

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
MESTRADO E DOUTORADO

EDUCAÇÃO E TERAPIA DA CRIANÇA AUTISTA

Uma abordagem pela via corporal

por

MARA LÚCIA SALAZAR MACHADO

Porto Alegre, outubro de 2001

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DO MOVIMENTO HUMANO
MESTRADO E DOUTORADO

EDUCAÇÃO E TERAPIA DA CRIANÇA AUTISTA
Uma abordagem pela via corporal

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Ciências do Movimento Humano da ESEF/UFRGS, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

MARA LÚCIA SALAZAR MACHADO

ORIENTADOR: PROF. DR. AÍRTON NEGRINE

Porto Alegre, outubro de 2001

CATALOGAÇÃO NA FONTE

M149e Machado, Mara Lúcia Salazar.
Educação e terapia da criança autista: uma abordagem pela
via corporal./Mara Lúcia Salazar Machado. – Porto Alegre:
UFRGS, 2001.
232 f., : il..

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Rio Grande
do Sul. Escola de Educação Física. Programa de Pós-Graduação
em Ciências do Movimento Humano.

1. Autismo. 2. Terapia Corporal. 3. Desenvolvimento. I.
Título. II. Airton da Silva Negrine, orientador.

CDU : 376.4

Construa-me uma ponte

Eu sei que você e eu

Nunca fomos iguais.

E eu costumava olhar para as estrelas à noite

E queria saber de qual delas eu vim.

Porque eu pareço ser parte de um outro mundo

E eu nunca saberei do que ele é feito.

A não ser que você me construa uma ponte, construa-me uma ponte,

Construa-me uma ponte de amor.

Eu quero muito ser bem sucedido.

E tudo o que preciso é ter uma ponte,

Uma ponte construída de mim até você.

E eu estarei junto a você para sempre,

Nada poderá nos separar.

Se você me construir uma ponte, uma pequenina ponte, minúscula ponte

De minha alma, para o fundo de seu coração.

McKean

Autista, 28 anos, escritor

Para Ponciano (*in memoriam*) e Eva (*in memoriam*)

Arlindo e André

Vovó Noemy

Irmãos, cunhados e sobrinhos

Com Amor

Ao professor Dr. Aírton Negrine, meu reconhecimento especial, pela orientação segura, pelo exemplo de constante dedicação e entusiasmo com o estudo do desenvolvimento humano.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pela possibilidade de crescer.

Aos participantes do estudo: Rohe, Lucas, Theo, Caio e Jéssica, meu carinho especial.

Aos pais, irmãos e familiares das crianças autistas, pela confiança demonstrada.

Aos facilitadores que ajudaram na pesquisa: Jane, Luciana, Fátyma, Dulce e Carina, pelo apoio e dedicação ao projeto.

Aos Professores e Funcionários da Escola de Educação Física da UFRGS, pelo incentivo.

Aos colegas do Curso de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, pelas trocas de experiências.

Ao Centro Educacional La Salle, agradeço a possibilidade de estender meus estudos.

Às amigas Eliete, Rosângela e Beatriz, minha eterna afeição.

Às Escolas Terapêuticas, aos especialistas e aos terapeutas das crianças autistas, pela disponibilidade para trocas de experiências.

À Escola Estadual Cristo Redentor, pela atenção e confiança.

A todos os amigos que estiveram ao meu lado, pelo incentivo e carinhos prestados.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| AGRADECIMENTOS..... | V |
| SUMÁRIO | VI |
| LISTA DE QUADROS | VIII |
| LISTA DE FOTOS..... | IX |
| RESUMO | X |
| ABSTRACT | XI |
| CAPÍTULO I..... | 1 |
| 1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS | 1 |
| 1.1 HISTÓRIA PRÉVIA..... | 1 |
| 1.2 TERAPIA PSICOMOTRIZ. POR QUÊ?..... | 2 |
| 2. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS..... | 6 |
| 2.1. AUTISMO..... | 6 |
| 2.1.1 <i>Definição e notas históricas</i> | 6 |
| 2.1.2 <i>Descrição dos primeiros sinais</i> | 7 |
| 2.1.3 <i>Diagnóstico: Como saber se uma criança é autista?</i> | 8 |
| 2.1.4 <i>Etiologia</i> | 10 |
| 2.1.5 <i>Quadro clínico</i> | 13 |
| 2.1.6 <i>Anomalias motoras e outras características</i> | 14 |
| 2.1.7 <i>Afetos Inadequados, Distúrbios do Sono e de Alimentação</i> | 15 |
| 2.1.8 <i>O Brincar Criativo, o Quociente de Inteligência (QI) e Habilidades do Autista</i> | 16 |
| 2.1.9 <i>Autismo e outras complicações</i> | 18 |
| 2.1.10 <i>Evolução e prognóstico</i> | 19 |
| 2.1.11 <i>Tratamento</i> | 21 |
| 2.2 VYGOTSKI: A “DEFICIÊNCIA” EM QUESTÃO..... | 24 |
| 2.3 PSICOMOTRICIDADE | 29 |
| 2.3.1 <i>Concepções e Vertentes</i> | 29 |
| 2.3.2 <i>Psicomotricidade Relacional: adaptada ao nosso meio</i> | 33 |
| 3 QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO E PROBLEMA DE ESTUDO..... | 37 |
| CAPÍTULO II | 41 |
| 4 PARADIGMA DO ESTUDO E METODOLOGIA | 41 |
| 4.1 PARADIGMA E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO..... | 41 |
| 4.2 ETAPAS DO PROCESSO INVESTIGATÓRIO | 44 |
| 4.2.1 <i>Definição da Área de Estudo</i> | 45 |
| 4.2.2 <i>Participantes do Estudo</i> | 46 |
| 4.2.3 <i>Elaboração do Projeto</i> | 47 |
| 4.2.4 <i>Instrumentos de Coleta de Informações</i> | 48 |
| 4.2.4.1 <i>Observação</i> | 48 |
| 4.2.4.2 <i>Entrevista</i> | 52 |
| 4.2.4.3 <i>Análise Documental</i> | 56 |

| | |
|---|------------|
| 5 MÉTODO DE INTERVENÇÃO | 61 |
| 5.1 A TERAPIA CORPORAL COM ENFOQUE RELACIONAL DA CRIANÇA AUTISTA..... | 61 |
| 5.2 A PROPOSTA | 61 |
| 5.3 O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA | 61 |
| 5.4 A CONSTRUÇÃO DA CAMINHADA | 63 |
| 5.5 RITUAIS DA SESSÃO | 63 |
| 5.6 ESPAÇO FÍSICO | 65 |
| 5.7 MATERIAIS | 65 |
| 5.8 CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS | 67 |
| 5.9 SÍNTESE DO ESTUDO | 68 |
| CAPÍTULO III..... | 70 |
| 6 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES..... | 70 |
| 6.1 O OLHAR DO INVESTIGADOR..... | 70 |
| 6.1.1 <i>Rohe</i> | 71 |
| 6.1.2 <i>Lucas</i> | 101 |
| 6.1.3 <i>Theo</i> | 122 |
| 6.1.4 <i>Caio</i> | 138 |
| 6.1.5 <i>Jéssica</i> | 160 |
| 6.2 SIGNIFICANTES E SIGNIFICADOS DAS ATUAÇÕES DOS PARTICIPANTES..... | 172 |
| 6.2.1 <i>Rohe</i> | 173 |
| 6.2.2 <i>Lucas</i> | 177 |
| 6.2.3 <i>Theo</i> | 180 |
| 6.2.4 <i>Caio</i> | 183 |
| 6.2.5 <i>Jéssica</i> | 186 |
| 6.3 ALINHAVOS DE RECORTES DOS CASOS ESTUDADOS | 189 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 204 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 207 |
| ANEXOS | 211 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - O autista recém-nascido | 19 |
| Quadro 2 - A criança autista aos seis primeiros meses..... | 19 |
| Quadro 3 - A criança autista de seis a doze meses | 20 |
| Quadro 4 - A criança autista no segundo e terceiro ano..... | 20 |
| Quadro 5 - A criança autista no quarto e o quinto ano..... | 20 |
| Quadro 6 - Etapas do Processo Investigatório..... | 44 |
| Quadro 7 - Participantes da Investigação: data de nascimento, gênero e início de atendimento..... | 47 |
| Quadro 8 - Pautas de observações..... | 50 |
| Quadro 9 - Entrevistas realizadas com os responsáveis das crianças do projeto..... | 53 |
| Quadro 10 - Entrevistas com terapeutas de outras atividades realizadas por Rohe..... | 54 |
| Quadro 11 - Entrevistas realizadas com outros terapeutas que atendem as crianças do projeto | 55 |
| Quadro 12 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Rohe..... | 57 |
| Quadro 13 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Lucas..... | 58 |
| Quadro 14 - Quadro dos documentos trazidos pelo pai de Theo..... | 59 |
| Quadro 15 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Caio..... | 59 |
| Quadro 16 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Jéssica | 60 |
| Quadro 17 - Quadro Síntese da Coleta de Informações: Sessões de Terapia Psicomotriz Relacional - Anos de 1998/1999/2000..... | 68 |
| Quadro 18 - Categorias de Análise dos Casos Estudados | 173 |

