

A terapia da criança autista

uma abordagem pela via corporal

Airton Negrine*

Mara Lúcia Salazar Machado**

ITINERÁRIO PERCORRIDO

Relação entre iguais, ao mesmo tempo que uma criança serve de modelo à outra, ela também é referência para as demais.

Este ensaio é produto do trabalho que viemos realizando no âmbito da Psicomotricidade Relacional já alguns anos. A abordagem que utilizamos é de uma intervenção pedagógica pela via corporal, servindo-nos de uma *metodologia não diretiva*. Em outras palavras, não temos a preocupação de levar a criança repetir gestos estereotipados, mas sim, permitir a eclosão da sua expressividade, da espontaneidade e das diferentes formas de comunicação que ela pode estabelecer com seus pares e com o psicomotricista.

Considerando as vertentes pela quais a psicomotricidade pode ser focalizada, o trabalho que desenvolvemos situa-se dentro de um enfoque relacional, ou seja, um dos propósitos do psicomotricista na sessão é de facilitador, provocando situações vivenciais que certamente não ocorreriam sem sua intervenção.

Nossa curiosidade e envolvimento com crianças portadoras de necessidades educativas especiais surge a partir dos Cursos Pós-Graduação a nível de especialização em Psicomotricidade Relacional. Este projeto foi desenhado para implantar elementos pedagógicos inovadores na formação de pessoal docente para trabalhar com crianças pré-escolares a partir de uma perspectiva de abordagem pela via corporal, utilizando o brincar como âncora pedagógica.

A inovação curricular que propomos está centrada em três vias de formação, isto é, *teórica, pessoal e pedagógica*. A *primeira* via tem como objetivo, subsidiar os profissionais que acedem este curso de um corpo teórico que possibilite entender a trilha que percorre a psicomotricidade relacional. A *segunda* via

tem como finalidade oportunizar uma formação a partir de vivências corporais que permita as pessoas refletir sobre suas dificuldades, facilidades e limitações. Esta abordagem na formação de psicomotricistas e terapeutas, tem como finalidade provocar uma terapia pela via corporal, isto é, criar situações vivenciais para que cada um possa conhecer um pouco mais de si mesmo. A *terceira* via está voltada para uma formação didático-pedagógica a partir da observação e da intervenção com criança em idade pré-escolar em situações concretas. Isto significa que entre as disciplinas que compõem a grade curricular do curso, há uma disciplina de "Metodologia da Prática Psicomotriz", momento em que os alunos observam seletivamente as crianças que fazem parte dos grupos-classe, e, também interagem com elas quando atuam como auxiliares do psicomotricista responsável pelas sessões.

A cada sessão com as crianças, determinamos aos alunos as pautas que devem ser observadas, com a finalidade de tornar as observações seletivas. Posteriormente, analisamos, discutimos, interpretamos o que ocorreu, e traçamos as estratégias a serem adotadas com as crianças na sessão seguinte. Em linhas gerais, a formação pedagógica que orientamos vem sendo pensada neste sentido.

O projeto de formação de psicomotricistas relacionais dentro destes três vértices sob nossa coordenação¹ iniciou na FEEVALE-Novo Hamburgo, RS. Nesta instituição de ensino tivemos a oportunidade de formar dois grupos, um em 1994 e outro no ano de 1995. A partir do ano de 1995, dentro da mesma perspectiva, demos início a mais um curso de especialização neste área no Centro Universitário La Salle, Canoas, RS. Nesta instituição de ensino superior quatro grupos foram forma-

dos até dezembro de 1998, e mais outro que iniciou em março de 1999. O projeto vem se desenvolvendo com pleno sucesso, inclusive tivemos a chancela da CAPES no ano de 1997.

Nesta segunda instituição de ensino universitário onde desenvolvemos o projeto, introduzimos mais uma inovação, isto é, os grupos-classe de crianças que nos possibilita levar a cabo a formação pedagógica, são constituídos com crianças "*ditas normais*" e com crianças portadoras de necessidades educativas especiais, uma vez que partimos da premissa teórica que o desenvolvimento e aprendizagem infantil avançam na relação entre iguais², sustentando-nos nos princípios psicopedagógicos propostos por Vygotski.

Isto significa entender que na relação entre iguais, ao mesmo tempo que uma criança serve de modelo à outra, ela também é referência para as demais. Uma atividade iniciada por uma criança costuma servir de modelo à outra. A cópia do modelo se dá por contaminação, ou seja, as preferências individuais tem efeito multiplicador, ampliando numa variedade significativa as experiências que podem ser vivenciadas pelas crianças, principalmente quando se utiliza uma metodologia não diretiva.

Na organização dos grupos-classe, no ensino convencional, costuma-se separar as crianças "*normais*" das crianças portadoras de "*necessidades educativas especiais*". O núcleo desta idéia pode ser analisado a partir de dois pontos de vistas diferentes. Por um lado, a separação é feita com a justificativas de que as crianças portadoras de necessidades educativas especiais necessitam de um tratamento especializado. Por outro, para evitar que as crianças normais sejam influenciadas pelos comportamentos manifestados pelas outras, principalmente quando se trata de uma abordagem que tem como finalidade o "*desenvolvimento psicomotriz*".

Outro argumento muito utilizado para sustentar uma ou outra posição, é que o processo de aprendizagem ficaria favorecido quando se forma grupos homogêneos. Em outras palavras, costuma-se sustentar que a formação de grupos homogêneos é que determi-

na o sucesso de algumas estratégias pedagógicas. A pergunta que se impõe frente a estes argumentos é a seguinte: *formar grupos homogêneos em quê?*

Na nossa forma de pensar não existem grupos homogêneos, todos os grupos são heterogêneos por mais que se queira agrupar as crianças mediante a determinados critérios, uma vez que, a história prévia de cada criança sempre é diferente. O argumento já é suficiente para justificar a heterogeneidade dos grupos. Dito de outra forma, as crianças se comportam num grupo em função das experiências prévias, e a forma como reagem aos estímulos propostos pelo professor é que vai determinar as dificuldades e facilidades que este pode encontrar para levar a cabo sua proposta pedagógica.

