

RESUMO

Crianças com deficiência física apresentam aparência física diferente, movimentos não usuais e formas alternativas de comunicação. O sujeito se fará presente na clínica com e por meio dessas especificidades. Diante destas, este artigo busca discutir a clínica de crianças nos casos de deficiência física congênita. Na primeira parte, ilustram-se quatro casos clínicos. Na segunda, discute-se a presença de equipamentos, a manifestação do corpo e o uso da deficiência pelo sujeito. Na terceira, apontam-se alguns manejos clínicos que perpassam um trabalho de luto, no sentido de apropriação simbólica da deficiência. Concluindo, aponta-se a importância da prevenção.

Descritores: *deficiente físico; clínica psicanalítica; psicoterapia da criança.*

CONTRIBUIÇÕES PSICANALÍTICAS PARA A CLÍNICA DE CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA CONGÊNITA¹

Diego Rodrigues Silva
Eliana Herzberg

DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v23i2p262-278>.

A deficiência física é definida por uma “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física” (Brasil, 2004, s/p.). Enquanto quadro clínico, abarca diferentes apresentações, mas excluem-se do conceito as deformidades estéticas que não produzem dificuldades no desempenho das funções. Segundo Takatori et al. (2007), a aparência física diferente, os movimentos não usuais e as formas alternativas de comunicação são exemplos das idiosincrasias dessas crianças. Tratam-se

■ Psicanalista. Doutorando do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

■ Professora e pesquisadora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

de corpos que atraem a atenção para o inesperado e o “estranho”, capturando o olhar, desviando-o dos demais atributos do paciente, criando, às vezes, outros que não pertencem a ele. “A criança com deficiência coloca-nos, continuamente, diante do desafio de exercitar nosso olhar para além daquilo que nos é socialmente dado como familiar e de encontrar, nas diferenças, a singularidade de cada sujeito” (p. 96). Para os autores, os efeitos dessa ausência do olhar para o sujeito serão vistos na clínica, seja de alguém que considera que tudo o que faz “é feio” até o que não se reconhece como sujeito.

Dessa breve apresentação encontramos exemplos de temas pertinentes a essas crianças, também passíveis de se apresentarem em outras sem deficiência, mas que, de alguma forma, se colocam como questão dadas as especificidades do quadro. Nos termos de Brauer (1998, p. 58), cabe ao psicanalista verificar a possível ocorrência da “pseudodeficiência do deficiente”, o que se sobrepõe à deficiência real. Se o corpo alterado é uma marca presente em todos os casos, a forma como cada sujeito toma e responde a essa questão será singular. É nessa articulação que este artigo se insere – no modo pelo qual a deficiência dialoga com o sujeito e como tal quadro se apresenta no contexto clínico. Como já apontava Freud (1914/1996):

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

Propomos, assim, que a deficiência não irá incidir diretamente sobre o sujeito, mas o sujeito incidirá diretamente sobre a deficiência, se fará expressar por esta. Assim, de um lado, há as especificidades orgânicas como os movimentos involuntários, as dificuldades funcionais etc. e, de outro, as idiosincrasias dos usos do sujeito sobre o corpo e a deficiência. No primeiro, é possível questionar de que forma propor um brincar que favoreça

o atendimento, como compreender e receber as expressões dessas crianças e em que lugar situar a deficiência. No segundo, como discriminar o que pertence ao aparato orgânico e o que diz respeito ao sujeito e como reconhecê-lo, mesmo diante das diferenças que o corpo alterado da deficiência traz consigo.

Desde já cabe apontar que não se trata de construir uma clínica especializada: é do sujeito que se trata, e o sujeito não faz distinção de condição física. Assim, trata-se de elencar as especificidades desses casos e verificar se estas podem incidir sobre a atuação do analista. Ainda, discutir como ele pode manejar e direcionar seu tratamento diante dessas características.

Desse modo, este artigo tem por objetivo discutir a clínica de crianças nos casos de deficiência física congênita, partindo da psicanálise para tecer articulações. Este trabalho se justifica não apenas pela escassa literatura sobre o tema, mas pela possibilidade de tornar mais avisado o clínico que depara com estes casos e mostrar a ele os possíveis alcances de suas intervenções, inclusive no quadro final de uma deficiência.