LISTA DE FOTOS

| | |
|--|-----|
| Foto 1 - Lucas bate com o bastão na bola até derruba-la | 38 |
| Foto 2 – Rohe descobre seu corpo refletido no espelho, LAPEX/ESEF/UFRGS (1998) | 79 |
| Foto 3 – Rohe imita a facilitadora e embala a boneca– LAPEX/ESEF/UFRGS (1998) | 80 |
| Foto 4 – Rohe necessita ser acalmado no ritual de saída – Ginásio do La SalleCanoas (1999) | 88 |
| Foto 5 – Rohe coloca meias e tênis – Ginásio do La SalleCanoas (1999) | 89 |
| Foto 6 – Já no alto do espaldar, Rohe e facilitadora comemoram a conquista – Ginásio do La Salle/Canoas (1999)..... | 90 |
| Foto 7 – O facilitador estimula Rohe a subir sozinho – Sala de Rítmica 1 da ESEFU/FRGS (2000).. | 92 |
| Foto 8 - Rohe com a máscara na frente do espelho – ESEF/UFRGS (2000) | 93 |
| Foto 9 – Rohe descobre o facilitador com uma máscara – ESEF/UFRGS (2000) | 93 |
| Foto 10 – Rohe fantasiado realiza uma trajetória pela sala – Ginásio do La Salle/Canoas (2000) | 99 |
| Foto 11 – Rohe diz seu nome na frente do espelho – Ginásio do La Salle/Canoas (2000) | 100 |
| Foto 12– Lucas e Rohe na bola de <i>bubet</i> , brincam com estímulo da facilitadora – LAPE/ESEF/UFRGS (1998) | 108 |
| Foto 13 – Lucas tem dificuldades para arremessar bolas – Sala no Centro Olímpico/ESEF/UFRGS (2000) | 112 |
| Foto 14 – Lucas rebate a bola de <i>bubet</i> com orientação da facilitadora – Sala no Centro Olímpico/ESEF/UFRGS (2000) | 113 |
| Foto 15 – Lucas na piscina de esponjas – Ginásio da ESEF/UFRGS (2000)..... | 114 |
| Foto 16 – A atividade de ser arrastado pelo chão é bem aceita por Lucas – Sala de Rítmica da ESEF/UFRGS (2000) | 117 |
| Foto 17 – Theo em atividade de perseverar - sala de psicomotricidade – LAPEX/ESEF/UFRGS (1999) | 128 |
| Foto 18 -Theo é arrastado pelo chão sobre um tecido – Sala de Psicomotricidade da ESEF/UFRGS (1999) | 129 |
| Foto 19 – Caio brinca com Jéssica – Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)..... | 152 |
| Foto 20 – Após se pintar, Caio brinca pela sala.– Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)..... | 154 |
| Foto 21 – Caio joga a bola no colega - Sala do Centro Olímpico da ESEF/UFRGS (2000)..... | 156 |
| Foto 22 – A facilitadora e Jéssica em atividade de aproximação– Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000) | 165 |
| Foto 23 – Jéssica entra no jogo dos arcos imitando colegas e facilitadora – Sala de Rítmica da ESEF/UFRGS | 167 |
| Foto 24 – Espaço de descobertas: Jéssica deixa que pintem seu rosto com tinta vermelha – Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)..... | 169 |
| Foto 25 – Jéssica sobe e caminha na cama elástica com a facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS . | 170 |
| Foto 26 – Jéssica em atividade de carinho e aconchego com a facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS | 170 |
| Foto 27 – Jéssica aproxima-se do balão e coloca as duas mãos nos ouvidos – Pátio da ESEF/UFRGS | 171 |
| Foto 28 - Testemunha a postura passiva que costumava adotar Lucas – Sala do Centro Olímpico da ESEF/UFRGS (2000) | 193 |
| Foto 29 - Rohe aceita uma relação de aproximação com outro menino no Ginásio do La Salle com auxílio da corda (2000)..... | 196 |
| Foto 30 - Lucas no jogo de embalo na corda com a ajuda da facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS (2000) | 197 |
| Foto 31 - Caio puxa o abrigo do colega e olha seu pênis, provocando-lhe a reação de ansiedade – Ginásio da ESEF/UFRGS (1999) | 201 |

RESUMO

A intervenção terapêutica e educacional da criança autista, a partir de uma abordagem corporal, investigou os tipos de aprendizagens que crianças autistas podem realizar, considerando suas possibilidades de desenvolvimento real e suas possibilidades de desenvolvimento potencial. A sustentação teórica da investigação baseou-se nos conhecimentos existentes sobre a síndrome do autismo, a psicomotricidade relacional e os estudos de Vygotski sobre o desenvolvimento de crianças portadoras de deficiências. O estudo de corte qualitativo utilizou a metodologia do tipo descritivo de estudo de caso, que contou com cinco participantes, quatro do sexo masculino e um do sexo feminino. Os instrumentos utilizados para coleta de informações foram: entrevistas, análise documental, observações diretas dos participantes nas intervenções terapêuticas (descritivas e com pautas determinadas). A pesquisa foi desenvolvida Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e no Centro Universitário La Salle em Canoas. A análise das informações e a discussão dos resultados foram realizadas a partir de quatro variáveis: manifestações da síndrome e comportamentos evidenciados, materiais disponibilizados como mediadores da evolução de processos mentais, imitação como fator significativo do processo evolutivo dos autistas e o olhar sobre a sua sexualidade. O estudo demonstrou que a intervenção pedagógico-terapêutica realizada gerou mudanças no comportamento e desenvolvimento das crianças autistas.

Palavras-chave: Autismo, terapia corporal, atividade lúdica, desenvolvimento.

ABSTRACT

The autistic child's therapeutic and educational intervention, starting from a physical approach, investigated the types of learnings that autistic children can accomplish, considering their possibilities of real development and their possibilities of potential development. The provided theories of the investigation are based on the current knowledge about autistic syndrome, the *psicomotricidade relacional* (relational psychomotricity) and Vygotski's studies on children with developmental deficiencies. The study of qualitative cut used the methodology of the descriptive type of case study, that counted with five participants, four of them male and the other female. The documents used for collect information were: interviews, documental analysis, the participants' direct observations in the therapeutic interventions (descriptive and with certain guide lines), and sessions of *psicomotricidade relacional* (relational psychomotricity). The research was developed at the School of Physical Education of the Federal University (Escola de Educação da Universidade Federal) of Rio Grande do Sul (RS) and at the Academic Center (Centro Universitário) La Salle in Canoas. The analysis of the information and the discussion of the results were accomplished starting from four variables: Manifestations of the syndrome and evident behaviors, Materials available as measurers of the evolution (or growth) of mental processes, Imitation as significant factor of the evolutionary process of the autistics, And the glance above their sexuality. The study demonstrated that the intervention that was done accomplished pedagogic-therapeutics which generated changes in the autistic children's behavior and development.

Key words: Autism, Corporal Therapy, Activities, Development.

CAPÍTULO I

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

1.1 HISTÓRIA PRÉVIA

*“Caminante no hay camino
Se hace camino al andar
Y al volver la vista atrás...
Verás las huellas que te permitieron avanzar”
(Alicia Fernández,)*

O caminho que percorro na área da educação e da terapia tem me permitido vivenciar situações, buscar conhecimentos, ter certezas e levantar muitas questões sobre o desenvolvimento humano. Ao olhar para trás, vejo as pegadas que deixei ao longo de vinte e seis anos de profissão. Inicialmente, na escola pública de periferia, onde atuei, como docente e orientadora educacional, com crianças que apresentavam muitas dificuldades de aprendizagem e que não tinham como buscar ajuda fora da escola.

As carências para trabalhar com esta clientela fizeram com que eu buscasse subsídios na especialização em “Psicopedagogia Clínica e Institucional”. No Centro de Pesquisa e Orientação Psicopedagógica (CPOP), com que, há dez anos, mantenho contato de formação, participo de grupos de estudos e supervisão, sustentando o trabalho institucional e o atendimento às crianças com dificuldades de aprendizagem, acometidas de alguma deficiência ou síndrome.

Para o atendimento psicopedagógico clínico foram encaminhadas crianças que, além das dificuldades para aprender, ainda apresentavam diagnóstico associado a Psicopatologias ou Síndromes. Pude observar, nessas crianças, que as técnicas e atividades de trabalho tinham de ser diferenciadas daquelas aplicadas a crianças que só apresentavam dificuldades para aprender, demonstrando maior interesse e maiores necessidades por brincadeiras no chão, no plano do corpo. Este trabalho recebia supervisão da psicóloga e psicopedagoga Dr^a. Dorothy Fossati V. Moniz que recomendava intensificar as atividades corporais com estas crianças.

Para atender estas demandas, procurei o “Curso de Especialização em Psicomotricidade” com enfoque relacional, centrado em três vias de formação: teórica, pessoal e pedagógica. Nesta última, estudávamos a atividade lúdica da criança, o jogo livre que desenvolvia, seu relacionamento com os iguais e com os psicomotricistas. Participavam deste grupo crianças com desenvolvimento considerado “normal”, em fase pré-escolar, e crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Durante três meses, acompanhei o desenvolvimento destas crianças, os vínculos que estabeleceram, as reações e tipos de jogos que foram desenvolvidos. A resposta positiva desta experiência induziu-me a adaptar estes conhecimentos e práticas ao espaço psicopedagógico, redimensionando a terapia das crianças que apresentavam um comprometimento maior em seu desenvolvimento, percebendo um resultado melhor que o anterior e acrescentando esta experiência entre os argumentos que me levaram ao caminho da pesquisa, nesta área.

1.2 TERAPIA PSICOMOTRIZ. POR QUÊ?

A psicopedagogia clínica, constituída de um conjunto de procedimentos, jogos e atividades, não foi suficiente para ajudar crianças que pouco falavam, que negavam-se a desenhar ou a explorar algum objeto a não ser a relação com a psicopedagoga. Pesquisando bibliografia especializada sobre práticas corporais, pudemos encontrar trabalhos, no âmbito educativo e terapêutico, em psicomotricidade, que reforçaram nossos interesses e motivações, nesta etapa de

definição. Lapierre e sua filha Anne em 1987 descreveram uma experiência que tiveram com a educação psicomotora relacional, durante dois anos. Esta intervenção foi realizada em crianças de 0 a 3 anos, período em que predomina o desenvolvimento de uma comunicação infra-verbal, desenvolvida na ausência da linguagem e da conceitualização.

Citando Lapierre, desta vez com Aucouturier, no livro “Fantasmas Corporais e Práticas Psicomotoras” (1984), destacamos a intervenção corporal terapêutica que possibilita um reviver de fases essenciais do desenvolvimento de crianças que tiveram patologias, perturbações ou rupturas da expressão e da comunicação, permitindo-nos ver como esta pode ser restabelecida através de uma relação do tipo psicomotora.

As terapias de mediação corporal, também, são salientadas no livro - “Terapias Corporais – A Formação Pessoal do Adulto” por Negrine (1998), fortificando a relevância da mediação corporal, perante os bons resultados que estas terapias produzem. Nesta obra, o autor salienta a importância deste tema para quem acredita que somente o corpo pode sentir aquilo que não pode ser dito. Compartilhando dessas posições, oferecemos, com o professor Negrine, um serviço comunitário, no Laboratório de Pesquisa do Exercício (LAPEX) da Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em março de 1998. Neste local, tínhamos um Laboratório de Psicomotricidade Relacional, para atender crianças portadoras de necessidades educativas especiais. A estratégia que adotamos, nessa equipe, para atender as crianças portadoras de necessidades educativas especiais, foi a de oferecer uma Terapia Psicomotriz de enfoque relacional, ou seja, a intervenção psicopedagógica era pela via corporal, metodologia que posteriormente vamos detalhar, uma vez que se constitui de uma variável independente do estudo. Entre as crianças atendidas as que mais despertaram nossa atenção foram aquelas, diagnosticadas como portadoras de “Autismo”.