Seguindo nesta linha de raciocínio, tudo indica que o problema pedagógico se situa fundamentalmente na formação do professor. Por um lado, porque nos currículos de formação inicial de professores, há um excesso de abordagens teóricas, estas muitas vezes descontextualizadas. Por outro, porque nesta fase da formação não se dá prioridade à construção do saber pedagógico a partir da experiência. Esta deve estar ajustada a função futura, seja em atividades de co-atuação, seja através da observação seletiva orientada, para permitir que o professor em curso tenha informações e possa refletir sobre as dificuldades com as quais vai se deparar.

Por acreditarmos nesta maneira de pensar, é que na formação de Psicomotricistas Relacionais, costumamos oferecer uma formação pedagógica que permite aos alunos vivenciar experiências de co-atuação e de observação com crianças normais e portadoras de necessidades educativas especiais num mesmo grupo classe. Nesta caminhada foram muitos os desafios que enfrentamos, uma vez que os grupos-classe eram formados com crianças voluntárias com diferentes perfis. Consequentemente, esta rica experiência nos motivou a dar outro passo.

Com a intenção de ampliar a discussão, levantamos o seguinte questionamento: *quais seriam as implicações pedagógicas quando mesclamos crianças normais e crianças por-*

"O que decide o destino da pessoa, em última instância, não é o defeito em si mesmo, mas sim suas conseqüências sociais, sua relação psicossocial."

tadoras de necessidades educativas especiais numa mesma sessão de Psicomotricidade?

Para responder a este questionamento é necessário que se diga que partimos da premissa que a criança aprende independente de ir ou não a escola, de participar ou não de uma sessão de psicomotricidade. Mais ainda, que aprendem a partir dos modelos emergentes na sua cultura, onde a relação entre iguais situam-se como relações privilegiadas face aos modelos que uns oferecem aos outros, seja na relação com os objetos, seja na interação com o meio, seja nas atitudes que adotam frente às situações problemas com as quais se deparam.

As habilidades corporais que desenvolvemos são produto, antes de mais nada, das nossas experiências corporais em situações espontâneas.

Portanto, se partimos destes pressupostos teóricos vamos concluir que no momento que juntamos crianças portadoras de *necessidades educativas especiais num mesmo grupo-classe*, estamos "*a priori*" impondo uma limitação decorrente da própria formação do grupo, onde os modelos emergentes das relações entre iguais ficam muito reduzidos. Inclusive se a análise de cada criança for feita em relação às dificuldades dos outros que constituem o grupo, podemos inferir que algumas terão naquele grupo-classe modelos emergentes de seus iguais mais limitados ainda que aqueles que ela pode oferecer aos demais.

Em contra partida, se mesclamos crianças portadoras de necessidades educativas especiais com aquelas catalogadas como "normais", estaremos oportunizando que as primeiras sejam beneficiadas com modelos que podem impulsionar a evolução de seus comportamentos, atitudes e habilidades. Na tentativa de seguir seus pares, isto é, de imitar a um igual a criança aciona mecanismo de desenvolvimento potencial. Todavia, entendemos que pensar desta forma, é, antes de mais nada, acreditar que o ser humano possui um *nível potencial sempre superior ao real*³, e que aquele pode elevar os níveis da capacidade humana.

Cabe aqui outra reflexão que entendemos pertinente quando tratamos de crianças portadoras de alguma deficiência. Vygotski(1977), quando trata dos problemas funda-

mentais da deficiência contemporânea diz que "*o que decide o destino da pessoa, em última instância, não é o defeito em si mesmo, mas sim suas conseqüências sociais, sua relação psicossocial*(p.19). Tentar neutralizar estas conseqüências a partir do ato pedagógico, na nossa forma de pensar, pode ser o caminho para oferecer melhores condições de aprendizagem às crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Por outro lado, costumamos ouvir que as crianças normais poderiam ser prejudicadas, uma vez que poderiam incorporar trejeitos dos outros pelo mesmo processo que aqueles incorporam os modelos dos normais. Quanto a este aspecto, entendemos que a recíproca pode não ser verdadeira, uma vez que as crianças normais apresentam um desenvolvimento diferenciado que lhes permitem operar com processos mentais superiores, com níveis de abstrações que outros ainda não ascenderam. Estes níveis superiores de memória, pensamento, percepção, etc., é que vão permitir que se estabeleçam as diferenças. Diríamos ainda mais, as crianças normais na interação com as portadoras de necessidades educativas especiais também ganham muito, uma vez que desenvolvem níveis fantásticos de compreensão das dificuldades do outro, passando a ajudá-los na resolução dos problemas. Em síntese, esta interação provoca níveis de humanização importante no processo de desenvolvimento humano desde a tenra idade, ao menos, é o que viemos extraindo das experiências que estamos realizando.

TERAPIA PSICOMOTRIZ E A CRIANÇA PORTADORA DE NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

O vínculo que estabelecemos com crianças na idade pré-escolar através dos Cursos de Pós-Graduação em Psicomotricidade Relacional, levou-nos a repensar o trabalho que também viemos realizando no Programa de Mestrado em Ciências do Movimento Humano na Escola de Educação Física da UFRGS, seja como orientador de projetos de pesquisa, seja como professor do programa.

No mesmo momento em que passamos a orientar algumas dissertações voltadas ao estudo de crianças portadoras de necessidades educativas especiais, mais especificamente daquelas portadoras da Síndrome de Down, passamos oferecer um serviço comunitário no Laboratório de Pesquisa do Exercício (LAPEX), local onde temos um Laboratório de Psicomotricidade Relacional. As atividades neste espaço tiveram início em março de 1998 em parceria com a co-autora deste ensaio.

