *holding* significa oferecer o suporte para a criança desenvolver-se com independência emocional. Esse procedimento inclui segurar fisicamente o bebê, o que se pode interpretar como uma maneira de amar e de lhe transmitir a informação de que ele é um indivíduo, que se relaciona com outras pessoas, separadas dele. O *holding* dependerá de um ambiente que forneça cuidados suficientemente bons e estímulos que possibilitem à criança a autonomia necessária para responder às condições e dificuldades encontradas.

Aucouturier & Lapierre (1986) comentam sobre o fato de o objeto transicional ser o substituto e o símbolo da mãe, enquanto o objeto rígido e geométrico se relaciona ao símbolo da ordem, ou seja, a lei do pai:

Talvez não se tenha suficientemente em conta, quando tratamos de crianças muito pequenas ou de crianças que apresentam um retardo afetivo, esta distinção simbólica entre estes dois tipos de objetos e a necessária transição que esta implica para fazer evoluir a relação com o mundo. O estágio da vivência afetiva do objeto em geral é pouco valorizado, até recusado, e quer-se, demasiado cedo, precipitar

---

<sup>1</sup> Sem data

em uma vivência racional, à qual sua simbiose afetiva com a mãe ainda não lhe permite ter acesso. (Aucouturier & Lapierre, 1986, pp. 56, 57).

## Capítulo 2 – Estimulação Precoce

### 2.1 Definição

De acordo com Coriat (1997), a Estimulação Precoce surgiu na década de 1960, nos Estados Unidos e na Argentina. A pioneira desta disciplina foi a Dra. Lydia Coriat, pediatra argentina que teve interesse clínico por crianças pequenas e escolheu como tema para sua tese de doutorado a maturação neurológica do lactente. Especializou-se em neurologia e genética para aperfeiçoar sua clínica pediátrica. Nessa época, o termo “Estimulação Precoce” fazia referência aos tratamentos de crianças menores de três ou quatro anos. No entanto, a Dra. Coriat entendeu que essa idade já seria tardia para o início da estimulação precoce, pois então o “deterioramento” possivelmente não mais seria evitado.

Ainda segundo a mesma autora, no início a estimulação era realizada com bebês que possuíam Síndrome de Down, porém essa prática clínica estendeu-se às crianças com diversas patologias, dentre elas: motoras, sensoriais, retardo mental, problemas de origem neurológica ou genética, traumática ou psicológica. Em meados de 1985, a Estimulação Precoce tornou-se um dos “*booms* dos últimos tempos”.

A Estimulação Precoce possui dois princípios básicos, dentre eles:

- 1) um bebê com um problema orgânico é, antes de mais nada, um bebê e deve ser tratado enquanto tal, tanto pelo profissional que o manipula quanto naquilo que se propõe que os pais façam em casa com ele; 2) cada bebê e os seus pais implicam uma situação clínica absolutamente particular, é possível fazer

planos padronizados de tratamento válidos para todos, inclusive para os que tenham a mesma idade e o mesmo diagnóstico: cada proposta clínica deve ser elaborada em função do que se observe no bebê e do que seja conversado com os pais (Coriat, 1997, p. 49).

Jerusalinsky (2001) propõe uma clínica em Estimulação Precoce tendo por base teórica a Psicanálise, em que o estímulo – entendido como algo que incita e desperta o desejo – é empregado no sentido de levar o bebê a utilizar os diferentes esquemas psicomotores, cognitivos ou de comunicação como efetivas aquisições, em nome de um desejo, para que possa constituir-se como sujeito.

Os estímulos sensoriais podem ser: táteis, visuais, olfativos, auditivos e gustativos. E é a partir desses estímulos que se realiza o trabalho com o bebê. Por exemplo: tocam-se buzinas em diferentes volumes, acendem-se e apagam-se luzes, mostram-se objetos em cores variadas, apresenta-se ao bebê diferentes texturas (lisas, rugosas, ásperas), etc. Essa exposição possibilita ao bebê “a representação do mundo que o rodeia” (Jerusalinsky, 2002).

De acordo com Jerusalinsky (2002), um bebê é encaminhado para avaliação ou tratamento em estimulação precoce quando um profissional (pediatra, neurologista, orientador educacional, etc.) percebe que “algo não anda bem com o bebê” e que a solução para o problema apresentado extrapola sua atuação profissional específica. O encaminhamento também pode ocorrer após o diagnóstico de um problema orgânico no bebê.

Na clínica de estimulação precoce verificam-se casos em que há suspeita de um quadro orgânico, mas o bebê ainda não foi submetido a exames que confirmem um diagnóstico. Diante disso, o estabelecimento do “real do bebê” ocorrerá ao longo do tratamento. “O ponto é que a

vida não pode ficar em suspenso enquanto o diagnóstico orgânico não se define, pois a intervenção é com o bebê que apresenta um problema e não com a patologia” (Jerusalinsky, 2002, p.35).

Ainda segundo Jerusalinsky (2002), a intervenção não é pré-estabelecida em função da patologia do bebê. O clínico atua em determinada direção – que implica a produção de um sujeito no bebê –, intervindo a partir da observação da produção de cada bebê e da escuta dos pais. As intervenções realizadas e seus efeitos no tratamento do bebê e sobre seus pais serão articulados pelo clínico por meio da supervisão de caso, análise pessoal do clínico, discussão do caso em equipe e pelo percurso teórico. E quanto mais cedo ocorrer uma intervenção clínica com o paciente com dificuldades, melhor será a plasticidade de um aparelho neurológico em formação.

Coriat (1997) acrescenta:

A questão é se considerarmos ou não que um corpinho que nasce com uma patologia orgânica está submetido às mesmas leis fundamentais para a sua constituição como sujeito do que os outros seres humanos. Pensamos que sim, e não só pensamos, também o comprovamos na clínica. Tanto se bate o pé na necessidade de levar em conta as “diferenças” que apresentam os bebês chamados “diferentes” e em como trabalhar com elas, que se perde de vista que, no conjunto da vida de um bebê, o que ele mais precisa é ser tratado como qualquer bebê, que “precisa o mesmo que um bebê normal”. Costumo dizer aos pais: “quanto mais tratamento especial derem a seu filho em função da sua patologia, mais ‘especial’ (menos parecido com uma criança normal) vai ser” (Coriat, 1997, p. 118).

Essa autora recomenda a Estimulação Precoce em crianças que possuam necessidades especiais, uma vez que os pais têm dificuldade em tratar seu filho da maneira como o fariam se ele nascera sem nenhum problema. Isso se deve ao fato de alguns pais terem melhores condições de elaborar sua dor, estando, por conseguinte, mais dispostos a acolher o recém-chegado; entretanto, no momento de exercer a função materna, “vacilam na interpretação que convém dar a tal ou qual signo apresentado pelo filho” (Coriat, 1997, pp. 118, 119).

Aucouturier & Lapierre (1986) fazem uma importante observação relativa ao papel do terapeuta:

O terapeuta deve, pois, confiar em sua espontaneidade. Ele não conseguirá fazê-lo vantajosamente, a não ser na medida em que “domina” perfeitamente suas próprias pulsões e em que tenha integrado profundamente seus conhecimentos e seus objetivos, a ponto de estes fazerem parte de seu ser e se integrarem imediatamente em seus atos. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p.15).

Segundo esses autores, o terapeuta deve ter por objetivo liquidar progressivamente a transferência que ocorre em uma sessão terapêutica, de modo a tirar de si esta carga afetiva e a projetá-la sobre o mundo, para o exterior, fazendo com que a criança se torne independente.

Este é um dos princípios fundamentais de nossas intervenções (educativas, formativas ou terapêuticas), criar esta carga afetiva positiva para voltá-la em seguida, progressivamente, para outros investimentos. Esta carga afetiva constitui, em nosso entender, a base primeira de todo o dinamismo da pessoa. É a partir daí que nasce o desejo de comunicação que permitirá o desenvolvimento de todas as

possibilidades de expressão, inclusive a linguagem. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 35).

Jerusalinsky (2002, pp. 61, 63), afirma que o “alvo” do desejo dos pais é o bebê, surgindo assim os efeitos simultâneos de olhá-lo, aproximar-se dele e falar-lhe de modo convocante, e a partir dessa convocação, surge um “circuito de demanda e desejo do Outro em que a pulsão do bebê é enlaçada, e pode surgir a realização de uma ação na qual a satisfação pulsional do bebê fica implicada”. Ainda para a autora, a função materna exerce para o bebê operações constitutivas do sujeito, estabelecendo demandas, suposições do sujeito, alternância e alteridade. “É a partir deste atrelamento ao campo de um Outro não anônimo que sustente tais funções que o funcionamento da função de um órgão pode devir como realização de um sujeito no bebê”. A função materna também sustenta a função do bebê, oferecendo espaço no qual o bebê aprenderá a se precipitar, lançar-se e implicar-se como sujeito em uma realização.

Por isso, consideramos que o estímulo está implicado na clínica com bebês no sentido da inscrição que produz enlaçamento entre um real orgânico e uma tela simbólica. Pela marca que o simbólico efetua na organização orgânica e que inicialmente comparece nos atos mais simples que uma mãe realiza com seu bebê, tais como a introdução de ritmos de mamada, troca de fraldas ou de sono-vigília. É a partir de tais inscrições simbólicas que o agente materno introduz que se constitui a imagem corporal do bebê. É também a partir do exercício da função materna que se abre ou não lugar à inscrição da função paterna – pela qual um bebê poderá, a partir do Eu da enunciação, responder pela autoria de atos produzidos através de um funcionamento desejante (Jerusalinsky, 2002, p.64).