Motivados pelo tema, passamos a estudá-lo, com afinco, ou seja, o objeto de estudo da investigação começava a ficar desenhado. Passamos a entrevistar familiares das crianças autistas, observar seletivamente suas condutas, e analisar as terapias recomendadas para tratar de pessoas portadoras dessa síndrome. Ao estreitar relações com o tema, percebemos a variedade de abordagens que os autores utilizam

para tratar do assunto. Recomendam terapias alternativas, como: equoterapia, fonoaudiologia, psicoterapia, musicoterapia, etc., associadas a outros atendimentos.

Escolas especializadas, com as quais tivemos contato, que tratam de pessoas portadoras da Síndrome do Autismo, fundamentadas na psicanálise e psicologia comportamental, costumam dar maior ênfase às atividades cognitivas e treinar comportamentos¹, dedicando um pequeno tempo da rotina semanal às atividades recreativas².

Ao mesmo tempo em que nos informávamos mais sobre o “Autismo” e sobre as estratégias pedagógicas de atendimento que eram oferecidas, continuava a participar do Laboratório de Psicomotricidade Relacional. Nesse momento as crianças, atendidas pela equipe, eram, em sua maioria, portadoras dessa síndrome. A experiência que passei a vivenciar me motivou a publicar um artigo intitulado “A Terapia da Criança Autista – uma abordagem pela via corporal”, escrito em parceria com o professor Negrine. A estratégia pedagógica da Psicomotricidade Relacional, proposta pelo professor Negrine, não está direcionada a diagnosticar as possíveis inabilidades psicomotrizas que a criança pode evidenciar. O pressuposto teórico é que as habilidades corporais se desenvolvam de forma espontânea, basta que se criem situações, para que a criança se exteriorize. Conseqüentemente, as limitações corporais são vistas não apenas como comprometimentos funcionais, mas como decorrentes da falta de vivência na realização de determinadas tarefas (Negrine e Machado, 1999). Seguindo esta linha de raciocínio, para pensar numa terapia para a criança autista, ou seja, enxergando o corpo como um corpo de relação, propomos algumas reflexões:

Em primeiro lugar, queremos salientar as manifestações corporais que a síndrome autista pode provocar em crianças e jovens. O Autismo distingue variados graus de severidade e comprometimentos diferenciados, diversificando também a intensidade das perturbações motoras, dos movimentos repetitivos que se instalam, como as estereotípias e balanceios.

¹ O treinamento de comportamentos referidos dizem respeito aos hábitos higiênicos, alimentação, autonomia para vestir-se.

² As atividades recreativas, as quais nos referimos, são jogos e brincadeiras que são oferecidas, mas sem nenhum projeto pedagógico consistente para tratar o ato de brincar como elemento facilitador do processo de desenvolvimento e de aprendizagem.

Como um segundo ponto de reflexão, a análise situa-se nas atividades que são oferecidas a essas crianças, em escolas e clínicas terapêuticas, que priorizam outras necessidades, dedicando pouco tempo da rotina. Este fato é agravado em função das dificuldades dos pais em conseguirem lhes proporcionar estas alternativas, não encontrando atendimento especializado, ou, quando encontram, não dispõem de tempo, para levá-los, nem do valor cobrado para o atendimento.

Constatamos, também, que estas crianças experimentam vivências corporais ligadas à patologia da qual são portadoras, como os toques dos médicos, os exames e aos contatos que estabelecem com as pessoas que usam o jaleco branco, mexendo e remexendo em seus corpos, injetando-lhes medicações, tirando-lhes sangue, realizando tomografias e eletroencefalogramas. Pobres contatos, uma vez que são limitados no sentido de oportunizar o desenvolvimento de habilidades e de relações. Poucas são as vivências corporais de prazer.

Apoiados nos estudos de Vygotski (1997), compartilhamos da idéia de que devemos estudar crianças portadoras de necessidades especiais, partindo da reconstrução de cada história, da sua individualidade, das características, do seu desenvolvimento e não das dificuldades que cada criança, portadora de uma determinada síndrome, possui. Tarefa difícil que deve contar com uma fundamentação qualificada e pertinente ao tema que se estuda. Esta premissa teórica nos levou a aprofundar conhecimentos adquiridos sobre autismo, participando de cursos sobre o assunto, buscando maior embasamento teórico, através de grupos de estudos e supervisão especializada. Logo, a investigação a que me proponho realizar, situa-se no âmbito das crianças portadoras da síndrome de Autismo, utilizando a Terapia Psicomotriz de enfoque relacional, como variável independente, para verificar possíveis avanços dos processos de desenvolvimento e de aprendizagem.

Antes de apresentar o problema da investigação e as questões de pesquisa que nortearam o processo investigatório, passamos a discutir alguns fundamentos epistemológicos que abarcam a temática em questão.

2. FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS

2.1. AUTISMO

Autismo é considerado um dos principais mistérios não resolvidos da psicopatologia. Desde sua descoberta, algumas explicações e conceitos foram descartados, novos estudos e pesquisas desenvolvidos, na ânsia de ajudar os portadores e suas famílias. A diversidade de comportamentos, dificuldades e tendências observadas na síndrome impõem à nossa pesquisa, criteriosa, aprofundada e constante fundamentação teórica.

2.1.1 Definição e notas históricas

Em 1802, pela primeira vez, foi dada atenção a uma criança autista. O doutor Jean Itard, médico de um instituto de surdos-mudos de Paris, aceitou tratar um menino selvagem que havia sido abandonado em um bosque. Nas notas de Itard, foi possível saber que se tratava de uma criança autista e de um ser humano desprovido de toda a cultura (Brauner, 1978). Asperger, em 1944, descrevia, em seus estudos, crianças com as mesmas características, coincidentemente com o termo “Autismo”. Refere-se também a Bender, ao definir “esquizofrenia infantil”, por considerar “Autismo” como uma forma mais precoce de esquizofrenia. Mahler acreditou tratar-se de psicose simbiótica, atribuindo a causa da doença ao relacionamento “mãe-filho”, por ser esta a sua área de estudo. Sendo que, nesta doença, as crianças, em vez de se relacionar de maneira distante e remota, tendem a se grudar ferozmente na mãe (Brauner, 1978).

Nos estudos de Gauderer (1992) encontramos a introdução do termo “autista” na literatura psiquiátrica, a partir dos estudos de Plouller em pacientes adultos, com diagnóstico de demência precoce e esquizofrenia. Também encontramos a terminologia “Autismo” usada por Bleuler, psiquiatra suíço, contemporâneo de Freud, referindo-se a adultos que haviam perdido o contato com a realidade.

A “Síndrome do Autismo” foi descrita, inicialmente, por Leo Kanner, em 1943, como um “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”. Nele se destacava, como aspecto mais relevante, uma anormalidade do desenvolvimento social, e enfatizava que o distúrbio era constitucionalmente determinado e apresentado nos primeiros estágios do desenvolvimento. Kanner teve o mérito de identificar, entre crianças com retardo mental e distúrbios do comportamento, alguns que se diferenciavam dos demais comportamentos muito peculiares. Conseguiu, também, separá-los do grupo dos esquizofrênicos e, finalmente, fez uma descrição clínica tão acurada que, ainda hoje, pode ser utilizada da mesma forma, como foi originalmente proposta. Inicialmente, foi inserida no grupo de psicoses da infância (Leboyer, 1997).

Essa autora ressalta que o reconhecimento generalizado do erro contido nesta suposição, e a constatação de que, na realidade, o que ocorre é uma distorção grave e generalizada do processo de desenvolvimento, deu origem à recente adoção do termo “Distúrbios Difusos do Desenvolvimento”. Criou-se, assim, uma classificação geral de patologias das quais o Autismo é o exemplo mais significativo.

Nossos estudos mostram uma busca de maior compreensão sobre “Autismo” e outras síndromes com características semelhantes, movimentando uma crescente quantidade de profissionais e áreas de atendimento. A medicina e a psicologia direcionam suas investigações, orientando, também, pesquisas com bebês. Entre seus objetivos, situam-se os de detectar sintomas e sinais comportamentais e sua evolução nestas patologias.

2.1.2 Descrição dos primeiros sinais

Os primeiros sinais de “Autismo”, em geral, não são logo percebidos pelos pais, embora, na maioria dos casos, estes sinais possam estar presentes desde os primeiros meses de vida. Nas entrevistas que realizamos com as famílias, escutamos relatos de que o desenvolvimento de seus filhos era normal até os dois ou três anos de idade. Por algum motivo, frente a algum fato significativo, notaram regressão em algumas habilidades já adquiridas (mais comumente a fala), ficando nítidas, a partir daí, as alterações no desenvolvimento e comportamento.

Entretanto, podemos acompanhar, no decorrer das falas, algumas mães, comentando situações da criança, quando era bebê, para as quais não deram maior importância, que poderia, já ser um sinal. Entre elas, podemos citar a hora da amamentação: o bebê mamava e regurgitava, em forma de arco, o leite. Este fato ficou identificado, mais tarde, como uma característica encontrada em alguns bebês autistas. Outro sinal era o desprazer que o bebê parecia ter ao ganhar um aconchego, no colo, demonstrando o desconforto através do choro, que só cessava, quando era colocado no berço. Teríamos ainda outro fato, relacionado ao caminhar da criança autista, que era iniciado nas pontas dos pés.

Como o diagnóstico do Autismo é baseado, fundamentalmente, na avaliação do quadro clínico e em dados da *anamnese*, não havendo, até então, um marcador biológico que caracterize sempre a condição, houve a preocupação de se tentar uniformizar o diagnóstico com a criação de escalas, questionários e critérios.

2.1.3 Diagnóstico: Como saber se uma criança é autista?

O diagnóstico da criança autista é um dos itens mais controvertidos e angustiantes para suas famílias. Casos de diagnósticos errados, emitidos com ressalvas ou com insegurança, pelo profissional, têm colaborado para aumentar a ansiedade dos pais. Com frequência, escutamos, em entrevistas e seminários, depoimentos em que, às vezes, a certeza da família, existia antes do laudo médico. Por vezes, podemos presenciar exames neurológicos, sugerindo novo diagnóstico e, junto com ele, a possibilidade de que fosse algo passível de cura. E, no final, o retorno à pergunta: meu filho é um autista?