Dentre as crianças que viemos atendendo neste laboratório, despertou-nos grande inquietação e, ao mesmo tempo, motivação para estudarmos crianças com diagnóstico de autismo. Foram vários os fatores que nos levaram a trabalhar e a investigar neste campo, uma vez que o maior desafio é observar as possíveis mudanças comportamentais no sentido amplo do termo que a intervenção pedagógica por via corporal pode provocar, mais especificamente, a terapia psicomotriz de enfoque relacional que é a estratégia que nos servimos para intervir desde o ponto de vista pedagógico.

Este ensaio tem por destino propor uma reflexão sobre uma ação terapêutica que utiliza a via corporal como estratégia de ação, que considera primeiramente a criança como uma totalidade, com toda sua história prévia de prazeres e desprazeres, e não a síndrome da qual ela é portadora de forma isolada.

As bases pedagógicas do trabalho que realizamos tem como âncora uma rotina que procuramos seguir com a intenção deliberada de provocar mudanças de hábitos que aponte para fazer com que a criança:

- a) tenha mais autonomia na realização das tarefas cotidianas;
- b) amplie seu vocabulário psicomotriz;
- c) estabeleça formas de comunicação com os iguais e adultos;
- d) perceba os limites com os quais nos deparamos nas relações grupais e faça vínculos com aqueles que o cercam.

Na terapia psicomotriz de enfoque relacional não nos preocupamos com as possíveis inabilidades psicomotrices que a criança possa evidenciar, uma vez que partimos da

premissa que as habilidades corporais que desenvolvemos são produto, antes de mais nada, das nossas experimentações corporais em situações espontâneas. Conseqüentemente, as limitações corporais são muito mais decorrentes da falta de vivências na realização de determinadas tarefas, do que decorrentes de comprometimentos funcionais. Estimular a criança implicando-se corporalmente é uma das estratégias que utilizamos para provocar sua exteriorização.

O psicomotricista para intervir deve estar preparado não apenas para propor, mas para perceber todas as modulações tônicas do outro, para atender sua demanda, para ser um companheiro que está ali para ajudá-lo a superar as dificuldades com as quais se depara quando tem a intenção de realizar algo que requer destreza que ainda não possui.

O papel do psicomotricista é também o de intervir para fazer valer a norma, isto é, as regras que se estabelecem para todos, aquelas que permitem uma interação social fraterna, onde a liberdade de ação de cada um, não provoque invasão do espaço ou que venha limitar o direito do outro.

Nossa ação pedagógica é de *ajuda* e de *provocação*. De *ajuda* no sentido de que estamos disponíveis para estender a mão em várias situações para dizer: vem eu te ajudo; tu podes; agarras a minha mão que vais conseguir. Esta ajuda não se dá apenas através do contato físico, mas também através do olhar, da mímica, da comunicação verbal, estimulando a realização de tarefas e reforçando as conquistas que mesmo parciais vão sendo adquiridas pela criança. De *provocação* no sentido de antepor dificuldades. *Por que antepor dificuldades se poderia perguntar?*

Porque se a ação pedagógica se desenvolve somente com facilidades, certamente não haverá dificuldades, estas não existindo, supõe-se que pouco ou quase nada requer de tomada de consciência, isto é, aquela que aciona mecanismos intra psíquicos. Todavia, se o ato pedagógico tem como estratégia antepor dificuldades para realização de tarefas, certamente haverá necessidades. Estas existindo, provocam estados de tomada de consciência

Quanto ao método utilizado, a investigação caracteriza-se com um estudo do tipo descritivo.

que servem de impulso ao avanço no processo de desenvolvimento intra psíquico.

Outra questão que queremos deixar evidenciado quanto a intervenção pedagógica, é que acreditamos numa relação de ajuda. Isto não significa que o adulto deva agir tendo piedade daquele que está sob sua tutela, porque esta atitude pode ser um obstáculo que lhe impeça de “*crescer*”. Pensamos que o educador ou terapeuta deva agir com determinação, sem rotulá-las, lançando um olhar sempre de expectativa sobre a resposta que poderão dar. Piedade, compaixão, como ódio e raiva, não são atributos que devem incorporar o ato pedagógico, são tão nefastos os primeiros como os últimos. O terapeuta-professor deverá ser um corpo de ajuda, na medida que possa controlar os impulsos emocionais com relação à criança que esta sob sua tutela pedagógica.

Qual será o tempo mínimo para que uma pesquisa tenha um caráter longitudinal?

Acreditar que mesmo aquelas crianças que “*a priori*” são fisicamente incapazes para realizar alguma tarefa, podem adquirir e desenvolver outras competências e habilidades, ser felizes e úteis a sociedade, é de certa forma, adotar uma postura docente diferenciada e qualificada apostando no potencial humano.

O paradigma e o método

Os estudos que viemos realizando no âmbito da Psicomotricidade Relacional, vinculados de um lado com a linha de pesquisa *Pedagogia do Movimento* e, por outro, com as *Práticas Corporais Alternativas*, esta última mais vinculada ao estudo das terapias corporais com adultos, situam-se dentro do paradigma interpretativo, isto é, os modelos que viemos utilizando e orientando situam-se como sendo de corte qualitativo.

Quanto ao método utilizado, a investigação caracteriza-se com um estudo do tipo descritivo uma vez que explora relações e trata de associar e comparar informações pertinentes a história prévia dos casos estudados e as variações comportamentais decorrentes da intervenção pedagógica pela via corporal. Considerado ainda, que os estudos descritivos podem ser desenhados dentro de diferentes perspectivas, situamos este como um estudo de

inter-relação, mais especificamente, como estudo de caso.

Quando focalizamos a pesquisa como instrumental para construção do conhecimento é fundamental que a navegação ocorra procurando situar o estudo nas diferentes modalidades da investigação. Neste contexto passamos agora a analisar um aspecto que entendemos ser relevante do ponto de vista metodológico. Trata-se de definir a investigação que estamos levando a cabo no que se refere ao seu alcance temporal. Neste sentido tínhamos que definir se teria um corte transversal ou longitudinal. É evidente que a transversalidade ou longitudinalidade se refere ao tempo que estabelecemos para recolher as informações, material que servirá para descrição, análise e interpretação.