Casos da literatura

Levin (2001) é um dos poucos exemplos de apresentação e discussão de atendimentos de crianças com deficiência física congênita. Em sua

obra, oferece quatro vinhetas clínicas que permitem ilustrar a temática. Ainda que se tratem de atendimentos em psicomotricidade, a psicanálise atravessa o autor, tanto na teoria e na técnica quanto na direção do tratamento em direção ao sujeito, sendo exemplos pertinentes para uma discussão clínica. Ademais, não foram encontrados outros trabalhos que evidenciassem as especificidades de tais casos, como faz o autor. Sendo assim, nesta primeira parte, apresentaremos os casos, para, na segunda, retirar destes elementos para a discussão e, então, fazer proposições clínicas na terceira parte.

O caso de Laura trata da supervisão de uma paciente sem uma das mãos por conta de prejuízos no desenvolvimento, ainda que fosse possível observar a falange do dedo polegar. Levin (2001) destaca que a mãe da criança insistia para a filha a necessidade do uso de uma prótese para que não se notasse a deficiência (esta especificação é importante), o que a menina recusava. O motivo estava apoiado no isolamento que os pais se impuseram desde o nascimento da criança. Do lado desta, desenvolvia-se bem em relação à deficiência, se mostrava “viva e criativa” (p. 139), apenas às vezes tentava ocultar a mão comprometida. Partindo de que se tratava de uma mão diferente (e não de uma ausência de mão, de fato), desenvolveram-se desenhos marcando o contorno das mãos e as intervenções da profissional permitiram que a criança

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

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

O terceiro é Ignacio, nascido com um cisto pós-encefálico detectado aos dois anos que acarretou uma hemiparesia, prejudicando os membros esquerdos. Os pais relatam que o menino fazia tudo com a mão direita, apresentava dificuldades nas atividades diárias, era inseguro e desajeitado,

assim como possuía dificuldades motoras como subir escadas, segurar o lápis etc. Citam que as pessoas próximas se afastaram, fazendo que o menino se isolasse e ficasse bastante dependente da presença dos pais. Durante as sessões, na ausência da mãe, brincava, mas evitando incluir braço e perna esquerdos em seus movimentos, gerando uma desorganização postural. “Essa curiosa postura tornava a motricidade muito mais desarmônica e desajeitada, e a falta de jeito desequilibrava o menino, prejudicando-o e agravando as dispraxias” (Levin, 2001, p. 146-147).

Em uma sessão, como frequentemente ocorria, ambos lutavam usando espada e escudo (demandando o uso de ambas as mãos) e o menino sugeriu que Levin também possuísse um “lado ruim” (Levin, 2001, p. 148), o que este entendeu, de fato, encarnando e encenando as dificuldades de Ignacio. Como resultado, o psicomotricista notou menor dificuldade e menos quedas durante o atendimento. Ao final, os pais relataram não falar sobre a deficiência com o filho, esperando apenas que este melhorasse para que não fracassasse na escola que estava em vias de ingressar.

A última vinheta trata da supervisão de Federico. O menino apresentava diagnóstico de paralisia cerebral (devido à anoxia no nascimento) e psicose. Não falava, nem brincava e apresentava sialorreia. De vez em quando caminhava, mas, na maioria das vezes, engatinhava ou se arrastava. Se mostrava sempre agitado e desorganizado. A profissional que atendia a criança referiu a impossibilidade de organizar uma brincadeira cênica, ainda que a criança demonstrasse interesse em pegar uma bola. No entanto, quando a pegava, sua desorganização piorava. Durante as sessões demonstrava grande dificuldade psicomotora, se lançando nos objetos sem considerar obstáculos e manuseando-os sem conseguir brincar (lançando, derrubando). Com o tempo, no passar da sessão, a desorganização se agravava. Havia um gozo motor não limitado, assim, delimitando a brincadeira, retirando objetos da sala para outra sala, as intervenções puderam capturar Federico em uma brincadeira cênica organizada. Sua motricidade se organizava melhor para buscar os objetos e, nesse momento, não expelia saliva.

