

Transtorno Emocional Infantil

Doc: O começo da vida.

ALQUIRIA FERREIRA M.
Terapia Ocupacional
CRÉDITO 1/ 2001 1.0

Maria Inês Britto Brunello

INTRODUÇÃO

A história de uma criança:

M., filha única, nasceu de parto normal, e na época nada foi observado de diferente. Por volta de 6 meses, a mãe notou algo estranho no olhar de M. É, então, diagnosticada portadora da síndrome do cromossomo 13 em anel, que acarreta sérios problemas no desenvolvimento motor, cognitivo e afetivo.

Inicia uma série de tratamentos, e recebe mais tarde o diagnóstico de autismo pela psiquiatria.

Começa a andar aos 2 anos e meio e, segundo a mãe, chega a verbalizar aos 4 anos algumas palavras, o que não mais acontece.

M. sempre foi dependente nas atividades da vida diária, apesar de a mãe relatar que pôde, em certa época, comer sozinha, vindo a perder essa habilidade depois de alguns anos.

Frequêntou uma escola para crianças normais por 6 meses, quando tinha 2 anos, mas foi desligada devido ao seu comportamento. M. era hiperativa até os 6 anos e não se vinculava a nada. Aos 4 anos, é matriculada em escola para crianças com deficiência com a proposta de participar apenas do recreio e do pátio. A mãe lembra que a filha foi feliz nessa escola, até a saída de uma professora de quem a menina gostava muito. Acrescentando-se a esse motivo, M. é encontrada pela mãe amarrada em uma cadeira para que permanecesse sentada durante o tempo que ficava na escola, de onde é, então, retirada.

Passa, então, a ficar em casa, continuando alguns tratamentos.

Mas M. nessa época, já com 6 anos, começa a agir de forma diferente: torna-se apática e indiferente a tudo.

Quando M. tinha 9 anos e foi trazida à terapia ocupacional pela mãe, tinha as seguintes queixas e pedidos: é apática, muito parada, anda com dificuldade de equilíbrio, é dependente em todas as atividades, não fala, não sabe brincar e não se interessa por objeto nenhum, apenas leva tudo à boca. Fica o maior tempo do dia em frente à televisão. A família não tem o costume de sair muito com ela.

O que se observava, então, nessa criança é que ela fazia parte de uma rotina bastante empobrecida, em que a possibilidade de inserção em escola já era quase que descartada pela família por causa das experiências anteriores. Sua vida girava em torno de terapias isoladas, as quais muitas vezes perdiam o sentido de unidade.

Conhecer a história dessa criança implica a escuta de todo o contexto de sua vida, considerando sua história pessoal, sua família, a comunidade à qual pertence, valorizando seus desejos, sua cultura, sua forma de ser, suas potencialidades e necessidades, a fim de que sejam propostas intervenções que, como se refere Dias,¹ lembrando das palavras de Winnicott, estejam:

“... interessadas em pessoas e não em coisas dotadas de propriedade e que carreguem em si determinações intrínsecas; a questão é o sofrimento ou o aprisionamento das pessoas pela sua incapacidade de viver, e não as entidades, mecanismos ou forças que operam dentro delas, e que podem ser estudadas ao modo dos entes naturais e quantificáveis”²¹ (p. 77).

CONTEXTUALIZANDO HISTORICAMENTE
A ATENÇÃO À CRIANÇA COM
DISTÚRBIOS AFETIVOS

Durante todo o século XIX até as primeiras décadas do século XX, não eram encontrados critérios diagnósticos específicos para as crianças que apresentassem graves comprometimentos emocionais. Em consequência, acabavam sendo consideradas igualmente adultos esquizofrênicos ou deficientes mentais.

Segundo relato de Campos² e Ajuriaguerra,³ as descrições das psicoses específicas da infância datam do início do século XX, destacando termos como demência precocíssima, descrita por Sante Sanatis em 1905, demência infantil ou psicose desintegrativa, elaborada por Heller em 1908, ou esquizofrenia infantil, introduzida por Potter em 1933. Em 1937 buscaram-se compreender, a partir de uma visão do conjunto do quadro clínico evolutivo, os problemas infantis descritos como esquizofrenia infantil. Conseguem-se caracterizá-los como: problemas ligados ao relacionamento, ruptura de relações ou relacionamento do tipo bizarro, perda total ou parcial da necessidade de qualquer tipo de interação, isolamento, embotamento e desestruturação da afetividade, regressão, apatia para realizar atividades ou excitação impulsiva.

