



**Universidade de Brasília  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação**

**Educação Precoce e a constituição do sujeito: o avesso do  
especialista**

Daniela de Lima Campos

Brasília  
2016



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO**

## **Educação Precoce e a constituição do sujeito: o avesso do especialista**

Daniela de Lima Campos

Dissertação apresentada no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Educação, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Neves Legnani.

Brasília  
2016

## **Daniela de Lima Campos**

### **Educação Precoce e a constituição do sujeito: o avesso do especialista**

Dissertação apresentada no Programa de Pós Graduação Stricto Sensu em Educação, da Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Viviane Neves Legnani.

#### **BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Viviane Neves Legnani.

Universidade de Brasília – Presidente da banca

---

Profa. Dra. Inês Catão Henriques Ferreira

Professor Colaborador

Área da Criança e do Adolescente Faculdade de Medicina – UnB

---

Profa. Dra. Sandra Francesca C. de Almeida

Universidade Católica de Brasília

Em memória,  
Vó Leide, vô Jacks,  
Vó Lia e vô Bilo

## AGRADECIMENTOS

A minha encantadora orientadora Viviane Neves Legnani quem de forma fantástica transformou esse trabalho em uma jornada psicanalítica.

A Secretária de Estado de Educação do Distrito Federal pelo apoio à dedicação exclusiva à educação.

A Faculdade de Educação da Universidade de Brasília representada por sua comunidade docente que encanta meu olhar em especial a professora Fátima Vidal por ser sempre uma inspiração.

As equipes de Educação Precoce do Distrito Federal que me proporcionaram a imensa alegria em trabalhar na infância e para a infância.

A Inês Catão e Sandra Francesca por sua generosidade e orientações iluminadas de sentido.

A minha Mami e meu Papi por me proporcionarem uma infância cheia de aventuras e descobertas. Com vocês voei os mais belos lugares em um país para além das maravilhas.

Aos meus irmãos Monca e Nuno companheiros de tantas aventuras, entre mares, florestas, desertos, caixas de mudanças e roupas na lavanderia. Com vocês vivi um mundo encantado.

Aos meus sobrinhos Ninna, Lipe, Caio, Ana Mel, Samuel e Lucas por terem tanta luz e brilho capazes de transformarem o mundo com seus sorrisos.

A Helô, Clodo, Pedro e João que me fizeram ir além. Um amor capaz de transformar meus caminhos sempre retirando os obstáculos e iluminando o horizonte.

A minha mais profunda aventura de descoberta a psicanálise.

### Maternidade Coletiva

A

vocêsé devido duplo afeto,duplo amor,dupla gratidão  
Por serem mães de seus próprios filhos  
E ampliem o círculo da maternidade,  
Acolhendo, na profissão e no coração,  
Uma infinidade de crianças  
Para lhes dar o direito de ser filhos, de ser crianças,  
de ser cidadãos.

Abraço- as uma por uma e homenageio a  
maternidade coletiva de infâncias e crianças mil  
Tecida pelo cuidado,pela luta política,  
pela entrega profissional às crianças brasileiras e  
suas famílias para sedimentar com elas os  
fundamentos de ser e crescer e garantir seus direitos  
à infância.

Vital Didonet

## RESUMO

A presente pesquisa intitulada: Educação Precoce e a constituição do sujeito: o avesso do especialista tem como objetivo avaliar a utilização de um instrumento de detecção de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI), dentro do contexto da Educação Precoce, de modo a verificar se é possível ampliar a escuta e o olhar dos professores para questões do desenvolvimento infantil para além de uma abordagem desenvolvimentista. No estudo o enfoque qualitativo foi utilizado para que possamos realizar uma análise mais reflexiva sobre o tema. Como método, utilizamos o estudo de caso e como instrumento a observação participante, buscando compreender como se dão os atendimentos ou as interações mãe-bebê e professor-bebê com o IRDI como instrumento de observação. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com duas mães para compor o estudo de caso. Através desse estudo podemos analisar as diferentes sustentações recebidas pelas mães e as consequências desses suportes na construção dos encontros destas com seus bebês. A aposta que se faz a partir desse estudo é que possamos ultrapassar a lógica biologizante e idealizada sobre o desenvolvimento infantil, de tal forma que se possa desarticular a série simbólica que reproduz a segregação para relançar essa criança e seus pais à posição de sujeitos de suas histórias. Nessa perspectiva, propomos um processo de acompanhamento atravessado pela psicanálise e que em rede possamos articular e estruturar, nas práticas pedagógicas da Educação Precoce, a dimensão subjetiva da infância e operar mais próximo de uma ética que possibilite considerar como sujeitos a criança e seus familiares. Os resultados do trabalho sugerem que o suporte às funções parentais se mostra imprescindível para a constituição subjetiva dos bebês. Também se chegou à conclusão de que o IRDI apresenta-se como importante proposta de enfrentamento aos ideais de normalização e permite a singularização dos pequenos sujeitos e despatologizando a infância.

**Palavras Chaves:** Educação Precoce, Psicanálise, IRDI, Constituição Subjetiva.

## ABSTRACT

This titrated search: Early Education and the constitution of the subject: the opposite of expert aims to analyze the use of a risk detection tool for child development (IRDI), within the context of Early Education, so that it is possible enlarge listening and teachers look at child development issues beyond a developmental approach. In the study the qualitative approach was used so that we can perform a more reflective analysis on the topic. As a method we used participant observation, trying to understand how to provide the care or the mother-infant interaction and teacher-baby with IRDI as observation instrument. Semi structured interviews were carried with two mothers to write the case study. Through this study we analyze the different supports received by the mothers and the consequences of media in the construction of these meetings with their babies. A bet that is made from this study is that we can overcome the biologizing and idealized logic on child development and disrupt the symbolic number that plays segregation to revive the child and his parents to the subject position of their stories. In this perspective, we propose a monitoring process traversed by psychoanalysis and network can articulate and structure, the pedagogical practices of Early Education, the subjective dimension of childhood and operate closer to an ethic that allows to consider as subjects to children and their families. Our results suggest that support for parental functions shown essential for the subjective constitution of babies. The IRDI presents itself as an important proposal for addressing the ideals of standardization and allows singularizarão subjects small and despatologizando childhood.

**words:** Early Education, Psychoanalysis, IRDI, Subjective Constitution.

## SUMÁRIO

RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	8
Sumário.....	9
INTRODUÇÃO .....	11
1 Capítulo 1- o bebê e a sua Constituição subjetiva: Estruturação como Sujeito .	20
1.1 Cortes epistemológicos da educação precoce: uma leitura possível .....	21
1.2 A constituição subjetiva do bebê e o lugar no desejo parental.....	24
2 Capítulo 2- MÉTODO .....	31
2.1 Objetivo Geral .....	31
2.2 Objetivos Específicos.....	32
2.3 Problema de Pesquisa .....	32
2.4 Pesquisa e as Questões éticas.....	32
2.5 Estratégias e instrumentos.....	33
2.6 Caracterização e caminhos da pesquisa .....	35
2.7 O IRDI como instrumento.....	37
3 Capítulo 3- Discussão dos Casos.....	44

3.1	Caso Liza .....	44
3.2	Caso Bruna .....	55
3.3	Discussão dos casos .....	63
4	Considerações finais .....	70
5	Referências .....	77
	APÊNDICE a- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	88
	APÊNDICE b- Códigos Utilizados na Transcrição .....	89
	APÊNDICE c- Entrevista Liza .....	90
	APÊNDICE d- Entrevista Bruna .....	98
	APÊNDICE e- Decreto que dispõe sobre Educação Especial, o atendimento educacional especializado .....	106
	APÊNDICE f- Orientação Pedagógica .....	110

## INTRODUÇÃO

A Educação Precoce é uma modalidade de ensino que busca apoiar a criança com transtornos, síndromes, atrasos, dificuldades, em risco de desenvolvimento produzindo intervenções que favoreçam a constituição subjetiva da criança e sua inclusão escolar e social.

O objetivo desse atendimento é a promoção das potencialidades dos seus estudantes quanto aos aspectos físicos, cognitivos, afetivos e sócio culturais, contribuindo, assim, para sua inclusão educacional e social. Portanto, tem como finalidade oferecer aos estudantes condições para que compreendam o mundo por meio de experiências advindas das múltiplas interações e das relações estabelecidas pela exploração do meio, do uso do brinquedo e da ludicidade, da relação com o próprio corpo e, ainda, da ação espontânea sobre os diversos estímulos.(DISTRITO, 2010)

A Educação Precoce no Distrito Federal é um programa da Secretaria de Estado de Educação, que tem uma posição privilegiada por receber famílias e suas crianças que dependem desse atendimento, pois não se trata apenas de mais um tratamento de especialistas, mas de um espaço de inclusão escolar em que a criança é considerada para além de qualquer patologia ou dificuldade orgânica. Embora a maioria dos seus docentes tenha uma concepção desenvolvimentista/cognitivista, as aulas são, de alguma forma, focadas na criança e não em partes do seu corpo.

Esta concepção assemelha-se ao que propõe Jerusalinsky, quando afirma que “a estimulação dirige-se à criança em seu conjunto, e não a um determinado órgão, membro ou função.”(JERUSALINSKY, 2011, p. 76). Dessa forma, a meta dessa modalidade de educação não deve ser a de ajustar a criança com necessidades educacionais específicas a certos comportamentos ditos adequados ou apropriados, e sim potencializar o desenvolvimento de forma significativa e sem imposição protocolar. Característica importante na Educação Precoce é a interlocução que acontece principalmente com os pais que iniciam uma nova jornada com seu bebê, em um caminho, muitas vezes, não planejado por eles:

Tais crianças necessitam de um ambiente de aprendizagem que estimule a construção do sistema de significação e linguagem, a exploração ativa do meio como forma de aquisição de experiência; e o uso do corpo, do brinquedo e da ação espontânea como instrumentos para compreensão do mundo. Para essa construção necessitam a mediação do professor e da família na formação de conceitos e no desenvolvimento da autonomia e independência, incentivando-a a se comunicar, interagir e participar de todas as atividades em grupo. (DISTRITO FEDERAL, 2006).

Nessa perspectiva nos questionamos: No programa de Educação Precoce, que possui diretrizes específicas, como podemos vincular ao programa concepções como as questões subjetivas e sofrimento psíquico dos pais e das crianças? Nosso intuito é mostrar, neste trabalho, que a teoria psicanalítica tem uma importante contribuição ética em relação a esses pequenos sujeitos com riscos na constituição subjetiva e para o desenvolvimento infantil. Para tanto, os pais além de executarem os exercícios motores em suas crianças também são convocados para perceberem o bebê como um sujeito, independentemente da *diferença* que possam ter. Essa concepção, no entanto, é pouco difundida e divulgada junto aos docentes da Educação Precoce, o que justifica a realização dessa pesquisa para que esse conhecimento seja alvo de reflexão no âmbito dessa modalidade de ensino especializado.

É importante destacar que a Educação Precoce do Distrito Federal está presente em dezoito localidades do Distrito Federal e que os atendimentos acontecem em Centros de Educação Especial ou em Jardins de Infância: “atualmente cerca de 2.231 crianças são atendidas pelo programa. As crianças são atendidas do nascimento aos três anos e 11 meses, a partir de uma indicação médica ou terapêutica” (GRIESNGER e GORETTI, 2014).

Nesse cenário verificamos que os atendimentos acontecem estruturados por um documento de 2010, que contém as diretrizes norteadoras de ações das equipes de Educação Precoce do Distrito Federal, intitulado Orientações Pedagógicas (OP). Esse documento busca a unificação dos procedimentos administrativos e pedagógicos das crianças atendidas no programa. Temos, então, no Distrito Federal, um importante apoio para esta ação educativa, mas reconhecemos a não

existência de legislação específica. A educação especial no Distrito Federal é dividida por núcleos e, como podemos verificar, não há, até a presente data (maio/2016), um documento específico para os atendimentos feitos na Educação Precoce.

A Educação Especial é de responsabilidade da Coordenação de Educação Inclusiva (COEDIN), integrante da SUBEB e composta por uma Gerência denominada “Educação Inclusiva, Projetos e Programas e Convênios” e 4 (quatro) núcleos que atuam em subáreas específicas da educação especial, quais sejam: i) Núcleo de deficiências múltiplas; ii) Núcleo de deficiências sensoriais; iii) Núcleo de altas habilidades e superdotação e iv) Núcleo de transtorno global do desenvolvimento. (BOAS, 2013, p. 113)

Diante desse fato, consideramos que é necessário avançar nessa perspectiva, e pesquisas voltadas para essa modalidade de ensino são fundamentais para dar-lhe visibilidade e ao mesmo tempo tecer as críticas necessárias para que esse serviço seja aprimorado.

Articulando essa discussão ao percurso traçado pela educação especial no Brasil, é importante fazermos os seguintes questionamentos: Há de fato acompanhamento sistematizado e articulado das crianças com necessidades educacionais específicas no sistema educativo? Há integração entre os profissionais de saúde e de educação? As respostas para essas perguntas, quando positivas, são repletas de reticências. Concordamos com Kupfer quando ressalta que “[...] o professor brasileiro não encontra uma rede de sustentação social para exercício de seu mandato: todos os milhões de professores deste país estão sozinhos”(KUPFER, 2000, p. 143)

A observação assinalada por Kupfer nos adverte sobre o quanto as políticas públicas também são lacunares. A Educação Precoce do Estado brasileiro, por exemplo, não possui uma sustentação legal que a torne obrigatória, mesmo existindo a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e leis como o Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, que dispõem sobre a educação especial e o atendimento educacional especializado. Não há nas legislações citadas

estratégias em que seja considerada a singularidade do sujeito e que assegurem um lugar de infância. Quando analisamos o curso das legislações que tratam sobre a educação especial, o atendimento de Educação Precoce como modalidade garantida ao educando com necessidades educacionais específicas não está presente. Porém, na referida convenção, o artigo 7º, que dispõe sobre os direitos das pessoas com deficiência, é claro ao afirmar que:

Os Estados partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito. (BRASIL, 2010, p. 25)

Nessa perspectiva percebe-se um *gap* entre o esperado e a execução das políticas públicas. Parece-nos, no entanto, útil destacar o reconhecimento internacional que o Brasil possui por sua atuação no campo dos Direitos Humanos e que tal convenção busca criar condições para atender grupos de pessoas mais vulneráveis.

O Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, dispõe sobre a educação especial e o atendimento educacional especializado e dá outras providências:

§ 1º Para fins deste Decreto, os serviços de que trata o **caput** serão denominados atendimento educacional especializado, compreendido como o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente, prestado das seguintes formas:

- I - **complementar** à formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, como apoio permanente e limitado no tempo e na frequência dos estudantes às salas de recursos multifuncionais; ou
- II - **suplementar** à formação de estudantes com altas habilidades ou superdotação. (BRASIL, 2011)

Como vemos, o decreto acima determina a forma como deve ocorrer o atendimento educacional especializado. No entanto não prioriza o atendimento de zero a três anos, fato que é ratificado no Plano Nacional de Educação, especificamente na Meta 4, que ignora esta faixa etária:

Meta 4: universalizar, para a população de 4 (quatro) a 17 (dezessete) anos, o atendimento escolar aos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, preferencialmente na rede regular de ensino, garantindo o atendimento educacional especializado em salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou comunitários, nas formas complementar e suplementar, em escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados.(BRASIL, 2011-2020)

Observamos, dessa forma, um descompasso diante dos avanços para o atendimento escolar ao educando com necessidades especiais específicas, pois percebemos a não garantia de atendimento à Educação Precoce, posto que a universalização pressupõe o atendimento escolar a partir dos 4 (quatro) anos. O referido documento foi sancionado pela Presidência da República no dia 25/06/2014, ressaltando a ausência do reconhecimento da Educação Precoce como atendimento obrigatório. Apesar disso, são inegáveis alguns avanços nas políticas públicas inclusivas, conforme aponta Boas (2013):

A existência de um órgão gestor, ainda mais ligado diretamente à Presidência da República, evidencia os esforços do Estado brasileiro que pretendem assegurar a este grupo da população o acesso aos seus direitos. No conjunto das iniciativas apresentadas, entre as quais outras poderiam ser mencionadas, destaca-se a publicação da Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, de 2008, pois, sem dúvida, é uma das mais relevantes no que diz respeito às iniciativas no campo da garantia do direito à educação. (BOAS, 2013, p. 46)

É interessante ressaltar que, quando analisamos a Política Nacional de Educação Inclusiva, constatamos que aparece em sua redação o termo Intervenção Precoce. Mesmo não constando nas leis anteriormente citadas, parece-nos uma tentativa de se pensar o acesso educacional voltado às crianças pequenas. Pode ser, então, que no futuro estendam-se às políticas inclusivas para crianças com necessidades singulares em sua constituição subjetiva em idade, precoce. Vejamos o texto:

A inclusão escolar tem início na educação infantil, onde se desenvolvem as bases necessárias para a construção do conhecimento e seu desenvolvimento global. Nessa etapa, o lúdico, o acesso às formas diferenciadas de comunicação, a riqueza de estímulos nos aspectos físicos, emocionais, cognitivos, psicomotores e sociais e a convivência com as diferenças favorecem as relações interpessoais, o respeito e a valorização da criança. Do nascimento aos três anos, o atendimento educacional especializado se expressa por meio de serviços de **intervenção precoce** que objetivam otimizar o processo de desenvolvimento e aprendizagem em interface com os serviços de saúde e assistência social.

(BRASIL, 2008, p. 15)

A partir do cenário descrito, percebemos que uma ética inclusiva é fundamental para a transformação da sociedade por meio do reconhecimento radical do outro em sua alteridade, por mais que nossas práticas sejam, muitas vezes, contraditórias, paradoxais e limitadas. Nesse sentido, uma questão torna-se importante e necessária: “qual é a posição que facilita ao outro sentir-se parte de um espaço social? Penso que essa é a pergunta que deve nortear a educação inclusiva, porque, sem essa condição subjetiva, a inclusão é irrealizável.” (MARTÍNEZ e TACCA, 2011, p. 60).

Do ponto de vista da psicanálise a inclusão é possível no âmbito das funções parentais quando há desejo dos pais pelo bebê. Tal desejo sustenta a antecipação imaginária, ou seja, os anseios futuros dos pais em relação ao filho. Esta é a estruturamínima onde o sujeito pode se constituir. Assim, é importante que se promova a implicação dos pais no processo de constituição subjetiva dos bebês

no sentido de manejar a singularização desse laço fundante, para além de uma standardização de protocolos pré-concebidos. A posição ética que considera o bebê-sujeito considera a dimensão da infância como espaço aberto às inscrições, por isso este manejo é fundamental quando o processo de inclusão esmaece no seio familiar.

Ao mesmo tempo em que essa questão vem sendo debatida pela sociedade brasileira, vemos crescer a necessidade de elaborar e aprimorar as políticas educacionais de inclusão. Percebe-se uma busca ainda tímida em promover respostas às necessidades educacionais especiais dos alunos de forma a ultrapassar a lógica meramente adaptativa, a qual, muitas vezes, gera uma zona de conforto apenas para aquele que se vê na posição de educar.

Percebe-se também que a educação precisa de uma organização e de uma atuação dinâmica, capaz de fazer acontecer, de fato, a inclusão, mas a dicotomia entre uma educação especial e uma educação inclusiva ainda existe, bem como a dificuldade de se construir uma rede interdisciplinar entre a saúde e a educação para apoiar as famílias e as crianças que frequentam a Educação Precoce e outros espaços educativos:

Uma escola inclusiva pode ser uma escola fundamental ou pode ser uma escola especial. Não é necessário que seja uma escola fundamental para que seja uma escola inclusiva. Como também não só escolas especiais podem ser segregadoras, ou inclusivas [...] O processo de inclusão não implica detrimento de funcionamento de nenhuma instituição, nem desvalorização nem revalorização de uma ou outra. [...] Há a necessidade de uma rede dinâmica, fluida, com um critério interdisciplinar, inter-institucional e inter-setorial. (PÁEZ, 2001, pp. 27,28)

Sobre esse aspecto, a psicanálise traz uma contribuição decisiva ao campo da Educação Precoce, pois considera a filiação como operação central a ser considerada na clínica ou nas intervenções feitas em outros espaços com bebês, conforme apresenta Jerusalinsky (2016) em seu texto sobre o lugar dos pequenos

na rede SUS, quando assinala que o efeito de identificação e endereçamento do bebê aos *ideais do eu* que fazem parte de uma família e de uma cultura fracassam logo ali, no momento da primeira infância. Sob esta ótica, as medidas de inclusão posteriores que buscam se estabelecer são tentativas de reparar uma pertença que pode ter tropeçado em seu argumento inicial e central. Diante desse quadro, é necessário considerar a construção de uma rede de atendimento em que o cuidado com a posição de sujeito do bebê possa ser fundamental, evitando-se, assim, atendimentos fragmentados e desarticulados.

É imprescindível reconhecer o lugar privilegiado que o atendimento de bebês adquire ao ser realizado em um ambiente escolar. Destacamos primeiramente a necessidade de que o ambiente escolar seja um lugar de despatologização da infância por ser justamente o espaço do ser infantil e em fase de desenvolvimento. Encontramos também uma menor resistência dos pais ao ambiente escolar do que em atendimentos clínicos como o de psiquiatria ou psicologia, espaços importantes de leitura sobre sofrimento psíquico e/ou riscos para o desenvolvimento, mas a escola por ser um espaço de acolhimento capaz de proporcionar e facilitar o desenvolvimento das crianças para além de suas questões orgânicas ou patologias, e por ser o lugar comum a todas elas, torna o processo de inclusão social palpável, ou seja, em nossa sociedade a escola ocupa um lugar relevante para dirimir as diferenças e garantir a todos a semelhança em torno da posição da “criança escolar”.

Assim, a Educação Precoce, por ser um espaço de atendimento de bebês que possuem ou não problemáticas de etiologia orgânicas, pode ser valiosa para observar e cuidar de forma ampla do processo de desenvolvimento infantil, como também capaz de fazer a inclusão dessas crianças sem tantos tropeços, desde que se assegure nos atendimentos o lugar de sujeitos para as crianças e seus familiares e ultrapasse a lógica meramente adaptativa, a qual, ainda, infelizmente, prevalece nos espaços educacionais da educação básica.

Tendo tal premissa como eixo central dessa pesquisa, entendemos que a psicanálise, por sua postura ética, pode contribuir por sustentar tais intervenções educativas capazes de favorecer constituições subjetivas singulares nos bebês que recebem este atendimento. Assim como, é uma teoria que pode auxiliar na detecção

precoce de possíveis riscos para o desenvolvimento infantil. Para tanto, organizamos este trabalho da seguinte maneira:

No **primeiro** capítulo tem como título “O Bebê como sujeito: a constituição subjetiva” e aborda a constituição psíquica do corpo e da criança, além do papel parental frente a essa constituição.

O **segundo** discutiremos o método de pesquisa, os problemas e objetivos deste estudo, as estratégias e os instrumentos utilizados, além de descrever a caracterização e os caminhos da pesquisa. Pautamos também a utilização do Instrumento de Detecção de Risco para o Desenvolvimento Infantil (IRDI) como um instrumento de observação para detectar riscos para o desenvolvimento infantil.

No **terceiro** capítulo, analisamos mais detidamente questões que emergiram durante a pesquisa de campo, buscando refletir, a partir de cada caso, sobre a teoria, as observações e as entrevistas.

Nas **Considerações Finais**, resgatamos as principais questões norteadoras deste estudo, identificando alcances e limitações da pesquisa, intentando resgatar o não esgotamento dos pontos abordados neste trabalho.

## **1 CAPÍTULO 1- O BEBÊ E A SUA CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA: ESTRUTURAÇÃO COMO SUJEITO**

Ao redigir um capítulo sobre a constituição subjetiva do bebê, reafirma-se o aporte teórico no qual nos ancoramos, visto que há diferentes formulações e entendimentos sobre a constituição e o desenvolvimento do ser humano. O campo psicanalítico traz uma relevante e significativa contribuição para esse trabalho, levando-se em consideração que a concepção de sujeito<sup>1</sup>, para a psicanálise, é uma construção que difere do entendimento de indivíduo completo e global, entendendo-o como um ser em falta e é na dimensão da falta que o sujeito irá se constituir.