Particulares da deficiência física

Os quatro casos permitem levantar questões pertinentes às crianças com deficiência física no *setting* clínico. O caso Laura ilustra a presença dos equipamentos que frequentemente acompanham essas crianças. Existem cadeiras de rodas, muletas, andadores e bengalas, também próteses de mãos, pés, braços e pernas. Assim como equipamentos outros, tal como aparelhos para respirar e sondas. A presença desses objetos insere duas questões, bem descritas por Lawlor e Elliot (2012): crianças que usam cadeira de rodas a descrevem como uma extensão de seu corpo físico, assim como a órtese torna a deficiência facilmente visível e identificável. Estendendo para as demais próteses/órteses – ainda que guardando a proporção das diferenças existentes – tratam-se de objetos acoplados ao corpo e que remetem diretamente a uma deficiência, visto que não são usados por qualquer pessoa.

O primeiro ponto já havia sido trabalhado por Schilder (1950/1980), de modo que roupas, acessórios e instrumentos se somam à imagem corporal. Nesse sentido, por essa perspectiva, são objetos que realmente se colocam como extensões do corpo, o modificando quando alterados. Uma órtese/prótese não demanda apenas uma adaptação prática para seu uso, mas uma apropriação em sua imagem corporal e uma apropriação simbólica, visto que, como parte de seu corpo, não escapa à rede significante do Outro.

Quanto ao segundo ponto, sabe-se que a imagem corporal está atrelada ao corpo e ao eu (Levin, 1997), de modo que o primeiro, sendo uma construção sobre o segundo, fornece imagens ao terceiro. Apontamos aqui a articulação de Lacan (1986):

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

A proposta de Lacan (1949/1988) é de apontar para os mecanismos de identificação a partir de imagens na formação do eu. Não apenas a identificação, mas o efeito de assumir essa imagem. Como dito, os equipamentos citados são objetos que remetem diretamente à deficiência ou, ainda, em determinados casos, que evidenciam uma deficiência que de outra forma não seria vista. Alguém que usa uma prótese de perna sobre a roupa não evidencia sua deficiência, é apenas sendo visto com ela que há esse efeito de identificação com o lugar de deficiente e os possíveis “desconfortos sociais” subjacentes, como

indicam Gálvez, Godoy e Lagos (2010). Encontram-se, aqui, relações entre imagens e significados. Nessa linha, Amaral (1994) descreve que, fruto de sua história, a deficiência está atrelada aos animais fantásticos, como Saci-Pererê e Curupira, tal como a um sofrimento obrigatório e ao castigo (Livneh, 1982). Esses são alguns exemplos de significantes que permeiam o laço social e podem se somar aos do sujeito, em sua organização simbólica, principalmente diante dos objetos que remetem à deficiência. Entretanto, vale apontar que tais identificações estão atreladas a lugares de resto e de exclusão, ao menos se forem tomados estes sentidos tal como circulam no laço. Vão inclusive na direção do que não é humano, visto que escapam às formas convencionais. Talvez, nesta proposta de interpretação pela via do imaginário, se encontre uma ferramenta de compreensão clínica para a “a pseudodeficiência do deficiente” citada, mesmo para além da presença desses equipamentos, mas das identificações advindas de se ver com um “corpo deficiente”.

Assim, o caso Laura mostra como a prótese pode ganhar diferentes significações para a criança. No relato, se tratava da marca de uma vergonha: uma mão falsa para que não fosse vista a mão real em sua deformidade. A prótese não se apresentava para auxiliar a criança, mas para atender a uma dificuldade da mãe em expor sua diferença, sendo desarticulada e

desnecessária à menina, não havendo motivos para usá-la.

O caso Cristóbal insere a questão da presença do corpo alterado na clínica. Levin (2001) utiliza o conceito de *corpo fractal* para tratar deste irrompimento de expressões do real do corpo.

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

Trata-se de um momento em que a atenção do sujeito se volta mais para o órgão do que para si, estreitando o simbólico e o imaginário. O órgão, nessa condição, não estabelece laço social, não representa nada para ninguém, ainda que o sujeito possa se identificar a este órgão-imagem, sendo todo-grito, grito-espasmo (Levin, 2001). Representado e reconhecido enquanto objeto-coisa-estranha, atrai o olhar pela curiosidade e pela repulsa, não um olhar para si, mas para seu corpo, o que poderia explicar nossa fala a respeito do olhar sobre o corpo da pessoa com deficiência.

