

**1º Prêmio SergLobal de Excelência Científica em Psicomotricidade -
2019**

***O Brincar Terapêutico: Estratégia clínica da Psicomotricidade com
abordagem Relacional no tratamento da criança com Transtorno do
Espectro do Autismo – Caso clínico***

***Ediusa Araújo
Psicomotricista e Fonoaudióloga***

RESUMO

A Psicomotricidade é uma ciência instigante e repleta de minúcias contidas e representadas pelo brincar terapêutico, e através da abordagem Relacional possibilita perceber a pessoa globalmente. Elencamos um caso clínico do Transtorno do Espectro Autista para nossa abordagem vista suas singularidades, complexidades e resultados positivos observados, quando expostos a abordagem relacional na clínica interdisciplinar CreSer. Para observações e desenvolvimento de pesquisas, a dinâmica de intervenções e resultados são nossos maiores e melhores estímulos. Neste cenário, a Psicomotricidade, com abordagem relacional, e o brincar nunca poderão ser vistos como coadjuvantes. Ambos são importantes protagonistas no desenvolvimento infantil e favorecem as relações em diversas instâncias, além de terem caráter estruturante.

Palavras-chave: *Psicomotricidade, Relacional, brincar, Autismo, desenvolvimento infantil*

SUMMARY

Psychomotricity is a thought-provoking science full of minutiae contained and represented by therapeutic play, and through the Relational approach it enables one to perceive the person globally. We report a clinical case of Autism Spectrum Disorder for our approach based on its singularities, complexities and positive results observed over five years when exposed to the relational approach in the interdisciplinary clinic CreSer. For observations and research development, the dynamics of interventions and results are our greatest and best stimuli. In this scenario, Psychomotricity, with relational approach, and play can never be seen as coadjuvant. Noth are important protagonists in child development and favor relationships in various instances, and have a structuring character.

Key words: *Psychomotricity, Relational, play, Autistic, child development*

INTRODUÇÃO

O Centro Integrado de Desenvolvimento Infantil (CreSer) é uma empresa privada com um projeto de cunho social, que tem como característica básica oferecer um serviço inter e multidisciplinar com foco prioritário no desenvolvimento humano e está localizado no Município Belford Roxo, no Estado do Rio de Janeiro.

Belford Roxo é uma das regiões da baixada fluminense. É envolvida em profundos desafios e marcada por inúmeras dificuldades e carências de ordem socioeconômicas. Ainda assim foi neste território que optamos por investir em saúde e criar o CreSer, ambiente composto por um espaço pensado e criado para tratamento, avaliação e intervenção da criança, do jovem, bem como suas famílias. Seu projeto terapêutico tem como base a estimulação psicomotora com abordagem relacional, através de atividades em grupo: Terapia Intensiva - Atraso Global do Desenvolvimento (TI-AGD) e Grupo Psicomotor de Apoio a Aprendizagem (GPAA), ambos em consonância com atendimentos individuais e grupo de pais.

O presente artigo foi pensado, desenvolvido e estruturado a partir da experiência clínica psicomotora no CreSer. Nosso desejo é compartilhar a vivência da prática clínica psicomotora com abordagem relacional no Transtorno do Espectro Autista (TEA), que surgiu em decorrência da evolução de nossos pacientes ao longo do processo de intervenção.

O projeto de trabalho proposto tem entre suas ferramentas primordiais: o brincar, o corpo, a motricidade, a emoção, o afeto e o acolhimento como pano de fundo da relação. Relação esta composta por recursos verbais e não verbais, através dos quais o silêncio, as reações intempestivas, assim como o grito ou qualquer outra expressão e/ou movimento são recursos percebidos em sua função comunicativa. Vale ressaltar que o aporte teórico deste projeto está ancorado em pesquisadores do passado e contemporâneos inscritos na constituição e construção histórica da Psicomotricidade, assim como na inestimável contribuição das neurociências, para maior e melhor compreensão dos meandros que envolvem o desenrolar do desenvolvimento infantil seja este neurotípico ou neuroatípico.

Nós optamos por descrever (ainda que sinteticamente) um caso clínico pela diversidade em suas características, precocidade no diagnóstico e orientação às famílias, além dos benefícios da estimulação precoce.

Em princípio, a porta de entrada do processo é a triagem através de atividades livres e espontâneas. Nelas, a criança nos 'conta' corporalmente um pouquinho sobre ela: agir / não agir, gritos / silêncio, movimentos menos coordenados, saltos, sacudidas, escolha de um redemoinho confuso de objetos... Enfim, a criança diz: EIS-ME AQUI! (um grito corporal).

Inicialmente as intervenções são definidas conforme perfil de cada criança, mas, ao aderirem ao plano terapêutico básico social, todos têm em comum o benefício da terapia em grupo Psicomotricidade com abordagem relacional (PR). Em seguimento, de forma comum, nós oferecemos algumas brincadeiras e atividades aos grupos, bem como a síntese do processo terapêutico desenvolvido. Nós acreditamos que o ato de brincar é uma das mais importantes formas de acolhimento e construção de vínculos.

OBJETIVO GERAL

Este trabalho objetiva compartilhar as possibilidades da clínica interdisciplinar quando atravessada pela Psicomotricidade e trabalhada em consonância, tendo no brincar terapêutico o objeto de intervenção e a Psicomotricidade na abordagem Relacional instrumento de aplicação. Nessa perspectiva, pretendemos demonstrar, através de um caso clínico, os benefícios do trabalho desenvolvido, ressaltando os aspectos positivos do brincar bem como sua eficácia no processo de acolhimento avaliação e intervenção a ser utilizada para estimular e promover o desenvolvimento global da criança portadora do TEA, respeitando suas especificidades.