Esta resposta deve ser baseada em critérios, utilizados pela classe médica. Os critérios mais atuais estão baseados na coexistência de prejuízos no desenvolvimento social, na comunicação e na capacidade para a imaginação, com tendência a comportamentos repetitivos. Esta condição pode estar associada a anormalidades biológicas, mas não são constantes nem suficientes, para que a sua presença realize um diagnóstico (Schwartzman, 1994).

No V Congresso Brasileiro de Autismo e IX Jornada Regional de Autismo, realizada, em Gramado, em outubro de 2000, presenciamos um consenso sobre o fato de o “Autismo” pertencer a uma categoria que deve ser diagnosticada por clínicos e pesquisadores. Diagnóstico que deve ser inserido na convergência de dois sistemas de classificação diagnóstica: o da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization), registrado no CID-10 (Classificação Internacional das Doenças, décima versão) e o do DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual – versão 4), desenvolvido pela Associação Americana de Psiquiatria.

Estes sistemas possuem bases filosóficas diferentes, sendo que o DSM-IV é um sistema focado nos sintomas que, posteriormente, definem categorias. O CID-10 é um sistema que busca um único diagnóstico, capaz de explicar os problemas do paciente (Araújo, 2000). As condições classificadas como *Pervasive Developmental Disorders* foram traduzidas como “Distúrbios Globais do Desenvolvimento”, pelo DSM-IV e, como Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, pela CID-10.

Nos estudos de Schwartzman (1994), o autor salienta a classificação do CID-10, como a mais interessante, uma vez que leva em conta a existência de condições próximas ao “Autismo” tais como: a Síndrome de Asperger, de Rett, entre outras. Estes transtornos são considerados os mais severos de todas as condições psicopatológicas da infância com sintomas e comportamentos semelhantes.

Desta forma, observamos, nas entrevistas que realizamos com os pais, a importância que têm, para eles, o diagnóstico e a certeza de sua validade. A adequada utilização de critérios possibilitará um enquadre correto do paciente. Tarefa nada fácil de ser realizada, levando em conta o variado número de características que a síndrome apresenta, além do número de outras patologias, com comportamentos semelhantes que podem ser confundidos com “Autismo”.

2.1.4 Etiologia

A partir das descrições originais de Kanner, por algumas décadas, foi dada muita ênfase às relações, como causa básica do Autismo. Ou seja, uma relação inadequada, oriunda, em geral, de uma afetividade fria, por parte da mãe, levaria a profundas distorções no desenvolvimento psico-afetivo da criança (Schwartzman, 1994).

Nas pesquisas iniciais do seu descobridor, havia referências a casos de crianças autistas, em lares de pais intelectualizados e frios, do ponto de vista das relações afetivas. Apesar de ter feito estas referências, não deixava de salientar o quanto era impossível descartar a possibilidade de algum fator biológico da criança, uma vez que, em alguns casos, as anormalidades estavam presentes desde cedo. Este fato dificultaria a aceitação de uma hipótese puramente relacional (Schwartzman, 1994).

Esse autor salienta que as conseqüências desta hipótese psicogênica levaram os pais destas crianças a carregarem a culpa pelo quadro em que seu filho se encontrava. Partindo deste dado hipotético que nunca foi claramente demonstrado, uma série de tratamentos foi e ainda permanece sendo utilizada. O fato desta suposição ser rejeitada pela maioria dos profissionais, não significa que, em algumas destas famílias, não existam alterações na dinâmica interpessoal que interfiram na aceitação e no tratamento das crianças.

Nas últimas décadas, outras hipóteses foram levantadas e investigadas à cerca da etiologia do “Autismo”. Na busca de explicações que justifiquem o desenvolvimento desta síndrome, tanto fatores de ordem ambiental como os de ordem genética têm sido pesquisados. Na década de 70, a presença de convulsões, em autistas, fez com que se pensasse em investigações de base orgânica com alterações clínicas.

Na discussão sobre fatores genéticos, três aspectos foram abordados por Schwartzman (1994) e citados em seus estudos: (1) a concentração familiar de casos de “Autismo”; (2) a concentração familiar de outras patologias em familiares de autistas e (3) a relação entre “Autismo” e várias condições de origem genética. Nestes estudos, o que observamos são algumas “cautelosas afirmações as quais ainda

se encontram em pesquisa, em função da variedade de sintomas que a síndrome “Autismo” apresenta”.

Estudos recentes, sobre a genética do “Autismo”, sugerem que possa existir um defeito genético, associado a um disparador que o desencadeou, como: rubéola congênita, vacinas e substâncias químicas. Em caso de gêmeos univitelinos, com as mesmas condições ambientais, em 60% das vezes, um sendo autista, o outro também será. Ter uma pessoa autista na família aumenta as chances de gerar um filho autista. “Quem compartilha genes, compartilha risco” (Garcias, 2000).

A localização dos genes, ligados ao Autismo, que apresentam alterações, está sendo estudada em sete grupos de pesquisas, pelo mundo. Foi identificada uma grande mutação no cromossomo 15, estando este, envolvido, como participante no fator de crescimento do córtex frontal, do cerebelo e do sistema límbico. Ou seja, está envolvido na organização do cérebro, em todos os locais identificados no “Autismo”, atualmente (Courchesne, 2000).

Não se pode postular uma etiologia linear simplista para o Autismo. As hipóteses atuais definem como um distúrbio do desenvolvimento, presente, desde o início da vida, com sintomas que expressam o funcionamento atípico de um sistema nervoso afetado. Esta desorganização e funcionamento do cérebro refletem a interação entre programas genéticos e circunstâncias ambientais que resultam na maturação de um complexo cérebro-mente (Araújo, 1999).

Teorias neurobiológicas, recentes, refletem novas descobertas, sendo ainda discutíveis quanto a seus dados e suas interpretações. Quatro teorias foram descritas como atuais por Minshew e colaboradores, citadas em Araújo (1999):

- a) teoria dos sistemas frontais - função executiva;
- b) teoria dos mecanismos de controle da atenção - córtex frontal - córtex parietal - cerebelo;
- c) teoria da memória representacional – sistema límbico;
- d) teoria do processamento complexo da informação – sistemas neocorticais.

As duas primeiras hipóteses referem-se a um “déficit” básico no processamento cognitivo, unificando anormalidades cognitivas, sociais,

comportamentais e da linguagem. A terceira teoria propõe papel essencial ao sistema límbico, na associação, com o significado no processamento da informação. A quarta teoria propõe múltiplos “*déficits*” primários, nas habilidades cognitivas.

Conforme Courchesne (2000) as anormalidades anatômicas cerebelares em pacientes autistas estão relacionadas a distúrbios em três específicas operações de atenção: orientação, mudança e distribuição da atenção. Quanto menor, anormalmente pequeno o verme do cerebelo, menos a criança autista explora o ambiente que a rodeia. É provável que haja falha no sinal de mostrar interesse no mundo à sua volta.

Investigações, realizadas em pacientes autistas, localizaram no sistema límbico, a amígdala, localizada no fundo do cérebro, em um local chamado hipocampo. A amígdala está envolvida em emoções, especialmente com o medo, aprendizagens e memória. Anormalidades foram verificadas nas autópsias de seis pacientes autistas, sendo encontradas várias alterações nos neurônios e na amígdala, reduzida em tamanho (Courchesne, 2000).

Segundo esse autor, outras anormalidades ainda estão sendo investigadas no cérebro da criança autista. Acredita que existem estruturas no cérebro do autista que não cresceram adequadamente, e que existem muitas moléculas e genes envolvidos. Também salienta que não é a amígdala, nem o cerebelo, ou o lobo frontal que causam o “Autismo”. Ele é causado por um mau desenvolvimento de vários sistemas cerebrais, devido à anormalidade, numa variedade de fatores de crescimento que, por sua vez, é causada por mecanismos de regulação genética.

A participação de Courchesne no V Congresso Brasileiro de Autismo e IX Jornada Regional de Autismo, realizados em Gramado, trouxe os resultados de pesquisas que estão sendo desenvolvidas sobre a localização do gene que sofreu mutação, causando o “Autismo”. A partir destas descobertas, ficou um espírito de esperança de que os pesquisadores encontrem as explicações e possam intervir, prevenir ou amenizar este problema.

2.1.5 Quadro clínico

Schwartzman (1994) alerta que o quadro clínico, alterado por anormalidades, pode ser observado nas crianças, desde bem cedo, por pais e pediatras. Entretanto, a condição de autista, somente se torna manifesta e percebida, até o final do terceiro ano. Excepcionalmente, alguns casos só serão identificados por volta dos cinco anos.

Anormalidades na interação social recíproca são comportamentos que já deveriam ser apresentados pela criança desde pequena. Estas alterações, nas relações interpessoais, já se manifestam no bebê autista como uma falta de resposta, adequada às tentativas de carinho e aconchego da mãe ou de quem o cuida. Quanto mais velhos, pode-se notar a tendência a ignorarem pessoas, através da falta de contato visual duradouro.

Crianças autistas parecem não perceber os sentimentos dos outros, em relação a ele, demonstrando, também pouca afetividade. Este fato aparece como ponto de divergências e indecisões, no momento do diagnóstico. A primeira menina, a participar do grupo que estudamos, é muito afetiva com seus pais, professora e terapeutas. Esta característica, fez com que houvesse resistência do médico, na hora de emitir seu diagnóstico, tornando-se um momento muito difícil para todos. Interpretam a mímica e a voz do outro de maneira equivocada. Têm muita dificuldade em fazer amigos e, freqüentemente, não parecem incomodar-se, ao menos, quando pequenos, com o isolamento, parecendo preferir ficarem sós (Schwartzman, 1994).

Esse autor ressalta que os prejuízos na comunicação e linguagem são freqüentes e, em geral, severos, o que justifica a busca de um fonoaudiólogo, levando à suspeita de problemas de audição ou de alguma patologia específica da fala. Em toda criança portadora desta condição, em idade pré-escolar, encontra-se algum tipo de distúrbio da linguagem. Podem-se encontrar crianças autistas mudas e com evidente comprometimento da compreensão da linguagem. Outras adquirem a fala, tardiamente, e mantêm dificuldades articulatórias, por muito tempo.

As alterações podem, também, ocorrer no conteúdo da fala e estão habitualmente acompanhadas de alterações na altura, entonação e prosódia. A fala da criança, na fase em que está aprendendo as primeiras palavras, é intensamente social.