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

O risco é evidente, tanto para o eu quanto para a constituição de um sujeito. A ausência do simbólico e imaginário devido às manifestações do corpo próprias às deficiências físicas podem trazer prejuízos, restringindo o sujeito ao corpo enquanto fato, sem desdobramentos, sem enlaçá-lo em um discurso. Além de se restringirem às capacidades da criança, suas possibilidades de expressão são diminuídas e perdem sua função de ser para o Outro (Dolto, 1984/2015). Assim, o caso de Cristóbal demonstra o efeito da intervenção, inclusive nas dificuldades de sua deficiência.

A partir de Ignacio adentramos nessa relação, discutindo a apropriação do sujeito sobre a deficiência. Os movimentos e expressões da criança são marcados pela passagem do Outro. Os movimentos produzidos pela criança – sejam eles involuntários, malogrados, cruzados com outros ou imperfeitos em sua execução – seguem essa mesma lógica. Desse modo, um membro atrofiado, por exemplo, não é apenas efeito dos danos neurológicos que levam a contrações desordenadas/desnecessárias, mas é a forma final de uma imagem corporal marcada por um estilo singular que ganha tal forma no momento de sua execução, sendo dependente do aparato orgânico para se expressar. “As pulsões que emanam do substrato biológico estruturado sob forma de esquema corporal só podem efetivamente passar para a expressão no fantasma, assim como na relação transferencial, através da imagem do corpo” (Dolto, 1984/2015, p. 28).

Como afirmam Levin, Garbarz, Sykuler, Brukman e Sued (1998) o sujeito utiliza o corpo, ou seja, há “um uso” e um “para além do uso” (p. 98, nota de rodapé). Este último mostra o corpo usado a favor do trabalho do significante do Outro, no modo como este vem encenar lugares, dada as significações que foram atribuídas ao sujeito e para como cada parte de seu corpo foi investida libidinalmente para algum propósito. Os autores discutem como essas expressões do sujeito pelo corpo se entrelaçam aos prejuízos neurológicos existentes, dificultando a distinção da etiologia de cada traço do quadro. Ressaltam que sintomas como instabilidade, traços estereotipados,

alterações na gestualidade, dentre outros, expressam o dano ocasionado pela lesão orgânica, mas os momentos em que surgem se associam a situações específicas ou em jogos, se somando ao modo pelo qual a criança se apresenta. Esta se situa diante de si mesma a partir do modo como é olhada, tocada, desejada, construindo uma imagem. “Esta imagem está ligada às significações que o déficit orgânico adquire para seus pais, já que os remete ao seu próprio narcisismo, à sua própria imagem corporal” (p. 101).

Tal proposta abre para as possibilidades de um olhar, mesmo sobre a deficiência. Onde se via a expressão de um dano neurológico é possível recuperar o sujeito ali onde se expressa. No caso de Ignacio, havia uma dificuldade por parte do menino de incluir a hemiplegia (no caso, os membros, tal como eram em seu real orgânico) no cenário simbólico de suas representações, bem como a demanda de negar a paralisia demandava grande esforço, contrariamente, paralisando-o.

Tanto no caso de Ignacio quanto no de Federico encontram-se relatos de “piora” do quadro da deficiência em situações específicas. No primeiro, os membros de um lado do corpo eram ignorados e, no segundo, no exemplo de capturar a bola, se desorganizava e não conseguia. Há claramente uma diferença estrutural que deve ser considerada, inclusive ilustrando como esses danos secundários à deficiência pela apropriação do corpo pelo sujeito podem se manifestar em uma estrutura neurótica e psicótica. Para um, há um prejuízo cênico, a montagem do corpo para o movimento se torna prejudicada e para o outro, a desorganização psíquica leva a um uso desorientado do corpo. O ponto é que, em ambos os casos, a imagem corporal e seus respectivos projetos motores desencadeavam outros prejuízos. O atendimento clínico permitiu discriminar o que era pertinente ao corpo orgânico lesionado e o que dizia respeito ao sujeito, sendo uma distinção clínica importante, visto que abre para intervenções que escapam ao campo das fisioterapias e terapias ocupacionais, por exemplo. Assim, trata-se de identificar o estilo de cada sujeito, das imagens que permeiam as posturas, de como a identificação a essas imagens não apenas leva a assumir uma postura, mas também a uma forma de se posicionar mediante o Outro e que estes elementos se aplicam a um corpo com danos orgânicos que enviesam de formas específicas a expressão final.