Importa assinalar que o desencadeamento aqui descrito considera que a constituição subjetiva não se enquadra em uma perspectiva cronológica e nem teria uma elaboração final que resultaria em uma síntese sobre um sujeito adulto pleno em suas capacidades e competências. Uma significativa contribuição da psicanálise, como assinala Kupfer (2009), é o entendimento de que a maturação, o crescimento e especialmente o desenvolvimento dependem dos processos de formação da vida psíquica e são extremamente sensíveis a eles. Jerusalinsky (2016) também faz uma oportuna colocação em que aponta o crescimento, a maturação orgânica, as aquisições de linguagem, a psicomotricidade e as aprendizagens, ao longo do desenvolvimento, implicadas com a constituição psíquica. Esses aspectos são irredutíveis uns aos outros e estão entremeados na infância e também ao longo das nossas vidas. A diferença é que nos primórdios da vida humana as sinapses cerebrais estão “abertas” e o papel do Outro é fundamental, tanto ao desenvolvimento, quanto para o processo de constituição psíquica.

A escolha em analisar a constituição da criança tendo como referência a psicanálise é pertinente, pois muitas vezes o funcionamento da relação entre o bebê e os outros que o cercam não são priorizadas nos estudos sobre esse momento

---

<sup>1</sup>“O sujeito é uma noção que não coincide com as noções de Eu ou de personalidade, mas uma instância psíquica inconsciente. Constrói-se, desde o início da vida de uma criança, a partir de um campo social pré-existente – a história de um povo, de uma família, do desejo dos pais – mas também a partir dos encontros, intercorrências e acasos que incidem na trajetória singular da criança.”(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 50)

davida, mas o campo relacional é imprescindível para que surja um sujeito do desejo e é neste campo que se sustentam as intervenções com as crianças, tendo como aporte a psicanálise com uma orientação lacaniana.

Julgamos pertinente, antes de prosseguir com nossa discussão, abordar os cortes epistemológicos existentes no trabalho realizado na Educação Precoce. Para isso, utilizaremos o clareamento sobre este tema feito por Esteban Levin, na obra “A clínica psicomotora”.

### **1.1 Cortes epistemológicos da educação precoce: uma leitura possível**

Esteban Levin, em seu trabalho sobre a clínica psicomotora, faz uma contextualização por meio da qual podemos encontrar um ponto de encontro entre a psicomotricidade e a Educação Precoce. O autor assinala as posições epistemológicas na clínica psicomotora, em que posicionam os profissionais frente ao trabalho com crianças e nos mostra diferentes bases teóricas que sustentaram as intervenções dos profissionais. O ponto de encontro com a psicomotricidade é possível por encontrar nessas mesmas bases posições muito semelhantes dos profissionais que atuam na Educação Precoce.

Levin relata historicamente os cortes clínicos da psicomotricidade em três diferentes momentos e maneiras de atuação. O primeiro corte epistemológico que encontramos é um dualismo cartesiano entre corpo e mente, no qual há uma dualidade entre o mental e o motor, originando uma prática evolucionista e desenvolvimentista em que a criança é vista como apenas orgânica. Nesse corte, em que o corpo é entendido como ferramenta é necessário que a técnica de atendimento siga as fases de desenvolvimento esperadas e determinadas a acontecer a todas as crianças como se houvesse um formato pronto a ser atingido. O olhar é centrado no déficit, na técnica a aplicar, no que a criança não consegue fazer e o que é necessário para que alcance o desempenho esperado. Existe ainda um posicionamento de estímulo-resposta, tal como “quando eu faço assim acontece uma resposta determinada”. Essa abordagem possui grande influência do paradigma científico positivista, em que a criança é vista com defeito que pode ser consertado. Como sintetiza Levin: “Nessa primeira etapa, a influência da

neuropsiquiatria é determinante numa clínica centrada no aspecto motor e num corpo instrumental, ferramenta de trabalho para reeducador que se propõe a consertá-lo”(LEVIN, 1995, p. 30).

Embora seja o primeiro momento da clínica psicomotora, percebe-se, no Distrito Federal, no campo da Educação Precoce, uma forte influência dessa concepção ainda nos dias de hoje, como apontado por Campos (2014), em que a primeira percepção observada nos discursos dos professores é a concepção que prepara para algo a vir, que “tem como objetivo preparar, estimular, desenvolver, adaptar e corrigir.” Foi verificado também que grande parte dos professores “entendem a Educação Precoce com a concepção desenvolvimentista.”Goretti (2012) também assinala-se que os atendimentos dos professores do programa acontecem por meio de atividades que sejam capazes de estimular principalmente áreas sensoriais e motoras dos bebês.

Prosseguindo com as contribuições de Levin e articulando-as com o campo da Educação Precoce encontramos um segundo corte epistemológico que recebe contribuições da psicologia e passa, a partir de então, do motor para o corpo em movimento. A inteligência humana é construída pela transformação do corpo. O corpo, até esse momento era apenas motor, agora passa a ser constituído de emoção e sua tonicidade é influenciada pela constituição orgânico-emocional do sujeito. Vemos que, a partir desse momento, o corpo, o motor e as emoções são peças fundamentais que irão constituir o indivíduo. Nessa abordagem amplia-se o olhar sobre a criança e já é possível observar uma preocupação com os acontecimentos e as vivências que essas crianças têm, ao ressaltar que:

Assim, o tônus muscular, as posturas, o gesto, a emoção (representando a ordem psíquica do corpo) seriam produções do corpo que poderiam ser abordadas num enfoque terapêutico psicomotor. Esta abordagem e este enfoque global do corpo da pessoa estariam determinados por três dimensões [...] uma dimensão instrumental, uma dimensão cognitiva e outra dimensão tônico-emocional. (LEVIN, 1995, p. 31)

Essa visão, atualmente, também permeia o trabalho de muitos profissionais da Educação Precoce. Já o terceiro corte epistemológico proposto pelo autor recebe as contribuições da teoria psicanalítica, quando há um olhar que se desloca do corpo e de suas emoções e aparece a dimensão do desejo e do papel do Outro na constituição do sujeito. A clínica aqui é centrada no sujeito desejante e se diferencia dos demais cortes por não mais ser fundamentada diante de objetivos e técnicas pré-estabelecidas. Como já mencionado, esta visão, talvez por sua complexidade e por se distanciar do discurso médico psiquiátrico e da neurologia, ainda não foi acolhida pelos profissionais da Educação Precoce.

Tendo essas questões como referência, entendemos como importante refletir sobre a Educação Precoce, apoiando-nos nas contribuições psicanalíticas e em seu conceito central que é o inconsciente para, assim, repensar a dinâmica e o olhar sobre as crianças que são atendidas pelo referido programa.

Quando convidamos o leitor a considerar a Educação Precoce vista por este corte, estamos propondo a possibilidade de encontro com um campo do saber que observa a constituição do ser humano sob outra posição, que considera o sujeito como não todo: “já não se trata mais de uma globalidade, de uma totalidade, mas de um sujeito dividido, cindido, com um corpo real, imaginário e simbólico.” (LEVIN, 1995, p. 31) O autor continua e descreve o terceiro corte epistemológico:

Este terceiro corte epistemológico viria fundar uma clínica psicomotora centrada no corpo de um sujeito desejante, e não mais numa terapêutica fundamentada em objetos e técnicas. Desta forma, a inclusão do inconsciente no âmbito psicomotor traz consequências teórico-clínicas que subvertem o seu olhar, diferenciando-o claramente das relações terapêuticas empáticas. (LEVIN, 1995, p. 31)

Jerusalinsky (2016) assinala que a experiência clínica, em se tratando dos problemas do desenvolvimento infantil, “atravessada pela psicanálise torna inquestionável que, para o desenvolvimento, tão importante quanto às possibilidades orgânicas é o circuito de desejo e demandas no qual se sustenta os

cuidados de uma criança.” Entendemos que o termo clínico, posto aqui, aponta para os cuidados, para intervenções em que, de fato, aquele que se propõe a cuidar, a ajudar esteja em uma posição de escuta, debruçando sua atenção para se encontrar com o sujeito que precisa de cuidados.

## **1.2 A constituição subjetiva do bebê e o lugar no desejo parental.**

A história familiar dos pais impacta a conduta e os cuidados que eles terão com o seu bebê, pois cada filho ocupa uma posição específica no desejo parental. Levin alerta que “A criança é, sem dúvida, o outro do adulto, seu destino secreto e invertido”(LEVIN, 2001, p. 21). Podemos perceber que as vicissitudes do primeiro momento de encontro entre o bebê e seus pais é um acontecimento que extrapola os limites de um instante cronológico.

Assim, ao considerar o sujeito em constituição, a relação com o Outro<sup>2</sup> é determinante. Logo, é relevante entender que o corpo do bebê é constituído por meio de marcas simbólicas que o Outro irá imprimir nas diferentes funções orgânicas. Por conseguinte, os efeitos dessas marcas organizam o funcionamento do corpo e do psiquismo do *infans*. Lacan revela que o pequeno sujeito, para vir a ser marcado por esse Outro, deve ser idealizado por ele, imaginariamente, antes mesmo de nascer. É necessário salientar que essas marcas imaginárias terão forte impacto e irão imprimir singularidades nas funções orgânicas e simbólicas dos bebês.

---

<sup>2</sup>Lacan distingue dois “outros”: um grande, com O maiúsculo, e que designa não uma pessoa física, mas uma instância. O grande Outro é uma noção complexa, mas que podemos aproximar dizendo que se trata do conjunto, dos elementos que compõem o universo simbólico no qual o indivíduo humano está mergulhado. Esse universo simbólico é maior que cada sujeito que o habita, o determina de muitas formas, em essência, inconscientemente. Antes do seu nascimento. O pequeno outro, com um “o” minúsculo, designa cada sujeito, na singularidade e faz dele um representante único e não-esgotável do grande Outro ao qual pertence. Segundo Lacan, a mãe é para o bebê um pequeno outro servindo de grande Outro. (CRESPIN, 2004, p. 22) Há um Outro encorpado, aquele que assume a função materna e paterna, fonte do desejo que se dirige ao bebê e que dá suporte, no Real, ao Outro simbólico. Como assinala Jerusalinsky: “é este Outro encarnado que implica seu desejo, que aposta na capacidade do bebê de efetuar uma nova realização, e o bebê se lança a fazê-la sustentando tal aposta. Temos aí uma antecipação simbólica, a antecipação imaginária e a antecipação funcional do Outro.”(JERUSALINSKY, 2002, p. 161)

O olhar idealizante dos pais sobre a criança irá constituí-la subjetivamente e o bebê, com suas características e com suas manifestações, como o choro, o se deixar embalar para dormir, entre outras, também irá impactar o psiquismo dos pais em suas funções parentais.

Zornig aponta que a estruturação do corpo/psiquismo é atravessada pelo inconsciente e pelo desejo dos pais: “a pré-história da criança se inicia na história individual de cada um dos pais; o desejo de ter um filho reatualiza as fantasias de sua própria infância e do tipo de cuidado parental que puderam ter.” (ZORNIG, 2010, p. 456). Dessa forma, o encontro dos pais com seus filhos possibilita que haja o encontro com a criança que um dia foram e a idealização da criança que poderiam ter sido.

O nascimento de um filho provoca uma neoformação psíquica nos pais, sugerindo que a inclusão do bebê no psiquismo parental produz mudanças profundas e irreversíveis. Essas mudanças ocorrem não só em função das projeções e representações parentais sobre o bebê, mas da mudança que a presença real do bebê provoca nas interações entre ele e seus pais. (ZORNIG, 2010, p. 461)

Por isso, por meio da teoria psicanalítica, podemos afirmar que a relação entre os pais e seus filhos existe muito antes do nascimento da criança. Assim, o início da constituição do bebê é organizado a partir de marcas simbólicas produzidas pelo Outro encarnado no outro materno. Levin aponta para essa constituição simbólica do bebê quando afirma que:

Poderíamos dizer, inclusive, que já há um corpo ‘feito’, este que os pais imaginam. Antes que nasça já há um corpo para esse filho que vai chegar, há desejos, há palavras, há um nome, um lugar, uma posição, quer dizer: um corpo sem corpo, um primeiro corpo simbólico (corpo de representações, de desejos parentais, de palavras, de linguagem). (LEVIN, 1995, p. 51)

Existe, então, uma demanda em que o bebê é sustentado muito antes de nascer e toda essa posição imaginária e simbólica vai sempre ser diferente do bebê real. Ao nascer, o bebê real nunca será igual ao bebê imaginário. Valemo-nos, em vista disso, do que ressalta Jerusalinsky (2012), ao assinalar que o que entra fundamentalmente em jogo é o modo em que, desde o exercício da maternidade e da paternidade, esta demanda fica implicada no desejo que toma o bebê, acontecendo “no início da constituição do bebê, esse primeiro momento lógico da incorporação simbólica”. Diante disso é importante salientar o processo de filiação descrito por Zornig:

O processo de filiação se inicia antes do nascimento do bebê, a partir da transmissão consciente e inconsciente da história infantil dos pais, de seus conflitos inconscientes, da relação com seus próprios pais, que colorem sua própria representação sobre a parentalidade. (ZORNIG, 2010, p. 457)

Percebe-se, desse modo, a complexidade da organização do psiquismo e do desenvolvimento infantil. As representações invocadas nos pais à época do nascimento de um filho irão dar para esse bebê um lugar dentro do desejo familiar por vezes inconsciente. É o que Bernardino (2006) apresenta como a *Posição Subjetiva* ocupada por essa criança que, ao chegar, modifica as posições familiares estabelecidas até então. Ressalta o autor que:

Cada bebê que chega vem dar seguimento a uma família que tem uma história de várias gerações. Além de sua herança genética, herda também os acontecimentos, as experiências, a cuja história vem dar continuidade. Desta combinatória resultará: sua subjetividade, seu desejo próprio. (BERNARDINO, 2006, p. 27)

Há, assim, nesse primeiro instante da constituição do infantil, o encontro com o Outro que o estrutura. Como aponta Catão, “a primeira apreensão da realidade pelo *infans* se dá através do semelhante. O *próximo assegurador* (que em geral é a

mãe) serve de suporte ao primeiro grande Outro da linguagem. Essa dependência do outro é estrutural e estruturante para o sujeito” (CATÃO, 2009, p. 20). O olhar da mãe irá supor o bebê, inscrever esse sujeito na linguagem e, conseqüentemente, no mundo. O investimento materno é fundamental para a constituição do sujeito, pois tal desejo dará sentido às reações do bebê que, por sua vez, quando tudo caminhar bem, desejará o desejo da mãe.

Bernardino (2006) assinala que, antes de falar por si próprio, o bebê é falado, é desejado e é necessário, então, alienar-se no desejo e nas palavras do Outro para poder ter existência simbólica. A alienação é essencial para a constituição do sujeito, visto que o bebê é tomado pela mãe como objeto de desejo.

Antes de prosseguirmos, é relevante considerar as diferenças nas funções de parentalidade. Essas funções vão além das relações de gênero e estão ancoradas em representações psíquicas do que é ser pai e ser mãe para o casal parental. As funções exercidas pelos pais nem sempre correspondem ao gênero e também podem ser desempenhadas por pessoas diferentes dos pais biológicos. No entanto, é primordial que essas funções sejam cumpridas, pois a constituição da criança exige que o Outro a sustente como sujeito do desejo. Sendo assim, a *função materna*<sup>3</sup> e a *função paterna*<sup>4</sup>, como sublinha Zornig (2010), são essenciais ao processo de subjetivação. São elas que permitem a diferenciação do *infans*, ao meio da alienação do bebê ao desejo do Outro. De igual forma, é esta que abre espaço para a *criança sujeito*, por sustentar que o bebê imaginado pela mãe e

---

<sup>3</sup> Um filhote humano chega a se constituir como um sujeito: vivendo uma relação privilegiada com um adulto que dele cuida em todos os sentidos: fornecendo cuidados básicos, palavras básicas, sustentadas por um desejo particularmente voltado para essa criança. É o que se chama de *função materna*, mas que só pode se cumprir a partir de que, nessa mãe, tenha funcionado a *função paterna*, isto é, que para ela tenha sido possível desejar este bebê porque algo nela faltava, porque ela não era completa, e na sua estruturação, por sua vez, algo ficou em haver, supostamente preenchível por esse filho. (BERNARDINO, 2006, p. 32)

<sup>4</sup> Em termos constitutivos, a *função paterna* enquanto “lei” opera para que a criança consiga ascender a uma autonomia (mesmo que para sempre cindida) e, assim, possa articular seu mundo interno e externo a partir de um ponto de vista próprio. Caso não se cumpra essa função, a criança permanece na “desmesura” de uma relação intersubjetiva com um outro não barrado, que faz dela objeto de seu desejo e não a concebe como um sujeito. Para efeito de clareza, não é fundamental que essa função seja exercida pelo pai real. (COSTA, LEGNANI, *et al.*, 2009, p. 239)

também o bebê de “carne e osso” tem um futuro próprio, por isso precisa ser independente, inclusive dos anseios parentais.

*A função materna e a introdução da função paterna permitem sustentar a dupla inserção do bebê enquanto produto e enquanto alteridade – e é justamente esta tensão entre ausência e presença, entre dentro e fora, que permite ao bebê aceder ao processo de subjetivação [...] A maternidade introduz uma dialética entre o bebê interno e o bebê enquanto objeto externo, ou seja, entre o bebê que a mãe foi ou que acredita ter sido e seu bebê de carne e osso [...] a função paterna, enquanto função de mediação entre a mãe e o bebê, auxilia a mãe a reconhecer o bebê em sua dimensão de sujeito e alteridade, já que para o pai o bebê se constitui como objeto externo desde a concepção. (ZORNIG, 2010, p. 461-462).*

É preciso ressaltar que, através dessa relação, o bebê irá entendendo o que acontece com seu corpo e poderá aos poucos distinguir o seu mundo interno do seu mundo externo e poderá, enfim, falar por si mesmo. Bernardino (2006) nos indica que a operação de separação é árdua, pois se sustenta em uma desalienação do sujeito diante do saber e das palavras do Outro. A criança terá, então, uma tarefa intensa para “romper” com essa linguagem que a marcou. Bernardino prossegue descrevendo a necessidade de a criança romper e recalcar as marcas que a constituíram para que, dessa forma, aconteça a separação do Outro:

*Terá de recalcar essas marcas primordiais, torná-las esquecidas, inconscientes para ter acesso à fala própria e poder tornar-se dona de suas palavras. Será então sujeito de suas frases, de sua história, embora sujeito dividido, já que há uma parte de si que sempre desconhecera (seu inconsciente)(BERNARDINO, 2006, p. 29).*

Bernardino (2006) prossegue afirmando que é “o desejo do Outro que funciona como motor do desenvolvimento.” (p.35). O que dizer isto que quando as

crianças nascem com comprometimentos orgânicos e trazem no corpo a marca da deficiência e da fragilidade orgânica? Quando não há possibilidade de os pais sustentarem seus desejos diante da criança de carne e osso? Como sustentar o lugar de Outro, desejante, quando as funções materna e paterna entram em curto-circuito?

Batista (2015, p; 68) ressalta que a marca da deficiência e da fragilidade orgânica tem uma “sequela” maior: “a quebra de um saber natural dos pais diante do filho, o que interfere na relação entre pais e filhos” Nessas circunstâncias, a constituição subjetiva pode ser fragilizada, quando o filho é visto apenas como objeto de cuidados (idem, p. 68). Vemos, então, que a escuta desses pais é imperiosa, de maneira que a autora destaca que isso visa rasgatar o olhar e constituir um saber parental para que o filho possa atuar diante das vicissitudes desse primeiro momento e assim permitir uma nova simbolização sobre esse filho real. Nesse sentido, Jerusalinsky ressalta que:

(...) intervir junto aos pais, não simplesmente lhes dizendo o que deveriam fazer com conselhos, mas escutando-os em suas reflexões, para que lhes seja possível sustentar o exercício da função materna e paterna com seu filho, já que a angústia surgida das dificuldades experimentadas cotidianamente nos cuidados do mesmo e o impacto dos diagnósticos tendem a produzir-lhes uma destituição de saber desde a qual já não sabem mais o que esperar e, portanto, o que propor ao filho. É aí que as lesões fantasmáticas produzem efeitos muito mais limitantes que os impostos pela patologia em si. (JERUSALINSKY, 2016)

Bernardino (2007), alerta que, quando existe uma ênfase nos *déficits*, no *quadro clínico*, na *síndrome*, acontece uma dessubjetivação dessa criança e isso impede que o movimento de antecipação subjetiva e de inscrição no campo simbólico possa ser acionado nesses bebês. Diz a autora que “são tantas as informações sobre a realidade do quadro, sobre o que a criança *não* conseguirá realizar, que se torna muito difícil situar esse filho em um lugar fálico, etapa

necessária para ele poder se constituir para além de seu corpo. Bernardino prossegue afirmando que “[...] é de sua inteligência que se trata, de seus movimentos, de sua audição, de sua fala. Não lhe perguntam o que ela quer com o que sonha o que sente, qual é sua história, quais poderiam ser seus projetos de vida.” (p.52).

Consequentemente os pais não sabem mais ser pais dos seus filhos, não sabem o que lhe transmitir, não sabem o que esperar dessas crianças. Percebe-se então que “o meio científico, em geral, prefere ignorar os efeitos iatrogênicos desse não saber, colocando em seu lugar uma série de certezas representadas por quadros diagnósticos, técnicas, exercícios, medicamentos e treinamentos” (p. 54). O efeito dessa postura científica é preocupante quando absorvida pelo campo educativo, pois, como alerta a autora, “é capaz de privar a criança da dimensão humana essencial, a do *desejo*.” (p.55)

É necessário ressaltar a importância desse cuidado ético dos professores na Educação Precoce. Eles podem ser fundamentais para detectar entraves na subjetivação dos bebês, mas também podem simplesmente reproduzir junto aos pais o saber de especialistas. Nesse sentido, compreender tal processo oportuniza posições indagativas que admitem existir um resto de saber que nunca se saberá. Segundo Almeida (2011):

[...] permitem a elaboração reflexiva sobre os aspectos imprevisíveis e as zonas de sombra presentes em toda situação educativa, o estabelecimento de uma nova relação com o saber e com a alteridade. (ALMEIDA, 2011, p. 33)

## **2 CAPÍTULO 2- MÉTODO**

Na construção metodológica desta pesquisa, procuramos manter como referência a relação da psicanálise com a construção do saber dentro de uma concepção que considera os fundamentos éticos da teoria inaugurados por Freud, ou seja, fundamentos que não apontam para uma verdade absoluta, mas que tentam resgatar a singularidade dos sujeitos que são, ao mesmo tempo, sujeitos da pesquisa e sujeitos do nosso cuidado.

Entendemos que, ao escolhermos uma metodologia de estudo, estamos também escolhendo uma concepção ideológica, cuja posição é a de que temos um compromisso ético em garantir e preservar o lugar e a condição de sujeitos para os bebês que tenham qualquer risco na constituição subjetiva e para seu desenvolvimento.

Para realizar o trabalho, o enfoque qualitativo será utilizado para que possamos realizar uma análise mais reflexiva sobre o tema que será investigado. O caminho metodológico para sistematizar este estudo foi o Estudo de Caso, em função do mesmo possibilitar uma visão panorâmica do contexto familiar, da complexidade do contexto escolar, considerando as especificidades das aulas no programa de Educação Precoce.

### **2.1 Objetivo Geral**

Avaliar a utilização de um instrumento de detecção de risco para o desenvolvimento infantil (IRDI), dentro do contexto da Educação Precoce, feita por profissionais que têm como base teórica a teoria psicanalítica, de modo a verificar se é possível que tal instrumento seja útil para ampliar a escuta e o olhar dos professores para questões do desenvolvimento infantil que leve em consideração a constituição subjetiva do sujeito.

## **2.2 Objetivos Específicos**

Levando-se em consideração a questão central que norteou a pesquisa e o objetivo geral, foram estabelecidos como objetivos específicos:

- Verificar se o uso e aplicação do IRDI possibilitam a detecção de problemas de desenvolvimento no contexto da Educação Precoce;
- Apresentar a importância da detecção precoce de riscos para o desenvolvimento infantil;
- Analisar os impasses existentes em torno do ideário de prevenção na primeira infância.

## **2.3 Problema de Pesquisa**

Considerando-se o contexto da Educação Precoce no Distrito Federal, a questão de pesquisa pode ser assim sintetizada: Por que utilizar um instrumento de detecção de risco para avaliar o desenvolvimento infantil na Educação Precoce do Distrito Federal, o qual tem seus eixos pautados na teoria psicanalítica?