Para um bebê brincar ou então expor o seu desejo, é necessário que um Outro não anônimo tenha apostado na suposição de um sujeito no bebê. Dessa maneira, a intervenção com bebês implica em uma “loucura necessária do clínico”, na sustentação simbólica, imaginária e funcional constitutivas para o bebê (Jerusalinsky, 2002).

A vida humana é movida pelos fios do desejo, mas o desejo não vem impresso na bagagem congênita com a qual nascemos. O desejo se constrói. Os passos fundantes de sua construção se dão no tempo da Estimulação Precoce. Aquele que se responsabiliza pelo tratamento de um bebê, saiba-o ou não, está intervindo no tempo no qual o desejo se constrói e, de acordo com o modo como intervenha, irá propiciá-lo ou esmagá-lo para sempre (Coriat, 1997, p. 116).

Quanto ao fato de os bebês não falarem, Coriat (1997, p. 117) afirma: “o bebê não fala porque ainda não tem palavra. As palavras são colocadas pelo adulto”. Para Jerusalinsky (2002), a mãe atribui ao bebê a autoria de algumas produções, por exemplo, ela supõe o bebê como sujeito e, em certos momentos, fala como se ele estivesse falando, produzindo assim um diálogo em que se alternam as falas da mãe e do bebê. De acordo com Levin (2005), uma das maneiras pelas quais a mãe pode se comunicar com o filho é colocando-se no lugar do bebê (brincando), de modo a construir um diálogo. Isso ocorre quando o recém-nascido não pode falar ou brincar com a mãe e esta terá que falar ou brincar por ele. Ao brincar, a mãe se vê diante de seu próprio espelho (de forma invertida), no bebê. Esse diálogo consiste em que a mãe fale, brinque ou responda como o bebê (antecipando-o como sujeito) e como ela própria (supondo que seu bebê

entende o que ela quer perguntar-lhe), ou seja, é ela quem responde à sua própria demanda, fingindo ser o bebê.

## 2.2 *Psicomotricidade*

Toda criança apresenta seu padrão característico de desenvolvimento adquirido pela influência do meio familiar e social. É nos primeiros anos de vida que os progressos no desenvolvimento psicomotor surgem com mais intensidade. Com base nesta informação pode-se realizar com mais segurança o trabalho da psicomotricidade, que trata-se de uma ciência que tem como objetivo de estudo o indivíduo através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo (Brasil, 1980).

O conceito de psicomotricidade, aborda a especificidade no jogo corporal, enquanto modalidade de intervenção, a relação do corpo no espaço e no tempo, a posição do corpo da criança, a qualidade do movimento, a gestualidade, a relação do corpo com o objeto e a observação da atitude corporal (Levin, 1998).

Costallat (1981) observa:

Alguns graus de deficiência mental correspondem ao campo motor, variando as graduações desde a debilidade motriz leve até os transtornos ocasionados por lesões do sistema nervoso (*espasticidade*<sup>2</sup>, *ataxia*<sup>3</sup>, *hemiplegia*<sup>4</sup>, etc.). Estas alterações não podem ser recuperadas totalmente por tratamento médico, porém podem ser atenuadas com uma reeducação apropriada, desenvolvendo

---

<sup>2</sup> Aumento do tônus muscular, no momento da contração, causado por uma condição neurológica anormal.

<sup>3</sup> Falta de coordenação dos movimentos podendo afetar a força muscular e o equilíbrio de uma pessoa.

<sup>4</sup> Paralisia de toda uma metade do corpo.

compensações para equilibrar o déficit motor. Os tratamentos *cinésicos*<sup>5</sup> e fisioterápicos ajudam ao músculo a voltar a sua função natural, mas terá mais eficácia se combinarem esse tratamento com o movimento que atue sobre o intelecto fazendo-o progredir para uma recuperação. Dessa maneira, a Psicomotricidade é essencial na reeducação da criança com necessidades especiais, pois atende a educação neuromuscular com métodos progressivos, que seguem ao mesmo tempo a evolução fisiológica normal e a maturação intelectual (Costallat, 1981, p.1).

Considerando que a função motora, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento afetivo estão intimamente ligados na criança, De Mers & Staes (1991) atribuem à psicomotricidade as funções de destacar a relação existente entre a motricidade, a mente e a afetividade e facilitar a abordagem global da criança, por meio de uma técnica. Algumas dessas técnicas trabalham o esquema corporal da criança, sua lateralidade, estruturação espacial, orientação temporal e o modo como ela se expressa utilizando o desenho e o grafismo.

Ainda segundo os mesmos autores, o esquema corporal é necessário para a formação da personalidade na criança. Dessa forma, ocorre a representação global, científica e diferenciada do corpo infantil. A criança percebe a si mesma, aos seres e às coisas que a cercam em função de sua pessoa. A tomada de consciência do corpo realiza-se de forma interna (sentindo o corpo) e externa (se vendo no espelho). A criança vai movimentar-se de forma analítica (exercícios de coordenação, equilíbrio, inibição e destreza) e sintética (expressando uma ação, sentimento e emoção). A aprendizagem da educação psicomotora pode ser dirigida a todas as crianças,

---

<sup>5</sup> Comportamento locomotor que não envolve uma reação de direcionamento, mas no qual pode haver uma virada em direção aleatória. Inclui a quantidade de movimento e a quantidade de viradas, que são relacionadas com a intensidade da estimulação.

individual ou coletivamente. Já a reeducação psicomotora é direcionada às crianças com dificuldades ou atrasos motores. Nesse caso é necessário diagnosticar as causas do problema antes de fixar um programa de reeducação.

Aucouturier & Lapierre (1986) identificam o modo como se estabelece a originalidade da abordagem psicomotora e como esta se diferencia de outras terapias:

A criança “normal” vive no imaginário, e por vezes é bom segui-la até aí, porém não precedê-la. O imaginário com demasiada freqüência constitui uma fuga para a criança e para o terapeuta. Na terapia verbal, o psicanalista pode auxiliar a criança a descobrir a dimensão simbólica que esconde por detrás deste imaginário; na terapia psicomotora, preferimos uma relação simbólica direta, que não necessite ser explicitada pela linguagem. Nisto, precisamente, é que consiste a originalidade da abordagem psicomotora, diferenciando-a de outras terapias tais como o psicodrama, onde o lugar da linguagem e do imaginário continua a preponderar. (Aucouturier & Lapierre, 1986, p. 64).

### *2.3 Parceria entre as disciplinas*

Há aproximadamente 40 anos, surgiu como especialidade clínica a Estimulação precoce, no qual teve por objetivo trabalhar no campo da intervenção com os problemas de desenvolvimento infantil. “Seu surgimento se dá em um lugar fronteiro como o de várias outras disciplinas, com as quais se faz necessária uma permanente interlocução, dado que seus

conhecimentos são fundamentais para o trabalho com bebês” (Coriat, 1997, citada em Jerusalinsky, 2002, p.32).

De acordo com Jerusalinsky (2002, p. 33), a clínica interdisciplinar tem se revelado muito favorecedor na circulação dos conhecimentos, pois possibilita uma mudança do acompanhamento da infância, propiciando ao bebê com necessidades especiais mais condições, ao invés de intervir apenas em um quadro patológico. “A intervenção de um bebê e sua família implica uma especificidade da qual não havia como dar conta de modo isolado desde os diferentes campos teórico-clínicos já estabelecidos, e de que a questão tampouco se resolvia por uma justaposição multidisciplinar dos mesmos”.

Ainda de acordo com essa autora, a abordagem interdisciplinar possibilita o exercício de interlocução entre diferentes disciplinas, eis que os problemas apresentados pelos bebês não podem ser reduzidos a apenas uma área do conhecimento. Diante dessa necessidade, instituiu-se a clínica interdisciplinar em estimulação precoce, com foco na criança que apresenta problemas em seu desenvolvimento e constituição psíquica.

#### *2.4 Exercícios de Estimulação Precoce*

De acordo com Herren & Herren (1986), a criança com necessidades especiais, induz uma série de conflitos em seus pais, como uma ferida narcísica e culpa por não ter uma criança conforme os modelos culturais de um bebê sadio. Causando assim sentimentos conflituosos entre proteção e rejeição, agressividade e amor. A estimulação psicomotora pode desempenhar um papel muito importante na relação entre pais e filhos com deficiência, ajudando o adulto a descobrir um diálogo e a inserir um jogo de expressões mímicas vocais e verbais.

Pode-se então estabelecer um primeiro contato caloroso com um lactente, a seguir pegá-lo para prosseguir o exame de modo um pouco mais sistemático. Ele se encadeará, se for oportuno com uma avaliação psicomotora que permitirá precisar melhor as necessidades da criança (Herren & Herren, 1986, p. 40).