A opção que fizemos no estudo que estamos realizando com crianças autistas quanto a dimensão temporal, não foi adotada de forma excludente, mas obedece a toda uma análise mais profunda sobre os problemas decorrentes da transversalidade nas pesquisas de campo que envolvem crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Caracteriza-se como estudo transversal o recorte que se faz de uma determinada amostra em um determinado período de tempo que pode variar de um dia a meses, dependendo dos instrumentos que o pesquisador se serve para recolher dados ou informações. Ocorre que as observações sistemáticas de crianças portadoras de necessidades educativas especiais que viemos realizando nos últimos cinco anos, através da Psicomotricidade Relacional, nos levou a formar algumas convicções que sustentam hoje nossa forma de pensar.

Os acadêmicos dos *Cursos de Pós-Graduação em Psicomotricidade Relacional* são itinerantes, isto é, fazem o curso durante um ano letivo. Neste período eles fazem observações seletivas dos grupos-classe com os quais trabalhamos, pois esta tarefa faz parte da formação pedagógica. As crianças que compõem estes grupos são da comunidade, uma vez que o serviço é oferecido anualmente nos meses de setembro à dezembro, para que o curso não se torne totalmente teórico e a prática pedagó-

gica possa ser analisada a partir de situações concretas. Fazem parte dos grupos-classe crianças na faixa etária de dois a seis anos e, algumas que excedem esta idade é porque são portadoras de necessidades educativas especiais as quais permitimos sua participação nos grupos. Isto significa que muitas crianças que em 1995 iniciaram a fazer prática conosco ainda permanecem no programa que é oferecido anualmente.

Esta experiência profissional nos permitiu observar a evolução de determinadas crianças portadoras de necessidades educativas especiais em profundidade, oportunidade que os alunos da pós-graduação não tiveram, embora tenham observado as mesmas crianças na transversalidade do tempo, momento em que estiveram vinculados ao programa. Isto nos fez refletir na fragilidade do modelo transversal quando se trata de observar a evolução de desenvolvimento e da aprendizagem em relação a temporalidade. O modelo transversal faz um recorte muito limitado quando o foco é colher informações para um estudo de cunho científico, esta é nossa forma de pensar quanto a este quesito que envolve definições metodológicas num estudo desta natureza.

Face ao exposto, é que estamos optando pelo corte longitudinal nas investigações que tem como alvo estudar variações de comportamento, embora o tempo a ser fixado sempre tem um caráter subjetivo. A pergunta que se impõe nestes casos é a seguinte: *qual será o tempo mínimo para que uma pesquisa tenha um caráter longitudinal?* A resposta também não é definitiva, uma vez que devemos considerar qual é o foco de análise e as variáveis que fazem parte do processo investigatório. De qualquer forma, estamos convencidos que o modelo longitudinal permite ao investigador perceber mudanças comportamentais, avanços e retrocessos impossíveis de serem verificados em pesquisas de corte transversal.

Foco do Estudo

Tomando apoio nos estudos de Vygotski(1997) sobre deficiência infantil, compartilhamos da idéia que a pesquisa mais apropriada para o desenvolvimento destes estudos que

consideram como investigações sérias e científicas, aquelas que se apoiam em um estudo longitudinal *da criança* durante o processo de educação.

Tomando esta referência como norte, começamos acompanhar o desenvolvimento de *Rohe*⁴, um menino diagnosticado como portador de autismo. Nossos encontros pedagógicos são sistemáticos há mais de um ano, uma vez por semana durante uma hora. A base da investigação sustenta-se na prática psicomotriz com enfoque relacional desenvolvida por nós nos últimos cinco anos, adaptada aos propósitos da terapia.

As informações recolhidas nas observações iniciais, juntamente com o conhecimento que tivemos sobre sua história prévia, determinaram os rumos da investigação. O autismo é classificado como uma desordem aguda no desenvolvimento, diferente de desordens específicas e de deficiência mental. Entretanto, na opinião de Peeters(1998), uma criança com autismo pode ser ao mesmo tempo deficiente mental.

Construir a história prévia de *Rohe*, passou a ser algo a mais que uma ou outra entrevista com sua mãe, uma vez que são inúmeras as vezes que sentamos e participamos juntos das narrativas que versam sobre o participante da investigação. Cabe aqui ressaltar que a condição prévia que estabelecemos com a mãe, quando começamos atender⁵ *Rohe* através de sessões de Prática Psicomotriz, foi que a mesma se comprometeria em fazer registros sobre as mudanças comportamentais que observasse no menino no dia-a-dia a partir da nossa intervenção pedagógica. Entendendo que com os relatos trazidos por seus familiares, poderíamos conhecer um pouco mais do menino e das possíveis variações de comportamentos que uma intervenção pedagógica pode provocar, partindo da premissa que nossa observação sempre fica reduzida pelo pouco tempo que passamos juntos.

Um pouco da história prévia de *Rohe*

Rohe tem atualmente nove (9) anos e é o segundo filho de um casal de classe média,

É muito difícil aceitar que um filho depositário de tantas expectativas tenha uma síndrome com origem desconhecida.

que planejava ter dois filhos. A gestação foi normal até a 34ª semana, sendo seu parto antecipado por problemas de hipertensão da mãe. Nasceu de cesariana, em 1989 e seu primeiro ano de vida foi normal comparado a seu irmão. O único fato relevante que chamava a atenção da família, referia-se ao aleitamento materno. Rohe mamava no peito e logo deixava golfadas de leite em forma de arco. A mãe do menino costuma complementar este relato, acrescentando que mais tarde ouviu de outras mães de crianças autistas o mesmo depoimento. No dizer de Foster (Jerusalinsky e colaboradores, 1989), a pobreza ou ausência do reflexo de antecipação, aproximação oral ao peito materno e o rechaço ao contato do seu produto, aparecem como uma conduta suspeita.