Procuraremos também responder às seguintes questões norteadoras: O uso e aplicação do IRDI possibilitam a detecção de problemas de desenvolvimento? Qual importância desse conhecimento no trabalho da educação precoce? Qual a relevância em detectar de maneira precoce os riscos da constituição subjetiva e para o desenvolvimento infantil? Qual o ideário de prevenção na primeira infância?

## **2.4 Pesquisa e as Questões éticas.**

No que se refere aos aspectos éticos/técnicos, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (número do processo: CAAE 39797114.1.0000.5540)

Desse modo, buscamos, por meio dessa abordagem epistemológica advinda da psicanálise, rever a teia de conhecimentos que envolve o fazer pedagógico na Educação Precoce, procurando utilizar, na nossa investigação, as seguintes estratégias e instrumentos:

## 2.5 Estratégias e instrumentos.

Inicialmente já apresentamos uma breve análise documental para um maior entendimento do problema de pesquisa, pois procuramos contextualizar a estruturação da Educação Precoce no Brasil e no Distrito Federal. Foram analisadas as orientações pedagógicas desse programa no Distrito Federal, o Plano Nacional de Educação, a Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva e o Decreto nº 7.611, de 17 de novembro de 2011, que Dispõe sobre a educação especial, bem como o atendimento educacional especializado.

Utilizamos uma observação participante, buscando compreender como se dão os atendimentos ou as interações mãe-bebê e professor-bebê. Assim, procuramos entender as relações que ali ocorrem, suas singularidades e a forma em que se dá o encontro com o outro no referido espaço educacional. Nesse sentido, são bastante pertinentes as considerações de Rahme (2014), ao assinalar que existe uma diferença entre o olhar e o ver e que a realidade observada é também uma construção tecida a partir do olhar de quem investiga. Por isso, nesta pesquisa participante, procuramos construir os dados da observação levando em consideração também o olhar e o laço tecido no encontro com essa pesquisadora.

Dessa maneira, demanda-se que o pesquisador observe e se observe, ou seja, implique-se na produção do saber, pois “O olhar de quem investiga não é neutro, nem é livre de atravessamentos que o fazem ver certas questões e não outras.”(RAHME, 2014, p. 241) Relacionando esses apontamentos, Jerusalinsky aponta uma colocação sobre esse método, afirmando que:

A metodologia da observação poderia levar a supor que, se nas origens do sujeito encontramos o *infans*— aquele que não fala—, necessariamente sua pesquisa e clínica implicaria produzir um deslocamento na direção oposta à proposta nas origens da psicanálise: dessa vez, em lugar de convocar a fala do paciente, retornar-se-ia novamente para o âmbito de sua observação. (JERUSALINSKY, 2011, p. 42)

Sob esta ótica, a observação participante se estabelece na pesquisa como um caminho, cuja manifestação enigmática de um sujeito em constituição nos é mostrada. Neste estudo, a observadora assumiu o papel de membro da equipe e participou dos atendimentos de forma ativa, interagindo com os pais, com os bebês e com a professora, buscando verificar como as inscrições produzidas pelo outro (professora, pesquisadora e pais) impactavam o modo subjetivo das crianças. A pesquisadora e a professora estiveram envolvidas de modo cooperativo e após cada atendimento foi possível discutir o que foi observado, possibilitando repensar novas estratégias para as aulas seguintes. Tais ações investigativas, foram balizadas em uma proposição ética, assegurando-se o sigilo da identidade dos participantes, assim como o devido encaminhamento clínico necessário, a qual ainda está em fase de construção, junto à família de uma criança que foi observada.

Buscando analisar o lugar simbólico que essas crianças possuem para essas famílias, realizamos entrevistas semi estruturadas com duas mães, por entender que a dimensão da fala nos possibilita um singular testemunho sobre como construíram o *holding*<sup>5</sup> junto aos bebês. Abriu-se, assim, uma possibilidade de escuta. Segundo Rahme (2014, p. 241), é necessário considerar “os limites presentes nessa escuta, realizada no contexto de uma pesquisa de campo e, portanto, em uma situação significativamente distinta da Psicanálise em *intensão*<sup>6</sup>”. Dessa forma, esta pesquisa se situa como uma investigação Psicanalítica em

---

<sup>5</sup> Estado afetivo especial lhe permite perceber quais são as necessidades de seu bebê e como as deve satisfazer, qual seu tempo, seu ritmo, sua intensidade, suas modulações. Essa adaptação ativa às necessidades de seu bebê permite que os cuidados maternos se processem de uma forma segura, que sustenta a existência de seu bebê. O holding funciona, então, como essa sustentação à continuidade-do-ser, como um suporte à unidade psique-soma, como uma proteção à possibilidade de não existência, ultrapassando as características apenas físicas do sustentar. (BREZOLIN e PINHEIRO, 2011)

<sup>6</sup> “A psicanálise em *intensão* designa, no âmbito da transmissão, a condução da análise individual e da formação do analista.”(RAHME, 2014, p. 239)

*extensão*<sup>7</sup>, em que conta com o arcabouço teórico desse campo, sem pretender se constituir como aquele que sustenta o *setting* psicanalítico.

Do ponto de vista operacional, as entrevistadas tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE<sup>8</sup> em que lhes foi assegurada a possibilidade de contribuir e permanecer ou não na pesquisa sem prejuízo para o atendimento de seus filhos. Como já assinalado, todas as participantes tiveram seus nomes preservados e suas participações ocorreram de forma gratuita.

Esclarecidos os pressupostos metodológicos da presente pesquisa, enfocaremos o percurso traçado na investigação durante a pesquisa de campo, abordando a escolha da escola, os primeiros contatos estabelecidos, os sujeitos, as entrevistas semi-estruturadas e o instrumento utilizado (IRDI). Antes, porém, discutimos a entrada em campo, sendo que alguns dados da escola serão apresentados.

## **2.6 Caracterização e caminhos da pesquisa**

Limitou-se a pesquisa a uma escola do Programa Educação Precoce pelo fato de este ser um programa privilegiado por atender crianças a partir do nascimento e com questões orgânicas implicadas. Também pelo fato de pesquisadora fazer parte do Programa Educação Precoce, nessa rede de ensino, como docente.

Ao iniciar as observações da pesquisa, um dos critérios de predileção da amostra foi delimitar a observação em crianças com menos de 12 meses. Esse critério foi necessário devido ao fato de que, ao final do tempo das observações, as

---

<sup>7</sup> “A psicanálise em *extensão* refere-se à sua articulação com o corpo social.” (RAHME, 2014, p. 239)

<sup>8</sup> “O TCLE é um documento que informa e esclarece o sujeito da pesquisa de maneira que ele possa tomar sua decisão de forma justa e sem constrangimentos sobre a sua participação em um projeto de pesquisa. É uma proteção legal e moral do pesquisador e do pesquisado, visto ambos estarem assumindo responsabilidades.”(AMAZONAS, 2016)

crianças estariam na última faixa etária do IRDI. Após o primeiro contado com a professora e a coordenadora do programa, foi entregue à direção da escola a autorização da Regional de Ensino para início da pesquisa de campo, que iniciou em junho/2015 e durou até dezembro/2015.

A escola onde acontece o Programa de Educação Precoce é um Centro de Educação Especial, integrante da rede de ensino do Distrito Federal e atende cerca de 450 crianças com algum tipo de deficiência. São atendidas em dois períodos matutinos ou vespertinos e o programa dessa escola atende 150 dessas crianças, também nos dois períodos.

Os alunos são atendidos por dois professores, um de educação física e um pedagogo. As aulas são de 45 minutos com cada professor e a frequência é de duas vezes por semana. Os alunos com dois anos ou mais podem ser agrupados em turmas para o atendimento pelas professoras pedagogas. As aulas de educação física, durante todo o programa, são individuais, mas, por vezes, os professores realizam aulas coletivas. Os horários de atendimento são, sempre que possível, escolhidos pelos pais.

A escola possui uma área espaçosa, além de rampas, banheiros adaptados, salas de aula, auditório e refeitório. A Educação Precoce possui nessa escola quatro salas de atendimento, sendo duas para atendimentos psicomotores e duas para atendimentos pedagógicos. São utilizadas, em grande parte, por crianças com mais de dois anos que já passaram do atendimento individual para o coletivo, com cerca de três crianças por turma. A escola possui um parquinho exclusivo, uma piscina compartilhada, coberta, com aquecimento, e uma sala de acolhimento onde acontecem as entrevistas/avaliações iniciais. Todas as salas são bem equipadas, limpas e arejadas. Grande parte dos brinquedos que a escola possui são doados, mas têm bom estado de conservação e de uso.

Para a matrícula dos alunos, é necessária uma indicação médica ou terapêutica e as crianças podem chegar ao programa com menos de um mês e permanecerem até os três anos e onze meses. São atendidas crianças com vários tipos de síndrome, nascimento prematuro, atraso no desenvolvimento, tipos diferentes de deficiência orgânica ou por outra indicação médica. Nessa escola os

alunos matriculados possuem condições socioeconômicas diversas e os encaminhamentos médico ou terapêutico também são por motivos vários.

O quadro de professores desse programa é composto por dez professores no turno matutino e dez no turno vespertino, sendo cinco pedagogos e cinco professores de educação física em cada período, além de um coordenador.

## **2.7 O IRDI como instrumento.**

Utilizamos o IRDI- Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil- como protocolo de observação durante os atendimentos de uma professora da Educação Precoce. Esta professora é também uma pesquisadora da área de psicanálise e acolheu prontamente o convite para colaborar com esta investigação.

Após o diálogo com a professora e a coordenadora, foi apontada a possibilidade de observação de seis crianças, pois essas atendiam ao critério da amostra já mencionado para a aplicação do IRDI, isto é, possuíam menos de doze meses e ao final do período de observação planejado para durar um semestre, estariam com dezoito meses.

As seis crianças foram observadas em um período de três semanas. Optou-se, então, por investigar a interação de duas crianças com suas mães, ambas do sexo feminino e terceiras filhas dos casais parentais. As duas crianças com síndrome de Down e participantes do programa desde os 15 dias de vida. À época da pesquisa, uma das crianças tinha 9 meses e outra 10 meses de idade. As observações iniciaram-se no dia 22 de junho de 2015 e os atendimentos aconteceram todas as segundas e quarta- feiras, no período matutino, e duraram até o dia 21 de dezembro de 2015.

O IRDI, definido como um instrumento de detecção de risco no desenvolvimento infantil validado originalmente para o acompanhamento do desenvolvimento psíquico por pediatras, é composto por 31 indicadores que demonstraram ter valor preditivo de problemas de desenvolvimento e são

verificados nos primeiros 18 meses de vida do bebê. Os indicadores são fundamentados a partir da teoria psicanalítica e possuem quatro eixos teóricos, os quais são fundamentais para a constituição do psiquismo. O intuito desse instrumento é detectar precocemente possíveis problemas de desenvolvimento na primeira infância (KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009):

O pressuposto que norteia os indicadores é o de que as bases da saúde mental se constituem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou outra referência primordial). (FUKADA, 2014, p. 52)

Os eixos teóricos são a suposição de sujeito, o estabelecimento da demanda, a alternância presença/ausência e função paterna:

O eixo suposição do sujeito (SS) caracteriza uma antecipação, "realizada pela mãe ou cuidador, da presença de um sujeito psíquico no bebê, que ainda não se encontra, porém, constituída."(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 52). É importante que a criança seja suposta como sujeito e que a mãe (ou seu cuidador) antecipe suas ações, nomeando-as.

O eixo estabelecimento da demanda (ED) indica que "estão reunidas as primeiras reações involuntárias que o bebê apresenta ao nascer, tais como o choro, e que serão reconhecidas pela mãe como um pedido que a criança dirige a ela."(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 53). Sobre esse aspecto, os autores afirmam que essa sempre será uma demanda de amor e será a base de toda atividade posterior de linguagem e de relação com os outros. As reações involuntárias do bebê são reconhecidas pela mãe como pedido que a criança dirige a ela. Esse reconhecimento permitirá a construção de uma demanda.

O eixo alternância presença/ausência (PA) "caracteriza as ações maternas que a tornam alternadamente presente e ausente. A ausência materna marcará toda ausência humana como um acontecimento existencial."(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 53). A esse propósito, é bastante pertinente considerar que a presença da mãe não é apenas física, mas também simbólica e que é importante que haja um intervalo para surgimento da resposta da criança.

O eixo função paterna (FP) “ocupa, para a dupla mãe-bebê, o lugar de terceira instância, orientada pela dimensão social [...] e poderá ter como efeito uma separação simbólica entre eles e impedirá a mãe de considerar seu filho como objeto.”(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 53). Assinala-se aqui a separação e a diferenciação em relação ao corpo da mãe e do bebê que, através da cultura, é capaz de orientar essa relação. Nessa perspectiva, encontramos o lugar de uma terceira instância orientada pela dimensão social, existindo algo que impede que a mãe considere seu filho como “objeto” voltado única e exclusivamente para sua satisfação. Os 31 indicadores e seus respectivos eixos teóricos são os seguintes:\*\*\*

Tabela 1: Retirado do artigo Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica

IDADE EM MESES	INDICADORES	EIXOS
<b>De 0 a 4 meses incompletos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que eleger.</li> <li>2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (manhês).</li> <li>3. A criança reage ao manhês.</li> <li>4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.</li> <li>5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.</li> </ol>	<p>SS/E SS ED PA SS/PA</p>
<b>De 4 a 8 meses incompletos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. A criança começa a diferenciar o dia da noite.</li> <li>7. <u>A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.</u></li> <li>8. A criança solicita à mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.</li> <li>9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.</li> <li>10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.</li> <li>11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.</li> <li>12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.</li> <li>13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.</li> </ol>	<p>ED/PA ED  ED/PA  SS/PA ED  ED/PA  SS/ED/PA  ED/FP</p>
<b>De 8 a 12 meses incompletos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.</li> <li>15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.</li> <li>16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.</li> <li>17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.</li> <li>18. <u>A criança estranha pessoas desconhecidas para ela.</u></li> <li>19. A criança possui objetos prediletos.</li> <li>20. A criança faz gracinhas.</li> <li>21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.</li> <li>22. <u>A criança aceita alimentação semi-sólida, sólida e variada.</u></li> </ol>	<p>ED/SS  ED  ED SS/PA FP ED ED ED ED</p>
<b>De 12 a 18 meses</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.</li> <li>24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.</li> <li>25. A mãe oferece brinquedos como alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.</li> <li>26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.</li> <li>27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.</li>   <li>28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.</li> <li>29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.</li> <li>30. <u>Os pais colocam pequenas regras de comportamento para a criança.</u></li> <li>31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.</li> </ol>	<p>ED/FP  ED/FP ED/FP  FP  SS/FP  FP  FP  FP FP</p>

Ao final da pesquisa IRDI, “a análise estatística apontou que o IRDI como um todo possui uma capacidade maior de prever problemas de desenvolvimento do que a capacidade de prever o risco psíquico.”(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 58) Os autores também nos colocam a importância de investigar, através dos IRDIs, o desenvolvimento infantil articulado à constituição subjetiva.

A diferença dessa terminologia, sob a ótica da psicanálise é a seguinte:

**-Problemas de desenvolvimento** - sinalizam a presença de dificuldades subjetivas que afetam ou incidem no desenvolvimento da criança, mas não questionam a instalação do sujeito psíquico. Exemplos destes quadros clínicos podem ser: hiperatividade, problemas com regras e leis, enurese.(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 51)

**-Problemas na constituição subjetiva** - compreendem as dificuldades de desenvolvimento sinalizadoras de entraves mais estruturais, apontando um risco de evolução em direção às psicopatologias graves da infância, tais como os chamados distúrbios globais do desenvolvimento, cuja definição psiquiátrica encontra-se no DSM-IV-TR (American Psychiatric Association – APA, 2002).(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 51)

Entre os 31 indicadores da tabela 1 estão em destaque os indicadores 7, 18, 22 e 30 por serem esses os com capacidade de predição de risco psíquico estatisticamente significativa, ou seja, implicam, nesses casos, riscos na constituição subjetiva. É também importante destacar dois indicadores que tiveram a capacidade de predição de riscos para o desenvolvimento, são eles os indicadores 24 e 26.

Assim, é conveniente apontar como funciona esse instrumento: quando observamos buscamos a presença dos indicadores e assim “é a ausência de indicadores que sugere um risco para o desenvolvimento da criança; os IRDIs, quando presentes, são indicadores de desenvolvimento e quando ausentes, são indicadores de risco.”(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 52). Segundo os autores, essa torção foi proposital e pode operar na direção de instituir um olhar, em princípio pediátrico, capaz de ver a saúde e não a doença.

Os indicadores agrupados também são capazes de prever risco psíquico quando, ao mesmo tempo estão ausentes: 1,2,3,4,5; 6,7,8,9; 16,22; 23,24,26,30. Importante destacar que o IRDI além de alertar para os problemas do desenvolvimento quando se apresentarem isoladamente, e também ao possuir as marcações concomitantemente esses indicadores são capazes também prever e nos alertar para possíveis riscos psíquicos. A pesquisa IRDI destaca também que a última faixa etária entre os 12 e 18 meses são os indicadores com maior poder preditivo para possíveis riscos psíquicos

O valor do IRDI, portanto, está em observar, o mais breve possível, uma tendência de risco para desenvolvimento infantil, como assinalam os autores: “permitir a localização a *tempo* de problemas que, uma vez detectados e adequadamente tratados, permitirão à criança um processo de desenvolvimento mais rico e criativo, com muito menos sofrimento.”(KUPFER, JERUSALINSKY, *et al.*, 2009, p. 60). Sobre esse aspecto, os autores destacam a importância de estratégias que permitam uma intervenção em um momento importante da vida dos bebês, pois as áreas mais sensíveis do aparelho neuronal estão ainda em construção.

Simultaneamente o aparelho psíquico também está se construindo. Por isso a importância de um redimensionamento do campo social da criança para que não haja uma instalação de maiores problemas futuros. Entende-se que as estruturas não estão decididas na primeira infância, como ressalta Bernardino (2004). Diante desse quadro, é fundamental que se criem estratégias de intervenções que possam abrir as possibilidades para o desenvolvimento do bebê e que o mesmo possa ser pensado articulando, ao mesmo tempo, o desenvolvimento neurofisiológico e a constituição psíquica.

A esse propósito é necessário assinalar que a utilização do IRDI como instrumento de detecção de risco para o desenvolvimento infantil na Educação Precoce pode ser de grande valia. Esta pesquisadora se autorizou a utilizá-lo por ser uma estudiosa dessa teoria, bem como por se submeter a uma análise pessoal, quesitos que compõem a formação de um psicanalista, a qual sempre é obtida ao longo de um percurso longo, pautado sempre pela ética de respeito ao sujeito que fala, sendo este, inclusive, um bebê. Mesmo que nessa faixa a linguagem oral ainda

não esteja presente, os bebês “falam” por meio dos seus corpos, apontam claramente o que lhes dá prazer ou desprazer e é esta escuta que o instrumento nos permite organizar por meio dos seus indicadores.

Dessa forma, é preciso sublinhar a importância de escutar os sinais do bebê. É a condição para que possamos convocar a criança à posição de sujeito de sua história, de modo que não seja visto e acolhido apenas como objeto do outro ou apenas rotulado por sua deficiência. Em outras palavras, é necessário que o corpo do bebê seja marcado não só pelos cuidados concretos, mas também por um olhar que suponha ali um sujeito de desejo.

Voltando ao método utilizado na pesquisa de campo: durante os atendimentos, observa-se se os sinais de desenvolvimento apontados na pesquisa IRDI estavam presentes. Quando nas aulas não era possível fazer esta observação, após a aula/atendimento a pesquisadora apresentava para professora esses sinais para que, nas aulas/atendimento seguintes, criasse circunstâncias com os exercícios para facilitar essa observação. Em outros momentos, perguntava-se às mães sobre as rotinas dos bebês em suas casas.

### 3 CAPÍTULO 3- DISCUSSÃO DOS CASOS

#### 3.1 Caso Liza<sup>9</sup>

O estudo de caso que será apresentado realizou-se de forma processual e foi composto pelo acompanhamento de Educação Precoce da criança Liza, por meio de observações e análises do modo de funcionamento subjetivo da díade mãe/bebê. Além disso, para construir este estudo, foi também realizada uma entrevista com a mãe, buscando fazer uma escuta sobre o processo de constituição subjetiva do bebê por meio dos indicadores do instrumento IRDI. As observações aconteceram nas aulas de Educação Física, com duração 45 minutos, sempre às segundas e às quartas-feiras. O atendimento foi individual e a mãe de Liza participava desse acompanhamento.

Liza é uma criança com síndrome de Down, que iniciou seus atendimentos na Educação Precoce com aproximadamente três meses após o nascimento (2 meses de idade corrigida, por ter nascido prematura com 36 semanas). À época de seu nascimento, sua mãe tinha 36 anos e seu pai 33 anos; é a terceira filha do casal, tendo seus irmãos 12 e 6 anos. Seus pais são bastante religiosos e participavam ativamente na comunidade da paróquia. A mãe, que será chamada aqui de Isabel<sup>10</sup>, apontou que Liza, ao ir à igreja, só retornava ao seu colo ao final da missa, momentos, de acordo com a mãe, de boa socialização da criança. É possível inferir que o ambiente religioso, na percepção de Isabel, era acolhedor diante da *diferença* da filha. No entanto, em outros ambientes, tais como comércio, vizinhança etc., em que passeava com a menina, não havia esse acolhimento e socialização. Nesses ambientes, Isabel sentia-se constrangida com a síndrome da filha devido aos olhares que as pessoas lhe direcionavam.

O pai de Liza atua professor em duas escolas particulares do Distrito Federal e Isabel como representante comercial de uma linha de cosméticos, trabalhando

---

<sup>9</sup> Nome fictício.

<sup>10</sup> Nome fictício

como autônoma. Sinalizou ser necessária uma dedicação quase total às demandas de saúde de Liza: *“justamente para meu tempo ser dedicado a ela. Resolvemos que seria assim pelo menos por um ano para ela poder desenvolver legal.”* (sic)

O casal tem casa própria em um condomínio próximo a Brasília e por isso utiliza-se da casa da mãe de Isabel como apoio, já que essa residência é próxima do trabalho do pai de Liza e da escola dos filhos mais velhos. Isabel relatou que foi criada só por sua mãe e não teve pai presente *“(...) eu sempre fui criada só por mãe, que é muito guerreira e me criou para o mundo.”*

Isabel descreveu sua gravidez como planejada e organizada: *“Foi tudo programadinho, todo mundo foi programado lá em casa. Liza só veio um pouquinho antes.”* Por meio de sua fala, pode-se verificar que Liza ocupava um lugar planejado e idealizado dentro da dinâmica familiar. Também observou-se que houve uma grande distância no campo do desejo materno ao se deparar com a síndrome de Down. Conforme apontam Legnani e Almeida (2004), o discurso higienista gerou uma representação social acerca da família nuclear ideal que, por sua vez, passou a constituir-se como um padrão a ser seguido e que há nessas circunstâncias uma ferida narcísica que se abre nessa representação, em relação ao Encontro/desencontro, quando o infans é visto demasiadamente longe dos modelos previamente idealizados pela família. Essa distância entre o ideal e a realidade afetou a função do Outro primordial? Qual seria a representação de uma criança com síndrome de Down nessa família?

As falas de Isabel são indicativas dessa percepção e sobre a forma como conseguiu construir sua função materna. Relatou que, ao contar para sua mãe e sogra sobre a síndrome do bebê, escutou questionamentos dos seguintes tipos: *“A minha mãe e a minha sogra receberam do jeito que muita gente recebe. A minha mãe demorou a aceitar, achou que era uma doença assim como todo mundo acha. Perguntou se havia sido transmitida pelo sangue ou na fecundação. Tivemos que explicar tudo para ela e para minha sogra. Minha sogra não quis arriscar muita coisa, mas o caso da minha mãe vem daquelas coisas de gente que não tem conhecimento, vem do achismo, do que o povo fala.”*

O significante *conhecimento* ganha ênfase na relação que Isabel passou a ter com a síndrome de Down. Isabel relatou que pesquisava na internet sobre esse

tema e participava ativamente de grupos de mães com síndrome de Down nas redes sociais. Após o nascimento da criança, escutava e acatava todas as prescrições médicas e, no momento da entrevista, demonstrou entender o discurso da ciência, mais especificamente sobre o discurso desenvolvimentista e cognitivista, advindo da neurociência, sobre a síndrome.