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O autismo é um transtorno que atinge em torno de 2% da sociedade e é o mais comum entre os transtornos de desenvolvimento. É marcado pela precocidade de atrasos nos quais se observa déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos. Desvios de habilidades sociais, comunicação não verbal (CNV) e verbal (CV), contato visual e alterações em nível corporal: posturas, expressões faciais e gestos incomuns, mostram redução de interesses, emoções ou afeto, ausência de iniciativa para interações sociais, déficits na compreensão, para desenvolver, sustentar e compreender relacionamentos, dificuldade em ajustar o comportamento e adequação a contextos sociais, dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, ausência de interesse por pares e demais habilidades, pode estar ainda associado a outras patologias e/ou retardo mental (RM). (DSM-V 2014)

O autismo compromete funções encefálicas, fator que vem conduzindo a novas perspectivas das neurociências visando sua compreensão ao estudar os processos típicos de socialização e das interrupções específicas deles advindas.

Chama-nos a atenção aos inúmeros estudiosos de neurociências envolvidos e investidos em pesquisas de ponta relativas ao TEA. Estes nos descrevem sobre as possibilidades propiciadas pela neuroplasticidade. Estes desbravadores neurocientíficos dissertam sobre redes neuronais e as inúmeras estratégias que o Sistema Nervoso (SN), pode utilizar para superar as disfunções que envolvem o TEA. E é durante a fase crítica ou sensível, que o cérebro está mais propício a mudanças.

Em 1911, Bleuler introduz pela primeira vez o termo 'autismo'. Para o autor, essa nomenclatura caracterizava um prejuízo que acarretava dificuldade e/ou impossibilitava a comunicação e considerava como um sintoma da esquizofrenia. Em 1943, Leo Kanner, descreve o autismo, em seu artigo "Distúrbio autístico do contato afetivo", onde apresenta 11 casos de crianças com padrão de comportamento peculiar e destaca a incapacidade de relacionamento desde o início da vida (precoce). No ano de 1944, Hans Asperger descreve e publica casos parecidos aos de Kanner referentes a um grupo de adolescentes, preferencialmente meninos, que apresentam características similares, entre estas a habilidade de discorrer sobre temas específicos, surge a 'Síndrome de Asperger' ou 'Idiot Savant' (idiota sábio).

PSICOMOTRICIDADE

Pensar Psicomotricidade nos impulsiona a voltar no tempo e, desta forma, nós vamos permear leve e despretensiosamente sua história que, na intimidade, nos faz refletir sobre o quanto está imbricada com a abrangência e complexidade do desenvolvimento infantil, haja vista os teóricos e pesquisadores envolvidos, tanto do passado quanto contemporâneos.

Nós seríamos infiéis se pretendêssemos citar todos, mas, consideramos relevante registrar alguns autores que influenciaram nosso trabalho e deixaram seus nomes inscritos como marco na história da Psicomotricidade. Estes são: Dupré; Jean Martin Charcot; Eduard Guilman; Aucouturier; Julian de Ajuriaguerra, Lapierre; Henri Wallon e na contemporaneidade “Regina Morizot”, “Beatriz Saboya”, “Carlos Mattos”, “Solange Ramanthier”, “Fátima Alves”, “Rita Thompson”, “Rosa Prista”, “Vitor da Fonseca”, entre tantos outros.

O potencial investigativo de Wallon introduziu novo olhar sobre o sistema de comunicação mãe-filho, representada por reações e atitudes no âmbito biológico e/ou emocional, através de oscilações tônico-afetivas ou “diálogo tônico”. Wallon legou-nos um novo entendimento da motricidade, da emoção, cognição e, sobretudo, uma maneira singular de observar o desenvolvimento infantil. Com a teoria da pessoa completa, Wallon aguça a curiosidade e o olhar psicomotor, ao falar da criança contextualizada. Através dessa visão ampliada, a criança não é observada por um único aspecto, mas em vários campos de desenvolvimento, agindo e sofrendo a ação do meio em que esta inserida considerando o sujeito como “geneticamente social”. Wallon nos fornece significativo suporte, em sua citação:

“(...) Pelo contrário, para quem não separa arbitrariamente comportamento e as condições de existência próprias a cada época do desenvolvimento, cada fase constitui, entre as possibilidades da criança e o meio, um sistema de relações que os faz especificarem-se reciprocamente. O meio não pode ser o mesmo em todas as idades. É composto por tudo aquilo que possibilita os procedimentos de que dispõe a criança para obter a satisfação das suas necessidades. Mas por isso mesmo é o conjunto dos estímulos sobre os quais exerce e se regula a sua atividade. Cada etapa é ao mesmo tempo um momento da evolução mental e um tipo de comportamento.” (Wallon, 2007)

Os estudos de Edouard Guilman (1935) apontam a possibilidade dos distúrbios e do comportamento serem, em parte, resultado do estado de suas funções de atividades motoras e que, melhorando seu desempenho, estariam corrigindo seu caráter. Podemos perceber nesses apontamentos de Guilman, estreita identificação com as pesquisas de Wallon no que concerne à motricidade e caráter. Edouard Guilman, em suas abordagens, acreditava que, quando a criança, apresentava bom desempenho na avaliação psicomotora, porém demonstrava caráter duvidoso, já que a proposta terapêutica deveria ser desenvolvida no meio ambiente, associada à psicoterapia, visando a organização psíquica da criança. (MATTOS, 2005).

Nos meados de 1960, as teorias de Ajuriaguerra, redirecionam o enfoque da Psicomotricidade. O olhar psicomotor passa pela sensibilidade do exame de Ajuriaguerra sobre o corpo e os distúrbios psicomotores. Associando as minúcias de seu conhecimento

à riqueza de pesquisas diversas como as de Dupré, Guilmain, Wallon, Piaget, entre tantos outros, valorizando em especial a relação, entre as emoções e o movimento. Ajuriaguerra delimita com maior clareza os transtornos existentes e acresce o desenvolvimento psicológico ao neurológico.