Herren & Herren (1986, pp. 44, 48, 54, 55, 56, 66, 67) desenvolveram exercícios de estimulação psicomotora com crianças em diversas faixas etárias de 4 a 15 meses aproximadamente (ver apêndice B):

- 1) Com o bebê deitado de costas, apresentá-lo um aro suspenso no fio para atrair-lhe a atenção e controlar sua coordenação ocular; aproximar o aro ou o chocalho à mão da criança; o brinquedo pode ser apresentado contra a face dorsal dos dedos, provocando a abertura da mão. Alternando as duas mãos, poderá verificar a predominância de um lado sobre o outro em agilidade ou em atividade.
- 2) Continuando a criança deitada de costas; passar as mãos à volta da cintura e ombros e erguê-la; ela participa encurvando-se e trazendo a cabeça para frente.
- 3) Estando a criança em *decúbito dorsal*<sup>6</sup>; provoca-se a perseguição ocular e a rotação da cabeça lateralmente, com a ajuda de um chocalho; ao mesmo tempo, a perna esquerda é trazida flexionada sobre a perna direita; a criança rola sobre o lado direito.

---

<sup>6</sup> Barriga voltada para cima.

- 4) A criança nessa idade, começa a distinguir rostos estranhos, ao tirá-la de seu berço ou cadeira, o diálogo já pode ser iniciado; chamamo-la por seu nome, escondendo-nos atrás dela, colocamos um lenço sobre seus olhos para brincar de “cadê?...achou” (permanência do objeto).
- 5) A criança rola sobre o lado e termina de bruços; porém, desta vez, o estímulo já não desencadeia apenas a perseguição ocular, mas também a coordenação olho-mão; a criança estende a mão para o brinquedo que ela percebe; depois, em sua perseguição, torna a encontrar-se de lado; a seguir de bruços.
- 6) A criança é colocada de costas para você, segura pelos quadris e sob o peito, sempre voltada para o espelho; deixá-la inclinar-se à frente, depois incitá-la a erguer-se com pouco de ajuda, se necessário.
- 7) A criança sentada; sustentá-la um pouco, se ainda não se mantiver sozinha, mas deixando-lhe as mãos livres; apresentar um chocalho ou brinquedo à altura dos olhos na linha mediana e fazê-lo desaparecer, ora para a direita, ora para a esquerda; aproximar o brinquedo de uma das mãos para a outra, variar as direções para que a criança tente agarrá-lo.
- 8) Coloca-se a criança sentada sobre os joelhos do operador ou de bruços no chão; objetos variados são colocados diante dela, um a um; a criança esforça-se para agarrá-los, adaptando pouco a pouco sua técnica que, da raspagem, progredirá para a preensão fina.
- 9) Imitações: de gestos, palmas, marionetes, mímicas e sons.

- 10) Conhecimento do corpo: esta conscientização pode ser completada com o jogo de esconder e mostrar algumas partes do corpo mais acessíveis à criança (orelhas, pés, mãos, olhos, cabelos); as cantigas de roda acompanhadas de palminhas, a enumeração de partes do rosto, os bichinhos que passeiam sobre o corpo serão também amplamente utilizados e sempre muito apreciados e aguardados pelas crianças.
- 11) A criança está de bruços; incitá-la a pegar um brinquedo colocado levemente fora de seu alcance, dobrando-lhe ao mesmo tempo uma perna sob o corpo; ela se projeta à frente, apoiando-se sobre o joelho e sobre os cotovelos.
- 12) Ajudar a criança a colocar-se em posição quadrúpede e manter-lhe os pés entre os joelhos do operador para que não tente sentar-se entre os calcanhares; apresentar-lhe um brinquedo, que ela procura pegar ajoelhando-se e esticando os braços; o espelho é útil para controlar o movimento e para que a criança se observe.

### *2.5 Exercícios utilizados na Fisioterapia*

Para uma melhor visualização do trabalho interdisciplinar mostraremos a seguir como são feitos os procedimentos da Fisioterapia de acordo com Borges (s.d. p. 68).

#### Método BOBATH:

- O Tratamento Neuroevolutivo foi desenvolvido em 1943 por Karel e Berta Bobath.
- É baseado no reconhecimento de dois fatores: interferência na maturação normal do cérebro pela lesão, levando a um atraso no desenvolvimento motor;

presença de padrões anormais de postura e de movimento, resultantes do *tônus postural anormal*.

- Objetivos: inibir os padrões de atividade reflexiva anormal e facilitar padrões motores mais normais como uma preparação para maior variedade de habilidades funcionais; transferir as experiências desenvolvidas nas sessões de tratamento para as atividades diárias.
- Técnicas utilizadas: *pontos chaves* (partes do corpo que podem controlar e modificar os padrões de postura e movimento em outras áreas do corpo); *co-contracção* (contração simultânea de musculatura *agonista*<sup>7</sup> e *antagonista*<sup>8</sup>); *inibição dos padrões patológicos e da movimentação inadequada*; *facilitação dos movimentos funcionais*; *técnicas de propriocepção e estimulação tátil*.

Borges (s.d. pp. 69, 70, 71) demonstra alguns exercícios do método Bobath:

- 1) Extensão da cabeça: elevar a cabeça estando em *posição de prono*<sup>9</sup>, sentado e em pé.
- 2) Membros Superiores: abdução do polegar com o braço em rotação externa facilitando a abertura dos dedos, o punho deve estar estendido.
- 3) Pernas e pélvis: flexão das pernas favorece a *abdução externa*<sup>10</sup> assim como a *dorsiflexão*<sup>11</sup>.

---

<sup>7</sup> Contrair a favor do movimento;

<sup>8</sup> Contrário ao movimento.

<sup>9</sup> Deitado de barriga para baixo;

<sup>10</sup> Movimento da extremidade afastando-se da linha média;

<sup>11</sup> Flexão do pé que ocorre na articulação *tibio-tarsica*;

- 4) *Prono*: cabeça levantada, braços estendidos acima da cabeça, espinha estendida facilita a extensão de quadris e pernas; cabeça levantada com braços estendidos em *abdução horizontal* facilita a extensão da espinha dorsal, abertura dos dedos e *abdução* das pernas.
- 5) Sentada: pressionando o esterno e conseqüentemente *fletido*<sup>12</sup> a espinha dorsal inibe a *retração*<sup>13</sup> de pescoço e ombro e traz a cabeça e braços para o controle de cabeça e o alcança para frente com os braços.

Segundo Braga & Júnior (2008, p.1), o Método Sarah “integra a equipe multidisciplinar e a família, com o intuito de que encontrem caminhos para facilitar a aprendizagem e os processos específicos de neurodesenvolvimento da criança ou do adolescente, tomando como base motivações, capacidades e interesses individuais em seu contexto familiar”. É um tratamento que permite a “desmedicalização” da criança, fazendo da mãe um agente específico de saúde.

Para Braga & Júnior (2008, pp. 3-8), esse método possui cinco princípios básicos dentre eles:

- 1) Criar um programa individualizado apropriado ao estágio de desenvolvimento específico da criança, que seja lúdico, usando materiais simples e integrando atividades de diferentes especialidades em uma mesma tarefa facilitando a aprendizagem.

---

<sup>12</sup> Dobradura de uma articulação;

<sup>13</sup> Movimento de extensão, forma um ângulo convexo dos ombros.

- 2) Desenvolver um programa fundamentado em objetivos viáveis e realistas, baseado no prognóstico motor, neuropsicológico e na capacidade de comunicação da criança.
- 3) Garantir a integração da família, da criança e dos membros da equipe de reabilitação.
- 4) Contextualizar o programa do desenvolvimento e integrar a criança ou adolescente à comunidade.
- 5) Dar suporte à família com grupos de apoio e reuniões informativas sobre o problema da criança.

Braga & Júnior (2008, pp. 19, 20, 24, 26, 34), demonstram alguns exercícios utilizados no método Sarah, dentre eles (ver apêndice B):

- 1) Equilíbrio cervical na *posição prona*: posicione a criança na posição *prona*, coloque um rolo sob seu abdômen para facilitar a elevação da cabeça. À medida que houver melhor equilíbrio, incentive o apoio em antebraço e elevação do tronco. Motive a criança a buscar estímulos visuais e auditivos durante a atividade.
- 2) Equilíbrio cervical com apoio adicional: posiciona a criança na posição *prona*, sobre uma superfície firme. Apóie sua testa e sustente parte do peso da cabeça com as mãos, permitindo que ela ajude no movimento. Coloque um rolo sob o seu abdômen ou deite-a sob o seu colo para facilitar o movimento e ajudar a aceitação da posição. Motive-a a levantar a cabeça, movendo brinquedos à sua

frente, ou ainda, realizando sons fora de seu alcance visual, estimulando-a a localizá-los.

- 3) Rolar utilizando os membros inferiores: com a criança na *posição supina*<sup>14</sup>, ajude-a a iniciar o rolar, fletindo uma de suas pernas e impulsionando-a sobre a outra, utilizando estímulos visuais e auditivos.
- 4) Arrastar: pode-se ajudar a criança a aprender a se arrastar na *posição prona* flexionando um dos seus membros inferiores, o que confere o apoio necessário para que ela impulsiona o corpo através da extensão da perna fletida. A criança completa o movimento utilizando os braços para puxar o corpo.
- 5) Equilíbrio de tronco usando o rolo: inicialmente, a criança deve sentar-se com apoio e ser incentivada a utilizar os braços em reações de apoio anterior e lateral até conquistar o equilíbrio do corpo. O tamanho do rolo deve ser ajustado para que a criança mantenha os pés elevados do chão. Por segurança, pode-se apoiar a pélvis da criança no início. O uso de espelho à frente dela pode auxiliá-la a corrigir seu corpo diante dos desequilíbrios.