Cavalcanti, A.; Falvai, C. "Terapia Ocupacional: Fundamentos e Prática". RJ: Guanabara-Koogan, 2007

69. Magalhães LC. Assessing motor and process skills during naturalistic classroom observation: Pilot Study. Dissertation (Doctoral) – University of Illinois at Chicago, 1995. Unpublished.
70. Faria MGA. Adaptação da avaliação de habilidades motoras e de processo – versão escolar – para crianças de 4 a 8 anos de idade. Dissertação (Mestrado), UFMG, 2004.
71. Takata N. The Play History. *AJOT* v.23, 1969. p.314-318.
72. Behnke CJ & Fetkovich MM. Examining the reliability and validity of the Play History. *AJOT* 38(2), 1984. p. 94-100.
73. Knox S. A Play Scale. In: Reilly M (ed.). *Play as exploratory learning*. Beverly Hills, CA: Sage Publications, 1984. p. 247-266.
74. Bledsoe NP & Shephard JT. A study of reliability and validity of a preschool play scale. *AJOT* v.36, 1982. p.783-788.
75. Piper MC, Darrah J. *Motor assessment of the developing infant*. Philadelphia: W. B. Saunders Co, 1994.
76. Bayley N. *Bayley Scales of Development*. 2nd edition. San Antonio TX: The Psychological Corporation, 1993.
77. Butler C & Darrah J. AACPCM evidence report: effects of neurodevelopmental treatment (NDT) for cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, v.43, 2001. p.778-790.
78. Shonkoff JP, Hauser-Cram P. Early intervention for disabled infants and their families: a quantitative analysis. *Pediatrics*, v.80, 1987. p.650-658.
79. King S, Teplicky R, King G, Rosenbaum P. Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: a review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology* v. 11, n.1, 2004. p.78-86.
80. Chiarello LM, Palisano RJ. Investigation of the effects of a model of physical therapy on mother-child interactions and the motor behaviors of children with motor delay. *Physical Therapy* v. 78, n. 2, 1998.
81. King G, Rosenbaum P, King S. Evaluating family-centered service using a measure of parent's perceptions. *Child Care Health Dev* v. 23, 1997. p. 47-62.
82. Bailey DB, Buysse V, Edmondson R et al. Creating family-centered services in early intervention; perceptions of professionals in four states. *Except Child* v. 58, 1992. p. 298-309.
83. Darrah J, Law M, Pollock N. Family-Centred Functional Therapy – a choice for children with motor dysfunction. *Inf Young Children* v. 13(4), 2001. p. 79-87.
84. Lammi BM, Law M. The effects of Family-Centred Functional Therapy on the occupational performance of children with cerebral palsy. *Canadian Journal of Occupational Therapy* v.70, n.5, 2003.
85. Larson E. The occupation of play: parent-child interaction in the service of social competence. *Occupational Therapy in Health Care* v. 9(2/3), 1995.
86. Silva AIT, Silva DBR, Agnelli LB, Higuchi MA, Oliveira MC, Silva PC, Mancini MC, Varela RCB. Perfil funcional de crianças com paralisia cerebral na escola regular segundo tipo de escola e comprometimento motor. *Temas de Desenvolvimento* v.13, n.74, 2004. p.5-13.

Mudanças no DSM 5 (2013)

Em 1943, a história dos distúrbios afetivos infantis ganha uma marca, segundo Araújo,⁴ com a descrição de Kanner dos distúrbios autísticos de contato afetivo, denominados autismo infantil precoce. O quadro é definido por um comprometimento importante de sociabilidade, alterações da linguagem, dificuldade para simbolizar, abstrair e compreender significados, respostas incomuns ao ambiente e movimentos estereotipados. Asperger, em 1944, também vai buscar definir a psicopatia autística como um quadro caracterizado por déficit na sociabilidade, por restrições dos interesses, por comprometimento da linguagem e da comunicação.

Em 1970, é lançada a primeira edição do *Manual de Psiquiatria Infantil*, escrito por Ajuriaguerra,⁵ em que as psicoses das crianças podiam ser descritas como um problema de personalidade, relacionado a um transtorno ocorrido na organização do ego e intimamente ligado à relação da criança com o meio ambiente com:

“... características específicas como: comportamento inadequado face à realidade; retiradas do tipo autístico ou fragmentação do campo real; uso restrito de objetos; investimentos insuficientes ou parcialmente exagerados, demasiadamente focalizados ou dispersos, no campo cognitivo, afetivo e da atividade, ocasionando ou comportamentos muito rígidos ou inconsistentes; vida imaginária pobre ou do tipo mágico-alucinatório; atitude ou muito abstrata ou extremamente concreta, limitando a mobilidade do campo mental e do campo de ação; e relação inadequada com os outros”⁵ (p. 671).