“É uma ciência que estuda o homem por meio de seu corpo em movimento em relação ao seu mundo interno e externo e de suas possibilidades de perceber, atuar e agir com o outro, com os objetos e consigo mesmo. Está relacionada ao processo de maturação onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas” (Sociedade Brasileira de Psicomotricidade 2012)

Nos idos de 1970, André Lapiere cria a Psicomotricidade relacional (PR), no entanto embora seu cunho seja a prática educativa, fica claro seu caráter preventivo e terapêutico, possibilitando investir no desenvolvimento global do sujeito. Sua aplicabilidade possibilita o estabelecimento de vínculo e acolhimento, através do olhar diferenciado e global que permeia a criança em suas singularidades.

“Eu tenho confiança na criança. Não quero destruir sistematicamente sua estrutura, não quero lhe dar outra. Somente quero ajudá-la a descobrir a sua, aquela que lhe permitirá se desembaraçar ao Máximo de dependências e de conflitos neuróticos, de valorizar suas potencialidades, neste difícil equilíbrio entre a afirmação pessoal e o respeito aos outros”.
(LAPIERRE)

MOVIMENTO CORPORAL

O movimento corporal como prenúncio de comunicação do sujeito para com o mundo é alicerce no processo do desenvolvimento infantil. É imprescindível, observar e perceber o desenvolvimento do sujeito através do olhar cuidadoso proposto pela Psicomotricidade. Está ele envolvido em significativas peculiaridades fruto de seu histórico individual – único e intransferível, mas é também fundamental registrar que, em seu âmago, carrega potenciais afetivos, cognitivos e motores, ora eclodindo espontaneamente, ora estimulados, porém sempre na relação com o meio ambiente. Tais observações possibilitam perceber quão poderosa é a capacidade de comunicação do indivíduo no desenrolar do desenvolvimento infantil. Segundo Wallon (1995), “o movimento não é só uma contração muscular, mas o uso da afetividade para com o mundo”.

O movimento não é um início e sim um fim. É através da maturação neurológica que os reflexos primários são inibidos, permitindo a criança evoluir para função motora voluntária, coordenando e diversificando seus movimentos. Importante registrar que a ação motora proporciona a emergência e o desenvolvimento das funções mentais. A execução do movimento espontâneo gradativamente se converte em gesto, que, quando intencionais, passa a significar a ação, conforme o quadro através do qual é representada e vista, na ausência dessa representação o gesto perde o significado.

“O movimento para a criança pequena significa muito mais do que mexer partes do corpo ou deslocar-se no espaço. A criança se expressa a se comunica por meio de gestos e mímicas faciais e interage utilizando fortemente o apoio do corpo. A dimensão corporal integra-se

ao conjunto da atividade da criança. O ato motor faz-se presente em suas funções expressivas, instrumental ou de sustentação às posturas e aos gestos.” (WALLON, 1975)

NEUROCIÊNCIAS

O cérebro humano é comparável a uma folha amassada com dobras que definem áreas específicas e especializadas que está aparentemente dividido ao meio (dois hemisférios), e estes estão unidos pelo corpo caloso. O cérebro é solidário. Trabalha em equipe e não dispensa nenhum de seus componentes, afinal todos são fundamentais ao desenvolvimento humano.

Em contato com seu meio interno e externo – na relação com seus pares – o homem desenvolve habilidades e competências. Essa relação propicia uma quantidade incomensurável de sinapses que moldam, transformam e oferecem ao homem condições de viver e sobreviver no mundo em que está inserido e isto o torna um ser gregário.

O modelo de Luria nos fala do esquema corporal que se desenvolve a partir da existência de representações mentais ou psiconeurológicas localizadas em zonas cerebrais. Compreendemos que as unidades funcionais de Luria são fundamentais a essa percepção.

“A atividade mental do ser humano em geral e a sua atividade consciente em particular tem lugar a partir da participação conjunta das três unidades funcionais: Primeira - funcional, para regular o tônus cortical e a função de vigilância; Segunda - fundamental, para obter, captar, processar e armazenar informação vinda do mundo exterior; Terceira - fundamental, para programar, regular e verificar a atividade mental”.
(FONSECA, 1992)

Logo podemos observar a necessidade da integridade das áreas do cérebro envolvidas no desenvolvimento – organização – execução durante o processo da comunicação humana. Como erguer um prédio sem que tenha sido sedimentada a base? Como haver movimento sem que o arcabouço da motricidade tenha sido desenvolvido? Nem sempre essa evolução ocorre dentro de padrões normais, mas a embriologia nos reporta ao fato de que a motricidade humana antecede ao nascimento.

Essa motricidade está ancorada na dinâmica originada no período Pré-natal (pré-embriônico – embriônico - fetal). Vale ressaltar que, do terceiro ao nono mês, surgem os movimentos de flutuação, com o feto ancorado ao cordão umbilical e iniciando a atividade neuromuscular, em contato com essa informação, logo observamos que a partir desta fase é iniciada a ontogênese da motricidade, a medida que se desenvolve o processo maturacional gerando a formação de axônios, possibilitando o início de sinapses e ativações bioquímicas. Essa informação é fundamental para compreender o início das atividades neuromotoras, que darão origem a motricidade propriamente dita. Essa motricidade evolui, o giro, o chute, o dedo na boca, entre outros. Enfim ocorre o nascimento, encerra-se uma fase, dando início a novos movimentos. Fonseca (2009) nos coloca que “a motricidade decorre de um processo embrionário complexo, ou melhor, um desenvolvimento intrauterino”.

Pesquisas apontam o aumento do perímetro cefálico (macrocefalia) em portadores do TEA como fator que instiga a manutenção de estudos minuciosos sobre o acontecimento do TEA, pois reportam a possíveis alterações do desenvolvimento cortical no período da gestação. Neste contexto o estudo do autismo, através da ótica neurocientífica, fomenta pesquisas.