---

<sup>14</sup> Deitado de barriga para cima;

## Capítulo 3 – A Pesquisa

### *3.1 Metodologia*

Para Descartes (1979, citado em Guerra & Carvalho, 2005) o conceito de método seria o único caminho legítimo que conduziria à descoberta de verdades consideradas permanentes, irretorquíveis e fecundas.

Bogdan e Biklen (1982, citados em Ludke & André, 1999), afirmam que a pesquisa qualitativa é obtida por meio de dados descritivos e no contato do pesquisador com seu estudo, além de destacar mais o processo do que o produto, preocupando-se em reproduzir a perspectiva dos participantes. Esses autores discutem a pesquisa qualitativa, apresentando cinco características básicas, quais sejam:

- 1- a pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como sua fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento. Todo estudo qualitativo é também naturalístico;
- 2- os dados coletados são predominantemente descritivos; o material obtido nessas pesquisas é rico em descrições de pessoas, situações e acontecimentos;
- 3- a preocupação com o processo é muito maior do que com o produto;
- 4- nesses estudos há sempre uma tentativa de capturar a “perspectiva dos participantes”, isto é, a maneira como os informantes encaram as questões que estão sendo focalizadas;

5- os pesquisadores não se preocupam em buscar evidências que comprovem hipóteses definidas antes do início dos estudos (Bogdan e Biklen, 1982, citados em Ludke & André, 1999, pp. 11, 12, 13).

Para Ludke & André (1999, p. 18), o estudo qualitativo “é o que se desenvolve numa situação natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada”.

O estudo de caso é um estudo de um caso, seja ele simples ou específico. O caso é sempre bem delimitado, devendo ter seus contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. O caso pode ser similar a outros, mas é ao mesmo tempo distinto, pois tem um interesse próprio, singular (Ludke & André, 1999, p. 17).

Os estudos de caso propõem descobertas, enfatizando a “interpretação em contexto”, retratando a realidade de maneira “completa e profunda”, utilizando diversas fontes de informação em linguagem acessível, revelando “experiência vicária” e “generalizações naturalísticas”, por último, representam pontos de vista distintos e às vezes conflitantes presentes em situações sociais (Ludke & André, 1999, pp. 18, 19, 20).

Uma vez delimitados os elementos-chave e os contornos aproximados do problema, o pesquisador pode proceder à coleta sistemática de informações, utilizando instrumentos mais ou menos estruturados, técnicas mais ou menos variadas, sua escolha sendo determinada pelas características próprias do objeto estudado. [...] A seleção de aspectos mais relevantes e a determinação do recorte é,

pois, crucial para atingir os propósitos do estudo de caso e para chegar a uma compreensão mais completa da situação estudada (Ludke & André, 1999, p. 22).

Sobre a categorização, Bardin (1977, p. 145) afirma que “as categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão das características comuns destes elementos”. A classificação, portanto, é realizada agrupando-se os elementos em comum.

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, é de citar em primeiro lugar a análise por categorias; cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais atualizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou a análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples (Bardin, 1977, p.199).

A presente pesquisa contou com a participação de três crianças, com um e três anos de idade, atendidas em grupo por uma equipe composta por três estagiárias, na clínica de psicanálise infantil do CENFOR. O projeto de pesquisa, em que se esclarecem os objetivos e procedimentos adotados, foi submetido ao Comitê de Bioética do UniCEUB: processo CAAE – 0003/09. Após sua aprovação, em março de 2009, iniciou-se a pesquisa com as crianças. Os responsáveis pelas crianças que participaram dos atendimentos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido nos termos do Apêndice A.

A metodologia consiste em três etapas: exame de prontuários, atendimento aos sujeitos da pesquisa e análise de dados qualitativos.

Na primeira etapa, procedeu-se à identificação dos prontuários correspondentes aos participantes da pesquisa e à coleta de dados relativos a identificação, histórico, anamnese e relatórios de atendimentos realizados no período de 15 de agosto a 28 de novembro de 2008. Nessa coleta de dados, especial atenção foi dedicada aos elementos que evidenciam determinadas condições psicofísicas dos sujeitos, no que concerne a suas habilidades motoras e cognitivas.

Os participantes da pesquisa foram atendidos em treze encontros, com periodicidade semanal e duração de 50 min. cada, ao longo do primeiro semestre do ano de 2009, em que se utilizaram técnicas de fisioterapia e ludoterapia e recursos materiais: bolas, piscina de bolinha, chocalho, pandeiro, chapéu, andador, brinquedos musicais, bonecas, carrinho, fantoches, brinquedos de montar e de encaixar, músicas infantis, desenhos coloridos, papel, giz de cera, fita crepe, colchonete, almofadas.

A pesquisa foi realizada no Centro de Formação do Psicólogo – CENFOR, do UniCEUB, localizado no Setor Comercial Sul, Brasília – DF, na sala especialmente destinada ao atendimento de crianças, medindo aproximadamente 10m<sup>2</sup> e contando com equipamento de ar condicionado (o que permite que as janelas permaneçam fechadas durante o atendimento), mesas e cadeiras apropriadas para o uso infantil, tapete, colchão e brinquedos (guardados em um *closet* com porta) e espelho unilateral por meio do qual os atendimentos podem ser observados pela professora orientadora, na sala de observação contígua, dotada de aparelhagem de som para a captação do áudio.

Os três sujeitos participantes da pesquisa foram selecionados pelo critério de, dentre as diversas crianças atendidas no CENFOR, serem aquelas que apresentavam maior

comprometimento psicomotor e maior assiduidade às sessões de estimulação precoce. Um desses sujeitos havia desistido do atendimento em outubro de 2008, mas retornou em março de 2009, após o início da pesquisa. As crianças foram encaminhadas pela professora que atua na área de Pediatria do curso de Fisioterapia do UniCEUB ao serviço de atendimento em Psicologia do CENFOR, com a finalidade de se complementar o trabalho realizado pela equipe de Fisioterapia — que visa ao desenvolvimento motor —, desenvolvendo-se os aspectos cognitivo, afetivo e relacional daquelas crianças.

A criança mais nova, (G.V.), tem um ano e oito meses de idade e sofreu paralisia cerebral ao nascer, resultando em algumas seqüelas (não anda, fala ou senta sozinha; tem dificuldade em pegar objetos e, quando chegou ao atendimento, não possuía estabilidade do pescoço). A mãe de (G.V.) relatou que a gestação dessa criança foi planejada e desejada; uma vez gestante, submeteu-se a exames pré-natais e não teve qualquer problema; todavia, ganhou peso de forma significativa nesse período. No trabalho de parto, entretanto, ocorreram complicações: a equipe médica do hospital não percebeu que o cordão umbilical se havia enrolado no pescoço do bebê; induziu-se o parto normal e, após algum tempo, havendo-se constatado que este não seria possível, procedeu-se à intervenção cirúrgica (cesariana). Por esse motivo, a criança sofreu anoxia por cerca de vinte minutos.

A segunda criança, (G.B.), com idade de dois anos e dez meses, é portadora de Síndrome de Down. Trata-se de um menino bastante ativo, que tem firmeza no corpo, senta-se, arrasta-se, apresenta movimentos de coordenação (bate palmas, pega objetos), tem boa adaptação social, demonstra afeto e atenção, já tem noção de objeto permanente e compreensão de comandos. Antes de chegar ao atendimento, o menino andava com apoio e apenas balbuciava. No caso de (G.B.), a gravidez não foi planejada, mas foi desejada; embora havendo-se submetido a mãe a exame pré-natal, não se identificou precocemente a Síndrome de Down, que veio a ser

constatada na hora do parto. A mãe de (G.B.) teve pressão alta durante a gravidez e, após o nascimento da criança, sofreu de depressão pós-parto, seguida de acidente vascular cerebral (AVC). Durante a anamnese, ela relatou que se sentiu muito triste, que só chorava e que demorou a aceitar o filho quando soube que ele era portador de uma síndrome. Relatou também que, ao ver o filho pela primeira vez, achou-o parecido com um japonês e ficou receosa quanto à reação do pai da criança.

A terceira criança, (R.H.), é um menino que tem dois anos e nove meses de idade. Apresenta anomalia cromossômica, com 47 pares em seu mapa genético, porém não se conhecem as implicações deste fato em seu comprometimento motor; ele chegou ao atendimento sem andar ou falar; chorava bastante quando a mãe não estava por perto; apresentava dificuldades de interação social; sentava-se, mas não se arrastava no chão; não focava atenção nas pessoas ou objetos e não apresentava expressões faciais. (R.H.) foi, de acordo com a mãe, planejado e bastante desejado. A mãe relatou que a gravidez foi bastante tranqüila, que o parto foi cesáreo, mas sem complicações, e que o médico percebeu que havia algo estranho com o bebê logo após o nascimento. Realizaram-se vários exames após o parto, mas nada se identificou; um ano mais tarde, fizeram-se outros testes e descobriu-se uma alteração cromossômica. A mãe e o pai ficaram muito tristes, mas aceitaram o filho.