Essa relação foi construída também em função dos acompanhamentos médicos que recebeu ao longo da gestação de Isabel. Relatou à pesquisadora que vivenciou momentos de angústias e incertezas, desde o dia em que foi sinalizado, em sua ecografia morfológica, que algo não estava como o esperado. Os médicos disseram à mãe que não podiam dar certezas sobre a síndrome de Liza. Tal diagnóstico só seria possível com um exame específico: *“eu fiquei sabendo que era alguma síndrome, e aí fiz vários exames, menos o de amniocentese. Eu não sabia o que era a amniocentese, mas graças a internet a gente fuça. E a gente fuçou muito e entendeu que poderia causar o falecimento do feto e não quis arriscar. E aí foi eliminando e eliminando até chegar à síndrome de Down.”* (sic)

Isabel prosseguiu apontando que em cada novo exame um tipo de síndrome era descartada e, por várias vezes na entrevista, reafirmou a possibilidade de morte do bebê que gestava: *“tem umas síndromes lá que agora não me lembro o nome que morria com um ano, morria no parto ou morria com oito meses de gestação... e quando chegou no sexto mês, aí o médico disse: olha, provavelmente é síndrome de Down!”*

Isabel destacou, então, que durante a gravidez, além desses momentos de incerteza em relação ao que Liza teria, foi também indagada, por parte de seu primeiro médico, sobre a possibilidade de induzir o feto o aborto: *“teve um médico que queria induzir o aborto! Ele falou com todas as letras: não fico com grávidas que tenham chances de ter filhos com síndrome de Down. A grávida não aguenta e é melhor você tirar.”* Diante disso, Isabel indagou ao médico sobre tal posição. *“Ele falou que a grávida, quando tem mais filhos, não aceita. É tipo a morte da criança, como se estivesse morta para a vida...”*

A partir de então, o discurso de Isabel adquiriu um tom da indignação e suas buscas de conhecimento sobre a síndrome de Down, como já mencionado, pautaram-se no discurso da ciência para se contrapor à posição invalidada de Liza e

a sua também como a de mãe de uma criança síndrômica. Isso significa que esse discurso operou uma suplência para Isabel lidar com um discurso de morte devastador em sua posição subjetiva. Sua meta passou a ser a de mostrar a todos que Liza poderia se desenvolver, caso fosse constantemente estimulada. Discurso que, apesar disso, por estar apenas na posição de suplência, sustentava-se sem muitas certezas. Isabel ora fazia essa aposta, ora recolocava sua relação com Liza no campo da morbidez. Esse movimento foi nitidamente percebido durante as observações do acompanhamento na Educação Precoce.

É importante retomar um ponto da entrevista sobre como reagiram os demais membros da família com a descoberta de que Liza teria uma síndrome. Segundo o relato de Isabel, seu filho mais velho, que tinha 11 anos quando Liza nasceu, reagiu da seguinte maneira: *“Meu mais velho foi um pouco mais difícil para aceitar. Ele achava que era como uma gripe que iria passar! Só que aos pouquinhos foi entendendo e aí chorou uma semana... mas hoje ele é muito tranquilo, vê que não é muito bem por aí. Que muita gente só discrimina por não saber...”*. Em relação ao marido, sua percepção era a de que se colocavam como parceiros, pois estavam lutando juntos para cuidar de Liza, mas, como este trabalhava muito, sua participação era pequena nos cuidados e educação da criança.

A partir desses relatos, pode-se perceber as dificuldades da chegada de uma criança com Síndrome de Down nessa família e suportar os efeitos dessa dificuldade na subjetivação de Liza, pois percebe-se a complexidade envolvida nessa relação. Uma análise mais profunda de aspectos tão agudos extrapola os limites deste trabalho, mas é necessário pensar nessa direção, mesmo sem respostas categóricas, pois essa indagação ajudará a refletir sobre os efeitos das marcas que se desdobram a partir da chegada de uma criança distante do ideal, bem como sobre os efeitos de uma Educação Precoce orientada pela psicanálise para ressignificar a posição de Liza diante dos olhos da mãe.

Por meio do IRDI como instrumento de observação nas aulas da Liza, que se encontrava, no início da pesquisa, com nove meses de idade, foi possível detectar que a criança ainda não apresentava, na relação com sua mãe, um indicador de faixa etária anterior, previsto para a faixa etária dos 0 a 4 meses incompletos, em que a mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação. Mariotto (2009) diz que o

eixo de *Alternância Presença/Ausência* é indicativo de uma experiência necessária ao bebê para que este se descubra como sujeito. Trata-se de experiências na dupla mãe e bebê em que se produz um pequeno vácuo entre a demanda e a satisfação da criança, operando-se, assim, um intervalo de onde poderá emergir o desejo da criança.

Quando são observados os indicadores da faixa etária dos 4 aos 8 meses incompletos, percebe-se mais três indicadores ausentes: o indicador 8 - a criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta; o indicador 12\* - A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço e o indicador 13\*- A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva. Mariotto (2009), ao explicar esses indicadores, aponta que eles são possíveis quando o Outro, em sua função, se encarrega de interpretar o gesto da criança como um apelo: “traduzir a linguagem em ação e ação em linguagem”. Dessa forma o Outro, em sua função de cuidador, atua como essencial para que haja uma circulação entre o imaginário e o simbólico.

No entanto, foi possível perceber os indicadores 12 e 13 presentes em um atendimento na Educação Precoce em que os irmãos de Liza participaram da aula. Nesse dia a aluna mostrou-se bem mais comunicativa (demandando dos seus irmãos) e seus irmãos também lhe deram suporte em suas iniciativas e brincadeiras. Pode-se observar abaixo como se organizam as marcações do IRDI nas observações das aulas da Liza:

Indicadores de 0 a 4 meses Incompletos	Data da observação 22/06/15	Data da observação 24/06/15	Data da observação 29/06/15
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	Não observado	Não observado	Presente
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).	Presente	Presente	Presente
3. A criança reage ao mamalhês.	Presente	Presente	Presente
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	Não observado	Não observado	<b>Ausente</b>
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	Presente	Presente	Presente

Indicadores de 4 a 8 meses incompletos	Data da observação 22/06/15	Data da observação 24/06/15	Data da observação 29/06/15
6. A criança começa a diferenciar o dia e a noite.	Não observado	Não observado	Presente Perguntou-se para a mãe como é o sono do bebê e se ela diferenciava o dia e a noite.
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	Não observado	Não observado	Presente
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	Não observado	Não observado	<b>Ausente</b>
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	Presente	Presente	Presente
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	Presente	Presente	Presente
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	Presente	Presente	Presente
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	Não observado	Não observado	<b>Ausente* na relação mãe/bebê e presente na relação do bebê com os irmãos</b>
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	Não observado	Não observado	<b>Ausente* na relação mãe/bebê e presente na relação do bebê com os irmãos</b>

Na faixa etária dos 8 a 12 meses incompletos, a relação mãe/bebê mostrava ausentes três indicadores: o indicador 15 - Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe, o indicador 18 - A criança estranha pessoas desconhecidas a ela e o indicador 19 - A criança possui objetos preferidos.

O indicador 18 é um alerta por se constituir como um dos principais indicadores com capacidade de predição de risco psíquico estatisticamente

significante. Esse indicador faz parte do eixo *Função Paterna* que, de acordo com Mariotto (2009), é a entrada do terceiro capaz de balizar o laço entre a criança e seu cuidador e mostra que essa função exige renúncia às satisfações, além de introduzir o campo da interdição e da diferença. A autora também discute que essa função é capaz de fornecer à criança dispositivos simbólicos suficientes para que a criança se reconheça como sexuada e possa, assim, inscrever-se em uma ordem social de filiação, bem como “constituir-se como sujeito separado do outro cuidador.” Os indicadores se mostraram da seguinte forma nas observações nas aulas da Liza:

Indicadores de 8 a 12 meses incompletos	Data da observação 22/06/15	Data da observação 24/06/15	Data da observação 29/06/15
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	Presente	Presente	Presente
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	Não observado	Não observado	Ausente * Liza não se apresenta para sua mãe e mama sentada sem aconchego no colo.
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	Presente	Presente	Presente
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	Presente	Presente	Presente
18. A criança estranha pessoas desconhecidas a ela.	Não observado	Não observado	Ausente Para esse item foi indagado se a criança estranhava pessoas e ela relata que não, dizendo: “ela vai com todo mundo”
19. A criança possui objetos preferidos.	Não observado	Não observado	Ausente Para esse item foi questionado se a criança tem um objeto preferido e a mãe diz que não
20. A criança faz gracinhas.	Não observado	Não observado	Presente
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	Não observado	Não observado	Presente
22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	Não observado	Não observado	Presente Para esse item foi perguntado para a mãe como acontecia a alimentação em casa.

Durante a entrevista, foi indagada a Isabel sobre sua percepção acerca do futuro de Liza, recebendo-se a seguinte resposta: *“Eu a vejo brincando de doutora, coisas normais, de crianças normais, de a gente ter uma criança normal pra mim! É só o estímulo que tem que ter um estímulo a mais, tem que ter uma paciência, porque engatinhar não é para ontem, engatinhar demora um pouquinho, andar vai demorar mais um pouquinho só que eu acho que até que ela vai ser rápida! Lógico que a gente não pode negar que tem uma barreira, tem um atraso, mas acho que é um atraso que com estímulos só ficará um pouquinho.* (sic)

Quando foi questionada sobre o que seriam esses estímulos, respondeu: *“Não deixar por conta dela! Que por conta dela não avança! Não posso deixar ali sentada quietinha, pois ela vai ficar! Então eu penso que toda hora tenho que pegar sua perna e pô-la para brincar bastante. Ajudá-la sempre a não ficar, como eu falo, morgada!”* (sic)

As observações de Liza continuaram nas duas semanas seguintes, antes do recesso escolar entre 15 de Julho e 03 de agosto de 2015. Durante esse período, foi possível conversar com a professora da Educação Precoce sobre a ausência dos indicadores observados na relação mãe-bebê. A partir dessas constatações, a professora passou a ter um maior foco nas questões discutidas com esta pesquisadora e passou a buscar fortalecer o laço subjetivo entre Liza e Isabel, visando um deslocamento de duas posições em que a criança encontrava-se na relação com a mãe: a de uma criança inerte, como também a de uma criança “estimulável” mecanicamente. Desde então as brincadeiras e dinâmicas das aulas foram dirigidas sempre convocando a mãe a ter um novo olhar sobre seu bebê, acentuando sempre os ganhos de Liza nas brincadeiras das aulas e sua posição como sujeito.

Após o recesso escolar, porém, a frequência desse bebê nas aulas passou a ser irregular. Liza frequentou apenas três aulas durante todo o semestre e sua saúde mostrou-se muito fragilizada, apresentando um quadro febril por várias semanas e uma internação por mais de 20 dias. Quando retomou às aulas, houve

uma reunião entre a professora e os pais para relatar sobre os atendimentos, (essa reunião é chamada de devolutiva e acontece em relação a todas as crianças do programa). Durante essa ocasião, os pais informaram sobre o quadro de saúde de Liza e que, durante esse período, pensaram que ela poderia ter ido a óbito. Mencionam que até driblaram a segurança do hospital para que os irmãos pudessem visitá-la “antes que o pior acontecesse”.

Quando a professora perguntou o porquê dessa preocupação e mais detalhes sobre o quadro clínico da criança, os pais responderam que Liza estava aparentemente bem, mas que a febre não cessava e esse era um indício de que poderia ser algo muito grave. A professora, ao ler o relatório médico da internação, detectou que não foi apontada nenhuma doença específica e sim uma baixa de anticorpos (hipogamaglobulinemia).

Houve, então, três observações das aulas de Liza, que contava com 12 meses. Os indicadores das faixas etárias anteriores permaneceram os mesmos que os da faixa etária dos 12 aos 18 meses, com exceção do indicador 23 *-A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses*, que se encontrava presente quando os demais indicadores estavam ausentes, os quais são justamente os indicadores que alertam para uma maior predição de risco psíquico.

Indicadores de 12 a 18 meses	Observações feitas no período de 10/Agosto a 10/Outubro 2015.	
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	Presente	A mãe relata cuidados com os outros filhos, atividades na igreja de sua comunidade.
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	Não observado	Ausente
25. A mãe oferece brinquedos com alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	Não observado	Ausente
26. A mãe já não se sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	Não observado	Ausente
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	Não observado	Ausente
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	Não observado	Ausente
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	Não observado	Ausente
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para as crianças.	Não observado	Ausente
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	Não observado	Ausente

Liza não mais voltou a frequentar as aulas, pois seu estado febril continuou até o fim do ano letivo de 2015. Em dezembro, a pesquisadora e professora discutiram quais as possibilidades de encaminhamentos para a criança em relação ao Programa, já que era atendida em outros espaços, como na Fisioterapia e pela equipe médica do Hospital da Criança- DF. Ficou clara, nesta discussão, a necessidade de que houvesse maior investimento no laço subjetivo mãe-bebê e a necessidade de matriciamento (por um psicanalista) para seu atendimento no próximo ano escolar. Concluiu-se que os caminhos éticos da intervenção deveriam ser o de ressignificar para essa mãe o lugar de Liza para além de uma limitação orgânica ou de uma criança com uma expectativa de vida abreviada.

### 3.2 Caso Bruna<sup>11</sup>

A avaliação do caso que será apresentado realizou-se de forma processual e foi composta pelo acompanhamento de Bruna na Educação Precoce. A fim de que se pudesse construir esse estudo, foi também realizada uma entrevista com a mãe da criança para compreender o que se observou nos indicadores do IRDI. As observações aconteceram nas aulas de Educação Física e tiveram duração de 45 minutos, sempre às segundas e às quartas-feiras. O atendimento era individual e contava com a participação da mãe da criança, que aqui será chamada de Sara. Bruna tinha 10 meses no início das observações.

É uma criança com síndrome de Down, que começou seus atendimentos na Educação Precoce com aproximadamente 30 dias após o nascimento. Sua mãe tinha 36 anos quando a criança nasceu prematura com 36 semanas e seu pai tinha 37 anos. É a primeira filha do casal, que já tinha dois filhos, um com 16 anos e outro com 13 anos, filhos do primeiro casamento de Sara. Sara trabalhava de cozinheira antes de Bruna nascer e seu pai é instalador elétrico de carros. Desde o nascimento de Bruna, sua mãe parou de trabalhar como profissional para se dedicar aos cuidados do bebê: *“Eu sou cozinheira, mas eu tive que parar minha vida, tá toda parada! Por que os acompanhamentos dela são importantes. Meu marido trabalha, mas agora consegui o benefício de assistência social para ela. Agora está tranquilo, graças a Deus!”* (sic) A família vivia em uma residência alugada, em uma cidade satélite (Região Administrativa) próxima a Brasília. Os outros dois filhos estudavam em escola pública.

Sara informou que a gravidez de Bruna não foi planejada e sobre seu desejo de não ter mais filhos: *“(...) não foi planejada, eu engravidei usando DIU. Eita! Foi assim! A gente faz uns planos, né? Eu não queria mais filho”*. (sic) Observou-se que, ao relatar esse fatosa chegada de Bruna, não houve um tom de pesar ou arrependimento e mesmo quando mencionava as dificuldades de uma gravidez de risco, não demonstrou o afeto de tristeza. *“A gravidez até o quinto mês foi tranquila, quando fiz uma ecografia que descobri que minha filha tinha um problema do*

---

<sup>11</sup>Nome fictício.

*estômago, aí fiquei mais apreensiva! Ela tinha o estômago grudado no intestino. Foi uma gravidez muito difícil por conta desses problemas de saúde, mas foi tranquila, não foi turbulenta. No oitavo mês, fiz a cesariana porque tive pressão alta”. (sic)*

Ao ser indagada sobre a descoberta da chegada de um bebê com Síndrome, Sara<sup>12</sup>relatou que só soube quando Bruna nasceu e que sua preocupação maior não foi com a síndrome, mas sim com a cirurgia que a bebê teria que se submeter. *“Eu estava tão preocupada com a cirurgia que ela teria que fazer que, pra mim, não foi o fim do mundo não! Agente vai aprendendo, até hoje aprendo com ela. Porque Bruna teve que ficar na UTI eera muito pequenininha...”*

Sara não tomou a síndrome como central na acolhida do seu bebê e essa também foi a posição adotada pela família. O foco foi a sobrevivência de Bruna e os poucos momentos em comum, em função dos cuidados médicos que a criança recebeu ao ser operada para a correção da disfunção em seu aparelho digestivo. Também se posicionou diante da filha, desde o primeiro momento, como aprendiz. Ou seja, seu saber como mãe se mostra *não todo*: *“Porque é tudo muito diferente, depois de muito tempo é quase a primeira gravidez. Com ela tudo é conquista e é dela mesma. Eu não prestava muita atenção nos meus filhos mais velhos, por isso aprendendo com ela. Já se senta sozinha, arrasta. De deitada, já se senta. Então tudo é assim, como uma vitória!” (sic)*

Há uma percepção da diferença de Bruna para com os irmãos e também uma valorização dos avanços dos seus ganhos motores. Dessa forma, Sara cuida de sua filha e faz-lhe um espelho, em sua função materna, que reflete para esse bebê a capacidade que tem para realizar novas conquistas. Segue a entrevista mencionando a interação entre Bruna e seus irmãos: *“Vixi é um amor! Eles têm um amor muito grande por ela. Não tem nem como não ter um amor muito grande! Eles reagiram bem, não foi um susto! Ela é a razão de viver de todo mundo lá de casa.” (sic)*

Continuando a entrevista, foi possível observar, por meio das falas de Sara, como o pai de Bruna percebe sua filha: *“Acho que o pai que ficou mais assim... acho*

---

<sup>12</sup>Nome fictício.

*que ele não entendia o que era e ficou muito preocupado com a cirurgia. A professora outro dia estava fazendo os exercícios com a Bruna e ele disse: - será que não tá machucando? Eu disse: - ela tem que fazer esses exercícios para poder aprender a andar! Mas é que ele só tem ela como filha e é inexperiente. É um monte de coisa, uma babação! Um cuidado que não precisa ter! Bruna tem que ficar no chão, tem que aprender!” (sic)*

Uma questão importante foi abordada por uma profissional de saúde no hospital quando Bruna foi submetida à cirurgia. Houve uma intervenção de uma fonoaudióloga que possibilitou que Sara operasse seu saber/não saber como mãe diante de uma filha diferente do que o esperado. *“Na UTI, quando ela recebeu alta, a fono falou pra eu criar do jeito que eu criei meus meninos quando eram pequenos. Aí não a fiz diferente das outras, pois acho igual ou acho que tem crianças que não têm o que a Bruna é. Eles têm um pouco de dificuldade na hora de engolir, tem mais facilidade de se engasgar, mas é normal isto... Falam por aí: - bate a comida no liquidificador sabe? Ah, não! esses cuidados extremos! Não precisa disso tudo! Eu não bato nada no liquidificador é tudo amassado e ela come sem engasgar!” (sic)*

É preciso ressaltar outro desdobramento da entrevista, em que ficou clara a capacidade crítica da mãe diante do saber especializado sobre as crianças com Síndrome de Down. Sara fazia parte de um grande grupo de mães em uma rede social e se assustou com os cuidados extremados e padronizados das outras mães: *“Porque não precisa disso tudo, minha filha não consulta com o médico especialista em síndrome de Down! Não! Nem com pediatra consulta. É com o médico do posto, que é o médico da família! E já fez todos os exames que tem que fazer e faz acompanhamento na genética. Então, não precisa disso, desse exagero que fazem! E eu falei: ô minha filha, esse povo é doente, mães que ficam procurando doença em filho! Eu acho que é por que uma vai na onda da outra. Saí do grupo.” (Sic)*

Verificou-se que Sara ocupa um lugar como mãe que leva a pensá-la como “uma mãe que não dá a comida sólida, mas não a deixa líquida”, ou seja, ela exerce sua função reconhecendo a diferença, sem fazer disso uma posição deficitária para sua filha e consegue, assim, fazer sua antecipação imaginária ao projetar o futuro desse bebê: *“(...) quero fazer de tudo pra ela ser independente porque não vou tá aqui pro resto da vida. Então quero fazer o máximo por ela para que possa trabalhar*

*estudar, ser independente o máximo possível! Eu quero que ela se sinta como outra pessoa qualquer e que nunca deixe ninguém diminuí-la como incapaz”. (sic)*

Também fez uma importante reflexão sobre como as mães idealizam seus filhos e como sofrem no processo de desidealização. *“Eu acho que na gravidez devem imaginar muita coisa boa para os filhos... imaginou o filho de um jeito e nunca imaginou ter um filho com algum problema”*. Indagou-se como imaginava Bruna: *“Eu não imaginava que ia nascer com síndrome de Down não! É que o pai dela não é branco e a minha filha tem os cabelos cacheados e eu também por isso imaginava que ela ia nascer com os cabelos cacheadinhos e moreninha”*.

Demonstrar-se-á abaixo como se apresentaram as marcações do IRDI nas aulas de Bruna. Como foi explicitado anteriormente, Bruna contava com 10 meses na primeira fase das observações.

Nesse primeiro momento de escuta e observação da interação entre Bruna e sua mãe, todos os indicadores se mostraram presentes, mesmo aqueles da faixa dos 8 aos 12 meses incompletos.

<b>Indicadores de 0 a 4 meses incompletos</b>	<b>Data da observação 22/06/15</b>	<b>Data da observação 24/06/15</b>	<b>Data da observação 29/06/15</b>
1. Quando a criança chora ou grita, a mãe sabe o que ela quer.	Não observado	Presente	Presente
2. A mãe fala com a criança num estilo particularmente dirigido a ela (mamanhês).	Presente	Presente	Presente
3. A criança reage o mamalhês.	Presente	Presente	Presente
4. A mãe propõe algo à criança e aguarda a sua reação.	Não observado	Não observado	Presente
5. Há trocas de olhares entre a criança e a mãe.	Presente	Presente	Presente

<b>Indicadores de 4 a 8 meses incompletos</b>	<b>Data da observação 22/06/15</b>	<b>Data da observação 24/06/15</b>	<b>Data da observação 29/06/15</b>
6. A criança começa a diferenciar o dia e a noite.	Não observado	Não observado	Presente Perguntou-se para a mãe como é o sono do bebê e se ela diferenciava o dia e a noite.
7. A criança utiliza sinais diferentes para expressar suas diferentes necessidades.	Presente	Presente	Presente
8. A criança solicita a mãe e faz um intervalo para aguardar sua resposta.	Não observado	Presente	Presente
9. A mãe fala com a criança dirigindo-lhe pequenas frases.	Presente	Presente	Presente
10. A criança reage (sorri, vocaliza) quando a mãe ou outra pessoa está se dirigindo a ela.	Presente	Presente	Presente
11. A criança procura ativamente o olhar da mãe.	Presente	Presente	Presente
12. A mãe dá suporte às iniciativas da criança sem poupar-lhe o esforço.	Presente	Presente	Presente
13. A criança pede a ajuda de outra pessoa sem ficar passiva.	Não observado	Não observado	Presente

<b>Indicadores de 8 a 12 meses incompletos</b>	<b>Data da observação 22/06/15</b>	<b>Data da observação 24/06/15</b>	<b>Data da observação 29/06/15</b>
14. A mãe percebe que alguns pedidos da criança podem ser uma forma de chamar a sua atenção.	Presente	Presente	Presente
15. Durante os cuidados corporais, a criança busca ativamente jogos e brincadeiras amorosas com a mãe.	Presente	Presente	Presente
16. A criança demonstra gostar ou não de alguma coisa.	Presente	Presente	Presente
17. Mãe e criança compartilham uma linguagem particular.	Presente	Presente	Presente
18. A criança estranha pessoas desconhecidas a ela.	Não observado	Não observado	Presente Para verificar esse item foi necessário questionar a mãe sobre seu comportamento.
19. A criança possui objetos preferidos.	Não observado	Não observado	Presente Para verificar esse item foi necessário questionar a mãe sobre sua existência de objetos preferidos.
20. A criança faz gracinhas.	Presente	Presente	Presente
21. A criança busca o olhar de aprovação do adulto.	Presente	Presente	Presente
22. A criança aceita alimentação semissólida, sólida e variada.	Presente	Presente	Presente

Continuando o processo de observações, a pesquisadora percebeu a criação de importantes vínculos entre a professora e a mãe de Bruna.