Vários neurocientistas utilizam o suporte dos exames de neuroimagem como a tomografia por emissão de pósitrons (TEP); a ressonância magnética (RM); e a tomografia por emissão de fóton único (TEFU) para maiores observações e propiciar a descrição de indicadores neurológicos importantes como: hipoplasia do verme cerebelar; alterações do córtex cerebral, das estruturas do lobo temporal medial (amígdala, e o hipocampo) e do corpo caloso. Tais alterações acarretam prejuízos nos processamentos que envolvem determinados circuitos que integram informações de estruturas do sistema límbico e de áreas associativas, responsáveis pela integração da percepção, bem como do córtex frontal, responsável pela expressão do afeto e da programação do que fazer com essas ativações. À medida que as pesquisas evoluem e as técnicas de pesquisas se modernizam surgem novos achados para ilustrar e clarificar o cenário científico referente ao TEA. (Lent, 2010) (Kandel, 2014)

A redução das células de Purkinje já é considerada pelo meio científico como uma característica real do TEA. Essa afirmação está ancorada no fato de lacunas em matrizes serem perceptíveis após coloração (Kandel, 2014). O autismo apresenta graus de severidade e comprometimento diversificado, no entanto algumas alterações na comunicação, socialização e olhar são comuns. (Kandel, 2014).

COMUNICAÇÃO

A comunicação não verbal (CNV) antecede a comunicação verbal (CV). Para que o processo da comunicação aconteça, faz-se necessária a presença do: emissor (comunicante), do receptor (comunicado) e da mensagem. Esse conjunto origina o diálogo, ou seja, o berço da comunicação é o contato / é a relação, portanto, está baseada na inter-relação.

Desde as mais remotas emoções, compartilhadas pelo bebê e sua mãe e, posteriormente, entre este sujeito e a realidade, a evolução e maturação física e emocional acontecerão em função das vivências do entorno a que for exposto. Fonseca (2009) esclarece “a CNV resulta de uma integração sensorial superior e singular.” E o mesmo autor segue, a CNV, “baseada em uma motricidade expressiva, antecede a linguagem falada, exatamente porque a complexidade da integração sensorial o permite, pois nela se postula a gênese da comunicação total própria dos humanos.”

A CNV envolve todas as manifestações corporais e comportamentais (gestos, mímicas, reações tônicas de conforto e desconforto, etc.). Sua complexidade e resposta passam por todos os canais sensoriais. Quando nos referimos aos canais sensoriais, referimo-nos a pele, órgão que reveste o corpo humano em sua integralidade. Segundo Lent (2010) independente da consciência não registrar tudo, as informações são processadas pelo SN de forma contínua. O corpo é atingido por estímulos ambientais que propiciam a sequência do processo como um todo.

A organização do sistema nervoso (SN) é composta por neurônios sequenciados – fibras nervosas e sinapses – potenciais bioelétricos que sofrem mudanças ao longo do percurso até ser direcionado as regiões cerebrais superiores. Essas regiões específicas darão o colorido emocional, perceptivo ou podem funcionar como moduladores comportamentais. E os bebês humanos possuem vários canais de comunicação não verbal (CNV) e estes são postos em prática e à prova logo após o nascimento, o que evidencia uma competência de comunicação desde cedo. (Lent, 2010) (Kandel, 2014)

Atividade e inatividade, o silêncio, os olhares dentre outros aspectos têm um valor específico de mensagem, que nos autistas (e em outros âmbitos defetológicos) acusam significações comunicativas muito importantes, uma vez que a comunicação pode ocorrer sem a produção de qualquer palavra. (FONSECA, 2009).

A pele e eu, eu e a pele dá para separar? O homem é sua pele, através dela ele entra em contato consigo e se relaciona com o mundo globalmente; toca e é tocado em contínua troca e este evento do toque seja terapêutico ou não, pois propicia a entrada e saída de uma gama de informações (afêrência e eferência). (ANZIEU, 2000).

Os receptores da pele estão presentes em toda sua extensão o que possibilita estimulações contínuas e permanentes. Os corpúsculos de Ruffini e de Messner assim como as ramificações dos axônios que se fazem presentes ao redor dos folículos pilosos são receptores do tato, estes em consonância com os receptores responsáveis pela propriocepção consciente e os receptores relacionados com as sensibilidades vibratórias (corpúsculo de Vater Paccini) podem desencadear reações diversas “conscientes ou inconscientes” há evoluírem para a CNV. (Lent 2010) É nesse lugar que a estimulação tátil sinestésica pode ser utilizada como ferramenta de intervenção junto ao portador do TEA. (Lent 2010).

Ainda in utero, o feto imerso no líquido amniótico já sofre na pele múltiplas estimulações táteis. No desenrolar do desenvolvimento, a pele como órgão de comunicação e interação com o meio, através estimulações quantitativas e qualitativas Fonseca (2009). Observamos então que a estimulação tátil (Ex: toque, texturas diferenciadas) junto à pacientes portadores do TEA, possibilitam resultados positivos, como mímica facial, apontar, direcionamento da atenção, atenção compartilhada, busca por objetos, autorregulação, entre outros ganhos. Estas são ações e reações que fazem parte do repertório da CNV.

É muito comum, atribuir-se maior relevância a comunicação verbal, por exteriorizar o ser social, mas é essencial observarmos que a comunicação não verbal, da a conhecer o ser psicológico através de suas ações e reações corporais, que falam de suas emoções.