O autismo não possui etiologia, mas sabe-se que o tratamento deve vir de uma interdisciplinariedade.

Rohe continuava a progredir em seu crescimento, e tudo acontecia de maneira tranquila e planejada. O sono adequava-se gradativamente às rotinas do dia e da noite. Não chorava em exagero. Engatinhou e caminhou no tempo esperado, andando nas pontas dos pés no começo e normalizando mais tarde. Do mesmo modo que seu irmão, aos três meses entrou para a creche, onde um carrinho de bebê caiu em sua cabeça provocando-lhe um desmaio. Levado ao pronto socorro por sua mãe, ficou em observação sem demonstrar nenhuma alteração significativa. Este fato aparece ressonante nas lembranças de seus pais, que como tantos outros progenitores de crianças portadoras de alguma deficiência, procuram as causas e só encontram dúvidas e sentimentos de culpa.

Após este fato, tudo parecia voltar ao normal. Ele continuava frequentando a escola e o tempo ia passando muito rápido. No documentário de sua festa de um ano, podemos assistir a filmagem e confirmar os relatos. Rohe apresentava um comportamento não diferenciado de outras crianças de sua idade, atento à estímulos visuais e auditivos do ambiente. Olhava os enfeites coloridos da sala e quando chamado pelo seu nome, logo respondia de alguma maneira.

Aos dezoito meses, Rohe começou a ficar agitado em casa e na escola. Mesmo já estando em idade de falar, não se expressava oralmente, somente gritava. Em 1991 foi encaminhado a um neuropediatra iniciando uma lon-

ga trajetória por vários especialistas. Foi diagnosticado como hiperativo recebendo medicação apropriada. Não tendo resultado esperado, a família resolveu mudar de profissional. Em 1992 foi avaliado por outro especialista que o diagnosticou como psicótico. Somente em 1993 veio a confirmação, da já então suspeita dos pais: "*nosso filho é um autista*". Junto à sentença, o sepultamento de tantos sonhos e esperanças que surgem com o nascimento de um filho. Inicia aí no âmbito familiar, um processo de culpa e a procura dos motivos que pudessem ter ocasionado a doença. No início foi tudo muito difícil como se o casal estivesse a olhar os estragos ocasionados por um furacão. Aos poucos, com ajuda dos parentes, apoio dos profissionais e maior conhecimento da síndrome, os pais foram assimilando o fato e procurando aceitá-lo. O irmão passou também por um acompanhamento na área emocional recebendo uma terapia de ajuda.

O tratamento farmacológico era inevitável, segundo a neuropediatra que o acompanhava. Uma combinação de trileptal e neuleptil foi prescrita para acalmar as crises que Rohe apresentava com muita frequência. Em 1995 começou a frequentar uma escola especial para autistas. Semanalmente faz acompanhamento com uma fonoaudióloga. No início do ano de 1998, passou a fazer parte do atendimento terapêutico psicomotriz de enfoque relacional no Laboratório de Psicomotricidade da Escola de Educação Física da UFRGS.

Rohe é um autista. O que vem a ser?

Primeiramente, andaremos por caminhos que nos levam a um estudo sobre o histórico, diagnóstico, tratamento, definições atuais sobre este distúrbio que é considerado como um dos grandes fracassos da psicopatologia em termos de apresentar algumas saídas para o problema.

A síndrome do *Autismo Infantil* foi descrita pela primeira vez pelo pediatra norte-americano de origem alemã Léo Kanner, em 1943. Descreveu esta deficiência como sendo "*um distúrbio autista inato do contato afetivo*". Destacava como aspecto relevante a anormalidade do desenvolvimento social ma-

nifestando-se no início da infância. Inadequadamente o autismo ficou inserido no grupo das psicoses infantis.

Brauner diz que Asperger em 1944, descrevia outras crianças com as mesmas características, coincidentemente, como autismo. Este autor, atribuiu a gênese da síndrome como sendo de ordem orgânica, não um cunho emocional. Se pode inferir que a coincidência atribuída ao uso desta nomenclatura, se deve aos estudos de Bleuler, autor da teoria do *pensamento autista*, conforme narra Vygotski (1993, p.40). Este designava de autista, os adultos, enfermos mentais que perdiam o contato com a realidade.

O próprio Bleuler reconheceu mais tarde que a expressão "*pensamento autista*" causou muitas controvérsias e equívocos de interpretação, propondo posteriormente o termo *pensamento irreal* em contraposição ao pensamento realista, isto é, racional. Para uma melhor compreensão do pensamento autista, recomendamos a leitura da análise crítica feita por Vygotski sobre o problema da linguagem e do pensamento da criança segundo a teoria de Piaget⁶

Muitas explicações erradas foram descartadas desde a descoberta desta síndrome. Os estudos realizados por pediatras, psicanalistas, psicólogos entre outros profissionais, não ajudaram a descobrir a etiologia deste transtorno. Por outro lado, estes mesmos estudos, foram decisivos para desmistificar algumas definições equivocadas sobre a origem da síndrome e como era classificada. Persistem, ainda, nos dias de hoje muitas polêmicas sobre a etiologia do autismo. Não há um consenso sobre: a causa orgânica como um fator; os pais sendo causadores da problemática da criança; se é um tipo de esquizofrenia e se está inserida no grupo das psicoses infantis.

O autismo é classificado como uma desordem aguda no desenvolvimento, diferente de desordens específicas e de deficiência mental. Uma criança com autismo pode ser ao mesmo tempo deficiente mental. Peeters (1998), fala que autismo não é nem doença mental nem psicose. Durante muitos anos houve controvérsias em tipificá-lo como transtor-

no separado ou apenas um caso de esquizofrenia na infância. Atualmente há tendência de consenso que em geral o autismo infantil e a esquizofrenia são transtornos separados.