A segunda fase das observações aconteceu no segundo semestre de 2015 e as observações ocorreram de maneira irregular, devido a inúmeros fatores: Bruna faltou por motivos de saúde, feriados, atividade diferenciada na escola, presença da pesquisadora em congresso. Assim as observações aconteceram com intervalos, por isso não foi possível especificar a data em que foi observado cada um dos indicadores, mas a dinâmica dos atendimentos permitiu que indicadores não visualizados sobre a rotina da criança em casa pudessem ser questionados à mãe, que de forma espontânea relatou aspectos da relação de Bruna com seus irmãos, pai e demais membros da família.

Durante esses atendimentos, a mãe relatou que em casa Bruna brincava bastante no chão. A criança demonstrou, durante os atendimentos, choro pela ausência da mãe de seu campo visual e interesse por objetos que segurasse. A mãe dizia saber diferenciar os choros de Bruna, conseguindo identificar quando era “manha”. Participava nas aulas de forma afetuosa, mas, ao mesmo tempo, não se sentia mais obrigada a atender a todas as demandas do bebê, sem se sentir obrigada a satisfazer tudo que Bruna solicitava. Assim, já colocava pequenas regras e quando Bruna chorava nos acompanhamentos da EP, pedia para lhe dizer o que queria ao invés de chorar.

Indicadores de 12 a 18 meses	Observações feitas no período de 10/Agosto a 15/Dezembro 2015.	
23. A mãe alterna momentos de dedicação à criança com outros interesses.	Presente	A mãe relata que gostaria de voltar a trabalhar fora, sobre como é a organização em casa com os outros irmãos e relata uma dinâmica para além dos cuidados com Bruna.
24. A criança suporta bem as breves ausências da mãe e reage às ausências prolongadas.	Presente	Bruna, após uma semana sem atendimento, por estar gripada, regressa muito apegada e reage quando a mãe fica longe de seu campo visual.
25. A mãe oferece brinquedos com alternativas para o interesse da criança pelo corpo materno.	Presente	Oferece brinquedos, mamadeira e outros objetos, quando essa não quer sair do seu colo para participar das aulas.
26. A mãe já não sente mais obrigada a satisfazer tudo que a criança pede.	Presente	A mãe permite que a criança chore e diz que é preguiça de Bruna, pois em casa ela bagunça tudo!
27. A criança olha com curiosidade para o que interessa à mãe.	Presente	Em todas as observações esse indicador esteve presente.
28. A criança gosta de brincar com objetos usados pela mãe e pelo pai.	Presente	Em todas as observações esse indicador esteve presente.
29. A mãe começa a pedir à criança que nomeie o que deseja, não se contentando apenas com gestos.	Presente	A mãe já dificulta mais os pedidos de Bruna e pede que diga o que quer
30. Os pais colocam pequenas regras de comportamento para as crianças.	Presente	A mãe já impõe regras do que pode ou não ser feito e dá bronca em Bruna quando julga que está de manha.
31. A criança diferencia objetos maternos, paternos e próprios.	Presente	A mãe relata que Bruna busca sempre objetos dos irmãos e gosta de brincar com cadernos e provas deles.

### 3.3 Discussão dos casos

Como vimos no capítulo 2, ao longo dos primeiros anos de vida, “o modo como um bebê é situado pelo Outro imprime particularidades no funcionamento de suas diferentes funções orgânicas.”(JERUSALINSKY, 2002, p. 156). É no laço com o Outro que esse bebê será capaz de construir diferentes circuitos pulsionais e inscrever um funcionamento em zonas erógenas.

Em outras palavras, os circuitos pulsionais organizam as zonas erógenas distribuídas pelo corpo por meio da demanda do Outro. Nesse sentido, cabe a esse grande Outro a função de libidinizar e investir no bebê. É importante ressaltar que a ação do outro precisa imprimir um ritmo de funcionamento, pois como resalta Jerusalinsky (2006), “é por meio da alternância entre fome-saciedade, sono-vigília, repouso-atividade, que o funcionamento pulsional do bebê se organiza de acordo com a letra impressa em seu corpo pelo gozo e desejo materno.” Há assim, no início da constituição do bebê, esse momento de incorporação simbólica, complementado por Catão, ao afirmar que:

Lugar inconsciente de emissão e recepção das emoções que, de início, se localiza nas zonas erógenas, a imagem inconsciente do corpo estrutura-se na relação intersubjetiva se constrói sob o efeito das pulsões, da comunicação sensorial e da linguagem ouvida. É o esboço de uma unidade. (CATÃO, 2009, p. 44)

Nesse cenário a criança vivencia em seu corpo sensações caóticas, divididas e desorganizadas, as quais vão, a partir daí, ter uma forma e caminhar para a diferenciação. É oscilando entre prazer e o desprazer que o bebê se constitui e constrói seus circuitos pulsionais. Sempre que o corpo se depara com alguma sensação de desprazer de forma instantânea inicia o processo de buscar prazer novamente, pois o desprazer eleva a tensão e o desamparo do bebê e, por isso, ele invoca a mãe para atendê-lo. Essa demanda é interpretada pela mãe, que passa a responder na tentativa de aplacá-la, supondo já existir ali um sujeito.

O corpo pulsional é matéria-prima para a construção do corpo narcísico, como aponta Levin: “A imagem corporal narcisista tem como precursor o rosto

materno [...] Não é em sua organicidade biológica que a criança reconhece seu corpo com forma inteira, como unidade, ela se reconhece nessa imagem que vem de fora e que a mãe deseja.”(LEVIN, 1995, p. 55). Desse modo, para que a criança se mobilize e se identifique com a imagem corporal, é necessário que o outro deseje essa imagem.

Estabelecendo essas relações, observa-se que a antecipação do corpo acontece pela expectativa que o Outro tem sobre o bebê, que implica seu desejo sobre essa criança, demandando-a e convocando-a para ir além, como assinala Jerusalinsky quando diz que “[...] o Outro encarnado antecipa o bebê num lugar que ele ainda não ocupa, antecipa para ele uma imagem de caminhante que ainda não corresponde à sua realização instrumental” (JERUSALINSKY, 2002, p. 160), ressaltando também que “a função materna não é feita apenas de sustentar a função do bebê, é preciso que ela lhe ofereça este espaço no qual o bebê terá que se precipitar, se lançar e se implicar como sujeito em uma realização.” Podemos verificar que há, em cada momento da constituição psíquica, diferentes e sucessivas inscrições para o bebê, como complementa a autora: “Cada um destes momentos da constituição psíquica são estabelecidos por novas inscrições simbólicas que ressignificam as inscrições ocorridas no momento anterior e têm consequências também para o que está por se inscrever.”(JERUSALINSKY, 2002, p. 166)

Verifica-se, assim, que os diferentes momentos lógicos são inscritos no real do corpo da criança de forma simbólica e que essas inscrições acontecem de forma contínua e sucessiva, até delimitar para ela uma imagem corporal.

Observa-se que a incorporação simbólica permite um segundo momento fundamental na constituição do sujeito, “trata-se do *estádio do espelho*<sup>13</sup>, pelo qual o

---

<sup>13</sup>A partir de Freud, Lacan produz avanços teóricos ao propor a noção do *Estádio do Espelho* como momento inaugural do sujeito psíquico. O tempo do Estádio do Espelho é marcado pela possibilidade de o bebê identificar-se com uma imagem, a qual está primeiramente sustentada pela forma total do corpo como uma exterioridade, ou, como diz Lacan (1949), “como uma Gestalt, uma forma mais constituinte que constituída”. O resultado do Estádio do Espelho é uma antecipação do eu, precipitada pela armadilha de identificação espacial, que faz com que uma imagem retalhada do corpo tenha uma forma ortopédica de sua totalidade no espelho. De acordo com esta articulação, a imagem própria advém do outro e, se seguirmos os rastros do desejo, também o desejo próprio origina-se no desejo do Outro. (JARDIM, 1996, p. 74)

bebê assume um Eu ao identificar-se à imagem que o Outro lhe oferece para reconhecer-se.”(JERUSALINSKY, 2002, p. 160). O bebê identifica-se com a imagem que ele ainda não tem de si, pois não tem instrumentos para isso, mas mesmo assim a demanda do Outro o convoca a ir além. A autora esclarece ainda que “o Outro encarnado implica seu desejo, aposta na capacidade do bebê de efetuar uma nova realização, e o bebê se lança a fazê-la sustentando em tal aposta.”

Isso significa que é necessário que o Outro, além de desejar e apostar na capacidade do bebê, dê espaço para a criança existir, sendo necessário que haja uma aposta nesse sujeito, pois o bebê não é passivo nesse processo. Ao mesmo tempo em que a criança se apropria de toda essa organização, modifica o contexto que a cerca. Como foi dito anteriormente, a constituição psíquica envolve a própria relação do sujeito sem que este seja um reservatório passivo dos cuidados parentais.

Retomamos tais questões para discutir os casos que apresentamos, tendo em vista que em um programa de Educação Precoce, orientando-se pela psicanálise, é necessário que se saiba ler e observar os impasses no corpo do bebê ocasionados pelos curtos-circuitos de sua constituição subjetiva. É necessário também escutar o discurso parental para que, por meio desse cruzamento de escutas e de observação se possa intervir a tempo de amenizar fechamentos subjetivos do bebê em relação ao Outro.

Os dois casos apresentados são exemplares por serem capazes de ilustrar como as diferentes formas de acolhimento das crianças com algum tipo de síndrome impactam seu processo de inclusão dentro da dinâmica familiar e no desejo parental. Sara e Isabel receberam distintos suportes para a chegada de seus bebês. Por meio dos casos, podemos analisar as diferentes sustentações recebidas pelas mães e as consequências desses suportes na construção dos encontros destas com suas filhas com Síndrome de Down.

Liza e Bruna vão ocupar lugares diferentes nos discursos maternos e isso irá refletir nos cuidados que lhes são dirigidos. Isabel, a mãe de Liza, escuta do seu médico de confiança que essas crianças nascem como que “mortas pra vida”, enquanto que Sara lida com risco de morte concreto, devido à cirurgia de sua filha

Bruna. Para Sara a síndrome passa, então, a ocupar um lugar secundário e isto também é o que sentesua família.

Isto posto, queremos deixar claro nossa suposição: além do narcisismo materno, ou seja, da forma como cada mãe lidou com suas feridas narcísicas ao receber suas castrações em suas próprias constituições subjetivas, o laço que irá ser estabelecido entre mãe e seu bebê com alguma síndrome é também fortemente impactado pelos discursos construídos na rede familiar/social em que estão inseridas.

Costa e Cohen (2011) lembram que o advento de uma doença rompe com as expectativas desses pais e ameaça significativamente seus narcisismos, pois concomitantemente advém a culpa pela deficiência. As autoras advertem que durante esse processo será necessária uma renúncia ao ideal desses pais, que passarão a ter de “se haver com o real que invade suas vidas”. Ressaltam também os desdobramentos da chegada dessas crianças: “os pais golpeados narcisicamente no que há de mais íntimo no seu ser” e é precisamente, nesse momento, de extrema fragilidade que o discurso científico pode provocar a destituição do saber familiar e se apropriar do suposto saber sobre a criança, transformando-a em objeto do conhecimento.

Vimos que no caso Isabel - Liza essa rede opera causando exatamente essa fratura subjetiva. Deparamo-nos com uma mãe que não conseguiu receber um suporte efetivo de sua família. A síndrome ocasiona um mal estar ao longo da gravidez e com a chegada da criança; é vista como um defeito, sua família extensa indaga-se sobre a origem dessa “falha”. O suporte médico é prescritivo e sem cuidados e não se dá ao trabalho de escutar o sofrimento e as dúvidas dessa mãe.

Esses desdobramentos a levam avidamente ao suposto saber científico sobre a síndrome, mas este saber eclipsa seu próprio saber como mãe e sobre o *sujeito Liza*. Kupfer e Bernardino (2009) indicam que o declínio do saber parental, concomitantemente à ascensão do saber técnico, em princípio representado pelo discurso médico, produz efeitos no corpo de apenas falhas. Vemos também que Liza começa apresentar dificuldades para além de uma síndrome orgânica, conforme vimos nas marcações ausentes de aplicação do IRDI. A criança passou a

ser objeto de muitos e zelosos cuidados físicos, mas isto não é suficiente, conforme assinalam Goretti, Almeida e Legnani, (2014).

Já a chegada de Bruna, mesmo tumultuada, possibilitou a sua mãe situar-se diante de um suposto saber que esse bebê possuiria e que, por ela, seria desconhecido. Bruna é um enigma, um desafio. Ao mesmo tempo, é um reencontro de Sara com a sua condição de mãe, pois, devido suas dificuldades financeiras, pouco pode acompanhar seus filhos mais velhos e isto lhe agora prazeroso. O caso de Bruna nos mostra um contraponto ao de Liza. Essa família vem conseguindo operar as funções parentais, sem se perder e ou paralisar diante do diagnóstico. Sara se ancorou nas orientações da fonoaudióloga da equipe hospitalar que afirmou que teria todas as condições em ser mãe dessa criança a partir do seu próprio saber materno, bastaria observar e acompanhar Bruna. É o que ela faz, tornou-se detentora do saber “ser mãe”, mas sustenta um saber *não todo* sobre seu bebê, pois Bruna é vista na dimensão de sujeito e da alteridade.

Sara também é capaz de posicionar-se criticamente sobre o saber do especialista no contexto da síndrome de sua filha, não se identificando com a postura das demais mães, ansiosas pelos últimos avanços da ciência para que seus bebês com síndrome de Down se assemelhem as ditas crianças normais. Quer, na verdade, saúde e independência para a filha. Reconhece-se castrada e não sucumbe narcisicamente ao fazer essa constatação ao nos dizer que não durará para sempre e, por isso, precisa criar Bruna para ser independente e forte para viver no mundo.

Bruna e Liza nos apontam para a importância de cuidado com a lógica hegemônica do discurso educativo e nos propõem uma abertura na escuta e um olhar para qual lugar essas crianças ocupam dentro das dinâmicas familiares. Quando a educação se apropria do discurso do especialista, apropria-se também de uma lógica proposta pela ciência de que o conhecimento seria capaz de normalizar e ajustar os sujeitos. Jerusalinsky (2016) nos alerta para a concepção que ainda prevalece no âmbito do desenvolvimento, de que as aquisições seriam uma consequência do cruzamento entre a passagem do tempo e seus efeitos sobre um organismo. A autora avalia que, para o desenvolvimento, tão importante quanto

as possibilidades orgânicas, seria o circuito de desejo e demandas no qual se sustentam os cuidados de uma criança.

Assim, podemos resumir alguns pontos que esses dois casos nos trazem:

- O acolhimento médico e da equipe hospitalar é importante para que a mãe de qualquer criança com alguma patologia, síndrome, etc. consiga sustentar sua função. O suporte às funções parentais se mostra imprescindível, mas esse não é o cenário encontrado nos atendimentos de bebês, conforme revelam Goretti, Almeida e Legnani (2014): “grande parte dos atendimentos aos bebês com alguma vulnerabilidade e riscos no desenvolvimento ainda segue modelos que visam, sobretudo, a uma funcionalidade, à utilidade e à adaptação da criança ao meio social.” A partir desse contexto, os atendimentos acontecem de maneira fragmentária, ressaltando-se as funções motoras, fonológicas, fisiológicas, pedagógicas e psicológicas da criança.

- De igual forma, também observamos nos casos a importância de a função paterna estar presente para amenizar as dificuldades subjetivas da mãe. Função esta sendo pensada dentro de um contexto familiar, social e da própria comunidade em que a criança chega. Legnani *et al* (2004) marcam a participação do pai como indispensável na incorporação dos limites primordiais da criança. Ele deve se colocar como uma espécie de garantia para que os limites veiculados pelos cuidados maternos possam ser, de fato, internalizados. A função paterna, então, pressupõe uma transmissão da cultura e a introdução da criança na ordem societária, além de ser capaz de dar a sustentação afetiva necessária para a mãe interagir com seu bebê.

- Não podemos esquecer que a inclusão é um desafio, e irá depender da matriz simbólica formulada não só pelas famílias que têm filhos com algum tipo de *diferença*. Quanto mais a postura inclusiva perpassar todas as pessoas que estão no entorno da criança, incluindo médicos, profissionais da saúde e da educação, mais fácil será a organização subjetiva do bebê com alguma *diferença*. Mas por que isto é um desafio? Porque para incluir deve-se abdicar de um alvo a ser atingido com estímulos, exercícios, e até mesmo em alguns casos com medicações. A igualdade diante de uma criança sindrômica, por exemplo, só pode ser sentida e

percebida quando quem inclui reconhece sua própria castração relativa a sua própria condição humana. Não é o ponto de chegada é o ponto de partida.

- Os casos ilustram também o quanto a psicanálise tem a contribuir para a Educação Precoce. O olhar deve ser sobre a criança, independente da *diferença* que ela tenha, e esse olhar o professor pode, sim, construir, desde que receba em sua formação como profissional da educação a importância de pensar a inclusão para além de uma abordagem cognitivista e cientificista. Esse programa é ainda atravessado pelo termo deficiência. Katz (2016) descreve que independente da condição intelectual, mental, física ou sensorial do ser em questão a “subjetividade é o acontecimento que se dá no encontro entre o corpo e a cultura, acontece de maneira absolutamente singular, e é com este encontro que um sujeito terá que lidar a partir de sua condição, seja ela deficitária ou não.”

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante, para finalizar esta pesquisa, que possamos discutir eticamente o ideário da prevenção na primeira infância. Mariotto (2009) ressalta o quanto a prevenção está a serviço das ideologias dominantes que atravessam cada cultura e o quanto a denominação “prevenção” antecipa um modelo de cidadão desejado conforme/conformado aos ideais do Estado.

Esse controle social é o que Foucault denomina como *bio-poder*,<sup>14</sup> o qual é montado por uma trama discursiva que articula estratégias de *poder* e *saber* por meio de discursos ideológicos que se confluem para retirar a autonomia do sujeito sobre o governo de seus próprios corpos. Esse discurso ideológico também é absorvida pelo campo educativo, que se apropria de um treinamento “ortopédico” junto às crianças para alcançar um ideal de normatização. Sobre esse ideal de normalização, o IRDI, em nossa concepção, apresenta-se como uma importante proposta de enfrentamento dessa visão, já que subverte essa lógica, permitindo a singularização dos pequenos sujeitos.

Há uma fronteira entre a ética e a técnica, também abordada por Mariotto (2009), ao apontar que a prevenção técnica é a aquela que “supõe que se possa dimensionar, calcular e prever com garantias o alcance que a ação presente terá no futuro, descartando o improvável, o imprevisível e o impossível [...]. Prevenir, então, seria da ordem do impossível.” (MARIOTTO, 2009, p. 128) Assim, como sustentar o ato educativo também se esbarra no campo da impossibilidade de um resultado certo. Aponta a autora que ao se utilizar da psicanálise e discutir a prevenção sobre seu ponto de vista, introduz-se a questão ética que lhe é tão particular que é a de permitir que o sujeito se revele.

No que se refere à Educação Precoce, o cuidado com um possível apagamento do sujeito é fundamental, pois, além de o educador ter que se deparar

---

<sup>14</sup>A atuação do poder sobre os corpos que Foucault chamara de bio-poder tem que ser percebida nas suas especificidades. Vale dizer, sob esta denominação, que Foucault designará principalmente dois níveis de exercício do poder: de um lado, as técnicas que têm como objetivo um treinamento “ortopédico” dos corpos, as disciplinas e o poder disciplinar; de outro lado, o corpo entendido como pertencente a uma espécie (a população) com suas leis e regularidades. (MAIA, 1995, p. 94)

com o impossível do ato educativo, deve também dar suporte para que esse bebê possa se constituir diante da falta que o constitui e não como um ser deficitário.

O conceito de *iatrogêneses* é útil para que possamos pensar tais questões. Segundo Ivan Illich seria a perda de autonomia e da capacidade de cada um em operar sua própria vida, colocando o sujeito como passivo diante de um saber alienante. O autor complementa a reflexão, assinalando que “A iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta” (ILLICH, 1975, p. 31). Para o autor, o termo *iatrogênese*, composto pelas palavras gregas *Iatros* (médico) e *Genesis* (origem), seria uma nova epidemia de doenças provocadas pelo saber médico, ou seja, pelo saber do discurso da ciência que hoje ancora a medicina. Além disso, é necessário considerar a discussão feita por Gaudenz e Ortega (2012), que sublinham que a iatrogênese acarreta a perda da autonomia das pessoas por se tornarem dependentes do saber de especialistas em relação ao cuidado com suas saúdes, criando a sensação de incapacidade de decidir e conduzir a si próprio.

Sabemos que existe uma medicalização e uma patologização que incidem diretamente na infância. É nesse contexto que Jerusalinsky (2016) apresenta crítica a modelos de intervenção fragmentados na primeira infância, em que múltiplos profissionais intervêm lançando os pequenos pacientes e seus pais a uma lógica multidisciplinar fragmentária de área por área. A autora indica os efeitos iatrogênicos desse modelo de intervenção que dificulta enormemente as possibilidades de identificação desse bebê com o semelhante, sendo essa uma operação primordial para a constituição: “São modelos em que se busca uma eficácia parcial de cada aspecto, descuidando da constituição do bebê como um sujeito capaz de vir a se apropriar de tais produções em nome de um desejo.” Diante de um risco dessa ou daquela patologia, os pais passam a buscar na internet o que esperar desse quadro “e é desde esse espectro que passam a olhar para o filho.” É necessário considerar a diferença entre “ser e estar que é própria da infância e que é decisiva para que o diagnóstico não se introduza como um destino nefasto”.

Percebe-se, a partir dessa discussão, que os diagnósticos na infância exigem uma leitura crítica. A aposta em utilizar o IRDI é a de uma “despatologização”, pois sua lógica é a de deslocar o discurso do diagnóstico para a singularidade do caso a

caso e conseqüentemente para a singularização da relação professor/pais/bebê. Conforme Armiliato, “o IRDI cumpre a função **desmedicalizante** justamente por não propor uma correlação direta entre sinais patognômicos e diagnóstico”. (ARMILIATO, 2014, p. 85; grifo nosso)

Parece-nos também útil apontar outro aspecto quando se pretende utilizar um instrumento para detectar riscos para o desenvolvimento infantil: o fato de o professor não se colocar como um especialista “diagnosticador”. Destacam-se, a seguir, as observações de Kupfer e Bernardino, que apontam a importância de reflexão contínua no uso dos indicadores:

A incerteza e o equívoco não são próprios dos protocolos, que exigem respostas certas e inequívocas do aplicador. Os fenômenos subjetivos precisam de uma sucessão de observações ao longo do tempo, exigem uma reflexão contínua, e podem ser desmentidos depois de algum tempo, pois têm valor relativo e combinado. Tais observações não devem, finalmente, ser feitas pelo professor, mas por um profissional encarregado de fazer o acompanhamento dos IRDIs. **Não é auto-aplicável** pelas professoras. (KUPFER, BERNARDINO, *et al.*, 2012, p. 140. Grifo nosso)

A teoria psicanalítica, sem dúvida, é um contraponto importante ao discurso psicopedagógico hegemônico. Lajonquière (2010) foi o primeiro pesquisador a dissecar as bases epistemológicas desse discurso: a escola recorre muitas vezes ao saber do especialista por acreditar que a individualidade psicológica é resultante do desenvolvimento ajustado das capacidades orgânicas que amadurecem por terem uma “estimulação correta”, conforme o tempo etário. É como se existisse a possibilidade de que a criança, uma vez estimulada, consiga alcançar a idade adulta de forma plena e completa.

Dentro dessa concepção, a baliza da ação educativa pauta-se em técnicas e estímulos para despertar as capacidades do infante. O autor também é crítico quanto ao discurso pedagógico hegemônico que se faz em torno de uma “realidade psicopedagógica sempre suposta ideal”, que é empreendida pelos professores. Kupfer, Bernardino, *et al.*, (2012) também alertam para a *cognitivização* presente na

educação infantil e apontam o discurso científico, no qual o discurso médico se insere, como responsável pelo apagamento do sujeito.

Os autores salientam que a preocupação com o desenvolvimento cognitivo ideal dos alunos possa ser impeditivo para as professoras de dirigirem-se a eles como sujeitos em constituição. Essa sedução decorre de significantes, como *adaptação, qualidades de vida, integração na sociedade, bem estar, produtividade, por isso, são* valorizados os automatismos comportamentais que, segundo Lajonquière, foram inaugurados há séculos por Itard junto a Victor de Aveyron e agora, podemos inferir, foram retomados, com avidez pela educação, devido ao cruzamento entre o discurso do mestre e do capitalista.