Propostas clínicas

Diante das especificidades que se apresentam na clínica dessas crianças, são feitas algumas propostas. Como afirma Levin (2001), não é possível curar a doença orgânica, mas é possível resgatar o sujeito. “A nossa proposta será, em parte, achar

um modo de suportar essa morte, gerando a vida na cena, sustentando-se no desejo de encontrar o sujeito-criança em cada reflexo, em cada reação tônica-motora ou em cada grito” (p. 209). A direção do psicanalista parece seguir esse caminho. No entanto, para isso, é preciso que o clínico sustente uma postura. Lidar com o estranho em si de modo a poder reconhecer ali um sujeito, dando consistência às expressões da criança, transformando reflexos em gestos, gritos como voz e à musculatura um diálogo tônico enunciado pelo sujeito. É necessário que o sujeito exista no clínico, para que possa antecipar sobre a criança.

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

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

A clínica pode investigar e incidir sobre as identificações e significações atreladas à deficiência. Mediante as identificações que inibem o sujeito e suas expressões, as intervenções podem furar esse imaginário e abrir para a incidência do simbólico mesmo com a presença obscena do corpo que impele para um movimento contrário. Uma das vias possíveis é o luto (Levin, 1997, 2001). Cabe uma ressalva antes desse desenvolvimento. Há toda uma linha psicológica que situa o problema dessa população em termos de “luto do corpo saudável perdido”, como em Gascón, Santos, Capitão, Fantine-Nogueira e Oliveira (2013). A proposta é a de que todos compartilhariam um ideal genérico de corpo que estaria perdido nos casos de deficiência física, demandando um

luto. O que tratamos aqui difere dessa perspectiva e serve de apontamento para os atendimentos e pesquisas que trabalham nessa linha. Em se tratando de crianças com deficiência física congênita não há campo saudável anterior, como se vê nos casos de deficiências adquiridas. Assim, prontamente não pode haver luto por algo que não foi perdido. E, como apontamos anteriormente, não se pode considerar que a imagem corporal e as identificações do eu de uma pessoa com deficiência sejam os modelos de perfeição midiáticos e genéricos. O que compreendemos pela necessidade de fazer o luto aponta para outro lugar:

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

O luto, nessa proposta, tem como objetivo criar algo sobre o impossível, sobre o real. Importante diferenciarmos o impossível para o sujeito do impossível de fato. Pouco importa aqui se a criança terá acesso a intervenções que melhorem seu quadro em algum momento da vida, estamos apontando para o que, no momento, para aquele sujeito, se encontra como impossível e, enquanto tal, requer um trabalho de

apropriação e atribuição de sentido pelo sujeito. O pressuposto dessa proposta clínica se encontra em supor que, nestes casos, a deficiência se coloca em termos traumáticos (de ausência de sentido). E, para que não se crie um ponto de dificuldade, de obstrução do sujeito e do uso do corpo (como vimos nos casos clínicos), esse trabalho de luto é necessário. Sem tal processo, “estaria sempre latente o risco de a criança armar sua identidade, identificando-se na sua incapacidade, fazendo sua a patologia, como traço que a designa, em correspondência biunívoca com o aspecto patológico” (Levin, 2001, p. 239). Para que possa ocorrer na criança, é preciso que se dê uma elaboração do luto nos pais, dado que são estes quem fornecem a imagem formadora do eu da criança, ainda que seu uso seja singular. Assim como a linguagem auxilia nesse trabalho, também o brincar permite delimitar e contextualizar o problema. Por esta via é possível simbolizar a deficiência, situando-a em um espaço ficcional. Se pode fazê-lo, é porque pode se diferenciar da patologia, brincando de colocá-la no outro, em um objeto, saindo do *ser* a lesão para o *ter* a lesão, trilhando um caminho do trágico para o dramático.