Porém, em 1972, Rutter questiona essas características como sendo específicas da criança psicótica, a partir de uma comparação entre crianças psicóticas e um grupo controle, afirmando que somente os itens relações interpessoais anormais e atraso na linguagem eram comuns a todas as crianças psicóticas.

Rutter chega à conclusão de que a distinção maior entre as psicoses infantis seria aquela que se faz entre a síndrome de Kanner, que começa durante os primeiros anos de vida, e os distúrbios que aparecem mais tarde, ainda na infância, similares à esquizofrenia do adulto.⁵

A partir desse breve histórico, o que se pode perceber é que durante todo o século passado procurou-se, como diz Kupfer,⁶ caracterizar, classificar, propor etiologias e tratamentos para as crianças denominadas dementes, idiotas, deficientes, anormais ou desajustadas.

“Desse trabalho de organizar teoricamente esses diferentes quadros, surgem inúmeros manuais diagnósticos que chegaram a nosso tempo, sem que houvesse obtido qualquer consenso a respeito do que acomete as crianças ‘especiais’”⁶ (p. 90).

A ciência médica busca, então, como forma de afirmar sua competência, separar em grupos específicos de acordo com os quadros que apresentavam cada criança: deficientes mentais, disléxicos, surdos, mudos, e os vários problemas emocionais, como psicose, autismo, hiperatividade e outros distúrbios de comportamento emocional, de tal forma amplos e difusos, tornando o diagnóstico algo complexo de ser definido.⁶ Essas crianças passam, então, a ser capturadas pelo saber médico e pela educação, sendo excluídas do convívio social nas instituições e escolas especiais a essa população.

Atualmente, são encontrados alguns sistemas de classificação das doenças que buscam descrever os quadros clínicos no campo

da Saúde Mental: o Código Internacional de Doenças 10 (CID-10) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Doenças Mentais (DSM-IV).⁷ Na área da infância, até a década de 70, os distúrbios afetivos eram classificados dentro do conceito de esquizofrenia infantil, que descrevia as psicoses e autismos. Foi a partir de 1980 que surgiu uma nova nomenclatura para englobar todos esses transtornos: os chamados distúrbios globais de desenvolvimento (DGD) ou transtornos globais de desenvolvimento (TGD), assinalando que os pacientes que apresentassem esse diagnóstico demonstrariam comprometimento do desenvolvimento em múltiplas áreas vitais, como inabilidades de interação social e da comunicação e presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados (Quadro 33.1).

Apesar de essas classificações servirem de base para algumas condutas terapêuticas, não se podem desconsiderar os efeitos, muitas vezes negativos, que as palavras proferidas nesses diagnósticos podem portar. Como afirma Kupfer,⁶ um diagnóstico pode tanto mobilizar, buscando prevenir e estimular o desenvolvimento saudável, como também cristalizar ou imobilizar diante das profecias por ele determinadas.

“O conhecimento de um diagnóstico não garante de modo algum o destino e o modo de vida do indivíduo, pois cada diagnóstico está enlaçado em uma rede de significados socialmente definidos, que podem aprisioná-lo dentro de determinados estereótipos e representações que contribuem para o processo de exclusão, marginalização e imobilismo perante a vida”⁶ (p. 105).

Portanto, o que é necessário buscar na prática clínica da terapia ocupacional é conhecer de que maneira essas crianças se colocam no mundo, suas histórias, que sofrimentos apresentam, que recursos têm para que possam agir, criar, interagir, comunicar e o que as impede de satisfazer suas necessidades e desejos e participar de atividades do dia-a-dia.

Dentro dessa perspectiva encontra-se, hoje, uma nova forma de organizar e descrever os estados vinculados à saúde, desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001: a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).⁸

Esse novo documento mantém o objetivo de estabelecer uma linguagem unificada sobre os conceitos que descrevem a saúde e os estados relacionados a ela, propondo um deslocamento da

QUADRO 33.1 Classificação do distúrbio global de desenvolvimento

CID-10	Autismo infantil Autismo atípico Síndrome de Rett Outros transtornos desintegrativos Transtorno de hiperatividade com deficiência mental e movimentos estereotipados Síndrome de Asperger Outros DGDs ou não-especificados
DSM-IV	Transtorno autístico DGD sem especificação Transtorno de Rett Transtorno desintegrativo Transtorno de Asperger DGDs sem especificação

ênfase na classificação das conseqüências das enfermidades para a dos componentes da saúde. Propõe uma descrição de situações relacionadas às funções do ser humano, englobando os aspectos da saúde humana e alguns elementos relevantes para uma boa qualidade de vida.