"a linguagem deve ser concebida no contexto da interação social, não simplesmente como meio de transmissão de informação, mas sim como projeção das próprias pessoas, veículo de trocas, de relações, como meio de representação e comunicação. Neste sentido, a linguagem possui uma dinâmica, que implica a participação do outro, contribuindo para o desenvolvimento cognitivo infantil." (ZORZI, 2002)

NEUROPLASTICIDADE

A neuroplasticidade pode ocorrer em todos os indivíduos e contempla todas as fases de desenvolvimento. Em 1890 o psicólogo William James inseriu o termo plasticidade em seus estudos sobre o cérebro. Ele sustentava a matéria orgânica, e em especial o tecido nervoso como extraordinariamente plástica, como uma “estrutura fraca o suficiente para submeter-se a influência.”Um estímulo pode gerar dois níveis de alterações no SN, primeiro a excitabilidade e, segundo, as transformações funcionais que são permanentes e acontecem em sistemas específicos de neurônios, mas para que esse fenômeno ocorra são necessários estímulos apropriados. (Lent, 2010)

Ao unir os estudos da estimulação precoce (indicado aos portadores do TEA) e o estudo sobre neuroplasticidade (capacidade de adaptação do sistema nervoso), conseguimos entender as respostas diferenciadas durante o período crítico do desenvolvimento. O cérebro ‘plástico’ é propício a estímulos diversos, a alterações importantes que envolvem patologias diversas, mas também há possíveis estratégias que o sistema nervoso (SN) pode desenvolver na construção de novos atalhos, estes nos sugerem possibilidades de superação. (Lent 2010).

BRINCAR UMA AVENTURA CRIATIVA

A compreensão da representação do brincar nas propostas terapêuticas, se faz mais presente conforme a evolução da ciência voltada aos estudos e pesquisas relativas ao desenvolvimento infantil. O brincar possibilita a criança construir uma identidade autônoma, cooperativa e criativa. Ao brincar a criança entra no universo cognitivo, motor e dos afetos por intermédio da representação e da experimentação. O brincar então objetiva proporcionar descobertas explorando movimentos ajustados a um ritmo, possibilitando expressar emoções e funcionando como facilitador do desenvolvimento completo da criança, fazendo com que a criança construa regras, gerando escolhas para que possa elaborar os imprevistos no ato do brincar.

O terapeuta que atua através da proposta PR cria, possibilita e investe no brincar como atividade espontânea que fascina e permeia a terapia através do desejo, prazer e alegria ocasionada pelo jogo lúdico. Partindo de uma visão global ‘terapeuta x criança’, o brincar ocupa lugar de destaque e relevância na clínica PR sendo utilizado como instrumento no acolhimento e construção de vínculo com a criança e família. No entanto, há de se respeitar o brincar espontâneo, inferir os desejos e preferências, algumas vezes dar função, usando como agente facilitador, da interação, do compartilhamento, da interpretação, do toque afetivo e acolhedor.

A criança e o brincar estão intrinsecamente ligados. Uma relação íntima e encantadora da e na infância, que naturalmente faz parte de suas atividades espontâneas, a saber: pular corda, rodar bambolê, chicotinho queimado, brincar de pique, etc. É pura fascinação! Mas, que pode significar brincar ou não brincar? Algumas crianças não brincam, essa ausência de desejo e interesse pelo brincar pode significar que ela esteja com algum problema, nem sempre observável.

Para Vygotsky, o brincar cria uma “zona de desenvolvimento proximal”, onde o terapeuta atua como mediador da atividade. Negrine (2002)

“Lapierre, com sua Psicomotricidade Relacional, considera que o corpo em movimento não se restringe apenas ao desenvolvimento cognitivo, mas também dos aspectos psicológicos, como a sensibilidade e afetividade consigo mesmo e em relação ao outro, pois o corpo é lugar de prazer, desejo, frustração e lembranças das emoções positivas e negativas vividas pela criança”. (MORO, 2008)

CASO CLÍNICO

Miguel (M.) - Superação

Este caso é fruto de nossa vivência clínica, em um espaço pensado e criado para o tratamento, avaliação, intervenção e investimento na qualidade de vida da pessoa. Impulsionar o desenvolvimento equilibrado e harmônico faz parte da proposta do trabalho na clínica Psicomotora, faz-se imprescindível estimulação visando a integração da diversidade de funções que compõem o SER Global: comunicação é fundamental a socialização, a representação e expressão dos comportamentos e matizes mentais. É preciso promover o desenvolvimento global em nível motor, cognitivo emocional, social, moral e espiritual, em consequência do somatório de estímulos diversos propiciados e promovidos pelo jogo lúdico mediado pelo diálogo tônico.

Nossas ações e estratégias de intervenção são desenvolvidas através de atividades lúdicas como objeto do acolhimento afetivo e construção de vínculos, tais propostas são aplicadas de forma contínua: desde a chegada da criança com sua família, passando pelas intervenções clínicas subseqüentes, até o momento de sua alta.

E passando por esse viés de intervenção, o lúdico ocupa lugar preponderante na proposta terapêutica através da Psicomotricidade na abordagem relacional, com crianças que revelem alguma dificuldade de organização corporal - transtornos psicomotores, podendo ou não estar associados a comprometimentos do desenvolvimento. Através da intervenção clínica buscamos trabalhar potencialidades e construir um fazer voltado para um SER global, respeitando suas especificidades.

Com o M. não foi diferente, a proposta terapêutica sempre esteve voltada a trabalhar potencialidades, possibilidades superando gradativa e continuamente os obstáculos ao seu desenvolvimento, não obstante suas dificuldades. Nossa práxis contemplou atividades lúdicas organizadas, porém não engessadas. Observamos e respeitamos as etapas de desenvolvimento infantil, sem perder de vista a demanda da criança, assim as estratégias de intervenções utilizadas favorecem além do acolhimento o contato, o toque e o brincar.

A proposta da terapêutica Psicomotora conta ainda com a criatividade da terapeuta envolvida no processo, através da qual são construídas novas possibilidades de intervenção. Vale ressaltar que as atividades que envolvem o corpo como objeto e o chão mediador da relação M x terapeuta, demanda disponibilização interna do terapeuta, ir até a criança sem perder o olhar para as especificidades da intervenção.

A importância de nossa prática clínica psicomotora na abordagem relacional se faz presente ao percebermos o M., em seus primeiros movimentos fora do casulo tendo o

brincar terapêutico como artífice desse universo novo sobre o qual M. se arrisca em se comunicando corporalmente.