Destacamos a importância do brincar para esses casos. Ainda que possam haver limitações para o brincar (Figueiredo, Souza & Silva, 2016; Takatori et al., 2007) seus ganhos no desenvolvimento tanto físico quanto psíquico podem ser observados nas diferentes clínicas. Para o psicanalista, já habituado ao uso do brincar, basta que considere as especificidades das deficiências citadas.

O uso dos desenhos também se mostra como uma ferramenta útil e presente em grande parte da literatura que trata de crianças com deficiência física, principalmente o desenho da figura humana (Silva & Herzberg, 2017). No entanto, cabem algumas ressalvas. Ajuriaguerra (1983) indica que esse recurso é uma tarefa complexa em que se conjugam inteligência, maturidade motora e afetiva e adaptação social e emocional ao ambiente. Ainda que tenha uma boa fidedignidade à complexidade da relação do sujeito com seu corpo, corre o risco de ser impreciso. Afirma, assim, que os métodos de base psicanalítica têm

trazido avanços para essa avaliação por sua observação, pelas atividades motoras, pela interpretação do ato e da relação pais-criança. Ainda que o desenho seja fruto do desenvolvimento conceitual, não pode ser tomado apenas pelo aspecto formal, visto que também revela conteúdos inconscientes importantes. A conclusão do autor se aproxima da nossa, no sentido de que o desenho – para além de sua forma e detalhes anatômicos – somado à observação, inquérito e interpretação permitem uma compreensão interessante, ao menos em relação às articulações entre corpo e sujeito. Mesmo que existam dificuldades motoras e traços que não representem o que buscavam, trata-se de uma expressão do sujeito.

A falta de destreza e domínio prático-motor não impede que se realize esta verdadeira cena de escrita. Nesse sentido, a criança se antecipa mentalmente (simbolicamente) à possibilidade efetiva e eficaz de seu controle prático-manual. Este ato singular de escrita não figurativa delimita, no próprio momento em que se inscreve, uma presença em ato irrepetível do sujeito. (Levin, 1997, p. 51)

O lugar dos pais nesse tratamento também é necessário, principalmente pelo modo como concebem a deficiência e a significam para a criança. Para Mannoni (1963-1967/1999) essa significação será preponderante para a compreensão das formas singulares pelas quais o sujeito se posicionará diante da deficiência. A participação dos pais se faz ainda mais fundamental

se forem considerados os primeiros anos da criança, visto que estes podem se encontrar em meio a embates narcísicos, excesso de informações sobre diagnóstico e prognóstico e dificuldades de ordem prática, como os novos cuidados a esta criança (Bernardino, 2007). Dessa forma, não apenas por via interventiva, seria interessante ofertar a esses pais, nos momentos iniciais com o bebê, tanto um espaço de escuta quanto de avaliação de como se encontram, se existem dificuldades, se o lugar da criança é prejudicado e o modo como podem operar as funções parentais.

Considerações finais

Este artigo teve por objetivo discutir a clínica de crianças nos casos de deficiência física congênita. Partimos da hipótese de que especificidades do quadro da deficiência poderiam atravessar o atendimento dessas crianças, assim como a forma de se colocarem para o sujeito. Destas, citamos o uso de próteses, órteses e equipamentos e movimentos involuntários da criança. A partir de tais características propomos algumas articulações clínicas para o sujeito, como os processos de identificação a um lugar de deficiente que traria desdobramentos, principalmente considerando o lugar que a deficiência adquire no laço social. Por fim, encontramos na atuação do analista efeitos inclusive no corpo e

na deficiência, partindo da concepção de apropriação e uso do corpo pelo sujeito na expressão de suas questões.

Considerando a discussão e inspirados pelas pesquisas atuais (Lerner & Kupfer, 2008), mediante os riscos, propomos a prevenção ou, dito de outro modo, concebemos e apontamos para as possibilidades de redução de danos existentes e potenciais. Como atuar para que o sujeito não traga maiores prejuízos ao corpo e à deficiência, ou mesmo, seria possível que trouxesse ganhos? Como manejar os casos em que existem dificuldades relacionadas à deficiência do lado dos pais e no modo como se relacionam com estas crianças? Como evitar que tais dificuldades configurem obstáculo à constituição subjetiva? Tratam-se de questões que não puderam ser respondidas e permanecem para as pesquisas futuras.