Para tanto, considera importantes componentes como as características individuais, os fatores ambientais, o envolvimento em situações de vida diária, as possibilidades de execução de uma tarefa ou ação, avaliando o desempenho, que consiste nas experiências vividas, o envolvimento e a participação nas atividades cotidianas e a capacidade ou habilidade de cada pessoa.

A CIF analisa, também, as dificuldades encontradas pelo indivíduo para executar as tarefas e as restrições de participação, indicando os possíveis problemas com os quais pode se deparar ao se envolver em situações de vida.

Assim, o que é notado é uma busca de compreender o indivíduo a partir de um novo olhar analisado na sua totalidade, construído no cotidiano, considerando e valorizando suas potencialidades e experiências já vividas, preocupando-se em como superar as limitações e restrições que a deficiência ou distúrbio pode acarretar, buscando incluir, efetivamente, essas pessoas marcadas por histórias de exclusão em seus grupos sociais.

A partir desse olhar, observa-se uma mudança significativa do papel do terapeuta ocupacional, que passa a ser responsável pela criação de novas práticas que implicam uma multiplicidade de intervenções, ocupando espaços que vão para além das práticas tradicionais. Para Takatori,⁹ a terapia ocupacional passa a se preocupar com a reorganização dos espaços vividos pela criança e seus familiares, de forma que a comunidade faça parte do campo de atuação, procurando trabalhar no sentido de melhorar a qualidade de vida e o bem-estar daqueles que são atendidos.⁹

Na prática da terapia ocupacional, é fundamental ouvir as queixas trazidas pelas crianças e seus familiares, seus sofrimentos e as impossibilidades de ação que geram exclusão e paralisia diante da vida. Mas, paralelamente, ampliar também a escuta para aquilo que já conquistaram, para os desejos e planos e para suas potencialidades. É esse todo que poderá direcionar a prática e as intervenções do terapeuta ocupacional.

Assim, o que orientará o trabalho do terapeuta ocupacional é, como dizem Valentin e Vicente:¹⁰

“... a substituição do modelo do dano para o modelo do desafio que altera imediatamente o processo de elaboração do prognóstico, mas muito mais do que isso, implica uma mudança cultural da equipe e da instituição. O olhar pessimista fixado e reduzido nos problemas é substituído por um olhar aberto que inclui um universo de possibilidades, a diversidade de necessidades e de modos de solução. Com isso, descronifica a equipe, a família pode participar de uma nova função e a comunidade pode ser não mera doadora e sim interlocutora, cooperadora”¹⁰ (p. 36).

Mas de que Crianças Estamos Falando?

Quando referindo a crianças com distúrbios afetivos, pensa-se naquelas que têm comprometida a sua capacidade de realizar as atividades do dia-a-dia, de aprender (no sentido mais amplo de aprendizado, que é a possibilidade de experimentar novas atividades), de interagir socialmente, de se sentir pertencente, de comunicar, de “lutar” pelos seus desejos e busca de satisfação, de ter projetos para a vida e agir de acordo com eles.

No contato com essas crianças e familiares, observa-se que as maiores preocupações e queixas trazidas pelos pais dizem respeito à falta de contato de seus filhos com outras crianças, dificuldade de estarem “adequadamente” juntos ao seu grupo social, isolamento, pouca ou nenhuma autonomia, condutas diferentes das outras crianças e dificuldade para participar de atividades que fazem parte do cotidiano da infância, como escola, parques ou praças, centros esportivos e culturais. Os pais se tornam, muitas vezes, os representantes da fala e do desejo do filho, exigindo do terapeuta uma escuta cuidadosa no sentido de discriminar de quem são realmente as queixas, pois se tornam os porta-vozes das histórias e dificuldades das crianças, devendo o terapeuta ajudá-los a discernir.

Por isso as propostas de intervenção na terapia ocupacional devem abraçar as diferentes áreas da vida, tendo como eixo a real inclusão dessas crianças e de suas famílias na sociedade. Diante de cada história de vida, os seguintes questionamentos devem ser elaborados, para que as propostas terapêuticas possam ir ao encontro de suas necessidades:

- Que possibilidades de autonomia possui cada criança?
- Que lugar ocupa a criança na família e na sociedade?
- Como se constitui sua rede de relações sociais?
- Que atividades desenvolve, com quem e como brinca, estuda, realiza as atividades de lazer?
- Que recursos a criança e sua família têm para conquistar uma qualidade de vida satisfatória?

Percursos do Desenvolvimento da Criança

Pensar no processo do desenvolvimento vital de cada criança é considerar que todos os indivíduos, ao amadurecer, passam por fases, estágios, em que cada etapa se caracteriza por novas tarefas e o amadurecimento consiste precisamente na solução satisfatória dessas tarefas, cada vez mais complexas durante a vida.