Ao contrário, os autistas, nesta fase, tendem a falar pouco. Muito do que dizem não tem essa qualidade social, sem reciprocidade. São poucas as conversações mantidas e, quando ocorrem, restringem-se às preocupações específicas das crianças, num dado momento (Gauderer, 1992).

A ecolalia imediata de palavras e/ou frases ouvidas é comum, especialmente nas crianças mais jovens; ecolalia tardia também pode estar presente. A inversão pronominal é comum: a criança se refere a ela mesma, utilizando a terceira pessoa do singular ou seu próprio nome. Não raramente, crianças autistas aprendem a ler espontaneamente e com pouca idade. Entretanto, algumas fazem esta leitura de maneira mecânica, sem entender o significado das palavras; outras entendem o material lido. Também não é raro que aprendam a falar e a entender uma segunda língua de forma espontânea. Pela presença desta e de outras habilidades, em alguns autistas jovens, é que podem ser confundidos com crianças superdotadas (Schwartzman, 1994).

2.1.6 Anomalias motoras e outras características

Para Leboyer (1987), a maioria dos pacientes tem uma motricidade perturbada pela manifestação intermitente ou contínua de movimentos repetidos e complexos (estereotípias). Os mais típicos envolvem as mãos e os braços. As mãos são constantemente movimentadas frente aos olhos com uma frequência idêntica, independentemente do ambiente, indivíduos ou objetos. Geralmente a criança bate palmas ou faz movimentos oscilatórios. Os autistas, com frequência, andam nas pontas dos pés. Os movimentos envolvem o tronco e o corpo inteiro e se caracterizam por bruscas fugas para frente, por balanceios, por atitudes de hiperextensão do pescoço, ou, ainda, pelo fato de bater a cabeça. Estas anomalias motoras são, em geral, interrompidas por períodos de imutabilidade. Entretanto, estes estereótipos não estão sempre presentes nas crianças diagnosticadas como autistas. Os comportamentos automutiladores, como arrancar cabelos, se bater ou se morder, são frequentes.

É considerado comum na criança autista, com movimentos repetitivos, tais como das mãos, balanceio do corpo, girar em torno do seu eixo, ficar olhando para as mãos, enquanto se movimentam, movimentos estereotipados dos dedos, hábito de morder as mãos ou de ficar puxando os cabelos. Estas crianças tendem a colocar rotina em todas as atividades da vida diária e reagem, de forma veemente, a alterações no meio ambiente. Uma simples alteração em um percurso habitual, uma modificação com os móveis, ou com os brinquedos, pode desencadear uma reação intensa, aparentemente sem motivo (Schwartzman, 1994).

Outro aspecto interessante salientado por esse autor, refere-se às respostas aos estímulos sensoriais. Suas reações aos estímulos sonoros são tão inconsistentes que freqüentemente são considerados como portadores de deficiência auditiva. Embora esta associação possa acontecer, na maioria dos casos, o que ocorre é a resposta diversa, em momentos diferentes, ao mesmo estímulo sonoro. Podem tampar os ouvidos, quando expostos a sons altos, ficando assustados com ruídos produzidos por aparelhos domésticos (batedeiras e liquidificadores).

As reações que demonstram estímulos de dor são também muito variadas. Podem reagir de maneira inadequada a dor, dando muita ênfase em alguns momentos e em outros, não. Os autores não acreditam que haja uma insensibilidade à dor, mas, sim, de uma resposta inconsistente a ela (Schwartzman, 1994).

2.1.7 Afetos Inadequados, Distúrbios do Sono e de Alimentação

Como explica Schwartzman (1994), o afeto e o humor da criança autista são imprevisíveis, aparentando alterações de um instante para o outro: passando do riso incontrolável e sem razão, aos choros inexplicáveis. Este tipo de comportamento é denominado de “labilidade de humor”.

Pode haver uma ausência total de consciência do perigo (frente a um veículo em movimento, ou na apreciação de uma altura), contrastando com um medo, sem fundamento, frente a um objeto ou circunstância, em particular.

Quanto à insônia precoce dos autistas, ela surge muito cedo e pode se apresentar sob dois aspectos: insônia agitada e tensa, com excitação motora e, até, com movimentos de auto-agressão; e com redução de tempo da criança que fica acordada e quieta, durante longos períodos (Schwartzman, 1994).

Com relação à alimentação, Leboyer (1987) cita exemplos de crianças com graves dificuldades alimentares. Entre elas, autistas lentos, para mamar, e associados ao regurgitar alimentos (mericismo). Problema digestivo, como diarreia ou constipação resistente, seriam freqüentes no curso dos primeiros meses de vida.

Pais das crianças do programa, com freqüência, relatam a inapetência de seus filhos, acompanhada de uma tendência a comerem sempre os mesmos alimentos (iogurtes, sucrilhos, panquecas, pizza, etc.), e com a presença de alguns rituais do tipo: se tiver com a tampa do iogurte aberta, mesmo sendo novo, a criança não o come. Ela é quem deverá abri-lo.

2.1.8 O Brincar Criativo, o Quociente de Inteligência (QI) e Habilidades do Autista

A forma de brincar da criança autista, conforme Schwartzman (1994), demonstra falta de criatividade, utilizando os brinquedos de forma peculiar e às vezes, bizarra. É freqüente explorarem os objetos e brinquedos cheirando-os e os levando à boca. Podem entreter-se durante várias horas seguidas, passando a mão por uma superfície qualquer, ou repetindo a mesma tarefa, como montar um mesmo quebra-cabeça, ouvindo a mesma música ou vendo o mesmo filme.

Crianças autistas, com um bom potencial intelectual e bom desempenho verbal, podem passar horas, semanas ou meses, estudando um mesmo assunto. Frequentemente, o foco de interesse se refere a assuntos peculiares e que não costumam fazer parte do repertório de interesses das crianças de sua idade cronológica: animais pré-históricos, catálogos de números telefônicos, tabelas de horários de trens e aviões, línguas mortas, arqueologia, etc. Tornam-se profundos conhecedores destes assuntos, sendo capazes de discorrer sobre estes temas, por muito tempo, independente do interesse mostrado pelo interlocutor. Apesar de

utilizarem a linguagem, de forma, aparentemente, tão eficiente, costumam ter dificuldades na sua compreensão. Podem entender o que é lido, de forma muito literal, tendo muita dificuldade em entender o sentido figurado de algumas expressões e metáforas. Expressões como “Hoje vai chover canivetes” ou “Vou te dar uma mesada”, podem levar a um estado de muita ansiedade e medo, pois a entenderão em seu sentido mais concreto (Schwartzman, 1994).

A inteligência da criança autista é variável; admite-se, porém, que a maioria delas (70% a 75%) apresente algum grau de deficiência mental. Um dado de Ritvo é citado por Schwartzman (1994), ressaltando que as meninas autistas apresentam, em geral, graus mais severos de retardo mental do que os meninos.

O autor complementa esta afirmativa, lembrando que deve ser muito difícil avaliar, corretamente, a inteligência de uma criança que apresente características até agora enumeradas. Por outro lado, também salienta que, com a utilização de testes adequados, aplicados individualmente por um psicólogo experiente, e fazendo-se uma leitura qualitativa dos resultados, pode-se chegar a uma avaliação segura, embora aproximada, do potencial intelectual da criança. Alguns autistas demonstram uma habilidade, surpreendente, em certas atividades, como montar quebra-cabeças, habilidades matemáticas e outras, mesmo na presença de um comprometimento cognitivo global. Em crianças autistas com retardo mental, este aspecto será o maior determinante do prognóstico na vida adulta, enquanto que, em autistas de bom rendimento intelectual, o prejuízo maior referir-se-á, mais tarde, ao desempenho social.

Encontramos nos estudos de Leboyer (1987) que geralmente os autistas realizam melhor as tarefas que exigem aptidões motoras, viso-espaciais e mnêmicas (memória), do que aquelas que exigem aptidões intelectuais ou verbais. O autor ressalta que alguns autistas atingem desempenho excepcional em domínios como a música, a mecânica ou a matemática.

2.1.9 Autismo e outras complicações

A importância da investigação clínica e laboratorial que será desenvolvida junto à criança com suspeita de autismo, é salientada por todos os profissionais da área médica. Mesmo que o diagnóstico seja eminentemente clínico, os exames poderão mostrar alguma alteração que pode acompanhar o quadro de autismo.

Os estudos de Schwartzman (1994), sobre as possíveis complicações que podem aparecer junto ao quadro de autismo, serão utilizados por nós nesta fundamentação. O exame físico deverá ser muito cuidadoso, na tentativa de se encontrarem evidências de algumas condições clínicas, freqüentemente associadas.

O exame neurológico pode mostrar-se com alterações do sistema nervoso. Exames de diagnóstico, por imagem, do sistema nervoso central (tomografia computadorizada axial craniana e ressonância nuclear magnética da cabeça) podem mostrar alguma alteração. No entanto, esta informação, raramente, levará a uma conduta terapêutica específica. Por esta razão o autor faz um alerta aos médicos: sempre levar em conta os riscos (ainda que pequenos), envolvidos num procedimento deste tipo; justificam-se os benefícios que possam dele decorrer. Em algumas circunstâncias, estes procedimentos de diagnóstico podem apresentar uma condição cerebral subjacente ao autista. Uma avaliação auditiva também deverá ser feita, considerando os sinais e a idade da criança.

A epilepsia, que no Autismo é freqüente, está estimada em cerca de 2% a 30% dos casos. As manifestações convulsivas podem iniciar em qualquer idade, mas o fazem, ou em idades bem precoces ou durante a adolescência. Até o momento, não observamos crises nas crianças do programa de psicomotricidade. Entretanto, nossas consultas bibliográficas mostram dificuldades em se reconhecer este tipo de crise, uma vez que as suas manifestações podem ser confundidas com sintomas habitualmente presentes nos casos de Autismo (Schwartzman, 1994).

2.1.10 Evolução e prognóstico

Revisando a literatura pertinente a essa temática, encontramos os estudos de Leboyer (1987) que apresenta a evolução da sintomatologia autística, durante o desenvolvimento de uma criança, elaborada por Ornitz, em 1984. Apresentamos, a seguir alguns quadros que analisam o perfil da criança autista em diferentes estágios do desenvolvimento:

Quadro 1 - O autista recém-nascido

| |
|--|
| Parece diferente dos outros bebês; |
| Parece não precisar da mãe; |
| Raramente chora (um bebê muito comportado); |
| Torna-se rígido quando é pego no colo; |
| Às vezes muito reativo aos elementos irritáveis. |

Fonte: Leboyer, 1987.