A partir desse momento iniciaram-se os atendimentos fisioterápicos destas crianças, e na seqüência foram encaminhados para a psicoterapia com o intuito de trabalhar os ganhos e conquistas acima mencionadas. No próximo capítulo, encontram-se registrados os efeitos que se constataram em consequência das intervenções realizadas com essas crianças e a discussão desses resultados à luz da teoria apresentada.

## Capítulo 4 – Resultados e Discussão

Os dados obtidos com os exames de prontuários e atendimentos realizados no CENFOR foram analisados segundo a proposta de Bogdan e Biklen (1982, citados em Ludke & André, 1999), em que, a pesquisa qualitativa é obtida por meio de dados descritivos e no contato do pesquisador com seu estudo, destacando mais o processo do que o produto e preocupando-se em reproduzir a perspectiva dos participantes.

Segundo Bardin (1977), o agrupamento dos conteúdos significativos em categorias apresenta-se como uma forma de organizar e sintetizar o texto sob análise. A classificação, portanto, é realizada agrupando-se os elementos em comum. Para organizar as informações obtidas foram utilizadas as seguintes categorias: relação das mães com seus filhos; fases do desenvolvimento infantil identificadas por idades; estimulação precoce; parceria entre Psicologia e Fisioterapia; exercícios de estimulação precoce e psicomotricidade.

Em relação à categoria *relação das mães com seus filhos* pôde-se verificar que, no caso das três crianças, todas as mães disseram que seus filhos foram desejados. A mãe de (G.V.), no entanto, relatou durante a anamnese recear que a filha não tenha independência, sendo incapaz, por exemplo, de andar, sentar-se, falar ou de ficar sozinha. No caso de (G.B.), após descobrir que o filho era portador de uma síndrome, a mãe revelou sentir-se muito triste e ter demorado a aceitar o filho, fazendo o seguinte comentário: “ele se parecia com um japonês”, ficando receosa quanto à reação do pai da criança. Os pais de (R.H.) também relataram a sua tristeza ao descobrir que o filho sofre de uma anomalia cromossômica; a mãe mencionou, durante a anamnese, que “aceitaram o filho porque se Deus quis assim, eles tinham que aceitar”. Essas falas das mães confirmam o que Mannoni (1999) e Levin (2005) afirmam sobre a fantasia do filho ideal, ocorrendo a ruptura do filho imaginário ao nascer uma criança com necessidades especiais, sendo

fundamental a elaboração dessa perda e a ressignificação da experiência para que os pais aprofundem o laço de amor com o filho. Corso & Corso (2006) utilizam histórias infantis, como as do Patinho Feio e Dumbo, segundo uma abordagem psicanalítica. Eles escolheram essas histórias para falar da chegada da criança na família e sobre as dificuldades que um bebê enfrenta ao encontrar e construir um lugar no mundo.

Fazendo uma comparação entre as histórias do Patinho Feio e Dumbo, segundo a visão psicanalítica de Corso & Corso (2006), e a relação que as mães das crianças têm com seus filhos, observa-se que pode haver hostilidade mesmo em um ambiente em que o filho é amado. Dentre as três mães, percebe-se que a mãe de (G.B.) é a que mais se preocupa com o que os outros pensam de seu filho, não o deixando ter independência, repreende o menino quando este pratica alguma desordem (como jogar as bolinhas coloridas para fora da piscina), quer controlar todas as suas brincadeiras, não permite que ele próprio pegue a colher para se alimentar (mesmo que ele queira fazê-lo), queixa-se quando o menino demonstra afetividade para com todos à sua volta, sentindo-se preterida. (G.B.) é, dentre as três crianças, a que possui maior independência, pois quando quer fazer uma atividade ou ir atrás de um brinquedo, o faz sozinho, não esperando que as estagiárias lhe proponham algo. Para Aucouturier & Lapierre (1986), o adulto, em sua ansiedade de fazer a criança evoluir para o modelo adulto, tem a tendência de negligenciar, abreviar e até mesmo culpabilizar este período de vivência afetiva do objeto.

Pode-se perceber, por meio dos exames dos prontuários antigos e dos relatórios de atendimento, que duas das três crianças são muito dependentes de suas mães, pois, quando retiradas de seus colos, começam a chorar. (G.V.), desde o início dos atendimentos, chora ao ser afastada da mãe; esse choro tendeu a cessar ao longo dos atendimentos, quando começou a se interessar pelos brinquedos, músicas, atividades e a se acostumar com as estagiárias que a atendiam. No entanto, a partir do terceiro atendimento realizado no primeiro semestre de 2009, a

criança voltou a chorar pelo mesmo motivo acima citado, permanecendo assim até o final das sessões. (R.H.) também chora quando o retiram de perto de sua mãe, porém o choro não persiste, pois logo ele se distrai com as atividades. Trata-se de casos de dependência que se enquadram na proposição de Mannoni (1999), relativa a o filho tornar-se o objeto de um dos pais. Segundo Aucouturier & Lapierre (1986), o que mais frequentemente bloqueia a dinâmica da evolução da criança é a sua dependência, consciente ou inconsciente, do desejo do adulto.

Corso & Corso (2006), afirmam que a modernidade produziu mudanças na mãe e na infância, pois atualmente as crianças demoram mais a tornar-se independentes. A mãe de (G.V.) relata durante os atendimentos sua expectativa de que a filha ande e fale e também sobre os progressos que ela teve; no entanto, (G.V.) é a criança que se apresenta mais dependente. Ao conversar com essa mãe, pôde-se perceber que a menina não tem contato com outras crianças, apenas com a irmã de 9 anos de idade. Recomendou-se que a mãe a levasse a passear em parques ou lugares em que a menina pudesse conhecer outras pessoas e crianças, porém a mãe sempre se esquiva, dizendo que as crianças que moram perto são mais velhas e não querem brincar com a filha, ou então, que os vizinhos têm medo de pegar em sua filha “por ela ser desse jeito”.

Para estimular as crianças, utilizaram-se diversos procedimentos, tais como o toque, o olhar, a interação e a psicoterapeuta exerce a função do *holding*; este também foi utilizado para acolher a criança quando estava chorando. Para Winnicott, citado em Cereli (s.d.), o *holding* é inicialmente uma função materna, onde a mãe deve transmitir ao bebê segurança, confiança, afeto e aconchego, de modo a sustentá-lo para que ele forme uma boa estrutura de personalidade e do próprio ego.

É importante ressaltar que todas as mães estavam bastante interessadas no tratamento de seus filhos. A mãe de (G.B.), no entanto, o retirou do atendimento por volta de outubro de 2008 por motivos pessoais, porém ele retornou em março de 2009. As mães de (G.V.) e (R.H.)

afirmaram estar muito felizes por perceber os progressos de seus filhos. As três crianças são atendidas nos projetos de Psicologia e Fisioterapia do CENFOR e, além dessas atividades, (G.B.) também vai à fonoaudióloga e tem aulas de música. Esses fatos confirmam a proposição de Mannoni (1999), no sentido de que a mãe nunca deixa de lutar pelo seu filho, prosseguindo as consultas e exigindo novos diagnósticos, investigações e tratamentos.

O desenvolvimento motor dessas três crianças, comparado com as fases do desenvolvimento infantil, está bastante comprometido. A categoria *fases do desenvolvimento infantil identificadas por idades* destaca a fase em que cada criança se encontra. A criança mais nova, (G.V.), tem um ano e oito meses de idade; quando chegou para o atendimento, a menina não andava, falava, sentava e não possuía estabilidade no pescoço. A segunda criança, (G.B.), com idade de dois anos e dez meses, já possuía firmeza no corpo, sentava-se, arrastava-se e andava apoiando-se. A terceira criança, (R.H.), é um menino que tem dois anos e nove meses de idade; ele também já conseguia sentar-se sem apoio, arrastava-se, andava com auxílio e não possuía expressões faciais (tristeza, irritação, alegria, etc.), fazendo movimentos estereotipados.

As três crianças apresentaram evolução significativa durante o período de atendimento. (G.V.), por exemplo, já possui estabilidade no pescoço, consegue sentar-se e ficar em pé apoiada, pegar objetos, repete movimentos, observa-se no espelho, balbucia, sorri e consegue virar-se de lado. (G.B.) já consegue levantar-se e andar sem ajuda, sorri, fala algumas palavras, demonstra afetividade (abraça e beija), repete movimentos e obedece a comandos, se reconhece no espelho, já possui coordenação global dinâmica (empilha brinquedos de encaixe, rasga e amassa o papel) e tem noção de objeto permanente. (R.H.) também apresentou os mesmos desenvolvimentos que (G.B.), porém ainda não fala, apenas balbucia e não demonstra afetividade; no entanto, já demonstra reações faciais. Comparando o desenvolvimento destas crianças com a teoria, percebe-

se que duas das três atendidas já possuem noção de objeto permanente, como propõem Piaget & Inhelder (2001), Griffa & Moreno (2001).