Holmes (1997), pensa que

"a criança com autismo raramente têm uma história familiar de esquizofrenia, mas pessoas com esquizofrenia freqüentemente têm história familiar de esquizofrenia; A criança com autismo seguidamente apresenta uma falta de desenvolvimento intelectual, mas este não é o caso com crianças que sofrem de esquizofrenia; A criança com autismo tem fala limitada, enquanto crianças com esquizofrenia têm habilidade de fala normal, mas comunicam idéias bizarras; o autismo fica aparente quase no nascimento enquanto a esquizofrenia desenvolve-se posteriormente; as crianças com autismo não apresentam respostas positivas às drogas neurolepticas enquanto a maioria das pessoas esquizofrênicas apresentam"(p.338).

Esta análise comparativa entre a esquizofrenia e o autismo, caracteriza de certa forma as peculiaridades de uma e outra, permitindo-nos a reflexionar sobre os diagnósticos e tratamentos prescritos a Rohe. Na caminhada de sua família em busca de um diagnóstico preciso para saber mais sobre suas dificuldades, depararam-se com muitos "*enganos*" que acarretaram tratamentos inadequados, como a medicação prescrita para uma hiperatividade, que em nada ajuda uma criança autista.

Os depoimentos dos pais de Rohe, e de outros pais de crianças autistas que estão engajados na pesquisa, são relatos que permitem inferir a descrença que as pessoas vão tendo com relação aos prognósticos que são feitos em relação aos comportamentos de seus filhos, além do cansaço decorrido do longo do tempo que passam nas salas de esperas por atendimentos, além dos custos elevados do tratamento especializado, embora estejam sempre disponíveis para procurar algo inovador que possa ajudar seus filhos.

A constante busca de "*outro*" diagnóstico médico, traz uma remota esperança de um procedimento mais eficiente. É muito difícil aceitar que um filho depositário de tantas expectativas tenha uma síndrome com origem desconhecida, de difícil diagnóstico e, em con-

seqüência, muitas incertezas quanto a eficiência do tratamento. Face as tipificações atribuídas a criança autista, poder-se-ia perguntar:

Mas, afinal, o que é autismo?

Gauderer(1992), responde dizendo:

“o autismo é uma doença grave, crônica, que compromete o desenvolvimento normal de uma criança e se manifesta tipicamente antes do terceiro ano de vida. Caracteriza-se por lesar ou diminuir o ritmo do desenvolvimento psiconeurológico, social e lingüístico. Estas crianças, apresentam também reações anormais a sensações diversas como ouvir, ver, tocar, sentir, equilibrar e degustar. A linguagem está afastada ou não se manifesta. Relacionam-se com os objetos, pessoas e eventos de maneira não usual, levando a crer que haja um comprometimento orgânico do sistema nervoso central em níveis os mais diversos” (p. 302).

Ornitz(1992), quando trata do tema tem a seguinte opinião:

“o autismo não apresenta sinais neurológicos demonstráveis, nem uma neuropatologia consistente, nem mudanças bioquímicas ou metabólicas e nem marcadores genéticos. O distúrbio instala-se nos primeiros trinta meses após o nascimento e a expectativa de vida está dentro da faixa normal, entretanto, exigindo cuidados” (p. 105).

Estes autores explicam que a síndrome comportamental é única e consiste de distúrbios específicos de:

- ⇒ relacionamento interpessoal incluindo distância emocional, ausência de contato olho-a-olho e indiferença afetiva;
- ⇒ ausência de intencionalidade na comunicação verbal e não verbal, formas desviantes de linguagem, tais como reversão pronominal e ecolalia;
- ⇒ reação a objetos incluindo uma maneira estereotipada de enfileirar e arrumar brinquedos e ausência de criatividade ao brincar;
- ⇒ modulação sensorial inadequada que se manifesta tanto como hipo como hiper-reatividade a estímulos;

⇒ motilidade incluindo movimentos oscilatórios e rotativos das mãos, e

⇒ presença, em alguns casos, do objeto-fetice.

Um aspecto conclusivo é de que a síndrome tende a aparecer completa até os cinco anos de idade. O quadro clínico pode mudar no período posterior da infância e na adolescência.

O diagnóstico desta doença no relato de Gauderer(1992), deve estar baseado em critérios utilizados pela Organização Mundial de Saúde que desenvolveu o seu código Internacional de doenças(C.I.D-10) e a Associação Americana de Psiquiatria que desenvolveu seu Manual Diagnóstico e Estatístico(D.S.M.III-R). Através destas organizações e, dos grupos de normas por eles estudadas e desenvolvidas, pode-se hoje errar menos e detectar em menos tempo se uma criança é ou não portadora de autismo. Casos como o de Rohe, que levou por volta de três anos para que acertassem o seu diagnóstico, poderiam evitar atendimentos e medicações inadequadas além de outros transtornos. Somente em março de 1995, saiu a avaliação do menino situando-o em um quadro de autismo leve a moderado. Sendo assim considerado um autista, foi indicado um atendimento clínico de orientação psicopedagógica. Nestes termos, foram emitidos dois laudos médicos nas áreas neurológica e psiquiátrica. Rohe passou a fazer parte de um grupo terapêutico diário das 8:30 às 12:30, sendo atendido por uma equipe que envolvia: terapeutas ocupacionais; musicoterapeutas; psicopedagogas e psicóloga. Atualmente, o acompanhamento não é feito por todos estes profissionais. A família preocupada com um excesso de atividades que levavam a uma vida muito sedentária aliada ao aumento de peso de Rohe, fez com que encontrassem nossa proposta de trabalho terapêutico que utiliza a via corporal como estratégia de intervenção e de ação pedagógica.

Na Sala de Psicomotricidade: crescendo e aprendendo com Rohe

Em março de 1998 iniciamos as sessões

de terapia psicomotriz no Laboratório de Psicomotricidade na ESEF-UFRGS. Em encontros semanais, desenvolvemos um trabalho que segue uma rotina e que apresenta vários rituais, onde o terapeuta "brinca" com Rohe, empresta-lhe seu corpo, sua voz, sua gestualidade, sua tonicidade, seus afetos. Ao mesmo tempo, procura tomar emprestado estas mesmas instâncias de Rohe na ânsia de conseguir realizar, nesta troca, um estudo mais eficiente das vantagens desta terapia corporal para o menino.