CASO CLÍNICO

M. tem dois anos e três meses, chegou acompanhado pelos pais, em outubro de 2014. Em entrevista, o pai informou que a família havia recebido diagnóstico de TEA. A principal demanda da mãe: fala e do pai: fala e autonomia - a compreensão da linguagem oral limitava-se à uma quantidade restrita de ordens rotineiras, como: “vem aqui”, “me dá”, “senta”, “vamos”, todas enfatizadas e dadas pela mãe e pai - ao ser chamada pelo nome, a criança não atendia. Para tal, a criança necessitava do tom imperativo com suporte do toque; não sustentava o olhar – apresentava um olhar vazio e sem cor; apresentava alteração do sono – tendo sido o mesmo regularizado após o neurologista ministrar risperidona; era seletivo: sua dieta se restringia a 4 alimentos; arremessava tudo em todos; gritava, saltitava; não agia com independência; era totalmente dependente; não reagia e/ou interagia com nada nem ninguém; não tinha iniciativa; nem buscava relação com objetos; gostava de rotina e se irritava com a quebra da mesma – gritava e saltitava pela casa horas seguidas, bastava ser frustrado e/ou a mãe sair, logo tais dificuldades interferiam e se tornaram obstáculos para sua convivência (integração e socialização).

O relato familiar nos colocou em contato com Miguel – uma criança que requer um olhar globalizado visto às especificidades e singularidades que envolvem as características relacionadas a seu diagnóstico.

Vale ressaltar que não há como mensurar as inúmeras interferências que tais características podem exercer sobre as esferas motoras, cognitivas, afetivas, bem como nas comportamentais. Neste contexto é fundamental ao terapeuta, investido do olhar psicomotor, não perder de vista o diferencial da abordagem relacional que nos fala de possibilidades das comunicações não verbais (CNV) e considerar: as mímicas, os gestos e as posturas como meio de expressões, ou seja, um sujeito com um corpo em movimento.

Miguel foi inserido em atividade psicomotora - Terapia intensivo (TI) -, composta por doze horas de atividades, uma semana durante o mês; e atendimento fonoaudiológico individual, integrado a Psicomotricidade, trabalho específico de linguagem, fala, bem como a ampliação de suas experiências relativas aos aspectos sensoriais, psicomotores e cognitivos, buscando o máximo desenvolvimento de suas potencialidades, utilizando brincadeiras e direcionando as expectativas dentro do desenvolvimento global.

Segundo Saboya (1995) a integração correta e a troca harmônica entre os meios em que o indivíduo se encontra fazem com que este se relacione com ele mesmo e com o mundo. Quando um destes elementos não flui, se estabelece a desarmonia, a falta de integração no Eu comigo mesmo e/ou no Eu com o mundo.

SUPERANDO OBSTÁCULOS

Durante a descrição da sequência terapêutica poderemos observar como a Psicomotricidade possibilita interagir com M., através de mediadores verbais e não verbais, para a estimulação através do mundo sensorial, perceptivo e neuromotor. Dar

prioridade a organização psicomotora, investindo na inter-relação entre a praxia da criança, com o meio ambiente, possibilitando uma gama de vivências redundando em explorações, coordenação viso motora, espaço perceptivo-motor, equilíbrio, tempo, ritmo, linguagem e esquema corporal; além de oportunizar experiências sociais em grupos, sensoriais e afetivas.

Ajuriaguerra explica que a terapia psicomotora não se restringe somente a modificar o tônus de base e as habilidades de posição e rapidez, mas modificar o corpo em seu conjunto, no modo de perceber e apreender as aferências emocionais. (LEVIN, 1995)

CONQUISTAS DO M.:

Trabalhamos a criança integralmente, considerando seus aspectos nas instancias: motora, social, comportamental, cognitiva e afetivo-emocional. Afinal uma das diretrizes fundamentais que a Psicomotricidade nos remete é trabalhar o SER global. Não existe um pacote fechado para terapia PR, sempre trabalhamos com capacidade de realização da pessoa, pois todos são dotados de potencial.

Partindo deste princípio iniciamos nossa intervenção com o M., através do lúdico da forma mais agradável, alegre e acolhedora, possibilitando o estabelecimento de vínculos e permitindo que gradativamente M. viesse a se sentir mais confiante desenvolvendo certa autonomia. Desta forma, trabalhamos:

- ✓ *Inicialmente M. andava e andar era o que se permitia – parava e fitava o vazio – a terapeuta usava escova para escovar mãos e pés - vassoura infantil para brincar de varrer o pé – as bolas com diversas texturas, rolar sobre a bola, ficar em pé – opa!!! Lá vem irritação – aproveitamos todos os sinais comunicativos... no decorrer dos meses nova possibilidades, novos brinquedos, novos sons... – sinais verbais...M. inicia a travessia e sempre convidamos a mãe para o jogo...*
- ✓ *A postura - nós realizamos atividades de motricidade ampla, através de arrastamento sob os bancos, corre corre - pique pare - rolar no tatame – no chão, circuito psicomotor (quando ele conseguiu) entre outras – o tempo de aprendizagem, do brincar de M. é diferente, mas acontece.*
- ✓ *A visão – nós realizamos atividades sensoriais: pintura de caixa, oficinas de doces – oficina de pizza, pique tangerina, corda, bola..., M. gosta da cor azul e vermelha.*
- ✓ *Tônus – nós brincamos de serra - empurrar as bolas – arrastar os bancos para montar escadas, etc.*

- ✓ *Acuidade Perceptiva - como pintar partes do corpo, fazer cócegas, usar esponjas e escovas nomeando cada parte do corpo, jogo com texturas (áspero, liso, ranhuras...) - mobilidade e preensão, tendo como foco possibilitar a M. organizar gradativamente a consciência corporal.*
- ✓ *Equilíbrio – subir e descer nos bancos, pular na bola...*

Durante o desenrolar da terapia psicomotora de M., buscamos identificar e estimular os pontos positivos de seu comportamento e assim os potencializar: o

arrastamento; usar o jumping, esconder dentro da caixa, entre outras... Suas crises foram se transformando em brincadeiras e ferramentas de superação.