A psicanálise pode, então, contribuir de alguma forma com essa reflexão, conforme indicam Legnani e Almeida, (2000), quando assinalam que “é mostrando que o professor deve abdicar das metas idealizadas e grandiosas que inspiram o ato de educar, pois elas negam, acima de tudo, a realidade do desejo e, por conseguinte, negam também a criança como sujeito.” (p.107), pois o efeito do cruzamento discursivo supracitado não só afeta os pais, mas destitui o saber dos professores e da educação, que passam a utilizar o discurso de especialistas.

Como afirma Rabelo (2012), a importância do IRDI é ressignificar o olhar sobre essas crianças e seus pais e também ressignificar a dimensão dos saberes sobre a criança na educação. Nossa proposição é clara: entender sobre a constituição subjetiva é imperioso para os profissionais da Educação Precoce, mesmo que não lhes caiba a função de diagnosticar psicopatologias, para que “possam compreender as queixas inespecíficas dos pais acerca do laço que estão tentando formar com seus bebês, geralmente ignoradas por desconhecidos.”(RABELO, 2012, p. 172). Nesse sentido, Fukuda (2014) ressalta que se trata de uma aposta na formação de professores, a partir de um processo de acompanhamento atravessado pela psicanálise, com o olhar voltado para o sujeito e sua constituição.

Conforme lembra Rabello (2012), ao sofrer impasses, as crianças tendem a ter perturbado ou inibido o desenvolvimento de suas funções básicas, já que os *aspectos estruturais e aspectos instrumentais* ainda não caminham de maneira distinta, de forma que a perturbação em uma das áreas se estende rapidamente às

demais. Por esse motivo, é uma preocupação, sublinha a autora, que a sombra do deficitário e de certo ideal possui um lugar constituinte. Ao olhar o filho com a lente do ideal quando esse não atinge essa promessa, é possível estagnar o investimento sobre esse bebê, determinando-se um lugar de “desvalia e acomodação.”

Nem sempre o trabalho da Educação Precoce será suficiente para fortalecer ou até estabelecer o laço necessário para a construção subjetiva dessa criança. Nesse sentido, Kupfer propõe que se pense em uma *educação terapêutica*<sup>15</sup>, em que seja possível dar à criança a oportunidade de dizer-se como sujeito, afirmando sobre si mesmo e onde o educador o acompanha lado a lado. A autora assinala que “ao educar, o educador terapeuta estará acompanhando a criança em seus tropeços e em seu enfrentamento do Real.”(KUPFER e GAVIOLI, 2011, p. 278). A educação terapêutica é um importante laço em que educamos tratando e que se trata educando.

O que marca o interesse e a possibilidade de aplicação do IRDI na Educação Precoce assim como tem sido feito pelas creches e na educação infantil é o quanto pode ser fecundo uma educação terapêutica, na qual a leitura do que ocorre com a criança é atravessada pela psicanálise. Podemos verificar através desses casos como o olhar do professor alertado por essas questões possibilita outra maneira de intervir, dentro de uma perspectiva completamente diferente daquela que é da ordem da massificação, da ordem de um discurso que tira o poder dos pais e o saber da família. Em outras palavras há possibilidade de que educadores possam manter a especificidade de seu ato educativo, mas que entendam também que determinados estilos de educação têm efeitos terapêuticos, ou seja, tem efeitos subjetivantes fundamentais na constituição do sujeito.

---

<sup>15</sup>A **Educação Terapêutica**, termo cunhado para fazer face a um tipo de intervenção junto a crianças com problemas de desenvolvimento- psicóticas, crianças com traços autistas, pós-autistas e crianças com problemas orgânicos associados a falhas na constituição subjetiva-, é um conjunto de práticas interdisciplinares de tratamento, com especial ênfase na práticas educacionais, que visa à retomada do desenvolvimento global da criança ou à retomada da estruturação psíquica interrompida pela eclosão de psicose infantil ou, ainda, à sustentação do mínimo de sujeito que uma criança possa ter construído. É hoje o campo teórico sobre o qual se assentam as práticas da Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida. (KUPFER, 2000, p. 83)

Busca-se aqui sustentar a posição de mestre barrado<sup>16</sup> que, mesmo possuindo um saber, permite que haja lugar para o novo, o lugar da surpresa. Ao assumir uma educação terapêutica, pretende-se sustentar a possibilidade de se surpreender com o sujeito (o aluno), retirando-o da posição de objeto. É relevante assinalar que uma educação terapêutica não garante que não haja iatrogenia, pois, como aponta Mariotto (2009), há uma parcialidade da função daquele que educa e a impossibilidade de resultados previsíveis naquele que é educado. Desse modo jamais será possível anteciper o modo pelo qual um acontecimento afetará e será tomado pelo sujeito. Aspira-se, então, relativizar o saber e se manter com o benefício da dúvida, assim pode-se sair do julgamento e adquirir outras perspectivas.

Diante de tamanho desafio, seria relevante que os profissionais da Educação Precoce pudessem ser acompanhados nas suas tarefas educativas de matriciamento “por alguém especializado que lhes dê suporte para compreender e intervir nesse campo”. (HENRIQUES, 2012, p. 2) O matriciamento é capaz de articular e estruturar a equipe, auxiliando-a a construir juntos, e no caso a caso, uma nova possibilidade de atuação. Percebemos, por meio do encontro com os bebês atendidos no programa de Educação Precoce, que um atendimento psicanalítico se faz necessário muitas vezes e os professores que trabalham com crianças muito pequenas devem estar atentos para acionar essa rede de sustentação e promover esse encontro o mais a breve possível.

O matriciamento é um dispositivo potencial quando se depara com uma impossibilidade nos atendimentos. Henriques (2012) traz o termo Matr (i) como oriundo do latim mãe, ou seja, a origem, de onde se vem: “O apoio matricial está relacionado a essa noção de matriz, o lugar de onde se gera. Uma oferta do núcleo profissional ‘psi,’ do campo dos profissionais de saúde, na construção de um novo saber, um saber que se pretende transdisciplinar.”(HENRIQUES, 2012). O

---

<sup>16</sup>O significante do Outro barrado é justamente a falta de garantia é aquele que não tem todo o saber. Desprovido de saber último. (DIAS, 2008, p. 263)

matriciamento é, assim, capaz de articular e estruturar a equipe, pois a partir de então é possível incorporar, nas práticas pedagógicas da Educação Precoce, a dimensão subjetiva da infância e operar mais próximo de uma ética que possibilite considerar como sujeitos a criança e seus familiares.

A importância desse trabalho, para mim, enquanto professora da Educação Precoce, é justamente a possibilidade de se pensar em uma maneira despatologizante para conduzir nossas aulas. Apostamos, assim, em sugerir que a formação profissional dos profissionais que atuam junto a primeira infância deva ser interdisciplinar e que tenha em sua base de sustentação das funções parentais são condições decisivas para o desenvolvimento infantil. É fundamental deslocar o discurso pedagógico do ideário da culpabilização das famílias, estas são marcadas por um campo social que exige sucesso, competência e felicidades constantes e vivem contradições permanentes entre suas condições concretas de vida e o mundo perfeito veiculado pela mídia.

Os atendimentos de crianças com condições orgânicas fragilizadas não podem incorrer no erro de tomar essas crianças como um conjunto de habilidades e competências e a serem conquistadas para que ela seja como os outros, pois essa postura “reproduz, em termos de laço, uma experiência de segregação.” (KATZ, 2016).

Portanto, o desafio que temos é sensibilizar professores, coordenadores e gestores da Educação Precoce do Distrito Federal para realmente pensarem a inclusão de uma forma crítica e ampla. Ultrapassar a lógica biologizante e idealizada sobre o desenvolvimento infantil e desarticular a série simbólica que reproduz a segregação para relançar essa criança e seus pais à posição de sujeitos de suas histórias são as possibilidades éticas que a teoria psicanalítica nos indica.

## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, S. F. C. D. Dispositivos clínicos de orientação psicanalítica na formação de professores: entre o cuidado, o ensino e a transmissão. In: ALMEIDA, S. F. C.; KUPFER, M. C. M. ( ). **A Psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: No avesso do especialista**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 27-44.

AMAZONAS, U. F. D. TCLE. **Universidade Federal do Amazonas**, 2016. Disponível em: <<http://www.cef.ufam.edu.br/index.php/tcle>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

ARMILIATO, V. IRDI: implementação de uma ferramenta psicanalítica no âmbito das políticas públicas. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO (ORGANIZADORAS.), R. M. M. **De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches**. São Paulo: Escuta, 2014. p. 83-94.

BATISTA, C. A. M. Por um bom início-Acompanhamento de Bebês. In: KUPFER, M. C.; SZEJER (ORGS.), M. **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: Novas pesquisas, saberes e intervenções**. 1. ed. ed. São Paulo: Escuta, 2015. p. 64-74.

BERNARDINO, L. M. F. **As psicoses não-decididas da infância: um estudo psicanalítico**. [S.l.]: Casa do Psicólogo, v. v.5, 2004.

BERNARDINO, L. M. F. A abordagem psicanalítica do desenvolvimento infantil e suas vicissitudes. In: (ORG.), L. M. F. B. **O que a psicanálise pode ensinar sobre a criança, sujeito em constiuição**. São Paulo: Escuta, 2006. p. 19-42.

BERNARDINO, L. M. F. Da Metafísica à Metapsicologia. **Estilos da Clínica**, v. XI, n. 21, p. 224-227, 2006.

BERNARDINO, L. M. F. A contribuição da psicanálise para a atuação no campo da educação especial. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. v.12, n. n.22, p. 48-67, Junho 2007. ISSN ISSN 1981-1624.

BOAS, P. A. F. V. A Política Educacional do Distrito Federal e o uso de Tecnologias no Apoio à Inclusão Escolar de Estudantes com Deficiência. In: EDUCAÇÃO, P. D. P. G. D. F. D. **Dissertação**. Brasília: Faculdade de Educação, 2013.

BRANDÃO, P. et al. Abordagens do Imaginário na Cena Terapêutica em Estimulação Precoce. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.3**. 3a. ed. Porto Alegre: [s.n.], 1990. p. 8-21.

BRANDÃO, P.; JERUSALINSKY, A. A trajetória da Estimulação Precoce à Psicopedagogia Inicial. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.3**. 3o. ed. Porto Alegre: [s.n.], 1990. p. 55-66.

BRASIL. **Política Nacional de Prevenção de Deficiências**. Brasília: MEC, 1992.

BRASIL. MEC. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**, 2008. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/politicaeduc ESPECIAL.pdf>>. Acesso em: 15 Maio 2014.

BRASIL. **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**. 2a. ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2010.

BRASIL. **DECRETO Nº 7.611, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011**. Brasília: Presidência da República, 2011.

BRASIL, M. **Plano Nacional de Educação**. Brasília: [s.n.], 2011-2020.

BRASIL, M. **Nota Técnica No. 055/ 2013/MEC/ SECADI/ DPEE**. Brasília: [s.n.], 2013.

BREZOLIN, R. D. L.; PINHEIRO, N. N. B. Construção, interpretação e holding: reflexões a partir de um acontecer clínico. **Cadernos de Psicanálise-CPRJ**, Rio de Janeiro, v. v.33, n. n.25, p. 258-271, 2011.

CAMPOS, D. D. L. Educação precoce : perspectivas legais e práticas pedagógicas. **Biblioteca Digital Monografias UnB**, Brasília , 10 Setembro 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/8343>>. Acesso em: 25 Abril 2016.

CATÃO, I. **O bebê nasce pela boca**: voz, sujeito e clínica do autismo. 1a. Edição. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2009.

CATÃO, I. Voz, fala e linguagem: a clínica psicanalítica com os que não falam. In: LAZNIK, M. C.; COHEN, D.; (ORG.) **O bebê e seus intérpretes**: clínica e pesquisa. 1a. ed. São Paulo: Instituto Langage, 2011. p. 197-204.

CAVAGIONNI, ANA PAULA MAGOSSO; ANCONI, MARIANA RODRIGUES. As Posições discursivas dos educadores de creche e seus efeitos nas práticas com bebês. **Col. LEPSI IP/FE-USP**, São Paulo, 2012.

CHARMAZ, K. **A Construção da Teoria Fundamentada**: Guia Prático para Análise Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CORIAT, A. J. E. E. Função Materna e Estimulação Precoce. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.1**. 3o. ed. Porto Alegre: Pallotti, 2011. p. 78-87.

CORIAT, L. Algumas ideias acerca da inclusão da criança com síndrome de down em todas as escolas de educação para deficientes mentais. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.6**. 2a. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2001. p. 19-23.

COSTA, L. F. et al. AS COMPETÊNCIAS DA PSICOLOGIA JURÍDICA NA. **Psicologia & Sociedade**, v. v.21, n. n.2, p. 233-241, 2009.

COSTA, M. R. L.; COHEN, R. H. P. Um saber-fazer com crianças e Jovens. In: ALMEIDA, S. F. C.; KUPFER (ORGS.), M. C. M. **A Psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito**: no avesso do especialista. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 383-300.

CRESPIN, G. **A Clínica Precoce: O Nascimento do Humano**. Tradução de Claudia Mascarenhas Fernandes; Maria Auxiliadora Fernandes, *et al.* 1a. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

DIAS, M. D. G. L. V. Do gozo fálico ao gozo do Outro. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*. **Estudos em teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 11, p. 253-266, Julho/Dezembro 2008.

DISTRITO, F. Secretaria de Estado de Educação. **Orientações Pedagógicas da Educação Precoce**, Brasília, p. 44, 2006. Disponível em: <<http://www.se.df.gov.br/component/content/article/255-educacao-no-df/266-educacao-especial.html>>.

DISTRITO, F. Secretaria de Estado de Educação. **Memorando No. 037/2013**, Brasília, 25 de Maio de 2013.

DISTRITO, F. **LEI Nº 5.310, DE 18 DE FEVEREIRO DE 2014**. Brasília: [s.n.], 2014.

FARIA, A. C. D.; CUNHA, I.; FELIPE, Y. X. **Manual Prático para Elaboração de Monografias: Trabalhos de Conclusão de Curso, Dissertação e Teses**. 3o. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FONSECA, P. F. O laço subjetivante na reação educador-bebê ou a surpresa como dimensão ética. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO (ORGANIZADORAS.), R. M. M. **De bebê a sujeito: a Metodologia IRDI nas creches**. São Paulo: Escuta, 2014. p. 193-200.

FOUCAULT, M. A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Folha de São Paulo, 1970. p. 81-110.

FOUCAULT, M. **O que é um autor?** 4a. ed. Lisboa: Passagens, 2000.

FUKADA, J. E. O uso do IRDI em potências públicas de saúde: possibilidades e limites. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO (ORGANIZADORAS.), R. M. M. **De bebê a sujeito: a metodologia IRDI nas creches**. São Paulo: Escuta, 2014. p. 51-82.

GATTI, B.; ANDRÉ, M. A relevância dos métodos de pesquisa qualitativa em Educação no Brasil. In: WELLER, W.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação**. Petrópolis- RJ: Vozes, 2010. p. 29-38.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface**, Rio de Janeiro, v. v.16, n. n.40, p. 21-34, 2012.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6o. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

GORETTI, A. C. D. S. **A relação mãe-bebê na estimulação precoce: um olhar psicanalítico**. Brasília : Dissertação de mestrado, 2012.

GORETTI, A. C. D. S.; ALMEIDA, S. F. C. D.; LEGNANI, V. N. A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE: UM OLHAR PSICANALÍTICO. **EStilos da Clínica**, São Paulo, v. v. 19, n. n. 3, p. 414-435, Set/Dez 2014.

GRIESNGER, B.; GORETTI, A. C. A Educação Precoce no atendimento à criança autista: a experiência do DF. In: \_\_\_\_\_ **Mesa Redonda no II Seminário Internacional: Trantornos do Esdpectro do Autismo**. Brasília: [s.n.], 2014.

HENRIQUES, R. D. S. P. Desafio Ético para a Composição da Reforma Psiquiátrica Brasileira: a experiência da saúde mental na atenção básica no município da Serra/ES. **Psicanálise, subjetivação e cultura contemporânea: grupo de trabalho da ANPEPP focado nas relações entre psicanálise e cultura**, n. Coordenadores: Joel Birman & Eduardo Leal Cunha, 20, maio 2012.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nemesis da medicina. Tradução de José Kosinski Cavalcanti. 3 ed. ed. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1975.

JARDIM, G. Do corpo ao desejo: um olhar sobre o sujeito. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. v.1, n. n.1, p. 68-77, 1996. ISSN ISSN 1415-7128.

JERUSALINSKY, A. As identificações precoces. In: BUSNEL, M.-C.; MELGAÇO (ORGANIZADORAS), R. G. **O bebê e as palavras**: uma visão transdisciplinar sobre o bebê. São Paulo: Instituto Langage, 2013. p. 17-24.

JERUSALINSKY, J. **Enquanto o Futuro não vem**: a psicanálise na clínica interdisciplinar com bebês. 3a. Edição. ed. Salvador: Ágalma, 2002.

JERUSALINSKY, J. Quem é o Outro do sujeito na primeira infância? Considerações sobre o lugar da família na clínica com bebês, 2005. Disponível em: <>. Acesso em: Maio 2013.

JERUSALINSKY, J. **A criação da criança**: brincar, gozo e fala entre a mãe e o bebê. Salvador, BA: Ágalma, 2011.

JERUSALINSKY, J. Para onde vamos com o autismo? **Estadão**, São Paulo, 30 de março 2015.

JERUSALINSKY, J., 13 Abril 2016. Disponível em: <<http://vida-estilo.estadao.com.br/blogs/crianca-em-desenvolvimento/qual-o-lugar-para-os-pequenos-na-rede-sus/>>. Acesso em: 14 Abril 2016.

JERUSALINSKY, L. F. C. E. A. Definição de Estimulação Precoce. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.1**. 3a. ed. Porto Alegre: Pallotti, 2011. p. 74-77.

KATZ, I. Movimento Psicanálise Autismo e Saúde Pública, Rio de Janeiro , 12 Abril 2016. Disponível em:

<<https://psicanaliseautismoesaudepublica.wordpress.com/2016/04/12/conferencias-da-iv-jornada-mpasp/#more-947>>. Acesso em: 12 Abril 2016.

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

KUPFER, M. C. et al. Metodologia IRDI nas creches: um acompanhamento do desenvolvimento psíquico na primeira infância. In: KUPFER, M. C.; SZEJER, M. (.). **Luzes sobre a clínica e o desenvolvimento de bebês: novas pesquisas, saberes e intervenções**. São Paulo: Instituto Language, 2015. p. 35-46.

KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology**, Online, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 48-68, Maio 2009.

KUPFER, M. C. M. et al. Metodologia IRDI: uma ação de prevenção na primeira infância. In: KUPFER, M. C. M., et al. **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta, 2012. p. 131-148.

KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. v.12, n. n.1, p. 45-58, Março 2009.

KUPFER, M. C. M.; GAVIOLI, C. A. Médicos educadores e professores terapeutas? Alguns relacionamentos entre o tratar e o educar. In: (ORGS.), M. C. M. K.; ALEMEIDA, S. F. C. **A Psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: no avesso do especialista**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 263-282.

LAJONQUIÈRE, L. **Figuras do infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LAJONQUIÈRE, L. D. **Infância e ilusão (psico)pedagógica**. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

LAZZARINI, E. R. E. T. D. C. V. O Corpo em Psicanálise. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, p. 241-250, Maio-Agosto 2006. ISSN 0102-3772.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. A IDEALIZAÇÃO DO ATO EDUCATIVO: EFEITOS NO FRACASSO ESCOLAR DAS CRIANÇAS DAS CAMADAS POPULARES. **Estilos da Clínica Usp**, São Paulo, v. v. 5, n. n.8, p. 94-111, 2000. ISSN ISSN 1415-7128.

LEGNANI, V. N.; ALMEIDA, S. F. C. D. A CONSTRUÇÃO DA INFÂNCIA: ENTRE OS SABERES CIENTÍFICOS E AS PRÁTICAS SOCIAIS. **Estilos da Clínica**, São Paulo, v. V.9, n. n.16, p. 102-121, 2004.

LEVIN, E. **A Clínica Psicomotora: O Corpo na Linguagem**. 5a. Edição. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LEVIN, E. **A função do filho: Espelhos e labirintos da infância**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

LEVIN, E. Criança: do organismo ao corpo. **LEPSI IP/FE- USP**, SÃO PAULO, p. 79-88, 2002. ISSN 85-86736-06-6.

LIMA, M. C. P.; LIMA, M. S. A. Da medicina à psicanálise: considerações acerca das articulações da educação especial com a clínica. In: (ORGS.), M. C. M. K.; ALEMEIDA, S. F. C. **A Psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: no avesso do especialista**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 111-126.

MAIA, A. C. Sobre a analítica do poder de Foucault. **Tempo Social**, São Paulo, v. v.7, p. 83-103, Outubro 1995.

MARIOTTO, R. M. M. **Cuidar, educar e prevenir:** as funções da creche na subjetivação de bebês. São Paulo: Escuta, 2009.

MARTÍNEZ, A. M.; TACCA, M. C. V. R. **Possibilidades de aprendizagem:** ações pedagógicas para alunos com dificuldades e deficiência. Brasília: Alínea, 2011.

MEDEIROS, C. P. D.; HOLANDA, S. A. R. Uma menina que não acompanha o grupo: o trabalho subjetivo de uma professora às voltas com o impossível em jogo na demanda. In: (ORGS.), M. C. M. K.; ALEMEIDA, S. F. C. **A psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito:** no avesso do especialista. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011.

MELO, M. D. S. D.; ALMEIDA, C. D. J. C. Considerações sobre a intervenção em dupla terapêutica na formação do clínico em estimulação precoce: uma construção no enlace entre Estrutural e Instrumental. In: KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F.; MARIOTTO, R. M. M. (. **Psicanálise e ações de prevenções na primeira infância.** São Paulo: Escuta, 2012. p. 175-200.

MEZÊNCIO, M. D. S. Metodologia e pesquisa em psicanálise: uma questão. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n. 10, p. 104-113, Junho 2004.

MILMANN, E. Sociedade Inclusiva e Globalização: Alguns Paradoxos na Educação. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.6.** 2a. ed. [S.l.]: [s.n.], 2001.

MOLINA, S. E. A pequena criança da psicopedagogia inicial. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança no.5.** Porto Alegre: Linus, 1998. p. 15-20.

MOLINA, S. E. O Bebê da Estimulação Precoce. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.5.** Comemorativa aos 20 anos do Centro Lydia Coriat. ed. Porto Alegre: Linus, 1998. p. 11-14.

PÁEZ, S. M. C. D. A Integração em Processo: Da Exclusão à Inclusão. In: CORIAT, C. L. **Escritos da Criança No.6.** 2a. ed. Porto Alegre: [s.n.], 2001.

PEREIRA, M. R. A criança-objeto. In: (ORGS.), M. C. M. K.; ALEMEIDA, S. F. C. **A Psicanálise e o trabalho com a criança-sujeito: no avesso do especialista**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2011. p. 301-311.

PINTO, E. B. A Pesquisa Qualitativa na Psicologia Clínica. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 1/2, p. 71-80, Janeiro/Junho 2004. ISSN 0103-6564.

RABELO, S. A serviço de que pode estar a detecção precoce do autismo? In: KUPFER, M. C. M., et al. **Psicanálise e ações de prevenção na primeira infância**. São Paulo: Escuta, 2012. p. 165-174.

RAHME, M. M. F. **Laço Social e educação: um estudo sobre os efeitos do encontro com o outro no contexto escolar**. 1. ed. Belo Horizonte: Fino Traço, 2014.

ROSA, M. D. A pesquisa psicanalítica dos fenômenos sociais e políticos: metodologia e fundamentação teórica. **Revista Mal Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 2, p. 329-348, Setembro 2004. ISSN 1518-6148.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A Pesquisa Qualitativa em Educação**. São Paulo: Atlas, 2013.

WELLER, W. Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes. **Educação e Pesquisa da USP**, São Paulo, v. v.32, n. n.2, p. 241-260, Maio/Agosto 2006.

WELLER, W. Grupos de Discussão: aportes teóricos e metodológicos. In: WELLER, W.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2010. p. 54-66.