Esta pesquisa, que é de cunho qualitativo que se serve do método descritivo tendo como instrumento básico a observação seletiva, tem mostrado ser uma boa estratégia para estudar estes casos, uma vez que permite aos investigadores perceberem a receptividade do participante e as variações tônicas e gestuais na relação que estabelecemos pela via corporal.

Cada sessão tem duração de uma hora, uma vez por semana, sendo que um dos pesquisadores interage com Rohe, enquanto outro registra o que ocorre, isto é, como responde as provocações; como se relaciona com os objetos; que evoluções apresenta em termos comportamentais; como vai construindo seu vocabulário psicomotor: limitações e facilidades e, como responde as pautas que vamos propondo. Esta estratégia de rotina não é rígida, uma vez que há momentos em que os dois pesquisadores interagem com Rohe, seja para atender sua demanda, seja para ampliar suas experiências corporais. Nesta situação, a intuição do pesquisador faz parte das estratégias pedagógicas.

Os registros e a reflexão sobre as observações num outro momento são sempre revisitos, procurando se ter como referência as bases teóricas que vamos selecionando pertinente ao tema em questão. Entre as estratégias pedagógicas que foram traçadas pelos pesquisadores, está previsto o acompanhamento com a família de Rohe, fundamentalmente com a mãe. Com ela conversamos de forma sistemática, uma vez que uma das combinações iniciais é de que ela deveria observá-lo no cotidiano procurando perceber possíveis mudanças comportamentais e, informar os pesquisadores.

Um mês após o início da terapia, tive-

mos uma conversa com a mãe e a avó do Rohe. Informações iniciais vão no sentido de que elas notaram que ele estava mostrando alguns sinais de autonomia e uma disponibilidade para ajudar, como por exemplo, alcançar um açucareiro para vovó, comportamento que segundo os familiares do menino até então não eram evidenciados por ele.

Aqui cabe um registro com relação a esta atitude de ajuda. Ocorre que na rotina da sessão que desenvolvemos com Rohe, há um momento, antes do término da sessão, em que solicitamos sua ajuda para guardar o material que foi utilizado. Este comportamento de colaboração com os psicomotricistas ele vem evidenciando desde as primeiras sessões.

Em outro momento, nos informam que Rohe começa a repetir em casa algumas atividades que realiza na sessão de terapia psicomotriz. Estas situações novas, permitem que possamos direcionar e estruturar a metodologia de maneira mais eficaz.

A dinâmica das sessões de prática psicomotriz que viemos levando a cabo encontra-se publicado no livro "Aprendizagem e Desenvolvimento Infantil: psicomotricidade - alternativa pedagógica"⁷. Entretanto, como o trabalho com Rohe situa-se no âmbito da terapia psicomotriz, em continuação tecemos alguns comentários sobre a prática pedagógica proposta através da intervenção pela via corporal.

A sessão se desenvolve através de uma metodologia não diretiva, isto é, a sala de psicomotricidade é organizada de formas que as crianças tenham liberdade de interagir com os objetos deixados a sua disposição, explorando-se de certa forma a expressividade no sentido "lato" do termo. Os psicomotricistas estão o tempo todo disponíveis, seja para ajudar a criança realizar seus intentos, seja para sugerir algumas pautas como provocação, levando-as a vivenciar situações múltiplas e variadas. Com crianças com este perfil é fundamental a implicação corporal do terapeuta, por um lado para evitar que elas fiquem grande parte do tempo sem realizar alguma atividade, por outro, para estabelecer e solidificar os vínculos. Numa interação corporal, podemos

dimensionar melhor como se encontra o outro, seu tônus, seus prazeres e desprazeres, enfim, é uma relação de comunicação infra-verbal entre o terapeuta e a criança.

Como a intervenção se dá pela via corporal um dos propósitos do trabalho é fazer com que Rohe amplie seu vocabulário psicomotor, sem a preocupação de fazer reproduzir estereótipos ou analisá-los tomando como referência exercícios-teste rotulados como padrões de normalidade. Isto não nos diz nada, porque partimos da premissa que o vocabulário psicomotriz de cada pessoa é resultado das suas experimentações corporais que ela vivencia, tendo como determinante o condicionante sócio-cultural. Dito de outra forma. Pensamos que o vocabulário psicomotriz de cada pessoa é variável, ou seja, somos capazes de ampliá-lo a cada nova habilidade que vamos adquirindo. Para isto, não há necessidade de treinar as pessoas para reproduzir gestos estereotipados, basta que se permita a exteriorização, sem pré-julgamento do mérito da expressividade motriz.

Outro aspecto que faz parte da intervenção pedagógica se refere a comunicação que se estabelece entre o terapeuta e Rohe, e deste com os objetos. Incentiva-se a representação gráfica de seu corpo em determinados momentos, em outros, as construções com o material disponível na sala. Trabalhamos com a intenção de provocar a representação simbólica, isto é a representação de papéis. Até o momento, fica evidente que Rohe apresenta ainda uma pobre representação simbólica, embora mostre-se corporalmente muito disponível às propostas do adulto.

Embora alguns especialistas sustentem que os autistas têm o inconsciente bloqueado, percebemos em determinado momento que Rohe pega um aviãozinho de plástico, sai pela sala com ele na mão e começa a fazer gestos de deslocamentos com o mesmo associado a toda uma mímica que perfila a trajetória que fazia. Logo, pronuncia: "pai". Os pesquisadores em conversa com a mãe de Rohe colhem a informação que certa ocasião ele foi ao aeroporto com a família, dia em que seu pai ia viajar. Entre o que se observou do jogo de Rohe, associado ao depoimento da mãe que retrata a história prévia da criança, não resta dúvida neste caso, que estávamos frente a um jogo

simbólico, embora estas representações sejam raras no seu comportamento até o momento.