Quadro 2 - A criança autista aos seis primeiros meses

| |
|--|
| Não pede nada, não nota a sua mãe; |
| Sorriso, resmungos, resposta antecipada são ausentes ou nulos; |
| Falta de interesse por jogos e muito reativo aos sons. |

Fonte: Leboyer, 1987.

Quadro 3 - A criança autista de seis a doze meses

| |
|---|
| Não afetuoso; |
| Não interessado por jogos sociais; |
| Quando é pego no colo, é indiferente ou rígido; |
| Ausência de comunicação verbal ou não verbal; |
| Hipo ou hiper-reativo aos estímulos; |
| Aversão pela alimentação sólida; |
| Etapas do desenvolvimento motor irregular ou retardado. |

Fonte: Leboyer, 1987.

Quadro 4 - A criança autista no segundo e terceiro ano

| |
|--|
| Indiferente aos contatos sociais; |
| Comunica mexendo a mão do adulto; |
| O único interesse pelos brinquedos: costuma alinhá-los; |
| Intolerância à novidade nos jogos; |
| Estimulações sensoriais: ranger os dentes, esfregar e arranhar superfícies... |
| Particularidade motora: bater palmas, andar na ponta dos pés, balançar a cabeça, girar em torno de si mesmo. |

Fonte: Leboyer, 1987.

Quadro 5 - A criança autista no quarto e o quinto ano

| |
|--|
| Ausência de contato visual; |
| Jogos: ausência de fantasia, de imaginação, de jogos de representação; |
| Linguagem limitada ou ausente – ecolalia – inversão pronominal; |
| Anomalias do ritmo do discurso, do tom e das inflexões; |
| Resistência às mudanças no ambiente e nas rotinas. |

Fonte: Leboyer, 1987.

As descrições clínicas do “Autismo”, tais quais elas existem, atualmente, demonstram, segundo Leboyer (1987), uma grande heterogeneidade, devido à evolução dos sintomas no tempo. Tais sinais podem desaparecer, ou se atenuar, paralelamente, ao desenvolvimento da criança. Um autista não apresenta exatamente o mesmo quadro que o outro, em razão de: diferentes graus de gravidade; diferenças das capacidades, das suas habilidades e da associação do Autismo à deficiência mental ou a outras doenças orgânicas. As essas variáveis, se pode acrescentar outras, tais como: heterogeneidade das condições internas do indivíduo; o conjunto de circunstâncias externas a ele; a assistência e vínculos da família e os atendimentos especializados que recebem. Todos esses fatores podem representar significativas diferenças no desenvolvimento e na aprendizagem das crianças portadoras dessa síndrome.

2.1.11 Tratamento

Os registros teóricos sobre a síndrome do “Autismo”, evidenciam que muitas são as questões que podem nos remeter a reflexões sobre a caracterização da síndrome. O tratamento da criança autista sugere a adotarmos um posição favorável à interdisciplinaridade (médicos, psicólogos, pedagogos, psicomotricistas, psicopedagogos, etc.). O viés da reflexão parte da experiência com crianças autistas, seja como psicopedagoga atendendo crianças diagnosticadas com essa síndrome, seja como psicomotricista, submetendo-as à terapia psicomotriz.

A falta de etiologia como a gravidade que a síndrome representa; até então, é considerada por Holmes (1997), como um dos mais proeminentes e sérios fracassos da psicologia e psiquiatria, pelo sofrimento que causa aos familiares e pela falta de perspectiva quanto a uma melhora ou cura (o que a família espera).

Conforme Schwartzman (1994), o tratamento psicológico tem sido considerado como indiscutível, principalmente, para a família da criança portadora de Autismo. No que tange aos tratamentos psicoterapêuticos, baseados em técnicas verbais e interpretativas, não há indicação (para crianças) em função do desenvolvimento da linguagem apresentar-se limitada, e das poucas possibilidades de

se realizar interpretações. Este tipo de acompanhamento foi relatado pelos pais, como infrutífero para a criança. Exceto, quando os profissionais (psicólogos ou psiquiatras) desejavam observar, como se desenvolviam os vínculos na família.

A partir da metade do século XX a quimioterapia, por meio dos psicofármacos, teve sua entrada nos tratamentos psiquiátricos (Brauner, 1978). Desde então, a sua crescente utilização vem sendo questionada pelos próprios neurologistas especializados que criticam o farto uso dos neurolépticos, quando estes deveriam ser prescritos, apenas, eventualmente, por períodos curtos, para crises comportamentais mais severas.

Dados trazidos por Georgen (2000), no último Congresso Brasileiro, sobre “Autismo”, indicam que 40% das crianças que têm transtornos invasivos do desenvolvimento, vão se beneficiar com a medicação, devendo haver muita cautela em sua prescrição, pela possibilidade de efeitos colaterais severos e, por vezes, irreversíveis que pode causar.

Os distúrbios de atenção e concentração são tratados pelas mesmas drogas utilizadas no tratamento de crianças com síndrome do déficit de atenção, com hiperatividade, sem Autismo. Os anticonvulsivantes são ministrados nos casos de epilepsias. Há tratamento com antidepressivos, ansiolíticos, fenfluramina (droga utilizada, por alguns médicos, que reduz, segundo estes, hiperatividade e componentes estereotipados, em cerca de 33% dos casos estudados). Outra proposta de tratamento com medicação propõe a utilização de doses elevadas de vitamina C, complexo B e B₆.

Nossa experiência com crianças autistas e o uso de medicações é a mais variada, da mesma maneira com que se manifestam os sintomas da síndrome. Pudemos observar mudanças comportamentais significativas as quais, mais tarde, eram confirmadas pela família, reações estas, já esperadas, em consequência das medicações ministradas. Estas alterações comportamentais, tanto podiam ser positivas para o desempenho das atividades da criança, no decorrer da sessão (exemplo: diminuição do comportamento obsessivo-compulsivo), como deixavam a criança sonolenta durante as sessões.

Há um apelo de cautela aos profissionais da área médica, quando se trata de prescrição destas medicações. Schwartzman (1994) salienta que o tratamento medicamentoso não pode ser considerado como aspecto central no atendimento da criança autista, mas pode ser útil coadjuvante, quando usado com moderação e oportunidade. Outra indicação que vem sendo acrescida nas orientações médicas, diz respeito às escolas especializadas para atender crianças autistas ou portadoras de outros distúrbios do desenvolvimento.

O número de classes oferecido para o atendimento da criança autista, vinculado ao ensino público, é ainda considerado insuficiente, para atender às necessidades desta população. Ocorre o inverso na rede particular, pois estas escolas e turmas estão aumentando seu número de vagas. Esta realidade, porém, só é possível para as famílias que possuem condições econômicas favoráveis, visto que seu custo é muito elevado.

Podemos encontrar nestas escolas a utilização da proposta “TEACCH³”, como tratamento e educação. Desenvolvido por Eric Schopler, na Universidade de Carolina, em 1966, este método foi criado, para atender crianças com distúrbios da comunicação, organizando as atividades pedagógicas, através de uma estrutura rígida, priorizando a necessidade de rotina, apresentada pelo autista. As atividades pedagógicas são apresentadas com antecedência através de suportes visuais e de ações previsíveis (Lopes, 1997).

Esta proposta de trabalho para os autistas enfatiza o desenvolvimento da autonomia, sendo aplicada nas crianças, de forma individualizada, acompanhada e avaliada segundo uma escala de habilidades. Uma questão que se coloca desde um ponto de vista crítico, é a mecanização do método. Outra, é o posicionamento de Lopes (1997), ao se referir à importância do modelo, desde que seja adequado aos padrões sociais, econômico e cultural onde será aplicado.

³ Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children.

Nossa posição frente ao método encontra-se na análise do “fazer” da criança autista, ou seja, olhar as diferenças entre um ato mecânico que requer aprendizagem memorística e um ato educativo que requer memória compreensiva. Estes fatos, acrescidos de outras situações que vivenciamos nas sessões de psicomotricidade, nos levam acreditar que as escolas que adotam tal modelo, através de uma programação rígida e sem atividades alternativas, correm o risco de apenas treinar certos comportamentos, que com certeza qualquer ser humano pode manifestar através da repetição sistemática de um mesmo gesto. Entretanto, esse procedimento pode impedir que essas crianças experimentem outras situações que lhes permitam pensar, criar e relacionar-se.

No artigo “Não chorem por nós”, escrito por Sinclair (1999), e traduzido por Furtado, encontramos considerações pertinentes as reflexões que acabamos de fazer. O autor salienta que “autismo” não é uma parede impenetrável, existe uma maneira de aprendermos com eles, deixando que os mesmos ensinem um pouco de sua linguagem, levando-nos para o interior do seu mundo. Dizendo de outra forma, a criança autista não está totalmente incapacitada para se relacionar. Existe a possibilidade de troca, por mais difícil e desafiadora que nos pareça cada caso. Esse é o ideário do trabalho que nos propomos realizar.

Um dos pilares de sustentação da pesquisa está ancorado na concepção de Vygotski, fundamentalmente, na compreensão que tem sobre a evolução dos processos de maturação e aprendizagem, e, especificamente, sobre sua compreensão dos problemas da deficiência, sobre os quais tratamos em continuação.

2.2 VYGOTSKI: A “DEFICIÊNCIA” EM QUESTÃO

Semiónovich Vygotski, eminente psicólogo soviético, publicou seus primeiros trabalhos sobre a “deficiência”, em 1924, período em que o autor se dedicava, simultaneamente, às investigações científicas, no Instituto de Psicologia, e ao trabalho de Instrução Pública, em uma subdivisão de crianças portadoras de necessidades educativas especiais. As idéias deste autor chamam nossa atenção, por nos identificarmos com sua maneira de pensar sobre o desenvolvimento de crianças

portadoras de necessidades educativas especiais e por seu caráter atual, o que se vê reforçado da citação que segue:

“Quando vemos, hoje, a crescente penetração das idéias de Vygotski na psicologia e na educação, podemos imaginá-lo bastante próximo de nós, no tempo e no espaço” (Oliveira, 1997. p.14).

Se os estudos experimentais e teóricos de Vygotski, sobre crianças portadoras de necessidades especiais, foram inovadores, em sua época, podemos afirmar que continuam sendo básicos para a elaboração frutífera, tanto da educação como das terapias que visam atender estas crianças.