WELLER, W.; BOHNSACK, R. O método documentário na análise de grupos de discussão. In: WELLER, W.; PFAFF, N. **Metodologias da pesquisa qualitativa em Educação**. Petrópolis- RJ: Vozes, 2010. p. 67-86.

WINNICOTT, D. W. (. A influência do desenvolvimento emocional sobre os problemas de alimentação. In: WINNICOTT, D. W. **Pensando sobre Crinaças**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. Cap. 5, p. 59-60.

WINNICOTT, D. W. Desenvolvimento emocional primitivo. In: WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

ZORNIG, S. M. A.-J. Tornar-se pai, tornar-se mãe: o processo de construção da parentalidade. **Tempo Psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. v.22, p. p.453-470, Maio 2010. ISSN 0101-4838.

## **APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa Educação Precoce: ações pedagógicas e suas contribuições em crianças atendidas na Educação Precoce do Distrito Federal, de responsabilidade de Daniela de Lima Campos, aluna de Mestrado da Universidade de Brasília. O objetivo desta pesquisa é entender como as intervenções pedagógicas realizadas pelos professores na Educação Precoce, podem contribuir para o desenvolvimento da constituição subjetiva de crianças. Assim, gostaria de consultá-lo (a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo (a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de observações e entrevistas. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa entender o que acontece na Educação Precoce oferecida pelo Estado brasileiro, em especial, na Rede do Distrito Federal, sua importância justifica-se, pois a Educação Precoce é uma modalidade de ensino que busca apoiar a criança e seus pais em sua estruturação psíquica e potencialização de todos os seus recursos, por isso a importância em entender seu funcionamento.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios nos atendimentos de seus filhos no programa. Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone 61-81374654 ou pelo e-mail [danieladelimacampos@gmail.com](mailto:danieladelimacampos@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio da publicação da dissertação no site: <http://repositorio.unb.br/>, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br). Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor (a).

---

Assinatura do (a) participante

Mat: 21.444.8-4

Brasília, \_\_\_\_ de Julho de 2015.

## APÊNDICE B- Códigos Utilizados na Transcrição

Códigos utilizados na transcrição das entrevistas<sup>17</sup> (modelo criado pelos pesquisadores do grupo coordenado por Ralf Bohnsack)

**Y:** abreviação para entrevistador (quando realizada por mais de um entrevistador, utilizam-se Y1 e Y2)

**Am / Bf:** abreviação para entrevistado/entrevistada. Utiliza-se “m” para entrevistados do sexo masculino e “f” para pessoas do sexo feminino.

**(.)** um ponto entre parêntesis expressa uma pausa inferior a um segundo

**(2)** o número entre parêntesis expressa o tempo de duração de uma pausa (em segundos)

**exem-** palavra foi pronunciada pela metade

**exe:::mplo** pronúncia da palavra foi esticada (a quantidade de : equivale o tempo da pronúncia de determinada letra)

**assim=assim** palavras pronunciadas de forma emendada exemplo palavras pronunciadas de forma enfática são sublinhadas

**°exemplo°** palavras ou frases pronunciadas em voz baixa são colocadas entre pequenos círculos exemplo palavras ou frases pronunciadas em voz alta são colocadas em negrito

**(example)** palavras que não foram compreendidas totalmente são colocadas entre parêntesis

**( )** parêntesis vazios expressam a omissão de uma palavra ou frase que não foi compreendida (o tamanho do espaço vazio entre parêntesis varia de acordo com o tamanho da palavra ou frase)

---

<sup>17</sup> Modelo desenvolvido por Ralf Bohnsack e outros pesquisadores da Freie Universität Berlin, Alemanha e adaptações para língua portuguesa desenvolvidas pelo grupo de pesquisa GERAJU (FE/UnB). Publicado em (WELLER, 2006, p. 257) Na presente pesquisa utilizou-se parte dos códigos desenvolvidos por Bohnsack, pois não houve a complexidade de detalhamento como na transcrição de grupos de discussão.

## APÊNDICE C- Entrevista Liza

1 **Y:O trabalho da Educação Precoce tem um duplo objetivo que é fazer um**  
2 **acompanhamento ao desenvolvimento psicomotor da Liza e no nosso**  
3 **caso a gente vai tentar acompanhar ao longo desse próximo semestre o**  
4 **desenvolvimento psicológico dela. Então eu preciso te esclarecer para**  
5 **você permitir que a gente faça esse trabalho.**

6 Cf: Certo!

7 **Y:Na verdade não vai demandar que você venha aqui outras vezes. É saber**  
8 **que e sempre vou estar presente observando o atendimento da professora**  
9 **Amanda. E aí a gente precisa saber se você concorda que eu acompanhe?**

10 Cf: Sim !

11 **Y:Cf a Liza tá com nove meses?**

12 Cf: Não tá com 10. Isso 10 meses

13 **Y:Haam**

14 Cf: Ela em setembro faz um ano

15 **Y:E você tem outros filhos?**

16 Cf: Tenho. Tenho mais dois um casal

17 **Y:Que idade eles estão agora?**

18 Cf: Tem um com 12 e a outra tem 6 anos

19 **Y:Então tem um pulão aí?**

20 Cf: éh lá em casa é programado. De 5 em 5, 6 anos por aí

21 **Y:mhm**

22 Cf: Foi tudo programadinho

23 **Y:E quando a Liza. Quando você ficou grávida você tava esperando?**

24 Cf: Sim! Todo mundo foi programado lá em casa.

25 **Y:ahã foi.**

26 Cf: Tudo certinho. A gente tava programando já! Lógico a gente programou ela mais  
27 pra:: 2015, né! Mas ai ela veio no finalzinho já deee

28 **Y:De 2014?**

29 Cf: Isso! Aí a gente tava=tava tudo programadinho, mas aí... só veio um pouquinho  
30 antes.

31 **Y:mhm**  
32 Cf: Né mãe?! \_\_\_\_\_mãe dirige a fala à criança e ela ri\_\_\_\_\_

33 **Y:Ela concordou que veio antes.**  
34 Cf: Ela veio antes em tudo né!

35 **Y:Por quê?**  
36 Cf: Era pra nascer em novembro? É novembro! Final de novembro prá dezembro. E  
37 ela veio já no início de setembro. É dia nove.

38 **Y:Então ela nasceu?**  
39 Cf: Então ela nasceu prematura.

40 **Y:Ela teve alguma intercorrência?**  
41 Cf: Não. Não teve não.

42 **Y:Nasceu com o peso bom?**  
43 Cf: É pela idade sim. Nasceu com peso razoável.

44 **Y:mhm. Você ficou sabendo que a Liza tinha síndrome de Down durante a**  
45 **gravidez?**  
46 Cf: Foi. Não assim. Agente ficou. Eu fiquei sabendo lá na morfológica né, quando  
47 faz e aí eu fiquei sabendo que era alguma síndrome a gente ãã..não teria como  
48 ter certeza de qual síndrome era.

49 **Y:mhm**  
50 Cf: E aí é:: eu fiz o exame um raio-x. E aí é:: o médico falou assim olha, vamo:  
51 você tem que fazer um amniocentese né aí como a gente confia no médico né,  
52 eu não sabia o que=que era a amniocentese, mas graças a internet a gente fuça  
53 né.

54 **Y:mhm**  
55 Cf: E aí a gente:: eu falo que às vezes a gente é:: ser é:: ter faculdade, ser letrados  
56 né: como fala é bom e não é ao mesmo tempo. E aí a gente fuçou muito e aí a  
57 gente foi descobriu que a amniocentese era invasivo né que: pode te::r chegar  
58 ao falecimento do feto e tudo e:: então eu não quis arriscar. E aí foi eliminando  
59 né: foi eliminando conforme a:: o mês foi eliminando até chegar à síndrome de  
60 Down.

61 **Y:mhm**

62 Cf: Que já foi já no:: sexto mês. Que aí fazia radiografia e ó: tem umas síndromes  
63 lá que agora eu não me lembro o nome que morria com um ano né: depois que  
64 nascia ou morria no parto ou morria com oito me:ses de gestação e aí tinha  
65 varias síndromes que poderia ser né

66 **Y:mhm**

67 Cf: E aí ia sendo eliminado, cada uma pelas suas características lá: e aí: ia  
68 sendoeliminado. E aí quando chegou acho no:: sexto mês aí o mé:dico, olha,  
69 provavelmente é: síndrome de Down.

70 **Y:mhm**

71 Cf: E aí é:: teve vários médicos, teve vários médicos não teve um médico que::  
72 que:: foi meu primeiro que ele:: me queria me induzir ao aborto! Ele falou com  
73 todas as letras, ele falou olha: eu não fico, não fico: com grávidas que:: pode  
74 ser que tenha síndrome de Down e aí: a grávida não aguenta e então é melhor  
75 você tirar.

76 **Y:Como assim a grávida não aguenta ele te explicou essa fala?**

77 Cf: Ela fala que:: a:: grávida quando tem filhos é:: quando tem mais de dois três  
78 filhos e:le ele fala que:: (. ) ela não aceita né que: ela tem a tal da:: é:: como é  
79 que ela=eles falam? (3) ti::po:: a:: mo:rredo:: né da criança. Da criança como  
80 se::tive:sse:: morta pra:: vida né!

81 **Y:Entendi.**

82 Cf: Então a:: não sei se é por falta de conhecime::nto não sei o que=que é:: mas  
83 eles acham que a síndrome de Down é:: uma coisa retrograda, uma coisa lá  
84 atrás que ninguém conseguia fazer nada.

85 **Y:Esse médico era de convênio?**

86 Cf: Sim do convênio. É:: agora \_\_\_diz o nome do médico\_\_\_ e:: ele eu até::  
87 denunciei

88 **Y:Mhm.**

89 Cf: Fiz documentações por que eu acho um absurdo! Quem decide isso sou eu e  
90 meu esposo, não tinha que ele ficar achando que: e bota medo né uma coisa  
91 que não existe! E aí eu fui e passei por outro médico que me atendeu no (\*\*\*\*)  
92 diz o nome do hospital. É que eu tenho convênio do (\*\*\*\*) diz o nome do  
93 convênio. O (\*\*\*\*) diz o nome do médicoele simplesmente é maravilhoso, ele:

94 ele é de alto risco né eu fui pra ele, por que como era a terceira gestação e aí: ia  
95 ser de alto risco. E aí ele me atendeu ele conversou comigo e a primeira coisa  
96 que ele me perguntou é se eu ia tirar? E aí eu falei não. E aí ele falou graças a  
97 Deus e nem você vai fazer a amniocentese! Você sabe né! Ele me explicou! Ele  
98 foi o único que me explicou! Tirou todas as minhas dúvidas da amniocentese. (2)  
99 e aí ele=ele explicou tudo como que funcionava por que eu fui em=em dois  
100 laboratórios e lá todo mundo perguntava. Você vai ti=tá tendo um aborto? E aí  
101 eu não! E achei estranho né! E lá eles perguntaram... a senhora fez um aborto?  
102 A senhora vai fazer um aborto? E aí eu falei não !não vou fazer um aborto, aí  
103 ela não, mas tem certeza? Eu falei não! Ô a gente não tá fazendo, mas outro  
104 laboratório ta fazendo. Aí me indicou outro laboratório e aí chegando nesse  
105 laboratório o pessoal perguntou do meso jeito! Olha eu queria conversar com  
106 alguém pra me explicar! Que realmente é esse=esse exame que até então eu  
107 não sabia e aí ele foi falou olha o exame é o seguinte: funciona da seguinte  
108 forma é tirada uma agulha, é botada uma agulha tira o liquido amniótico e de lá  
109 é extraído para verificar se ela tem ou não síndrome de Down. Só que é um  
110 risco que como tem pouco líquido pode ser que a gente tire tudo! Ou não né! E  
111 eu falei não se for só pra ver se é ou não eu aguardo. Eu prefiro aguardar. E a  
112 gente aguardou até o final, fizemos 3D por que disse que tinha como visualizar,  
113 mas também o dela, não visualizou e aí tinha o::: osso nasal né! que também é  
114 característico, mas ela também tem o osso nasal normal e aí então, a gente só  
115 ficou sabendo no dia mesmo, a certeza no dia. Mas assim a hora que ela  
116 apareceu assim à carinha foi lindo, adorei. Não tinha nada demais né  
117 amor?\_\_\_\_\_olhando para a criança,nesse momento a criança vocaliza:  
118 aaaaáéééeehummm. e eu acho que com vinte dias eu vim parar aqui na  
119 precoce. E aí a Vanessa me recebeu e falou que não tinha vaga que já tava no  
120 final do ano, mas aí parece que teve uma desistência ou alguma coisa assim e  
121 me encaixaram. E aí com vinte dias ela começou aqui. ((a criança faz humm))  
122 né? ((a mãe brinca um pouco com a criança))

123 **Y:(risos) E seu marido?**

124 Cf: Agente:: é:: muito tranqüilo, e se brincar ele é mais tranqüilo do que eu, mas  
125 é:: a gente é:: bastante:: envolvidos em tudo e a gente: e tudo que a gente faz é  
126 em função pra:: melhor

127 **Y:Ele costuma vir aqui aqui com a Liza também?**

128 Cf: Não por que ele é professor né ele é professor de história.

129 **Y:Da rede?**

130 Cf: Não da rede não. Particular

131 **Y:ahã**

132 Cf: Então ele dá aula em duas escolas e aí fica quase que impossível.

133 **Y:Você trabalha com quê?**

134 Cf: Não eu sou só revendedora (1) de cosmético, justamente promeu tempo ser  
135 dedicado a ela. Aí eu resolvi, a gente resolveu eu ficar dedicada a ela assim,  
136 pelo menos um ano né! Pra poder desenvolver legal.

137 **Y:mhm e ele então é tranqüilo?**

138 Cf:Sim!

139 **Y:E os irmãos?**

140 Cf: Ôo o meu mais velho foi um pouco mais difícil né! Práaceitar ele achava que  
141 era uma gripe né! Que é aquela gripe que vai passar! Só que ele com aos  
142 pouqui::nhos ele foi entendendo e aí no dia que ele foi, como diz a gente, ele  
143 chorou uma sema::na e aí ele começou entender realmente o que que e:ra! Mas  
144 hoje ele é muito tranqüilo! Ele=ele vê que não é muito bem por aí. Que muita  
145 gente (1) discrimina né?!

146 **Y:mhm**

147 Cf: Não ente:ndené como é que funciona!

148 **Y:mhm**

149 Cf: E aí discrimina. Hoje não, hoje ele já::explica pra muita gente. E teve até um  
150 professor que foi até infeliz em uma questão lá: da escola e chamou um menino,  
151 O:: você tá dormindo aí tá parecendo:: síndrome de Down! Aí ele levantou logo  
152 e falou assim, síndrome de Down não, síndrome de Down não é lerdo, você tá  
153 chamando os outros de lerdo! Ele foi explicou! O professor me chamou na  
154 escola, elogiou ele e ele ficou meio sem graça, pediu desculpa! (4) mas a gente  
155 vai vivendo::fuçando em tudo perguntando pra todo mundo eu pergunto direto

156 pra (professora) as coisas (2) fuça na internet direto! Né?! Né bonita?! ((mãe se  
157 dirigindo a criança))

158 **Y:Deixa eu te perguntar uma coisa. Como você pensa o futuro para Lizaela?**

159 Cf: A eu=eu vejo ela brincar doutora coisas normais de: de: criança normal de: da  
160 gente ter humm é uma criança normal pra mim! É só o estímulo que tem que ser  
161 (1) tem que ter um estímulo a mais, tem que ter uma paciência, por que::  
162 engatinhar não é pra ontem, engatinhar demora um pouquinho, andar vai  
163 demorar mais um pouquinho só que eu acho que até que andar ela vai ser  
164 rápida!

165 **Y:Por que você acha?**

166 Cf: Por que ela só quer ficar em pé o tempo inteiro! O negocio dela é:: num quer  
167 sentar, mas a (professora) disse que não pode, andar sem sentar! Mas eu acho  
168 que:: ela é muito tranqüila, eu acho ela muito inteligente!

169 **Y:Mhm.**

170 Cf: Num=num vejo essa::lógico que a gente num pode negar que tem uma barreira  
171 sim com certeza, que tem um atra::so isso não pode ser negado, mas eu acho  
172 que é um atraso que com estímulo, o atraso dela só fica um pouquinho (2)  
173 pouca coisa. Acho que nada demais.

174 **Y:Quando você fala em estímulo, o que você pensa sobre isso? O que você  
175 imagina sobre essa palavra?**

176 Cf: O estímulo que eu penso é=é a educação precoce é a fisioterapia é:: colocar  
177 ela pra faze::r natação, educação física, ajudar ela sempre a não fica:r, como eu  
178 falo, morgada!

179 **Y:Mhm.**

180 Cf: Não deixar por conta dela! Que por conta dela (1) ela não avança! Eu acho que  
181 se agente ficar estimula:ndo ela=ela vai embora, mas se não, deixar ela ali  
182 sentada quietinha ela ali vai ficar! Então eu penso que toda hora tem que ficar,  
183 pega a perna e vai, põe ela pra brincar bastante, não deixar ela sentada o  
184 tempo inte:iro! (1) e sempre estimular! E eu tenho dois estimuladores lá em casa  
185 né!

186 **Y:O que=que é isso?**

187 Cf: Os dois, os dois.

188 **Y:Os irmãos?**

189 Cf: Os irmãos que viram ela de cabeça pra baixo (3) põe ela pra saltar! Poe ela pra

190 ficar (2) de vez em quando eu vejo ela lá de cabeça pra baixo! Morrendo de rir!

191 **Y:Mhm.**

192 Cf: Então eu deixo eles dois bem livres pra=pra brincar com e::la, lógico! Com a

193 supervisão um pouquinho a mais, mas eu sempre=sempre deixo! (2)

194 **Y:Mhm.**

195 Cf: Que eles são os melhores né pra=pra estimular (4)

196 Y:Como é que foi quando você era criança? Você tinha muitos irmãos? Você

197 nasceu aqui mesmo?

198 Cf: Não eu sou filha única.

199 Y:Você é filha única? Nasceu aqui mesmo?

200 Cf: Sou=sou sou daqui mesmo! Sou filha únicaso::u filha de:: mãe e pai né!

201 Somente minha mãe que me criou (2)

202 Y:Mhm.

203 Cf: Então

204 Y:Ela tá viva até hoje?

205 Cf: Tá=ta viva até hoje, graças a Deus.

206 **Y:Mhm.**

207 Cf: Então eu só fui criada pela minha mãe, não tive pai presente (2) meu pai era

208 militar, mas não era presente! Então eu sempre fui criada só por mãe! E: fui

209 criada

210 **Y:Eles eram casados?**

211 Cf: Foi casado um tempo, mas depois separou! Mas separou eu era muito bebê

212 né!

213 **Y:Mhm.**

214 Cf: Ele tinha uma outra família.(3) Criou uma outra família, tenho irmãos da de por

215 parte de pai, mas não conheço. São oito irmãos (2) mas minha mãe (1) é muito

216 guerreira (1) ela me criou pra=pra como diz, pro mundo mesmo né!

217 **Y:Como a sua mãe recebeu o nascimento da Lizaela? ((nesse momento a**

218 **Lizaela faz um balbucio mais alto))**

219 Cf: A minha mãe e a minha sogra recebe:u do jeito que muita gente recebe né!  
220 Ela: demorou pra=pra aceitar, achou que era uma doença assim que como todo  
221 mundo acha, que é uma doença: que eles falam que é:: que é aquela doença  
222 que não tem cura, que: é uma alguma coisa que transmi:te ela achou que: o  
223 que=que foi? Foi seu sa:ngue? E chegou até achar supor que fosse do meu  
224 esposo! Será que não foi pouco esperma, quenão sei o que! Eu falei na::o mãe  
225 não tem nada haver uma coisa com a outra! Aí a gente teve que para pra  
226 explicar tanto pra ela como pra minha sogra!

227 **Y:A tua sogra supôs o quê?**

228 Cf: Não a minha sogra também do mesmo jeito! Só que ela não quis arriscar muita  
229 coisa, a minha mãe é que acho que falou pra mim né! Deve ter falado pro meu  
230 esposo, mas meu esposo não também não me falou, mas minha mãe ficou  
231 assim meio que: daquelas coisas que a gente não tem conhecimento! A gente  
232 não tem conhecimento vem do achismo, do que o povo fala! E aí você acaba  
233 não=não sabendo né lidar com aquilo. E ai a gente foi, eu fui fuzei,expliquei! Aí  
234 minha sogra vê:io. A minha sogra já veio aqui! A minha mãe também já veio pra  
235 ver como funciona.

236 **Y:Mhm.**

237 Cf: Né que elas não tinham o conhecimento disso daqui! E pra minha sogra,ela  
238 não é tudo normal! Não se preocupa não! Eu não, não é bem assim! É um  
239 normal que não é (3) que não vamo: também que vamo achar que vai andar  
240 amanhã:tem que esperar!

241 A entrevista finaliza de forma descontraída.

242

## APÊNDICE D- Entrevista Bruna

1 Y:Ola eu sou professora do mestrado na UnB e nós vamos fazer o  
2 acompanhamento ao longo do semestre do desenvolvimento psicológico  
3 da Bruna.

4 Cf: Humhum!

5 Y:Tá? Por que o acompanhamento psicomotor a professora já faz e se  
6 encarrega dele muito bem. Então nos vamos acompanhar nesse primeiro ano  
7 de vida e vamos ficar com ela até o final do ano. Então eu peço a permissão  
8 pra gente poder gravar a entrevista.

9 Cf: Rouca, ainda bem que melhorei, pois minha voz não tava saindo nada.

10 Y:Então como foi a gravidez da Bruna? Você tem quantos filhos?

11 Cf: Com ela três.

12 Y:Qual a idade deles?

13 Cf: Uma de 16 e o outro de 13.

14 Y:E aí veio a petitinha?

15 Cf: É e aí veio ela.

16 Y:Você ta com quantos anos?

17 Cf: 37

18 Y:Então uma diferença boa aí.

19 Cf: É por que ela não foi planejada eu engravidei dela usando DIU.

20 Y:Hum!

21 Cf: Usava DIU e fiquei grávida. Foi (2) aí meu Deus! Briguei até com a médica,  
22 fiquei tão revoltada com ela. Você só vai engravidar se você tirar o DIU se você  
23 quiser! Tá aí eu fui e coloquei o DIU e depois de quatro anos fiquei grávida dela.

24 Y:Haam

25 Cf: Eita foi assim (1) agente faz uns planos né! Eu não queria mais filho.

26 Y:mhm

27 Cf: Meus planos, por que com dois filhos adolescentes e ainda mais a minha bênção  
28 de 13 anos.

29 Y:É levadinho?

30 Cf: Hum!Ele é preguiçoso, uma preguiça de estudar.

31 **Y:É!**  
32 Cf: Reprovou em inglês. Olha o que ele reprovou? Vai ter que fazer de novo! É por  
33 isso que ele ta de castigo! E aí a gravidez dela até o quinto mês foi tranqüilo e aí  
34 quando eu fiz uma ecografia que eu descobri que ela tinha um problema do  
35 estomago, aí a gente fica mais apreensiva! Aí depois do quinto mês por conta do,  
36 ela tinha o estômago grudado no intestino.

37 **Y:mhm!**  
38 Cf: e como toda criança que tá dentro da barriga ela engole o líquido amniótico, faz  
39 xixi e assim a gravidez toda né?

40 **Y:mhm!**  
41 Cf: Só que como ela engolia e:: botava pra fora. Então aquele liquido vai  
42 aumentando na barriga da gente! E aí é chamado de polidrama e a barriga da gente  
43 fica muito grande! Foi uma gravidez muito difícil! Assim ela foi tranqüila não foi  
44 turbulenta, mas foi só por causa disso. Mas foi muito difícil a gravidez e:: já no oitavo  
45 mês teve que tirar por que eu tive pressão alta.

46 **Y:mhm!**  
47 Cf: Pré eclampsia e aí teve que tirar ela com oito meses.

48 **Y:E você ficou sabendo que ela tinha síndrome de Down ainda na gravidez?**  
49 Cf: Não quando nasceu. Mas aí eu não fiquei apre::assim! Eu tava tão preocupada  
50 com a cirurgia que ela ia ter que fazer que pra mim não foi (2) assim o fim do  
51 mundo não! Agente vai aprendendo, até hoje eu vou, eu aprendo com ela.

52 **Y:mhm!**  
53 Cf: Por que:: tudo muito diferente, depois de muito tempo é quase a primeira  
54 gravidez.