Na rotina da sessão também procura-se dar ênfase a incorporação de determinados comportamentos que permitam fazer com que Rohe amplie sua independência, seja adquirindo autonomia para vestir-se sozinho, seja para ajudar o adulto a arrumar a sala quando a sessão está por concluir.

Quando iniciamos o trabalho com Rohe, este não era capaz de tirar e colocar suas meias sozinho, nem mesmo seus tênis. Atualmente, realiza estas tarefas com pouquíssima ajuda do adulto, além de compreender e atender as solicitações do adulto quanto a estes aspectos e daqueles pertinentes a organização da sala quando a sessão termina.

O conceito de autismo, enquanto distúrbio abrangente de desenvolvimento, na opinião de Assumpção Júnior(1995),

"é um conceito amplo que, embora nas novas classificações tenha se privilegiado a uniformização diagnóstica, engloba um grande número nas categorias de Psicose Infantil e de Oligofrenias" (p.15).

Este autor sustenta que seu diagnóstico puro e simples, além da inespecificidade que envolve, não proporciona condições de estabelecimento de prognóstico e terapêutica adequados, devendo, portanto, ser explorado em toso os seus eixos diagnósticos.

Finalmente, o *autismo* não possui etiologia, mas sabe-se que o tratamento deve vir de uma interdisciplinariedade que vise oferecer uma vida de maior qualidade, garantindo a estas crianças e a suas famílias, o direito de encontrarem a felicidade aceitando as limitações impostas pela deficiência e acreditando que sempre algo por ser conquistado pela criança no seu processo evolutivo.

O próximo passo de intervenção pedagógica

Como a nossa intenção é ir construindo passo-a-passo estratégias de ação pedagógica que permitam verificar os limites e as possibi-

lidades das crianças portadoras desta síndrome, passaremos introduzir em algumas sessões os pais destas crianças para observarmos como se relacionam com seus filhos numa atividade em que a relação se estabelece pela via corporal. Esta estratégia poderá elucidar os limites que o contexto social mais próximo da criança pode servir de compreensão às diferenças que encontramos ao lidar com crianças autistas.

Como estratégia durante o ano de 1999, pensamos trabalhar com Rohe em duas situações diferenciadas. Por um lado, observar seu comportamento nas sessões de terapia psicomotriz, onde ele interage com os psicomotricistas e com outras crianças que apresentam o mesmo diagnóstico e, que também são por nós estudadas. Por outro lado, observá-lo em um grupo de *Psicomotricidade Relacional* formado por crianças normais, com a finalidade de verificar o comportamento socializado, ou seja, ele em relação aos outros, e os demais em relação a ele.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brauner, A. YF. *Vivir con un niño autístico*. Buenos: Paidós, 1981.
- Gauderer, E. C.(org.) *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais. Retardo mental, deficiência mental, atraso do desenvolvimento, S. Rett, S. S X Frágil*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, 1992, 348p.
- Holmes, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- Jerusalinsky, A. e colaboradores. *Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- Negrine, Airton. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil 1: simbolismo e jogo*. Porto Alegre: Prodil, 1994.
- _____. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil a partir da perspectiva lúdica*. Revista *Perfil*. Porto Alegre: Curso de Mestrado em Ciências do Movimento Humano, ESEF/UFRGS, Ano I, nº1, 1997, p.04- 12.
- _____. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil 2: perspectivas psicopedagógicas*. Porto Alegre: Prodil, 1994.
- _____. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil 3 - psicomotricidade alternativas pedagógicas*. Porto Alegre: Edita, 2ª Edição, 1995.
- Ornitz, E. M. *Autismo*. In: Gauderer, E. C.(org.) *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento: uma atualização para os* que atuam na área: do especialista aos pais. Retardo mental, deficiência mental, atraso do desenvolvimento, S. Rett, S. S X Frágil. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, 1992, p.105-116.
- Peeters, Theo. *Autismo: entendimento teórico intervenção educacional*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1998.
- Schwartzman, J. S., Assumpção Júnior, F. B. e colaboradores. *Autismo infantil*. São Paulo: Memnon, 1995.
- Vygotski, L.S. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica, 1982.
- _____. *Obras escogidas II: incluye problemas del desarrollo de la psique*. Madrid: Visor, 1995.
- _____. *Obras escogidas V: problemas de la defectologia*. Madrid: Visor, 1995.

NOTAS

¹O projeto de Formação de Psicomotricistas Relacionais se desenvolve sob a coordenação do Prof. Dr. Airton Negrine desde 1994.

²O termo *relação entre iguais* refere-se a relação criança-criança, independente dos níveis de desenvolvimento em que se encontram.

³Com relação aos níveis de desenvolvimento *real e potencial* do ser humano, recomendamos a leitura das *Obras Escogidas*, que documentam o pensamento de Vygotski, publicadas em Madrid pela Editora Visor.

⁴Pseudônimo que adotamos para não identificar a criança com a qual estamos levando a cabo este estudo preliminar.

⁵O atendimento de Rohe através Terapia Psicomotriz de enfoque relacional começou ocorrer em março de 1998, momento em que os autores deste artigo passaram atuar juntos, dedicando-se a estudar o caso.

⁶Vygotski, L.S. El problema del lenguaje y el pensamiento del niño en la teoría de Piaget. In: *Obras Escogidas – tomo II*. Madrid: Visor, 1993, p.29-80.

⁷Negrine, Airton. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil: psicomotricidade - alternativa pedagógica*. Porto Alegre: Edita, 2ª edição, 1995.

UNITERMOS

Autismo, Terapia Psicomotora, Intervenção Pedagógica.

**Airton Negrine é professor e orientador no Programa de Mestrado em Ciências do Movimento Humano da ESEF/UFRGS.*

***Mara Salazar Machado é mestrande do Programa de Mestrado em Ciências do Movimento Humano da ESEF/UFRGS, psicopedagoga e psicomotricista.*