Assim, vale frisar que este movimento não busca antecipar problemas, mas avisar sobre sua incidência e possibilidade de ocorrência, para que se possa compreender e se posicionar de modo a minimizar danos e aumentar as possibilidades do sujeito. Como afirmam Jerusalinsky e Laznik (2011), quanto mais sujeito e psiquismo prevalecem, quanto maior a articulação simbólica disponível, menores são os automatismos mentais e orgânicos.

Na discussão proposta pareceu inevitável deixar de abordar a questão do corpo e da imagem corporal, visto que a deficiência física se insere justamente nesse ponto, não apenas por seus danos orgânicos, mas pela imagem que dá a ver ao outro. A problemática parece estar nas reações a essa imagem, ou, dito de outra forma, aos modos pelo qual cada sujeito se vê sendo visto deficiente. Esta estrutura poderia ser apurada da discussão e que permite considerar a variabilidade de sentidos que cada um pode atribuir. A ressalva quanto à ênfase do artigo sobre o corpo busca salientar que a criança com deficiência física pode apresentar questões em relação aos mais diferentes aspectos de sua vida, no entanto – e devido ao objetivo deste artigo – os que tangem ao corpo foram ressaltados e discutidos. No entanto, talvez caiba considerar que seja essa a única especificidade que justifique a discussão diferenciada que empregamos.

Enfatizou-se a deficiência neste artigo, mas, cumprido seu objetivo, o psicanalista deve atentar para não repetir o movimento social e de muitas literaturas em considerar previamente a deficiência como um problema. Ainda que seja preciso levar em conta os obstáculos e balizas por onde trilha o sujeito que se enuncia em cada sessão, sua palavra é preponderante, seja em sua fala, suas produções, seus movimentos não usuais ou sua postura.

PSYCHOANALYTIC CONTRIBUTIONS TO THE CLINIC OF CHILDREN WITH
CONGENITAL PHYSICAL DISABILITIES

ABSTRACT

Children with physical disabilities have a different physical appearance, unusual movements, and alternative forms of communication. The subject will be present in the clinic with and through these specificities. This article aims at discussing the clinic of children in cases of congenital physical disability. Firstly, four clinical cases are illustrated. Secondly, the presence of equipment, body manifestation, and the use of the disability by the subject are discussed. Finally, we pointed out clinical management procedures that go through a work of grief, towards a symbolic appropriation of disability. As conclusion, we point out the importance of prevention.

Index terms: *physically disabled; psychoanalytic clinic; child psychotherapy.*

CONTRIBUCIONES PSICOANALÍTICAS A LA CLÍNICA DE NIÑOS CON
DISCAPACIDAD FÍSICA CONGÉNITA

RESUMEN

Los niños con discapacidad física presentan un aspecto físico diferente, movimientos no comunes y formas alternativas de comunicación. El sujeto se hará presente en la clínica con y por medio de estas especificidades. Este artículo busca discutir la clínica de niños en los casos de discapacidad física congénita. En la primera parte se ilustran cuatro casos clínicos. En la segunda se discuten la presencia de equipos, la manifestación del cuerpo y el uso de la discapacidad por el sujeto. En la tercera se apuntan manejos clínicos que pasan por un trabajo de luto, en el sentido de apropiación simbólica de la discapacidad. Por último, se concluye con la importancia de la prevención.

Palabras clave: *discapacidad física; clínica psicoanalítica; psicoterapia infantil.*

REFERÊNCIAS

- Ajuriaguerra, J. (1983). *Manual de psiquiatria infantil*. São Paulo, SP, Masson.
- Amaral, L. A. (1994). Corpo desviante/Olhar perplexo. *Psicologia USP*, 5(1/2), 245-268.
DOI: 10.1590/S1678-51771994000100016
- Brasil. (2004). *Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004*. Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de <https://bit.ly/1rGG00G>