55 **Y:Aí você aprende com ela como?**  
56 Cf:Assim, meus meninos né: como assim eles é:: é por eles mesmos, eles  
57 aprendem andar, engatinhar tudo é deles né?

58 **Y:mhm!**  
59 Cf: Então dela não, tudo a conquista dela:: o que eu não prestava atenção neles eu  
60 to aprendendo como ela. Ela sentar sozinha, ela::arrastar ela de deitada ela sentar  
61 então tudo assim, é tu::do:: pra gente é tudo uma vitória!

62 **Y:mhm!**

63 Cf: Até pro meus meninos. Você já viu os vídeos?

64 **Y:Não.**

65 Cf: Tudo que ela faz a gente filma.

66 **Y:E os irmãos vibram bastante?**

67 Cf:Vixi é um amor eles! Tem um amor muito grande por ela. Não tem nem como não

68 ter um amor muito grande!

69 **Y:Como eles reagiram quando souberam que ela tinha síndrome de Down?**

70 Cf: A eles reagiram bem: assim não foi um susto! Acho que o pai dela que ficou mais

71 assim... acho que ele não entendia o que=que era. Aí ele ficou meio assim, mas (2)

72 por conta da cirurgia tudo foi pequeno.

73 **Y:mhm!**

74 Cf: Por que ela teve que ficar na UTI era muito pequenininha então o que vinha era

75 pouco, era pequeno!

76 **Y:mhm! Tua família mora aqui?**

77 Cf: Mora

78 **Y:É grande?**

79 Cf: É grande.

80 **Y:Vocês moram onde?**

81 Cf: Eu moro na Samambaia, uma irmã mora no Guará outra mora no bandeirante,

82 minha mãe mora na Santa Maria.

83 **Y:E nessa sua família como foi à reação deles?**

84 Cf: Assim é eu acho que é por que ninguém nunca espera. Nunca espera né! Ter

85 um:: eu nunca esperava ter um filho com síndrome de Down! Mas assim é::: (2)

86 eles reagiram bem (2) não teve aquele negocio eu nunca, eu nunca vi assim, não

87 senti ninguém com preconceito. Até hoje com ela (4)

88 **Y:Quando você sai na rua com ela?**

89 Cf: Quando sai na rua. Ela mexe com todo mundo!

90 **Y:mhm!**

91 Cf: Todo mundo mexe com ela!

92 **Y:mhm!**

93 Cf: Ela olha até as pessoas mexerem com ela! Ela é mu::ito, ela é a razão de viver

94 de todo mundo lá de casa.

95 **Y:E o marido agora tá bem?**  
96 Cf: Vixi ele:: a professora outro dia tava fazendo os exercícios com ela e ele disse:  
97 será que não tá machucando? Eu disse: que machucando! Ela tem que fazer esses  
98 exercícios para poder aprender a andar! Mas é que ele só tem ela de filha né! É um  
99 monte de coisa uma babação! Um cuidado que não precisa ter! Tem que ficar no  
100 chão tem que aprender!

101 **Y:mhm!**  
102 Cf: E lá na UTI quando ela recebeu alta a fono falou pra eu criar ela do jeito que eu  
103 crio os meus meninos quando eles eram pequenos. Então eu não tenho assim...  
104 tenho assim, pois os meus meninos já é grande né então faz tudo que ela quer! Mas  
105 é assim é::::: eu tendo criar normal. Ela é uma criança normal!

106 **Y:mhm!**  
107 Cf: Não faço ela ser diferente das outras.

108 **Y:Então foi a fono que te falou isso?**  
109 Cf: Foi!

110 **Y:Você gostou dessa fono?!**  
111 Cf: Adorei ela! (risos)

112 **Y:Te deu confiança?**  
113 Cf: Foi! É que eu também fico vendo nos ZapWtsZap da minha filha, que eu nem  
114 tenho! Aquilo ali::: tem muita mãe que é mais doente que os filhos!

115 **Y: Por que você fala isso?**  
116 Cf: Por que não precisa disso tudo! É: a minha filha não consulta com o médico  
117 especialista em síndrome de Down! Não! Nem com pediatra ela consulta ela  
118 consulta com médico do posto que é o médico da família! E ela já fez todos os  
119 exames que ela tem que fazer, é::: ela faz acompanhamento na genética. Então não  
120 precisa disso desse exagero tudo que fazem!

121 **Y:mhm!**  
122 Cf: Tem muita mãe que é uma coisa, não precisa disso!

123 **Y:mhm!**  
124 Cf: Eu acho que eles têm que se sentir uma criança normal.

125 **Y:E esse grupo é sobre o quê?**  
126 Cf: Das mães que tem filhos com síndrome de Down.

127 **Y:E sua filha vê as coisas do grupo e fica preocupa:da com que as mães tão**  
128 **falando?**

129 Cf: Ela mesmo fala: mãe esse povo é doente! É minha filha! Tem hora que ela dá  
130 uma olhada né!

131 **Y:mhm!**

132 Cf: Mãe olha aqui! Procurando médico, olha a minha filha consultou com uma  
133 pediatra e ela não é especialista em síndrome de Down e não sei o que! E eu falei ô  
134 minha filha esse povo é doente essas mães é doente fica procurando doença em  
135 filho!

136 **Y:Por que será que elas fariam isso essas mães?**

137 Cf: (2) eu nem sei direito sabe, eu acho que é::: sei lá eu não sei a cabeça delas  
138 não sei a minha! (risos)

139 **Y: (risos)**

140 Cf: Eu acho que é por que uma vai na onda da o::utra. Ô é igual que nem têm  
141 crianças que eles têm, eles têm um pouco de dificuldade na hora de engolir, eles  
142 têm mais facilidade de se engasgar! Então aí é:: bate comida no liquidificador sabe?  
143 Esses cuidados extremos que não precisa disso tudo! Eu não bato nada pra ela no  
144 liquidificador é tudo amassado!

145 **Y:E ela não engasga!**

146 Cf: Tem hora que ela engasga, mas ela bota pra fora! Por ela, tem que ensinar! É  
147 um exemplo de ensinar de eles reagirem eles se defenderem sabe? Não dá tudo na  
148 boca, dá tudo mastigadinho tem que dificultar um pouco a vida deles! Pra eles  
149 aprenderem!

150 **Y:mhm como você vê o futuro dela?**

151 Cf: (2) aí eu vejo assi:m eu quero fazer de tu::do pra ela ser independente por que::  
152 (2) eu não vou tá aqui né por resto da vida, então eu quero fazer o máximo pra ela  
153 traba::lhar, estuda::r é::: ser independente o máximo possível! Eu quero que ela se  
154 sinta normal como outra pessoa qualque::r

155 **Y:mhm!**

156 Cf: Nunca deixar ninguém diminuir ela, que ela é incapaz, que ela tem limite!

157 **Y:mhm!**

158 Cf: (5)

159 **Y:Quando ela vai pra creche? Você já pensou? Começou a pensar nessa**  
160 **possibilidade?**

161 Cf: Não ainda não! Ainda não pensei não!

162 **Y:Você trabalha com quê?**

163 Cf: Eu sou cozinheira, mas eu tive que parar, minha vida tá toda parada! Por os  
164 acompanhamentos de::la.

165 **Y:E isso te causou dificuldades financeiras? Ou o marido se organizou?**

166 Cf: é::: o meu marido ele trabalha e como eu agora eu consegui o benefício dela.  
167 Por que a eu=eu minha preocupação mais não era nem ela é os meus outros né?!  
168 Mas agora ta tranquilo graças a deus!

169 **Y:mhm, tem essa facilidade, tem o benefício.**

170 Cf: Não é aquela co::isa:: mas é um dinheiro que a gente dá pra contar todo mês.

171 **Y:mhm e o atendimento com a professora como você avalia?**

172 Cf: A eu acho muito bom! Por que eu falo pra ela assim é preguiça! Isso aí é  
173 pregui::ça ela ta sentindo nada! Ela chora! Eu já sei quando é choro que ela ta  
174 sentindo alguma coisa e quando é choro de preguiça! Que não qué!

175 **Y:Ela mama até hoje?**

176 Cf: Ela mamou até os 7 meses.

177 **Y:E agora é comidinha sólida?**

178 Cf: Agora come tudo! Tudo que dá e que engole.

179 **Y:E tudo põem na boca?**

180 Cf: Não tudo algumas coisas. O que ela gosta de colocar na boca é papel! E chupar  
181 pano!

182 **Y:Paninho é com ela mesma?**

183 Cf: É com ela mesma!

184 **Y:Já nasceu o dentinho?**

185 Cf: Ainda não !depois de um ano que nasce!

186 **Y: Eu acho que ela ta muito bem, mas é bom a gente ir acompanhando os**  
187 **sinais pra ver como essa garota vai se sair! Se preparar pra escolinha, pois**  
188 **agora com a educação infantil cada vez mais eles vão menorzinhos né!**

189 Cf: Tem crianças que se adaptam logo tem umas que demoram um pouquinho! Eu  
190 acho, eu acho que a criança demora mais pra se adaptar se ela é sozinha em casa,

191 se ela tem convivência com outras crianças, se brinca vê na rua é mais fácil do que  
192 a criança que é mais sozinha que fica mais em casa que é mais assim isolado. Eu  
193 acho!

194 **Y:Você nasceu aqui em Brasília mesmo?**

195 Cf: Nasci.

196 **Y:E quando você era adolescente criança você pensava em ter quantos filhos?**

197 Cf: Eu nem pensava! Eu não pensava nisso não, a minha adolescência foi boa, mas  
198 eu casei cedo!

199 **Y:Casou com quantos anos?**

200 Cf: Com 15, mas aí eu tive a minha filha com 21. Assim não foi ruim a minha  
201 adolescência, não foi ruim, só tem horas que a gente toma=escolhe uns caminhos  
202 que agente é um pouco precipitado.

203 **Y:Que caminho que você acha que escolheu?**

204 Cf: Eu acho que eu não devia ter casado cedo!

205 (risos)

206 Cf: Eu acho que eu não devia ter casado! É que do meu casal de filhos né! É::: eu  
207 casei nova e separei nova, separei com 23 anos. E depois eu fiquei um tempão  
208 sozinha fiquei dos 15 anos até os 23 anos casada eu queria era viver a minha vida,  
209 é diferente casada! Mesmo que não tenha filhos, aí eu vou é viver é sozinha!  
210 Aproveitar e depois que eu conheci o pai da Bruna! Mas o pai dela é totalmente  
211 diferente do meu ex- marido.

212 **Y:Então vocês estão casados não há muito tempo?**

213 Cf: É::: tem cinco anos.

214 **Y: E tem dado certo?**

215 Cf: Tem ele é muito tranqüilo! Uma pessoa muito tranqüila, totalmente diferente do  
216 pai dos meninos! Ele não era daquele tipo violento, mas ele eradaquele tipo muito  
217 de rua, gostava muito de rua!

218 **Y:Tem gente que gosta!**

219 Cf: Meu filho é desse jeito meu Deus! Não sei o que eu faço com aquele menino!  
220 Não sei!

221 **Y:E o pai deles casou de novo? Tá bem?**

222 Cf: Acho que ta, ta vivendo lá a vida dele. É que tem filho que ele não puxa não ele  
223 herda tudo. Mas ela (se referindo a Bruna) adora a irmã, pois ela quando ta no colo  
224 da irmã não vai pra ninguém nem pra mim! E beija e beija, eles gostam de beijar  
225 demais! Beija o pai dela quando chega!

226 **Y: Então é isso eu gostaria de ter sua permissão de conversar um pouco com**  
227 **você!**

228 Cf: Eu acho que:: quando o filho te::m não é fácil né?! Não é fácil tem que ter um  
229 pouco dedicação, mas não é um bicho de sete cabeças, que tem muita mãe que faz  
230 isso::

231 **Y:O que você acha dessas mães que fazem esse bicho de sete cabeças?**

232 Cf: Eu acho eu na gravidez elas devem imaginar que:: tem muita mãe que é  
233 primeiro filho! Tem um rapaz que trabalha com meu marido e a vizinha dele teve  
234 uma nenezinha com síndrome de Down e ela rejeita o neném até hoje! Até meu  
235 marido falou assim: fala pra ela que se ela não quiser pra me dar que eu adoto! Aí  
236 eu acho que imaginou o filho de um jeito e nunca imagina ter um filho com algum  
237 problema!

238 **Y:Você imaginou um filho de um jeito?**

239 Cf: Assim eu não imaginava que ela ia nascer com síndrome de Down não!

240 **Y:Você imaginava que ela ia nascer como?**

241 Cf: É que o pai dela não é branco né?! e a minha filha tem os cabelos cacheados e  
242 eu também tenho eu imaginava que ela ia nascer com os cabelos cacheadinhos,  
243 moreninha.

244 A entrevista finaliza.

## APÊNDICE E- DECRETO QUE DISPÕE SOBRE EDUCAÇÃO ESPECIAL, O ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO

### DECRETO Nº 7.611, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.

Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto no art. 208, inciso III, da Constituição, arts. 58 a 60 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, art. 9º, § 2º, da Lei nº 11.494, de 20 de junho de 2007, art. 24 da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, com **status** de emenda constitucional, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009,

#### **DECRETA:**

Art. 1º O dever do Estado com a educação das pessoas público-alvo da educação especial será efetivado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - garantia de um sistema educacional inclusivo em todos os níveis, sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades;

II - aprendizado ao longo de toda a vida;

III - não exclusão do sistema educacional geral sob alegação de deficiência;

IV - garantia de ensino fundamental gratuito e compulsório, asseguradas adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais;

V - oferta de apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;

VI - adoção de medidas de apoio individualizadas e efetivas, em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena;

VII - oferta de educação especial preferencialmente na rede regular de ensino; e

VIII - apoio técnico e financeiro pelo Poder Público às instituições privadas sem fins lucrativos, especializadas e com atuação exclusiva em educação especial.

§ 1º Para fins deste Decreto, considera-se público-alvo da educação especial as pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação.

§ 2º No caso dos estudantes surdos e com deficiência auditiva serão observadas as diretrizes e princípios dispostos no Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005.

Art. 2º A educação especial deve garantir os serviços de apoio especializado voltado a eliminar as barreiras que possam obstruir o processo de escolarização de estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação.

§ 1º Para fins deste Decreto, os serviços de que trata o **caput** serão denominados atendimento educacional especializado, compreendido como o conjunto de atividades, recursos de acessibilidade e pedagógicos organizados institucional e continuamente, prestado das seguintes formas:

I - complementar à formação dos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento, como apoio permanente e limitado no tempo e na frequência dos estudantes às salas de recursos multifuncionais; ou

II - suplementar à formação de estudantes com altas habilidades ou superdotação.

§ 2º O atendimento educacional especializado deve integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas.

Art. 3º São objetivos do atendimento educacional especializado:

I - prover condições de acesso, participação e aprendizagem no ensino regular e garantir serviços de apoio especializados de acordo com as necessidades individuais dos estudantes;

II - garantir a transversalidade das ações da educação especial no ensino regular;

III - fomentar o desenvolvimento de recursos didáticos e pedagógicos que eliminem as barreiras no processo de ensino e aprendizagem; e

IV - assegurar condições para a continuidade de estudos nos demais níveis, etapas e modalidades de ensino.

Art. 4º O Poder Público estimulará o acesso ao atendimento educacional especializado de forma complementar ou suplementar ao ensino regular, assegurando a dupla matrícula nos termos do art. 9º-A do Decreto no 6.253, de 13 de novembro de 2007.

Art. 5º A União prestará apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino dos Estados, Municípios e Distrito Federal, e a instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, com a finalidade de ampliar a oferta do atendimento educacional especializado aos estudantes com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, matriculados na rede pública de ensino regular.

§ 1º As instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos de que trata o **caput** devem ter atuação na educação especial e serem conveniadas com o Poder Executivo do ente federativo competente.

§ 2º O apoio técnico e financeiro de que trata o **caput** contemplará as seguintes ações:

I - aprimoramento do atendimento educacional especializado já ofertado;

II - implantação de salas de recursos multifuncionais;

III - formação continuada de professores, inclusive para o desenvolvimento da educação bilíngue para estudantes surdos ou com deficiência auditiva e do ensino do Braille para estudantes cegos ou com baixa visão;

IV - formação de gestores, educadores e demais profissionais da escola para a educação na perspectiva da educação inclusiva, particularmente na aprendizagem, na participação e na criação de vínculos interpessoais;

V - adequação arquitetônica de prédios escolares para acessibilidade;

VI - elaboração, produção e distribuição de recursos educacionais para a acessibilidade; e

VII - estruturação de núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior.

§ 3º As salas de recursos multifuncionais são ambientes dotados de equipamentos, mobiliários e materiais didáticos e pedagógicos para a oferta do atendimento educacional especializado.

§ 4º A produção e a distribuição de recursos educacionais para a acessibilidade e aprendizagem incluem materiais didáticos e paradidáticos em Braille, áudio e Língua Brasileira de Sinais - LIBRAS, **laptops** com sintetizador de voz, **softwares** para comunicação alternativa e outras ajudas técnicas que possibilitam o acesso ao currículo.

§ 5º Os núcleos de acessibilidade nas instituições federais de educação superior visam eliminar barreiras físicas, de comunicação e de informação que restringem a participação e o desenvolvimento acadêmico e social de estudantes com deficiência.

Art. 6º O Ministério da Educação disciplinará os requisitos, as condições de participação e os procedimentos para apresentação de demandas para apoio técnico e financeiro direcionado ao atendimento educacional especializado.

Art. 7º O Ministério da Educação realizará o acompanhamento e o monitoramento do acesso à escola por parte dos beneficiários do benefício de prestação continuada, em colaboração com o Ministério da Saúde, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e a Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Art. 8º O Decreto nº 6.253, de 2007, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 9º-A. Para efeito da distribuição dos recursos do FUNDEB, será admitida a dupla matrícula dos estudantes da educação regular da rede pública que recebem atendimento educacional especializado.

§ 1º A dupla matrícula implica o cômputo do estudante tanto na educação regular da rede pública, quanto no atendimento educacional especializado.

§ 2º O atendimento educacional especializado aos estudantes da rede pública de ensino regular poderá ser oferecido pelos sistemas públicos de ensino ou por instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, com atuação exclusiva na educação especial, conveniadas com o Poder Executivo competente, sem prejuízo do disposto no art. 14.” (NR)

“Art. 14. Admitir-se-á, para efeito da distribuição dos recursos do FUNDEB, o cômputo das matrículas efetivadas na educação especial oferecida por instituições comunitárias, confessionais ou filantrópicas sem fins lucrativos, com atuação exclusiva na educação especial, conveniadas com o Poder Executivo competente.

§ 1º Serão consideradas, para a educação especial, as matrículas na rede regular de ensino, em classes comuns ou em classes especiais de escolas regulares, e em escolas especiais ou especializadas.

§ 2º O credenciamento perante o órgão competente do sistema de ensino, na forma do art. 10, inciso IV e parágrafo único, e art. 11, inciso IV, da Lei nº 9.394, de 1996, depende de aprovação de projeto pedagógico.” (NR)

Art. 9º As despesas decorrentes da execução das disposições constantes deste Decreto correrão por conta das dotações próprias consignadas ao Ministério da Educação.

Art. 10. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 11. Fica revogado o Decreto nº 6.571, de 17 de setembro de 2008.

Brasília, 17 de novembro de 2011; 190º da Independência e 123º da República.

DILMA  
*Fernando Haddad*

ROUSSEFF

Este texto não substitui o publicado no DOU de 18.11.2011 e republicado em 18.11.2011 - Edição extra

## **APÊNDICE F-ORIENTAÇÃO PEDAGÓGICA**

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL SECRETARIA DE ESTADO DE  
EDUCAÇÃO

Subsecretaria de Gestão Pedagógica e Inclusão Educacional Diretoria de  
Execução de Políticas e Planos Educacionais Gerência de Educação Especial  
Brasília, 2010

### 8.2.1 Programa de Educação Precoce

O Programa de Educação Precoce refere-se a um conjunto de ações educacionais voltadas a proporcionar à criança experiências significativas, a partir de seu nascimento, e que promovam o desenvolvimento máximo de seu potencial (BRALIC; HABUBSLER; LIRA, 1979). Destina-se a crianças de 0 (zero) a 3 (três) anos e 11(onze) meses que apresentem atraso no desenvolvimento e que encontrem se em situações de risco, de prematuridade, com diagnóstico de deficiências ou com potencial de precocidade para altas habilidades/ superdotação.

A Secretaria de Educação Especial do MEC (2002), na publicação da coleção intitulada “Saberes e Práticas da Inclusão”, ressalta que, a primeira infância das crianças exige carinho e cuidado. Mas, para que a pessoa humana realize plenamente seu potencial, deve haver também, desde o nascimento um O Programa de Educação Precoce refere-se a um conjunto de ações educacionais voltadas a proporcionar à criança experiências significativas, a partir de seu nascimento, e que promovam o desenvolvimento máximo de seu potencial processo educativo que ajude a construir suas estruturas afetivas, sociais e cognitivas. Educação Infantil é mais do que cuidar de crianças. É abrir a elas o caminho da cidadania (MEC, 2004, p.3).

Nesse sentido, o Programa de Educação Precoce possui caráter preventivo, cuja abordagem tem como fundamento o respeito à diversidade, uma vez que adota

estratégias pedagógicas dinâmicas e diferenciadas que respondem às necessidades específicas de cada estudante.

A operacionalização do atendimento se organiza na perspectiva de “formar e educar para a vida” (MEC, 2004). Para tanto, desenvolve trabalho coletivo e direcionado a objetivos pedagógicos que viabilizam a aquisição de competências humanas e sociais e que enfatizam a construção do conhecimento pela criança de forma global e contextualizada.

Considerando o desenvolvimento global das crianças e as atuais políticas públicas de inclusão educacional, esse programa define como objetivo primordial a promoção das potencialidades dos seus estudantes quanto aos aspectos físicos, cognitivos, afetivos e sócio culturais, contribuindo, assim, para sua inclusão educacional e social. Portanto, tem como finalidade oferecer aos estudantes condições para que compreendam o mundo por meio de experiências advindas das múltiplas interações e das relações estabelecidas pela exploração do meio, do uso do brincar e da ludicidade, da relação com o próprio corpo e, ainda, da ação espontânea sobre os diversos estímulos.

Entretanto, para que esse desenvolvimento ocorra, é fundamental a mediação do professor e da família junto à criança. Essa atuação incidirá sobre aspectos relacionados à comunicação, à interação e à participação em diversas atividades, de modo a apoiar e a colaborar para o desenvolvimento da autonomia, da independência e da iniciativa de autogestão dessa criança. Essas ações viabilizarão condições para que elas próprias constituam-se em agentes de mudança para a formação dos conceitos e na construção de sua autoestima. Para tanto, deve-se considerar a relevância do respeito ao contexto familiar e social no qual a criança encontra-se inserida. Ainda, no que tange à mediação da família e à importância de sua participação efetiva no atendimento e no envolvimento nos trabalhos desenvolvidos pelo Programa, há previsão de atendimento aos pais. Esse atendimento visa à orientação sistemática às famílias, ressaltando a valorização do seu papel para a eficácia da continuidade das atividades educativas a serem

realizadas em ambiente familiar. Apresenta, também, a finalidade de oferecer suporte aos pais em prol do sucesso do processo de inclusão dos estudantes no sistema educacional, na comunidade e no próprio contexto familiar.

Além da importância da participação da família, os pressupostos do Programa consideram fundamental a articulação de diferentes áreas do conhecimento, especialmente a área de saúde e da assistência social, cujas contribuições ocorrem tanto no momento do encaminhamento das crianças para o programa, quanto na viabilização do acesso a recursos e a atendimentos que complementam o trabalho pedagógico na instituição educacional.

De acordo com as Diretrizes Pedagógicas da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal e a perspectiva do desenvolvimento global dos estudantes com necessidades especiais na instituição educacional comum, o Programa de Educação Precoce deve ser desenvolvido, preferencialmente, nos Centros de Educação Infantil ou nos Jardins de Infância. Dessa maneira, colabora para a criação de sistemas de ensino capazes de realizar uma educação inclusiva e que responda à diversidade das condições dos estudantes, promovendo e garantindo sua inclusão educacional.

Atualmente, esse atendimento encontra-se presente em algumas das instituições educacionais já mencionadas e, em caráter provisório, nos Centros de Ensino Especial.