O processo de imitação, ao qual se referem Wallon (1995), Piaget (2002), Griffa & Moreno (2001) e Aucouturier & Lapierre (1986), pode ser observado nas três crianças consideradas, que já conseguem repetir os movimentos das estagiárias. Lacan (1998), revela que, nessa fase de imitação, surge o estágio do espelho. Pode-se observar que (G.B.), (G.V) e (R.H.) já se reconhecem no espelho, pois, quando colocados frente a uma superfície reflexiva, observam-se, sorriem e beijam sua imagem refletida. Por exemplo, em uma sessão, a estagiária grudou uma fita crepe na testa de (G.V.), a menina percebeu que tinha algo em sua testa quando viu a sua imagem refletida no espelho e tentou retirar, porém não acertava o local onde estava colada a fita crepe. A partir dos atendimentos, observou-se que (G.B.) e (R.H.) já constroem esquemas de ação para assimilar mentalmente o meio. (R.H.), por exemplo, em uma sessão sentou-se e brincou com um brinquedo em formato de joaninha; ele o pegou, investigou bem o brinquedo, virou-o de cabeça para baixo, encontrou as rodas que ficam embaixo e bateu nelas com as mãos. A estagiária girou as rodas para lhe mostrar como funciona e ele repetiu o movimento algumas vezes, demonstrando atenção e conseguindo assimilar o que vê. Piaget (2002) e Wallon (1995) explicam esses “esquemas de ação” e “reações circulares”.

Percebe-se assim que (G.B.) e (R.H.) já possuem coordenação global dinâmica (empilham e encaixam brinquedos de montar); no entanto, (R.H.) ainda tem dificuldade em encaixá-los adequadamente e muitas vezes, quando não consegue, acaba desistindo. No caso de (G.B.), este já possui facilidade nesse processo, porém, sempre que termina de empilhar os brinquedos, ou quando é a estagiária que os empilha para que ele imite, ao final ele derruba todos os objetos. Segundo Aucouturier & Lapierre (1986), o empilhamento constitui uma das primeiras atividades construtivas da criança, que assim estabelece uma relação espontânea com os objetos.

Griffa & Moreno (2001) descrevem em etapas os principais êxitos motores ao longo do primeiro ano de vida. Por causa de seus comprometimentos psicomotores, essas crianças não se encaixam no desenvolvimento de sua idade. (G.V.) já possui estabilidade no pescoço e volta a cabeça em direção de quem a chama, gosta de tocar e pegar objetos, consegue sentar-se sem apoio, não engatinha, se mantém em pé apoiada, bate os objetos que se encontram em sua mão contra superfícies, já aprendeu o movimento de pinça (unir o polegar ao indicador). Percebe-se então que ela melhor se enquadraria na fase dos sete meses. Nos casos de (G.B.) e (R.H.), eles já conseguem sentar-se, arrastar-se e andar, permanecem na posição ereta sem ajuda e conseguem fazer movimentos de pinça, ou seja, estariam na fase dos doze meses.

Essas crianças, apesar de estarem com atraso no desenvolvimento psicomotor, obtiveram mudanças sutis durante o tratamento. As três estão desenvolvendo a afetividade e o relacionamento social, pois embora chorando elas conseguem interagir com as estagiárias e também entre si. (G.B.) dá abraços e beijos em (G.V.) e nas estagiárias; (G.V.) costuma despedir-se acenando com a mão e, em algumas sessões, ela olhava para (R.H.), balbuciava como se estivesse se comunicando com ele e também pegava nele (nos pés, mãos e cabeça). (R.H.) ainda não demonstrou interação com as outras crianças, apenas sorri em alguns momentos e sempre acena com a mão ao despedir-se. Este menino foi o que mais evoluiu, pois no início não se interessava por nenhum brinquedo e gostava de ficar parado, distraído e fazendo movimentos estereotipados. Com o avanço do tratamento, ele olha para as estagiárias, brinca com a maioria dos brinquedos que lhe são oferecidos, dança e de vez em quando balbucia.

Em relação às categorias *estimulação precoce* e *parceria entre Psicologia e Fisioterapia*, pode-se inferir que os estímulos realizados com a estimulação precoce, juntamente com os exercícios da Fisioterapia, ajudaram no desenvolvimento psicomotor dessas crianças, eis que, apesar de continuarem com comprometimento nessa área, em comparação ao modo como

antes se encontravam, percebe-se ter havido um avanço decorrente do tratamento. É importante que a criança seja estimulada desde cedo, seja ela portadora de deficiência ou não, pois, como afirma Jerusalinsky (2002), muitas vezes não se sabe ao certo se ela apresenta algum problema orgânico; a intervenção dirige-se ao bebê e não à patologia e, quanto mais cedo ocorrer uma intervenção clínica com o paciente com dificuldades, maior será a plasticidade de seu aparelho neurológico em formação.

A estimulação precoce, além de ajudar no desenvolvimento cognitivo, motor, afetivo e social da criança, também auxilia os pais a lidar com as necessidades de seus filhos. Coriat (1997) revela que alguns pais têm dificuldades em tratar seus filhos portadores de necessidades especiais como o fariam se eles tivessem nascido sem nenhuma patologia, pois não conseguem elaborar a sua dor. Para Jerusalinsky (2002), é necessário que um “Outro não anônimo” (sendo este um dos pais ou o terapeuta) suponha um sujeito no bebê. Aucouturier & Lapierre (1986) observam que a primeira relação da criança com o mundo é uma relação afetiva que passa pelo contato e tensões tônicas de seu corpo com o outro e com o objeto, gerando prazer ou desprazer.

A parceria entre as disciplinas acima citadas surgiu quando os bebês, que vinham sendo atendidos pela professora responsável pela Fisioterapia Pediátrica e estagiários a ela vinculados, foram encaminhados ao atendimento psicológico. Evidenciou-se, então, o interesse em se integrarem, no âmbito do CENFOR, duas áreas de estudo e atendimento, com o apoio da referida professora e da mestra orientadora do estágio em Psicanálise Infantil. Dessa forma iniciou-se a parceria entre a Fisioterapia e Psicologia no trabalho psicomotor e de estimulação daquelas crianças. A realização do trabalho integrado em questão promove a saúde dos pacientes, favorecendo o desenvolvimento de seus melhores potenciais, ao tempo em que enriquece o estudo e a pesquisa nessa área. O atendimento interdisciplinar permitiu estabelecer um olhar e uma escuta clínica mais apurados na detecção dos primeiros sinais que despertam alerta quanto a

possíveis danos no desenvolvimento do bebê e, além disso, possibilitou a criação de condições favoráveis para a constituição do sujeito antes do estabelecimento de um quadro patológico, eis que uma intervenção posterior, após a estabilização do desenvolvimento neurológico da criança, seria muito mais limitada. Como afirma Jerusalinsky (2002), a clínica interdisciplinar é importante, pois possibilita a interlocução entre as disciplinas, uma vez que os problemas apresentados pelo bebê não se reduzem a uma única área do conhecimento. De acordo com Braga & Júnior (2008), o Método Sarah integra a equipe multidisciplinar e a família, facilitando a aprendizagem e os processos de neurodesenvolvimento da criança. Na questão relativa ao modo de atuação do terapeuta, Aucouturier & Lapierre (1986) afirmam que este deve confiar em sua espontaneidade, liquidar progressivamente a transferência que ocorre em uma sessão terapêutica, de modo a tirar de si essa carga afetiva e a projetá-la sobre o mundo, para o exterior, fazendo com que a criança se torne independente.

A última categoria, *exercícios de estimulação precoce e psicomotricidade*, demonstra os estímulos realizados durante os atendimentos. A estimulação é feita por meio do trabalho lúdico e por outros procedimentos, tais como: andar e brincar com a criança; incentivá-la a sentar-se, rolar, ficar em pé, dançar, emitir sons (balbúcio), em resposta a estímulos diversos; etc.. Durante os atendimentos foram utilizados materiais, como descritos anteriormente, que facilitam o trabalho psicomotor e despertam no bebê o interesse pelo mundo externo, facilitando a saída da dependência. Dessa maneira, espera-se que se desenvolvam os sentidos de visão, audição e tato, bem assim os processos cognitivos. Segundo Jerusalinsky (2002), essa exposição possibilita ao bebê “a representação do mundo que o rodeia”. Para De Mers & Staes (1991), as técnicas de psicomotricidade vão trabalhar o esquema corporal, lateralidade, estruturação espacial e orientação temporal da criança. Aucouturier & Lapierre (1986) identificam o modo como se

estabelece a originalidade da abordagem psicomotora e como esta se diferencia de outras terapias.

Herren & Herren (1986) desenvolveram diversos exercícios de estimulação psicomotora. Alguns desses exercícios foram utilizados nos atendimentos, com adaptações, como evidenciam os seguintes exemplos. Exercício 1: apresentava-se à criança algum brinquedo de seu maior interesse, observando sempre para onde a criança olhava e também qual a predominância da mão que buscava o objeto (se utilizava mais a mão direita ou a esquerda). Exercício 4: realizava-se a brincadeira de esconder um objeto (o brinquedo de interesse era escondido embaixo de um pano ou atrás de uma almofada) e esperava-se que a criança o procurasse; ou então, escondia-se o rosto da criança com um pano para brincar de “cadê?...achou”. Esse exercício era utilizado para descobrir se a criança já tem noção de objeto permanente. O exercício nº 9 consistia na realização de diversos gestos, mímicas, palmas e danças, com o intuito de que a criança os imitasse.