Inicialmente M. não brincava e não sorria, porém, à medida que foi sendo estimuladas, suas reações foram mudando paulatinamente. Observamos que M. havia sido afetado e à medida que o jogo lúdico ganhava corpo, nova roupagem (criatividade) e diversificava, as brincadeiras evoluíam, iniciamos outro nível de intervenção exigindo do terapeuta nova releitura das ações do M. que buscava se comunicar globalmente. Ao longo dos meses percebemos o potencial de M desenvolvendo: com 2 anos e 7 meses sua linguagem expressiva foi ganhando clareza - aos 3 anos e meio usava o inglês e iniciou leitura e escrita. Atualmente M. esta com sete anos e sempre ouvimos comentários “ele não parece autista”, mas ainda há muito a caminhar...

Segundo Wallon, “A afetividade refere-se à capacidade, à disposição do ser humano de ser afetado pelo mundo externo/interno por sensações ligadas a tonalidades agradáveis e desagradáveis”.

Em seu livro “A Infância em Cena” (1995), Esteban Levin nos esclarece o que se faz necessário:

“demonstrar-lhes e demonstrar a si mesma que pode fazê-lo “por si só”, que pode saltar, correr, trepar, rodar, etc.; e é na ligadura da mecânica corporal no campo do Outro que ela encontra esta imagem (corporal) a partir da qual se reconhece, além da ação motora. Nesta articulação entre a sensibilidade cinestésica e proprioceptiva do movimento corporal e o campo do Outro inscreve-se o prazer no movimento dando lugar à representação e à “esquemática” corporal e postural.” (LEVIN, 1995)

IMITAÇÃO / DO GRITO PARA VOCALIZAÇÃO:

Depois de um tempo, passamos a imitar M. nós mudávamos o som associando-o a mímicas faciais (alegria, tristeza, choro, irritação, cansaço...). M. parava e olhava, gritava de novo e nós, terapeutas, o imitávamos. M. fazia cara de irritação e falava “para” (prolongando). A terapia da imitação começou a surtir efeito: a terapeuta imitava o M., inserindo expressões faciais ligadas às emoções: quando ele chorava, ela o imitava “vivenciando” a emoção do choro sem lágrimas do M. Nós observamos que a intervenção despertou interesse crescente em M. e, com o passar dos encontros, percebemos mudanças em seus gritos, evoluindo para a fala e reduzindo a ecolalia. Após várias intervenções, M. evoluiu para sons diferenciados, então passamos a dar função a seus gritos (não, sim, chega, para, ai, oi...). Observamos que os gritos foram dando lugar a novas vocalizações, até que M. já não gritava, já falava. As respostas de M. passam pelo viés da emoção, o que nos leva a observar que a criança representa suas emoções através da plasticidade corporal – vivências corporais, se fazendo perceptível ao outro.

BRINCADEIRAS E JOGOS CORPORAIS

GIRAR E BRINCAR DE MORCEGO (Equilíbrio; sistema vestibular, postura...).

- ✓ *Primeiras ações: o terapeuta retira M. do chão, e gira pela sala e ele grita. Na proposta de intervenção, nós incluímos a brincadeira de rodas, com canções infantis nas atividades, estimulando M. a agachar, rodar, entrar e sair na roda. Ele*

participa reclamando um pouco. Está muito mais motivado para realizar as atividades.

- ✓ *Brincamos de ficar de cabeça para baixo: Viva! M. virou um morcego! Ele sorri e quando volta à postura de pé, estende os braços em clara solicitação para repetir a experiência. Nós estimulamos M. a pedir “mais”, ele olha, fica com os braços estendidos e emite o som. Nós valorizamos o movimento e festejamos. Nós giramos novamente e surgem novos sorrisos, gritinhos de alegria, vocalizações e algumas palavras inteligíveis.*
- ✓ *O equilíbrio é requisito indispensável à organização psicomotora, por abranger uma diversidade de ajustes posturais anti-gravíticos, funcionando como esteio para dinâmica corporal motora – movimento. Nós encontramos no livro “Psicomotricidade Filogênese, Ontogênese e Retrogênese”, de Vitor da Fonseca (2009), os seguintes esclarecimentos:*

“A manutenção da postura bípede é operada por uma multiplicidade de excitações reflexogêneas que nascem nos receptores labirínticos e profundos, provocadas pela ação da gravidade. Estas excitações em permanente atividade vêm dos receptores musculares, labirínticos e visuais que, autorregulados, pelas funções supramedulares, correspondem à atitude. [...] Dentro das excitações reflexogêneas mais importantes, temos a enumerar: labirínticas, proprioceptivas, exteroceptivas e visuais”. (FONSECA, 2009).

Vale ressaltar que a instabilidade postural ou gravitacional tem como efeito, labilidade emocional, hiperatividade, ansiedade e distratibilidade¹. O sistema vestibular exerce influência também nas funções emocionais e o comportamento, dadas as suas conexões com o sistema límbico.

- ✓ ***PIQUE (Noção de permanência – motricidade ampla – organização espacial...):*** *Corremos entre as salas. Os amigos se escondem embaixo da mesa, embaixo da manta fofinha e a brincadeira vira ‘o urso vai te pegar...’ A relação de continuidade e a exploração do espaço foram construídas através de outra perspectiva que possibilitou a M. andar, chorar, sorrir, experimentar possibilidades. À medida que esse jogo evoluiu, observamos que M. iniciou o processo de aceitação da ausência de sua mãe, sem sofrimento, sem lágrimas e levou para seu lar, pois quando seus pais saíam, ele chorava por horas contínuas.*
- ✓ *Outro pique: pique tangerina - tira a casca e joga no outro, a sala fica cheirando a tangerina – esse jogo engloba estimulação sensorial.*

Segundo Winnicott (1975), “o brincar facilita o crescimento” e, em consequência, promove o desenvolvimento. Uma criança que não brinca não se constitui de maneira saudável, tem prejuízos no desenvolvimento motor e sócio/afetivo.