Para tanto, primeiramente a criança precisa de referências, de apoio, de carinho, de suportes (físico e afetivo), de contorno, que criem condições para o seu desenvolvimento enquanto ser individual e social.

Geralmente a família, ou mesmo outro grupo social que venha a fazer esse papel, aparece como a primeira possibilidade de vínculo, oferecendo bases para seu crescimento saudável. O sentido de grupo pode também ir ganhando contextos mais amplios quando outros integrantes (avós, tios, primos, vizinhos etc.) começam a participar e a ter significado para a criança.

Ela vai ampliando seu repertório de como existir neste mundo. Começa a descobrir, a experimentar sua independência, suas possibilidades e limites, em atividades da vida diária, tais como se alimentar, controlar os esfíncteres, se vestir, andar, falar, comunicar o que deseja e o que pensa e sente, reconhecer suas necessidades e ir em busca da satisfação, compreendendo os requisitos para ser e estar em grupo, podendo sentir-se pertencente a ele.

A escola, depois de uma época, e cada vez mais cedo, se torna o lugar privilegiado de inclusão social próprio da infância, de encontro com o outro, de aprendizado, comunicação, reconhecimento das regras e normas sociais, diferentes daquelas aprendidas na família.

A partir daí, auxiliada pelo adulto, ela passa a ampliar essa circulação, transitando por diferentes grupos e locais da coletividade, freqüentando espaços públicos do bairro, conhecendo os vizinhos, participando de atividades da comunidade, como igrejas,

Não há criança sem cuidador

Indivíduo coletivo

essa família

emocionais, físicos materiais

Objetivo final da TD

parques, centros de recreação e esporte, estendendo seu conhecimento para várias áreas da vida. Apropria-se de atividades, como andar nas ruas, pegar um ônibus, ir ao mercado, à padaria etc., acompanhando o adulto nas tarefas do dia-a-dia, e, principalmente, brincar com outras crianças.

Assim, a criança, colocada em contato com o mundo, posta para brincar, tem o aprendizado possibilitado, o qual desperta vários processos internos de desenvolvimento, capazes de operar somente quando ela interage com pessoas em seu ambiente e quando em cooperação com seus companheiros.

O encontro com o outro se torna, então, fundamental para esse crescimento, pois é a partir daí que a percepção de si pode acontecer, como aquele que deseja, interage, que comunica, sente, age e produz.

A principal atividade que vai intermediar e facilitar a relação da criança com o mundo é a atividade lúdica, atividade primordial para a saúde mental de todo ser humano. Como diz Dias:¹

"A saúde inclui a capacidade básica de brincar, que é o protótipo do viver criativo. Diz respeito à possibilidade de habitar o espaço potencial e entregar-se a uma experiência que está sustentada pela ilusão básica. Refere-se igualmente à liberdade de transitar pelos vários mundos que são criados no decorrer do amadurecimento, o que abarca a capacidade de estabelecer relações com o mundo percebido sem muito sacrifício da espontaneidade pessoal" (p. 85).

O brincar, então, torna-se fundamental para o processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança, pois a coloca em ação e em contato com situações novas, além de possibilitar que ela viva em um estado de transição entre as situações concretas do cotidiano e um mundo de representações desvinculadas dos acontecimentos. Envolve-se em um mundo ilusório e imaginário, em que os desejos não-realizados e experimentados podem ser realizados e as dificuldades colocadas em xeque.

A criança, por meio das brincadeiras, diz Wajskop,¹¹ pode se deparar com desafios e questões além de seu comportamento diário, pois, ao mesmo tempo que entra em contato com o mundo imaginário, pode também construir relações reais entre ela e o mundo e elaborar regras de organização e convivência, modificando a realidade de acordo com suas necessidades.

É importante ressaltar que devido a esses fatores a criança, ao brincar, encontra progressivamente saídas para realizar independentemente as atividades, separando-se dos cuidados maternos. Descobre estratégias para enfrentar o desafio de andar com as próprias pernas e pensar aos poucos com a própria cabeça, assumindo a responsabilidade pelos seus atos. Constitui-se, assim, na ferramenta por excelência de que dispõe para viver.¹²

Sem dúvida, a criança só brinca se tiver motivação. É esta que a impulsiona para qualquer ação. Brincar é um processo dinâmico em que os fatores percepção (não só das cores, formas, mas também do significado das coisas), motricidade, sensação, intenção e sentimentos estão em constante interligação, gerando uma ação sobre o mundo. A criança, ao querer, realiza seus desejos, e ao pensar, age. O brincar a coloca em contato com o querer e o pensar que a levam a uma possível experiência criativa.