Além dos exercícios descritos por Herren & Herren (1986), utilizaram-se todos os recursos acima citados. O objetivo consistia em brincar com a criança, mostrar-lhe diferentes brinquedos, com diversas cores e formas, fazendo com que ela se interessasse. A utilização de músicas e brinquedos com sons foi importante, pois fazia as crianças se movimentarem. Por exemplo, tanto (G.V.) quanto (G.B.) gostavam muito de escutar a canção dos 5 patinhos da Xuxa. (G.V.), toda vez que escutava essa música infantil, parava de chorar para prestar atenção. Já (G.B.) sempre cantava o refrão. A outra criança, (R.H.), também gostava dos brinquedos que emitem sons; o pandeiro era o seu preferido e nele batucava com a mão, sozinho ou imitando a estagiária; quando colocado para caminhar, ia sempre em direção ao som.

Percebe-se que alguns exercícios utilizados na Fisioterapia são semelhantes aos exercícios de estimulação precoce. Por exemplo, os exercícios de nºs 3 e 4 da Fisioterapia assemelham-se aos exercícios de estimulação nºs 5 e 11, ou seja, há uma complementação no

desenvolvimento da criança com essa interdisciplinaridade. Segundo Braga & Júnior (2008) o Método Sarah cria um programa apropriado ao estágio de desenvolvimento da criança, lúdico e capaz de integrar atividades de diferentes especialidades em uma mesma tarefa, facilitando a aprendizagem. No caso da intervenção feita pela Psicologia a ênfase maior é nas relações afetivas e o que se pode obter pelo toque, pelo olhar e pelo carinho.

Assim busca-se colocar o sujeito em atividade com o mundo à sua volta. Mesmo que haja uma certa dificuldade, tanto da mãe como do pai, para aceitar a condição de seu filho e acolhê-lo como tal, com todos os investimentos necessários para o “vir a ser” desta criança, o trabalho da estimulação precoce visa este sujeito lá na frente, o sujeito em desenvolvimento, o sujeito desejante, o sujeito que, mesmo com limitações poderá encarar a vida.

### **Considerações Finais**

A técnica de estimulação precoce, utilizada em um trabalho interdisciplinar envolvendo psicólogos e fisioterapeutas, pode-se dizer que produziu resultados positivos: as três crianças atendidas apresentaram progressos em seu desenvolvimento psicomotor. Entretanto, uma das crianças, apesar de achar-se em um estágio mais avançado que as demais, foi a que menos evoluiu em um período de dez meses. A diferença pode ser atribuída ao fato de esse paciente ter faltado a diversos atendimentos. Pode-se inferir que a utilização dessa técnica, associada às práticas de fisioterapia, foi importante no desenvolvimento dos aspectos cognitivo, afetivo, motor e relacional dessas pessoas.

Uma criança que apresenta dificuldades motoras necessita de estímulos direcionados que irão contribuir no processo de crescimento, amadurecimento e desenvolvimento dos seus melhores potenciais. A estimulação precoce é um procedimento especializado e direcionado a bebês e crianças com risco ou atraso no desenvolvimento global. Sua importância é fundamental, pois possibilita dar suporte ao bebê em seu processo inicial de intercâmbio com o meio, bem como auxiliar seus pais no exercício das funções parentais, fortalecendo os vínculos familiares. Sendo assim, quanto antes a criança iniciar o atendimento em estimulação precoce, maiores serão as contribuições no sentido de aprimorar suas habilidades motoras, afetivas e cognitivas.

Ao cabo de treze sessões de estimulação precoce, constatou-se efetivo desenvolvimento cognitivo e psicomotor das crianças, destacando-se a evolução individual dos pacientes em virtude do trabalho interdisciplinar realizado, o que evidencia a eficácia do procedimento adotado. A interdisciplinaridade é bastante conhecida, porém na prática pouco se vê de concreto. Em Fisioterapia trabalhou-se o movimento, proporcionando à criança todas as aquisições motoras de que ela necessita para o seu desenvolvimento. Por sua vez, a Psicologia, apesar de considerar o

funcionamento conjunto dos aspectos motor, cognitivo e afetivo, dedicou-se mais à compreensão dos dois últimos fatores, daí a importância de se combinar o trabalho dessas duas ciências. Os resultados ora obtidos deverão, entretanto, ser – ou não – confirmados por novas pesquisas, de maior amplitude.

A presente monografia abordou o tema da estimulação precoce em razão da experiência de estágio em Psicanálise Infantil realizada no segundo semestre de 2008. Além de conhecer uma nova técnica, foi para a pesquisadora uma rica experiência participar de um trabalho integrado entre duas profissões. Por meio da pesquisa de diversos artigos e livros relacionados a esse tema pôde a pesquisadora aprofundar seus conhecimentos nessa área, despertando assim o interesse em futuros trabalhos relacionados à estimulação de crianças.

Esse trabalho contribuiu de forma significativa para a formação de psicólogos graduandos no UniCEUB, promovendo um crescimento pessoal e incrementando a tolerância do futuro profissional a frustrações. Embora se tenha a expectativa de que o trabalho de estimulação precoce irá contribuir para o desenvolvimento infantil, o *feedback* não é imediato. Ainda assim, cada avanço experienciado pela criança promove uma vivência gratificante para o terapeuta. A interação bastante próxima entre as duas áreas de conhecimento em questão enriqueceu a formação dos futuros profissionais, oferecendo-lhes uma visão mais global da criança em atendimento, além de possibilitar aos pais uma visão mais clara sobre o desenvolvimento dos filhos, conscientizando-os acerca da importância de continuarem, em casa, o trabalho de estimulação.

Um outro aspecto que esse trabalho deixou claro é em relação à importância do papel do psicólogo clínico frente às situações problemáticas da criança com necessidades especiais. Este tipo de intervenção irá influenciar no futuro de uma criança no seio de uma sociedade que precisa aprender a reconhecê-la como sujeito.

### Referências Bibliográficas

Ariés, P. (1981). *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC.

Aucouturier, B. & Lapierre, A. (1986). *Bruno: psicomotricidade e terapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. 3ª ed. Portugal: Edições 70.

Borges, M. B. S. (s.d.). *Fisioterapia Neuropediátrica*. In: Apostila elaborada pela Professora Mestra em Neurodesenvolvimento Infantil. Universidade Católica de Brasília.

Braga, L. W. & Júnior, A. C. P. (2008). *Método Sarah: Reabilitação baseada na família e no contexto da criança com lesão cerebral*. São Paulo: Santos.

Brasil (1980). *Sociedade Brasileira de Psicomotricidade (SBTP)*. Disponível em [www.psicomotricidade.com.br/asociedade.htm](http://www.psicomotricidade.com.br/asociedade.htm). Acesso em 08 abr. 2009.

Celeri, E. H. R. V. (s.d.). A mãe devotada e seu bebê. *Revista Viver Mente e Cérebro*. 5, 28-39. São Paulo: Duetto.

Coriat, E. (1997). *Psicanálise e clínica de bebês*. Porto Alegre: Artes e Ofícios.

Corso, D. L. & Corso, M. (2006). *Fadas no Divã: Psicanálise das Histórias Infantis*. 31-40. Porto Alegre: Artmed.

Costallat, D. M. (1981). *Psicomotricidade: a coordenação visuo-motora e dinâmica manual da criança infradotada, método de avaliação e exercitação gradual básica*. 1-6. Porto Alegre: Globo.

De Mers, A. & Staes, L. (1991). *Psicomotricidade – educação e reeducação*. São Paulo: Manole.

Griffa, M.C. & Moreno, J. E. (2001). *Chaves para a psicologia do desenvolvimento: Vida pré-natal, etapas da infância*. São Paulo: Paulinas.

Herren, H. & Herren, M. P. (1986). *A estimulação psicomotora precoce*. Porto Alegre: Artes Médicas.

I Congresso Internacional de Psicanálise e suas Conexões, (1998). *Trata-se uma criança*. Rio de Janeiro: Eletrônica.

Jerusalinsky, J. (2001). Quando o que se antecipa é o fracasso: prevenção secundária e estimulação precoce. In: Camarotti, M. C. *Atendimento ao bebê: uma abordagem interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o futuro não vem: psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês*. Salvador: Álgama.

Lacan, J. (1998). *Escritos*. RJ: Jorge Zahar.

Levin, E. (2005). *Clínica e educação com as crianças do outro espelho*. Petrópolis: Vozes.

Ludke, M. & André, M. E. D. A. (1999) *Pesquisa em educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU.

Mannoni, M. (1999). *A criança retardada e a mãe*. São Paulo: Martins Fontes.

Piaget, J. (2002). *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Piaget, J. & Inhelder, B. (2001). *A psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Bertrand.

Postman, N. (1999). *O desaparecimento da infância*. Rio de Janeiro: Graphia.

Wallon, H. (1995). *A evolução psicológica da criança*. Lisboa: Edições 70.

**Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Esta é uma pesquisa desenvolvida pela aluna de graduação em Psicologia, Thaís Costa Carvalho Pereira, do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, e tem como finalidade fazer um estudo sobre o desenvolvimento psicomotor de bebês com necessidades especiais.