CIRCUITO PSICOMOTOR:

- ✓ *Nessa atividade M. iniciou movimentos básicos: força, equilíbrio – dinâmico e estático, rastejar, subir, descer, marcha lateral e para frente..., requer atenção, concentração, ação e reação. Atraente e colorido, às vezes estimulado a auxiliar na montagem, do circuito - arrastava o banco pela*

¹ Incapacidade de manter a atenção, isto é, passando de uma área ou tema para outro com o mínimo de provocação, ou colocar demasiada atenção a estímulos externos insignificantes ou irrelevantes.

sala (com suporte), subia e descia os degraus, tais movimentos exigiam atividade muscular, energia, interação e integração.

Muito interessante, a brincadeira na cama elástica (Jumping). M. gostava de pular, ritmado e o erguia bem alto - M. sorria, mas às vezes, ao se erguer, gostava de ficar agarrado em minha perna, em busca de segurança, no entanto sorria olhando para cima. As novas possibilidades do brincar, já não o assustavam ou incomodavam, os gritos foram substituídos por sorrisos e quando eu parava, ele levantava a mão em uma clara solicitação de continuidade. Havia se estabelecido a comunicação na dimensão corporal (olhar, gestos, sorriso, mudanças nos tons do grito, aceitação do toque e ausência da mão na sala).

Desde então vale pontuar sobre a capacidade de superação de M. Ele respondeu positivamente as intervenções individuais de PR e em grupo, ganhando continuidade, envolvimento e prazer nas brincadeiras. “Quando a criança domina seu andar, vê-se lançada à conquista de diferentes cenas corporais e psicomotoras que tentará reproduzir. Referindo-nos, por exemplo, ao correr, saltar, subir, rodar, rolar, deslizar, esquivar-se, rebater, girar, etc.” (LEVIN, 1995, p. 120)

CONCLUSÕES

A literatura pesquisada nos deu a nuance de como foram instituídos os primórdios da Psicomotricidade, citamos alguns homens de ciência que influenciaram e ainda influenciam estudos e pesquisas, relativos a esta ciência na atualidade.

Instrumentalizados por esse aparato histórico-científico, sobre a terapêutica psicomotora e o desenvolvimento global, nós discorremos sobre o diferencial do olhar da Psicomotricidade na abordagem Relacional para os casos de TEA-Transtorno do Espectro Autista.

Abordamos o desenvolvimento infantil, tendo como pano de fundo o acolhimento promovido pelo jogo lúdico proposto pela Psicomotricidade na abordagem Relacional. Logo concluímos que a proposta da intervenção psicomotora a que lançamos mãos, agregando os diversos saberes que fazem parte de nosso entorno acadêmico-profissional foram e continuam sendo ferramentas relevantes para as conquistas de M, e demais crianças, jovens, adultos e suas famílias que cheguem a CreSer.

Luria nos brinda e enriquece o conhecimento através de sua abordagem sobre a complexidade das três áreas funcionais, e as competências de cada uma. A partir das informações de Luria concluímos que, a ação ou o movimento humano, como base do desenvolvimento psicomotor implica relações constantes dos fatores neurofisiológicos, psicológicos e sociais que interferem frontalmente em sua integração, elaboração e realização.

Diante do exposto conclui-se que a atividade lúdica exerce grande influência no desenvolvimento global do SER. A “PR” demonstra através de sua proposta do brincar a relevância na interação da criança com o meio ambiente em uma relação de movimento e afeto, desenvolvendo habilidades e potencialidades de forma natural e agradável.

A criança quando brinca desenvolve aptidões, físicas e mentais, sendo agente facilitador para que estabeleça vínculos sociais. O brincar que objetiva o desenvolvimento infantil não é simples entretenimento, é uma forma de interagir com a realidade em sua dimensão subjetiva. Brincar é coisa séria e a PR investe e propõe essa vertente (movimento através do brincar), como mediador comum ao universo infanto-juvenil e como uma das ferramentas no tratamento do TEA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LENT, R., Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência. 2.ed.São Paulo: Editora Atheneu, 2010.

KANDEL, R.E., Princípio de Neurociências. 5.ed.Porto Alegre: Editora Amgh Editora, 2014.

MERCADANTE, T. M.; ROSARIO, M. C. Autismo e cérebro social. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

MASTRASCUSA, Celso e FRANCH, Núria. Corpo em Movimento. Corpo em Relação: Psicomotricidade Relacional no ambiente educativo. Porto Alegre: Editora Evangraf, 2016.

FONSECA, Vitor da. Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores. Artes Médicas, Porto Alegre, 1992.

FONSECA, Vitor da. Psicomotricidade Filogênese, Ontogênese e Retrogênese. 3ª ed. - Rio de Janeiro: Wak Ed., 2009.

LEVIN, Esteban. A infância em cena: Constituição do Sujeito e Desenvolvimento Psicomotor. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

MATTOS, Vera e KABARITE, Aline Perfil. Psicomotor: um olhar para além do desempenho. Rio de Janeiro: Editora Rio, 200

MATTOS, Carlos. Psicomotricidade Clínica. São Paulo: Editora Lovise, 2002.

DSM-5 / Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). Porto Alegre: Artmed,2014.

VYGOTSKY, L.S. A Formação Social da Mente. São Paulo: Martins Fontes, 2 ed., 1989

WALLON, H. A evolução psicológica da criança. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

WALLON, H. As origens do pensamento na criança. São Paulo: Manole, 1989.
[HTTP://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000100017&script=sci](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722000000100017&script=sci) Autismo: breve revisão de diferentes abordagens

<https://psicomotricidade.com.br/>

Sociedade Brasileira de Psicomotricidade