- Bernardino, L. M. F. (2007). A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. *Estilos da Clínica*, 12(22), 48-67.
- Brauer, J. F. (1998). O sujeito e a deficiência. *Estilos da Clínica*, 3(5), 56-62.
- Dolto, F. (2015). *A imagem inconsciente do corpo* (3a ed.). São Paulo, SP: Perspectiva. (Trabalho original publicado em 1984)
- Figueiredo, B. A., Souza, D. S., & Silva, Â. C. D. (2016). O brincar de crianças com deficiência física. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 27(1), 29-35. DOI: 10.1590/S1678-51771994000100016
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: a história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos* (J. Salomão, trad., Vol. XIV; pp. 81-108). Rio de Janeiro, RJ: Imago. (Texto original publicado em 1914)
- Gálvez, L., M., Godoy, L. M., & Lagos, F. A. (2010). Construcción de significados de experiencia del cuerpo en personas con situación de discapacidad física adquirida. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, (10), 73-85. DOI: 10.5354/0719-5346.2010.10562
- Gascón, M. R. P., Santos, R. F., Capitão, C. G., Fantine-Nogueira, M. C. & Oliveira, A. C. P. (2013). Um corpo que perde o sentido: uma leitura psicanalítica dos pacientes com paraparesia espástica tropical. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 16(1), 33-48.
- Jerusalinsky, A., & Laznik, M. C. (2011). Uma discussão com a neurociência. A. Jerusalinsky & S. Fendrik (Orgs.), *O livro negro da psicopatologia contemporânea* (pp. 73-91). São Paulo, SP: Via Lettera.
- Lacan, J. (1998). O estágio do espelho como formador da função do eu tal como nos é relevada na experiência psicanalítica. In *Escritos* (pp. 96-103). Rio de Janeiro, RJ: Zahar. (Trabalho original publicado em 1949)
- Lacan, J. (1986). *O seminário, livro 1: os escritos técnicos de Freud, 1953-1954*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Lawlor, M. C., & Elliot, M. L. (2012). Physical disability and body image in children. In T. F. Cash (Ed.), *Encyclopedia of body image and human appearance* (Vol. 2, pp. 650-656). Los Angeles, CA: Elsevier. DOI: 10.1016/B978-0-12-384925-0.00102-4
- Lerner, R., & Kupfer, M. C. M. (Orgs.). (2008). *Psicanálise com crianças: clínica e pesquisa*. São Paulo, SP: Escuta.
- Levin, E. (1997). *A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes.
- Levin, E. (2001). *A função do filho: espelhos e labirintos da infância*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Levin, E., Garbarz, J., Sykuler, C., Brukman, S., & Sued, R. (1998). Terapia psicomotora em crianças com patologia de desenvolvimento. In A. Jerusalinsky (Org.). *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar* (pp. 97-106). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Livneh, H. (1982). On the origins of negative attitudes toward people with disabilities. *Rehabilitation Literature*, 43(11-12), 338-347.

- Mannoni, M. (1999). *A criança, sua "doença" e os outros*. São Paulo, SP: Via Lettera. (Trabalho original publicado em 1963-1967)
- Schilder, P. (1980). *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo, SP: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1950)
- Silva, D. R., & Herzberg, E. (2017). Desenho da figura humana: avaliação da imagem corporal na deficiência física. *Avaliação Psicológica*, 16(1), 106-115. DOI: 10.15689/ap.2017.1601.12
- Takatori, M., Bomtempo, E., Pereira, F. S. D., Lin, L. W., Bansi, L. O., & Correia, R. L. (2007). O lúdico no atendimento de crianças com deficiência: uma reflexão sobre a produção cultural na infância. *Estilos da Clínica*, 12(23), 90-107. DOI: 10.11606/issn.1981-1624.v12i23p90-107

NOTA

1. Este trabalho é parte da dissertação de mestrado do primeiro autor sob orientação da segunda autora no Programa de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Agradecimentos a Daniel Pequeno e Carmen Alvarez pela tradução dos resumos.

silva.diego@usp.br
Rua Coronel Ferreira Leal, 108/9
05589-090 – São Paulo – SP – Brasil.

ehertzber@usp.br
Av. Prof. Mello Moraes, 1721/Bloco F
05508-030 – São Paulo – SP – Brasil.

*Recebido em outubro/2017.
Aceito em fevereiro/2018.*