Segundo Winnicott,¹³ o brincar é o lugar de experiência entre o mundo interno e o externo, que transita entre a realidade e a fantasia. Toda experiência cultural se localiza nesse espaço potencial que se manifesta, inicialmente, pelo brincar. E Hisada¹⁴

reafirma que no brincar é possível o encontro e a comunicação com o outro, é onde se pode experimentar e utilizar a liberdade para criar e *"construir gradativamente a totalidade da existência experimental do homem"*¹⁴ (p. 21).

Terapia Ocupacional e a Criança com Distúrbios Afetivos

Segundo Winnicott,¹⁵ o desenvolvimento se baseia em duas premissas básicas que constituem, primeiramente, a tendência inata ao amadurecimento e a garantia de existência de um ambiente que facilite esse amadurecimento. Apesar de a natureza humana buscar sempre a integração, esse processo não ocorre automaticamente, pois é apenas uma tendência e não uma determinação. Por isso, para que essa unidade aconteça, é preciso a existência e a garantia de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. Nesse sentido, como se refere Dias,¹ todo nosso empenho durante a vida é poder tornar-se unido e real, conquistando a identidade unitária, que implica a separação entre o EU e o NÃO-EU.

No caso das crianças com graves distúrbios afetivos, sua luta envolve em poder alcançar a vida e continuar existindo, como afirma Loparic:¹⁶

*"Esses pacientes que pairam permanentemente entre o viver e o não viver forçam-nos a encarar esse tipo de problema, problema que, na verdade, é próprio de todos os seres humanos e que se resume na seguinte questão: que sentido faz a vida e o que a faz digna de ser vivida"*¹⁶ (p. 100).

O trabalho da terapia ocupacional deve necessariamente passar por essas duas instâncias: oferecer recursos para que a vida ganhe sentido e auxiliar na busca de ações que tornem a vida dessas pessoas mais digna de ser vivida. Pois a população que chega muitas vezes se apresenta com dificuldades em realizar atividades que fazem a vida ter sentido, um empobrecimento nas relações sociais e afetivas e nas possibilidades de circulação pelas diversas esferas da vida. Trabalhar com essas crianças e familiares é se deparar com questões básicas de sobrevivência e de autonomia, em suma, de possibilidades de existência.

Assim, é necessário ajudá-las na reorganização e estruturação de seus cotidianos, garantindo o bem-estar, a saúde e a ampliação de uma rede de sustentação social, buscando recursos para sair do lugar cronificado em que, freqüentemente, se encontram aprisionadas. E esse processo só se torna viável se houver um trabalho de desconstrução da imagem daquele considerado desviante das normas sociais. Trabalho realizado a partir do convívio e do confronto entre as diferenças, tornando conhecido aquilo que é desconhecido, criando campos para novas atitudes perante esses indivíduos. Com isso, o compromisso reabilitacional da terapia ocupacional passa a ser, como dizem Brunello, Castro e Lima,¹⁷ com o desenvolvimento da vida na trama do cotidiano.

Portanto, lidar com a infância é propor práticas que transitem pelo lúdico, pela educação, pelo lazer, pela comunidade em geral, é pensar na casa, na escola, nos espaços públicos como vizinhos, parques, praças, estabelecimentos comerciais e de lazer, nos espaços da brincadeira e do encontro com outro. É pensar na família como grupo social mais presente nessa fase da vida; na es-

⊗ Ambiente p/ W., primordial é a mãe (para o bebê), antes de seu ambiente

me vejo
pelo
olhar de
como
o outro
me vê
Processo de
adulto -
ver-se a si
mesmo!

cola que possibilitará intermediar as experiências da vida, com novos conhecimentos e amigos; na família mais ampliada como avós, primos, tios; na rua como o espaço de trânsito entre o público e o privado.

Para atingir esses objetivos, torna-se fundamental construir um sistema articulado e integrado de atenção a essas crianças, pois, como diz Bruscato,¹⁸ quando trabalhando com vidas, nenhum campo do saber está adequadamente "equipado" para responder a toda demanda trazida por esses indivíduos. Esse sistema não inclui apenas os profissionais componentes de um programa de assistência, deve envolver outras agências, como escolas, a própria família, serviços da comunidade ou outras instituições da saúde.

*"O conceito de assistência integrada implica uma abordagem filosófica de trabalho por meio de múltiplos enfoques profissionais que funcionam como vários pontos de apoio, formando um 'sócio' que tem partes no assunto"*¹⁸ (p. 31).