O estudo faz parte da disciplina de Monografia, como trabalho de conclusão de curso, exigido para a obtenção do grau de bacharel em psicologia, a pesquisa será realizada pela aluna acima citada e terá a supervisão, orientação e acompanhamento constante da professora orientadora mestra Ciomara Schneider. A presente pesquisa tem por finalidade complementar estudos realizados anteriormente sobre a estimulação precoce em crianças com faixa etária entre um e três anos que possuem necessidades especiais. O trabalho com esses bebês foi fundamentado no conceito de estimulação precoce, fazendo-os interagir entre si, montar e desmontar objetos, pôr e tirar, empilhar, enfiar, arrastar, empurrar, imitar, movimentar-se, ouvir música, obedecer a comandos e estimularem-se visualmente.

Não há riscos aparentes nessa pesquisa. Caso a criança ou os pais se sintam constrangidos ou desconfortáveis, a pesquisa poderá ser interrompida. As crianças poderão ser beneficiadas com o desenvolvimento de seus potenciais. Participam do atendimento, três estagiárias de psicologia que permanecem no interior da sala de atendimento e a professora supervisora do estágio, que permanece na sala de observação podendo dali ausentar-se.

A metodologia da pesquisa consiste em três etapas: exame de prontuários, atendimento aos sujeitos da pesquisa e análise de dados. O atendimento aos participantes da pesquisa se dará em aproximadamente 10 encontros, com periodicidade semanal e duração de 50 min. cada, em que se utilizarão técnicas de fisioterapia e ludoterapia, utilizando-se recursos tais como: bolas, piscina de bolinha, chocalho, pandeiro, chapéu, andador, brinquedos musicais, bonecas, carrinho, fantoches, brinquedos de montar e de encaixar, músicas infantis, desenhos coloridos, papel, giz de cera, fita crepe, colchonete, almofadas. Não haverá ressarcimento das despesas decorrentes da participação na pesquisa, pois esta será realizada durante o atendimento psicanalítico no qual não há custo financeiro para os responsáveis, e as crianças se beneficiarão dos atendimentos.

Sendo assim, você está sendo convidado a participar desta pesquisa, voluntariamente, e a sua contribuição se dará por meio dos atendimentos dos bebês no CENFOR com a aluna pesquisadora.

Você tem a livre escolha de participar dessa pesquisa e poderá recusar em continuar participando dela a qualquer momento, isto não trará qualquer tipo de penalização ou prejuízo para a conclusão do trabalho. Afirmando que

será mantido o total sigilo, omitindo-se qualquer informação que possa vir a lhe identificar, inclusive seu nome, local de trabalho, endereço e o nome de pessoas que, porventura, venha a ser citado. Somente a orientadora terá conhecimento dos dados durante a fase de elaboração da pesquisa. A monografia poderá ser viabilizada para o público, entretanto os seus dados pessoais, bem como as informações que você não queira que sejam divulgadas, mas que queira compartilhar com a pesquisadora, serão mantidos sob sigilo.

Qualquer dúvida, ou se desejar alguma informação sobre a pesquisa o telefone da pesquisadora do projeto, do comitê de bioética do UniCEUB e, se necessário o telefone da professora orientadora estará disponível.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos critérios da ética em pesquisa, nenhum dos procedimentos recomendado pelo CEP/UniCEUB oferecerá risco à sua dignidade.

Sendo assim, solicito o seu consentimento de forma livre e esclarecida para participar desta pesquisa:

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Tendo em vista as declarações apresentadas, concordo em participar deste estudo de forma livre e esclarecida.

Brasília, de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Nome do Participante da Pesquisa

---

Assinatura do Participante da Pesquisa

Contatos:

Pesquisadora: Thaís Costa Carvalho Pereira - Telefone: (61) 8153-9441

Professora Orientadora: Ciomara Schneider - Telefone: (61) 8405-2140

CEP-UniCEUB - Telefone 3340-1363 – Email [comite.bioetica@uniceub.br](mailto:comite.bioetica@uniceub.br).

## **Apêndice B – Exercícios de Estimulação e Fisioterapia**

### Exercícios de Estimulação Precoce

#### Exercício 1



Figura 1

#### Exercício 2

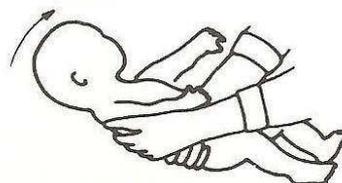


Figura 2

#### Exercício 3

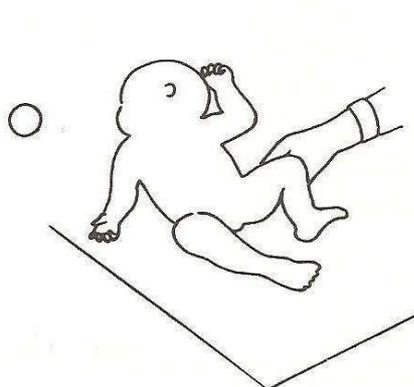


Figura 3

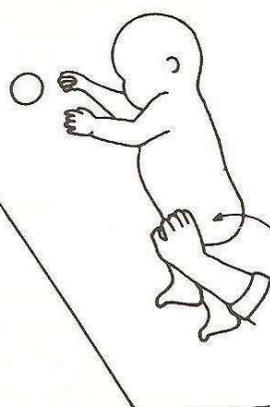


Figura 4

#### Exercício 5

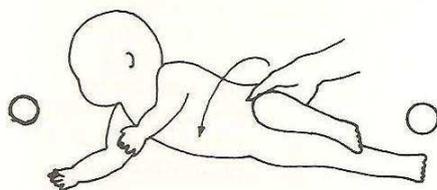


Figura 5

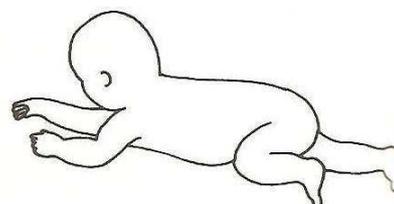


Figura 6

### Exercício 6

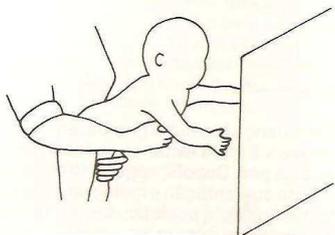


Figura 7

### Exercício 7

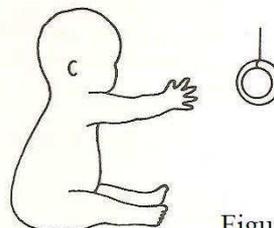


Figura 8

### Exercício 11

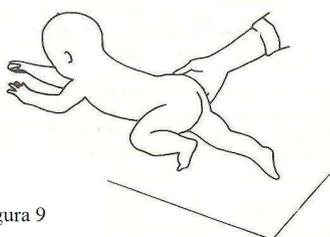


Figura 9

### Exercício 12

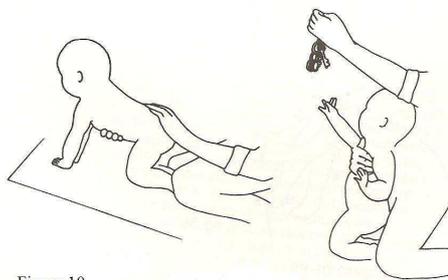


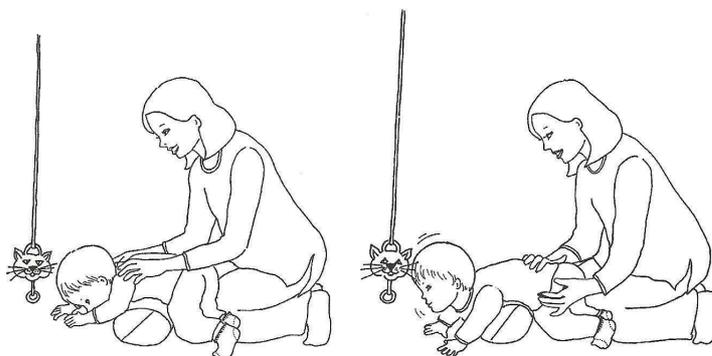
Figura 10

Figura 11

## Exercícios de Fisioterapia

### Exercício 1

Figura 1



### Exercício 2

Figura 2



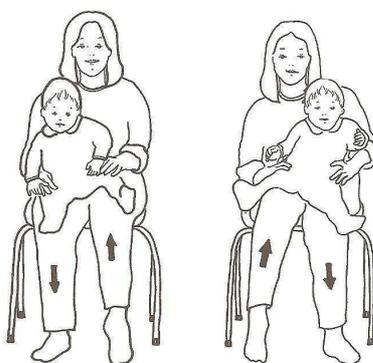
### Exercício 3

Figura 3



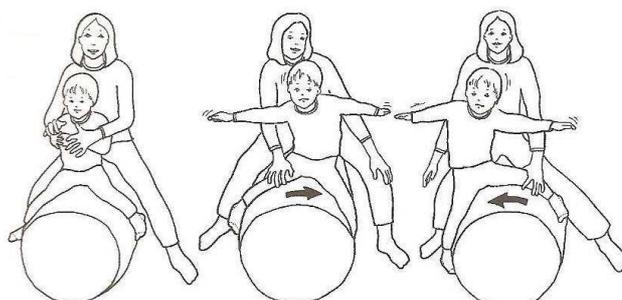
### Exercício 4

Figura 4



### Exercício 5

Figura 5



**Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UniCEUB**