O primeiro período de sua atividade científica centrou-se no estudo da personalidade da criança, mentalmente atrasada e fisicamente deficiente. Examinou criticamente as teorias sobre o desenvolvimento psíquico da criança “normal” e “portadora de necessidades especiais”, analisando os diversos tipos de anomalias do desenvolvimento. Seu trabalho esteve orientado para descobrir a essência mais profunda da patologia: da gênese aos sintomas secundários, até a compreensão das particularidades estruturais da personalidade integral da criança, considerada com desenvolvimento especial (Oliveira, 1997).

Os aportes sobre desenvolvimento psíquico que Vygotski (1997) elaborou, ao estudar as crianças “normais”, passaram a ser utilizadas nas investigações das necessidades especiais educativas através das seguintes concepções:

“As leis que regem o desenvolvimento, tanto da criança anormal como da normal, são fundamentalmente as mesmas; assim como as leis que governam a atividade vital seguem sendo as mesmas se são normais ou patológicas as condições de qualquer órgão ou do organismo em seu conjunto” (p.213).

O que muda, neste caso, são os prazos, ritmo e qualidade, dependendo das estruturas específicas de cada síndrome ou necessidade. Quando analisou as diferentes variantes da estrutura do defeito, Vygotski descobriu a correlação peculiar entre o intelecto e o afeto, entre as funções psíquicas inferiores e superiores (Oliveira, 1997).

Conforme Vygotski (1987), o reconhecimento da existência de leis comuns, no desenvolvimento normal e no patológico, é a pedra angular de todo estudo comparativo da criança. Porém estas regularidades comuns têm em um e outro caso sua expressão concreta peculiar. Onde existe um desenvolvimento atípico, que se desvia do normal, essas mesmas regularidades adquirem uma manifestação qualitativamente peculiar, específica que não é uma simples cópia fotográfica do desenvolvimento típico da criança.

Outra idéia fundamental, defendida por Vygotski (1997), diz respeito às particularidades da criança com dificuldades:

“O estudo da criança com atraso mental deve basear-se, sobretudo, em um teste qualitativo, e não na determinação quantitativa do defeito. O objetivo do estudo dessa criança é a determinação do tipo de desenvolvimento da conduta, e não o nível quantitativo que tem alcançado cada uma das funções” (p.193).

Este autor procurou esclarecer a dinâmica que está na base da peculiaridade do desenvolvimento da criança com atraso mental, com defeito físico e dificilmente educável, mostrando, também, os aspectos positivos na personalidade desta criança. Esta orientação, sobre a busca de possibilidades positivas para o desenvolvimento das crianças portadoras de necessidades especiais, é fundamental em todos os trabalhos de Vygotski sobre a “deficiência”, o que concentrou todo o seu interesse, precisamente, nas possibilidades da criança e não nas suas dificuldades.

Para Vygotski (1997) as tendências da defectologia da época seguiam a seguinte lei:

“A esfera das funções psicológicas se considerava fechada, para sempre, e inacessível à criança anormal, e todas as aspirações pedagógicas estavam orientadas ao aperfeiçoamento e ao avanço dos processos elementares inferiores. Essa doutrina se expressou com máxima claridade na teoria e prática da educação sensório-motriz, no adestramento e educação de sensações isoladas, de movimentos singulares, de processos singulares” (p.222).

Nessa maneira de pensar, não se ensinava a criança deficiente mental a pensar, e sim, como exemplo, a diferenciar sons, cores, etc. Toda a educação da criança anormal seguia uma linha que tendia ao elementar e inferior.

Vygotski concedeu particular importância ao desenvolvimento dos processos psíquicos e superiores e à interconexão dos mesmos com os mais elementares, nas crianças com necessidades especiais educativas. Suas investigações demonstraram que são possíveis o desenvolvimento e a compensação da dificuldade mental e sensorial, não mediante o simples adestramento das funções elementares, mas sim, às custas do desenvolvimento e aperfeiçoamento das funções psíquicas superiores (Oliveira, 1997).

Durante o desenvolvimento dos processos psíquicos superiores há uma reorganização das relações entre estes. No começo, a percepção tem um papel prioritário; depois a memória; e, mais adiante, o pensamento verbal, lógico, como também a incorporação, cada vez maior, da vontade e do empenho dos diversos recursos de mediação. Vygotski via a possibilidade de progresso e aperfeiçoamento da atividade cognitiva das crianças, na formação ativa de seus processos psíquicos superiores (Vygotski, 1997).

As investigações de Vygotski (1997) levaram a crer que as funções psicológicas superiores têm uma origem social, conforme explica:

“As funções psíquicas superiores (pensamento em conceitos, linguagem racional, memória lógica, memória lógica, atenção voluntária e outras, se têm formado durante o período histórico do desenvolvimento da humanidade e deve sua origem, não na evolução biológica que configurou o biótipo de ser humano, e sim em seu desenvolvimento histórico como ser social” (p.213).

Para esse autor, cada função psíquica aparece duas vezes: 1º como função de conduta coletiva, como forma de colaboração ou interação, como meio de adaptação social, ou seja, como categoria interpsicológica, e em 2º lugar, como modo de conduta individual da criança, como meio de adaptação pessoal, como processo interior da conduta, ou seja, como categoria intrapsicológica.

Considerava que o processo de desenvolvimento da personalidade estava condicionado pela unidade de fatores biológicos e sociais, sendo que esta unidade

não se apresentava em forma de uma combinação mecânica e estática dos fatores hereditários e ambientais. E, sim, que constituía uma unidade complexa, diferenciada, dinâmica e variável, tanto com respeito às funções psíquicas tomadas em separado como as diversas etapas do desenvolvimento evolutivo. As fontes das modificações dos processos psíquicos são sempre sociais. Posteriormente, vão adquirindo um caráter psicológico-individual (Vygotski, 1997).

A evolução dos processos psíquicos complexos (memória voluntária, memorização ativa, atividade do pensamento), como também do caráter da conduta cuja formação atravessa um largo caminho (idade pré-escolar, idade escolar, adolescência, juventude), depende mais do ambiente circundante (condições de educação e ensino, do meio cultural e cotidiano, da índole da comunicação, das formas e modos de atividade, etc.) do que da herança. Ao mesmo tempo, segundo a idéia de Vygotski, o ambiente não só é uma condição para o desenvolvimento da criança, mas também a fonte deste desenvolvimento. Desde os primeiros dias de sua existência, a criança se acha em interação com o meio que a rodeia e sob sua influência, sendo o ambiente o que determina seu desenvolvimento, como se a guiasse. O componente hereditário, por pequeno que seja, participa também na formação das funções psíquicas superiores.

Outra aquisição importante em seus estudos foi à análise da correlação entre os processos de desenvolvimento e o ensino, na idade infantil. Seu enfoque dialético deste problema central da infância, se expressou no esclarecimento das complexas correlações dinâmicas entre os processos de desenvolvimento e de ensino, na comprovação do papel de retentor e estimulador do ensino e da ausência de paralelismo entre ambos. Concedia grande valor à atividade coletiva, à cooperação e à interação, não só para a formação da psique, nas crianças “normais”, como também nas portadoras de necessidades especiais. Demonstrou que a divisão entre o já alcançado pela criança (nível real do desenvolvimento) e suas possibilidades potenciais (zona de desenvolvimento potencial) tornaram-se excepcionalmente frutíferos, para compreender a interconexão entre o ensino e o desenvolvimento (Vygotski, 1997).

Considerava que o ensino sempre ia adiante do desenvolvimento, criando uma diferenciação que só é acessível à criança com a colaboração dos adultos ou de

outras crianças maiores. Sendo necessário corrigir, desde cedo, o desenvolvimento da criança com uma necessidade especial, tendo em conta a zona de desenvolvimento próximo, para formular o diagnóstico desta criança. A concepção de nível atual e de zona de desenvolvimento próximo baseia-se na idéia de que tanto estas últimas, como as possibilidades reais da criança, vão se ampliando. Estes conceitos têm importância, para determinar o estado, o ritmo e as perspectivas do desenvolvimento mental, tanto na criança considerada “normal” como nas com necessidades especiais educativas (Vygotski, 1997).

Embora Vygotski não tenha estudado a Síndrome do Autismo de Kanner, pois a mesma foi descoberta em 1943, após a sua morte, 1934, o autor nos deixou um consistente estudo sobre a criança deficiente. Suas descobertas não só orientam nossa prática, mas também fundamentam as reflexões e questionamentos que surgem nesse trabalho. Reforçaremos esta ajuda usando proposições importantes da psicomotricidade relacional. Assunto que desenvolveremos a seguir, junto com o tema psicomotricidade.

2.3 PSICOMOTRICIDADE

2.3.1 Concepções e Vertentes

A Psicomotricidade tem como objeto de estudo o indivíduo humano e suas relações com o corpo, sendo um encontro de múltiplas idéias, advindas das mais variadas ciências. Citar a sua origem, vertentes e concepções significa trilhar caminhos que nos levam à filosofia, biologia, psicanálise, entre outras áreas. Este caminho foi rastreado, a partir dos estudos de Coste (1981).

O histórico da noção de corpo apoia-se na filosofia, com Descartes, considerado o filósofo que lançou as bases de toda a ciência moderna. Afirmou a existência do ser humano pelo seu “cogito”, ou seja, “eu penso”. Sendo o único ser que realiza a articulação das duas substâncias, que ele reúne em si mesmo sob a forma de alma (a qual pertence à substância – pensamento) e de corpo. Eu penso, e

toda a essência decorre de pensar; entretanto, possui um corpo ao qual estou estritamente vinculado, mas que é somente uma coisa externa e que não pensa. Minha alma é inteiramente distinta do meu corpo, mas não pode existir sem ele.

A locomoção, para Aristóteles, era uma das funções da alma, característica do mundo animal, sendo esta alma a responsável pelo movimento do coração e, em consequência, tornando o corpo rígido, de tal maneira, que podia movimentá-lo.

Coste (1981) continua seu estudo, citando o psicólogo Maine de Biran que desenvolveu uma teoria metafísica do corpo, salientando os dados da sensibilidade e da experiência humana, instituindo no caráter ativo e voluntário do espírito humano. Presenciamos, neste momento, a descoberta do “eu” existente e possível de sentir, ter vontade, unindo a vida afetiva e emotiva à vida somática.

Freud desenvolveu o conceito de inconsciente, a partir dos trabalhos de Charcot, primeiro psiquiatra do mundo a utilizar a hipnose e a descobrir o chamado “membro fantasma” (indivíduo que teve um membro amputado, tendo a impressão de sua existência). O corpo é a fonte de todas as pulsões, o centro das relações infantis com a mãe, em que se inscrevem as pulsões que não têm acesso à consciência e à palavra. Deixa de estar sujeito aos ditames da vontade, passando seus gestos, atitudes, suas reações corporais, decorrentes, freqüentemente, das motivações inconscientes.