ALGUMAS PRÁTICAS: ABRIR POSSIBILIDADES PARA A VIDA

Dentro desse amplo cenário, que torna o atendimento das crianças com distúrbios afetivos tão complexo, é necessário trabalhar a partir de diferentes intervenções, como grupos terapêuticos, oficinas de atividades (a criança e familiares), acompanhamentos terapêuticos e familiares, saídas para fora da instituição, trabalhos junto às escolas etc., procurando escapar a todo processo institucionalizador e que possibilite abrir as portas para que essas crianças tenham a oportunidade de realmente serem incluídas em seu grupo social.

Os Grupos Terapêuticos

Nos grupos terapêuticos prioriza-se o contato com o outro, promovendo-se, por meio das atividades lúdicas (brincadeiras de faz-de-conta, dramatizações, jogos, atividades plásticas, culinária, passeios, festas e outras mais), uma ampliação do campo de experimentação, de vivências e trocas, como também de criação, crescimento e autonomia. Nesses grupos a criança pode exercitar-se como sujeito ativo e autônomo.

As brincadeiras em conjunto vêm a ser a melhor experiência de socialização, pois cada uma aprende a lidar com possíveis frustrações, a não ver seus desejos sempre realizados ou a poder realizá-los conjuntamente; sua visão de mundo deixa, lentamente, de partir de um único foco, centralizado em si mesma, para se alargar e se expandir para outros pontos de vista.

As Oficinas de Atividades, os Acompanhamentos Terapêuticos e a Inclusão Escolar

Os acompanhamentos terapêuticos (AT), as oficinas de atividades junto às crianças e às famílias, as visitas domiciliares e os trabalhos de inclusão escolar passam a fazer parte do trabalho do terapeuta, que busca ampliar junto aos seus pacientes os campos de experimentação e de confronto com o desconhecido, transitando por espaços não-convencionais da clínica tradicional, como

a rua, os parques, os estabelecimentos públicos, as escolas, os centros esportivos e culturais etc., pois fica claro que inserir essas crianças no mundo implica muito mais que solucionar certas demandas dentro da própria instituição.

As oficinas, bem como os acompanhamentos terapêuticos, podem dar um novo significado à existência dessas crianças, com diferentes possibilidades de vida, de sociabilidade e de trocas, experimentando novas atividades, circulando por novos espaços sociais antes não freqüentados, estabelecendo novas formas de comunicação com o mundo. O trabalho com profissionais de áreas diversas (artes, cultura, educação física etc.) torna-se fundamental e enriquece amplamente o trabalho. Como dizem Basile e André:²⁰

*"... qualquer proposta que se fecha em sua especialidade, nos seus condomínios de saber, poderia caminhar na contramão de qualquer processo apassivador, pois evita o risco da aprendizagem, do contágio e da troca. O saber não pode ser um a priori quando tratamos de pessoas que têm como tarefa terapêutica reinventar o mundo"*²⁰ (p. 122).

Trabalhar junto às escolas torna-se fundamental quando se lida com crianças, uma vez que aí é o espaço privilegiado de inclusão social nessa fase da vida. E, como ressalta Jerusalinsky:²¹

*"A escola é um lugar para entrar e sair, é um lugar de trânsito. Além do mais, do ponto de vista da representação social, a escola é uma instituição normal da sociedade, por onde circula, em certa proporção, a normalidade social. Portanto, alguém que freqüenta a escola se sente geralmente mais reconhecido socialmente do que aquele que não freqüenta"*²¹ (p. 91).

Jurdi²² constata, em seu trabalho de mestrado, a grande dificuldade de que ainda as escolas de ensino regular encontram para receber os alunos que apresentam alguma dificuldade de aprendizado e em ressignificar o papel que a pessoa com deficiência tem na sociedade.

*"Essa dificuldade parece estar enraizada na concepção de que as pessoas com deficiência possuem qualidades negativas, uma vez que o termo deficiência, no senso comum, nega a eficiência. A escola reporta-se às faltas e não às potencialidades individuais"*²² (p. 131).

Incluir crianças que apresentam deficiências ou distúrbios afetivos exige, então, um trabalho em vários níveis de atuação. Fazem parte, portanto, de propostas de intervenção diferentes atividades junto às escolas como: orientação a professores e equipe educacional, acompanhamento de crianças com deficiência nas escolas de ensino regular, atividades nas classes buscando lidar com as diferenças e os processos de marginalização, assessorias aos órgãos públicos responsáveis pelas propostas de inclusão da criança com deficiência e acompanhamento familiar durante o processo de inclusão.

As Famílias

As crianças, principalmente as que possuem um comprometimento maior devido à sua deficiência, dependem muito da iniciativa da família para realizar atividades que enriqueçam o seu cotidiano, como freqüentar ambientes públicos, ir à escola, usar a rua como espaço de circulação e de encontro social, brincar livre e espontaneamente e participar de atividades não vinculadas à sua

Transtornos da Coordenação Motora e da Aprendizagem

Lívia de Castro Magalhães

INTRODUÇÃO

Uma função rotineira para terapeutas ocupacionais é observar como as pessoas desempenham seus afazeres diários. É interessante observar a prontidão com que o corpo, as mãos e as pernas se movem harmoniosamente, fazendo coisas de que nem sempre se têm plena consciência. Ao fazer uma atividade qualquer, por exemplo, uma simples refeição, uma mão pega o prato com firmeza, dedos são estirados para dar maior suporte, enquanto a outra mão maneja a colher e, com movimentos do ombro, cotovelo e controle delicado do polegar, aborda a panela de arroz. O punho entra em ação, para movimentar a colher e obter o maior número possível de grãos, que serão transportados até o prato, sem esbarrar na beirada da panela e sem derrubar o conteúdo pelo caminho. Essa ação se repete sob o controle vigilante dos olhos, que examinam se o conteúdo da panela é mais consistente, ou se é líquido, fazendo ajustes imediatos ao ambiente. O prato cheio é transportado até a mesa, onde o corpo se ajeita na cadeira. Vem então a complexa ciranda do manejo de talheres, copos e alimentos, que tem suas próprias regras de movimento. São azeitonas que insistem em fugir do garfo, frangos com ossos que desafiam a perícia no manejo da faca e do garfo, pedaços de salada que precisam ser equilibrados cuidadosamente até atingir a altura certa da boca, copos de diferentes formatos, sabores e texturas para serem explorados e degustados, tudo bem orquestrado, em meio a conversas e interações sociais.

Isso parece trivial, pois essas ações são repetidas tantas vezes, que as mãos funcionam em parceria, como se tivessem vida própria, manejando objetos e se adaptando às situações, como numa coreografia bem ensaiada. E se fosse necessário prestar atenção em cada um desses pequenos atos? De fato, para algumas pessoas nem tudo é tão automático e fácil. É verdade que nem sempre os movimentos são organizados de maneira tão harmoniosa. Tem dias que a azeitona voa para o prato do colega, a salada cai no colo ou, num arrombo gestual, um movimento brusco derruba a taça, manchando a toalha de mesa. Acidentes acontecem, às vezes criando situações embaraçosas, das quais nunca mais nos esquecemos. Mas e quando o acidente é a regra?

Crianças com problemas de coordenação motora são aquelas para as quais simples atividades, como colocar comida no prato, vestir a roupa, amarrar os sapatos ou escrever o nome, são desafios constantes. Geralmente essas crianças são descritas como desajeitadas, estabanas, ou que “têm duas mãos esquerdas”. Em sua maioria, são crianças inteligentes, que passam despercebidas ao observador comum, mas não aos colegas, que inventam apelidos que podem marcar a vida escolar dessas crianças. Gilberto Dimenstein,¹ jornalista de destaque, se refere ao apelido nada lisonjeiro que tinha na escola – Gil Babão. Embora seja possível lembrar de colegas desajeitados ou mesmo de adultos desorganizados ou estabanas, no Brasil ainda não se dá a devida atenção a esse tipo de problema.

O TRANSTORNO DO DESENVOLVIMENTO DA COORDENAÇÃO

Os problemas de coordenação motora em crianças são descritos desde o início do século passado. Segundo Cermak, Gubbay e Larkin,² o termo “coordenação muscular pobre” já era usado por Lippitt em 1926, e Orton, em 1937, usava o termo “dispraxia do desenvolvimento” para se referir às crianças que apresentavam falhas no desenvolvimento das habilidades motoras, especialmente no que se refere a movimentos complexos, requeridos na fala, escrita e outras atividades corporais. Os trabalhos iniciais nessa área tinham como base o estudo de pacientes neurológicos e recorriam ao conceito de “lesão cerebral mínima” para explicar a etiologia das dificuldades de movimento observadas. Ao longo dos anos, os problemas de coordenação motora na criança receberam diferentes nomes; dentre eles, alguns mais utilizados são: síndrome psicomotora, paralisia cerebral mínima, dispraxia do desenvolvimento, somatodispraxia, síndrome da criança desajeitada – *clumsy child* e DAMP.^{2,3,4,5,6}

Essa nomenclatura variada, que reflete falta de consenso sobre a etiologia e as características essenciais desse tipo de transtorno motor, resultou em confusão e inconsistência na identificação e no tratamento de crianças com dificuldade motora. Por exemplo, dentro do conceito de disfunção cerebral mínima