A relação da psicomotricidade com estudos neuropsiquiátricos surge com Dupré, a partir de 1905. Baseado em estudos clínicos, definiu a debilidade motora, a instabilidade e isolou perturbações, tais como: os tiques, as sincinesias e as paratonias. Estas pesquisas situavam-se num eixo, essencialmente neurológico, e tornaram-se campo de investigação, também, da psicologia, através do estudo da imagem corporal (Coste, 1981).

Encontramos na reconstrução realizada por Coste (1981), as contribuições da psicologia comportamentalista (behaviorista), com Skinner, e com as definições e conceitos de Pavlov, sobre os atos reflexos e de comportamento, estudando as reações do sujeito, em face às solicitações do meio. Na Alemanha, Kofka e os psicólogos da Forma (Teoria *Gestalt*) interessam-se pelos mecanismos da percepção, dos processos perceptivos e pela relação destes com o corpo humano.

Claparède, Montessori e Piaget, ao estudarem o desenvolvimento sensório-motor da criança, criam condições para uma compreensão maior do desenvolvimento do ser humano. Nesta época, 1925, Henri Wallon estuda a relação que existe entre as emoções e certo comportamento tônico. Fornece observações sobre o desenvolvimento neurológico do recém-nascido e da evolução psicomotora da criança. Wallon mostra a importância dos movimentos, no desenvolvimento psicológico da criança. Sua visão psicobiológica influencia os psicomotricistas que estudam as implicações do desenvolvimento motor e mental da criança. Suas publicações ajudaram nos estudos relacionados aos conhecimentos da criança, em seus aspectos intelectual, motor e afetivo.

A partir dos estudos de Wallon, surgem múltiplas correntes e teorias que enfatizam a reeducação das funções motoras perturbadas. Jean de Ajuriaguerra enfatiza a função central da comunicação do tônico (diálogo tônico) e aperfeiçoa um método de relaxação com ajuda de certos conceitos psicanalíticos, desempenhando um papel determinante na progressão da cura (reeducação psicotônica)

Encontramos nos estudos de Negrine (1995) a referência que faz à evolução da psicomotricidade, na França, através de três impulsos. O primeiro, nos anos trinta, recebe a influência psicobiológica de Wallon. Os testes de Ozeretzki-Guilmain são utilizados, para diagnósticos, pela psicopedagogia. O final desta etapa, na psicomotricidade, é totalmente dirigido para a vertente reeducativa. Os testes servem de instrumentos de avaliação do perfil psicomotor da criança.

O segundo impulso da psicomotricidade, na França, ocorre nos anos sessenta, com “Le Camus”, recebendo influência de Wallon e da noção de esquema corporal. Termos que se originam, na patologia, através dos neurologistas e psiquiatras.

O terceiro impulso ocorre na década de sessenta, quando os pedagogos realizam um deslocamento do corpo instrumental para um corpo relacional. Esta nova aproximação da psicomotricidade influenciará também no ensino da educação física, principalmente, nos países latino-americanos.

Conforme encontramos em Negrine (1995), três grandes vertentes para esta prática são descritas na literatura: a educação, a reeducação e a terapia. A primeira recebeu grande destaque nos currículos de ensino pré-escolar. A segunda vertente, a reeducativa, nasceu com este enfoque e adquiriu, com o passar dos tempos, a visão

terapêutica, por influência da psicanálise. O perfil funcionalista prevaleceu nas três vertentes, utilizando-se das atividades de treinamento e dos testes, para atuar sobre o corpo.

O jogo tornou-se componente pedagógico básico na sessão de prática psicomotriz, tanto para educação, como para terapia. Concordamos com Negrine (1995), quando analisa a difícil mudança de paradigma do modelo: jogo/técnica para jogo/subjetivo/simbólico. A psicanálise tornou-se forte aliada aos estudos de Winnicott, sobre o jogo e o espaço de relação. A psicogênese, através das teorias de Piaget e Wallon, contribuiu com suas concepções sobre o jogo e o desenvolvimento infantil.

Aucouturier e Lapierre citados por Negrine (1995) realizam uma trajetória, na psicomotricidade, marcada por uma inquietação e uma postura científica que tomam a atenção e a crítica de muitos estudiosos da área. Conforme este autor, para melhor estudar o caminho, seguido por estes autores, organiza esta trajetória em três momentos distintos que denominou: período continuador, inovador e da ruptura.

No período continuador, Aucouturier e Lapierre seguem a vertente funcionalista, utilizando testes de avaliação diagnóstica, e prescrevem exercícios para desenvolver diferentes habilidades corporais. Trabalham a partir da concepção psicomotriz das faltas. Consideram o ser humano um ser indissociavelmente psicossomático e psicomotor.

O período inovador marcou uma época de mudanças, quando os autores citados defendem uma concepção psicopedagógica geral, isto é, a psicomotricidade ampliada para um conjunto de atitudes que devem adaptar-se à escola, não limitada à sessão. A prática psicomotriz é vivenciada tanto por crianças quanto com adultos. Abandonam o modelo funcionalista, e partem para um marco relacional, em que o mais importante era trabalhar com o que a criança tinha de positivo, com o que ela sabia fazer.

O último período é considerado o momento em que Lapierre e Aucouturier não abandonam os princípios definidos, anteriormente, mas buscam uma prática diferenciada, a partir dos princípios inovadores que eles mesmos propõem. As diferenças fundamentais se baseiam na forma de intervenção com as crianças e, fundamentalmente, na forma de entender e potencializar o jogo durante a sessão

psicomotriz. Esta separação não oferece danos para a Psicomotricidade Relacional. Lapierre continua seus estudos, agora com o auxílio de sua filha Anne. Para este autor, a psicomotricidade é concebida como uma forma mais geral, incluindo relações humanas, carências, perturbações e dificuldades e inclusive projeções inconscientes que se produzem na vida da criança, do adolescente e do adulto.

Para Aucouturier citado por Negrine (1995), a psicomotricidade tem sua função até os sete ou oito anos. Partindo desta idade, deve-se mudar o tipo de atividade, através de vertentes variadas ou formas de expressão corporal. Um dos pontos em comum entre estes dois autores, refere-se à formação psicomotricista. A atualização permanente deve ser, essencialmente, corporal, permitindo mais que um saber intelectual, ou seja, uma integração de conhecimentos de si mesmo, das reações corporais, afetivas e emocionais. Esta afirmativa parece-nos muito pertinente, visto que realizamos o curso de Psicomotricidade Relacional, sob a coordenação do professor Airton Negrine e tivemos a possibilidade de vivenciar estes conhecimentos que serão abordados a seguir.

2.3.2 Psicomotricidade Relacional: adaptada ao nosso meio

O projeto de formação de Psicomotricistas Relacionais, sob a coordenação do professor Negrine, iniciou na Federação de Estabelecimentos de Ensino Superior em Novo Hamburgo (FEEVALE), em 1994. A partir de 1995, com a mesma perspectiva, o curso foi oferecido no Centro Universitário LA Salle, em Canoas. As turmas são formadas por profissionais provenientes de diversas áreas: psicopedagogos, pedagogos, psicólogos, professores de educação física, entre outros. Esta heterogeneidade pode significar uma riqueza de trocas, experiências e enriquecimentos para os participantes do curso (Negrine e Machado, 1999).

A inovação curricular proposta, neste curso, segundo Negrine (1998), está centrada em três etapas de formação: teórica, pessoal e pedagógica. A formação teórica tem como objetivo subsidiar os profissionais, possibilitando-lhes trilhar o mesmo caminho da psicomotricidade e da psicomotricidade relacional. Também

obtenham, revejam e aprofundem conhecimentos sobre as teorias do desenvolvimento infantil, psicologia familiar e relações interpessoais.

A Formação Pessoal do Adulto, segunda via que dá sustentação a este curso, está estruturada a partir de atividades corporais de ordem relacional, diferenciada das sessões de ginástica, dança e das práticas corporais alternativas como: biodança ou terapia Reichiana (Negrine, 1998). Lapierre, ao prefaciar o livro de Maudire (1992), salienta que a formação pessoal possibilita mais do que um conhecimento intelectual. Permite a integração dos conhecimentos: de si mesmo, das reações corporais, afetivas e emocionais em situações diversas. Também proporciona conhecimento do outro, leitura rápida de seus gestos, atitudes e mensagens tônicas.

“Há uma certa analogia entre a formação psicomotriz e a formação psicanalítica; assim como o psicanalista não pode ser formado senão pela sua própria análise, o terapeuta em psicomotricidade só pode ser formado pela sua própria vivência de relações psicomotoras. Tanto num como no outro a didática vem depois, e só pode basear-se na experiência íntima” (Aucouturier e Lapierre, 1980. p.75).

Por estas razões, defendemos a continuidade dos grupos de formação permanente para quem trabalha com a linha educacional e terapêutica. Grupos de vivências que tivemos em “Encontros e Reencontros” (Negrine, 1998), experiência realizada nos anos de 1998 e 1999, sob a coordenação do referido professor. Os objetivos desta proposta estavam direcionados à continuidade do trabalho corporal dos psicomotricistas e para a progressiva construção de conhecimentos nesta área. Acrescentaríamos a estas finalidades, dar sustentação e supervisão para quem atua nesta área.

A “Metodologia da Prática Psicomotriz”, a qual está voltada para a formação didático-pedagógica, parte da observação e da intervenção dos alunos com crianças em idade pré-escolar. As sessões são semanais, suas pautas de observações ficam pré-determinadas, entre outras anotações, significativas, que podem surgir. Após seu término, há um momento para leitura, análise e compreensão dos fatos anotados. São traçadas novas estratégias e novas pautas para o encontro seguinte. A atuação do estudante também é observada, partindo dos princípios teóricos da psicomotricidade, com enfoque relacional. Negrine (1998) defende o papel do psicomotricista

transformar-se em um corpo de ajuda, provocando situações e vivências que favoreçam a participação da criança no jogo.

A sessão psicomotriz é dividida em três partes: ritual de entrada, sessão propriamente dita e ritual de saída. O ritual de entrada é o momento em que o psicomotricista senta com as crianças no chão, e faz algumas combinações: o que pode fazer, o que não pode (machucar os colegas, brigar, etc.). Lembra que ao término da sessão, todos deverão ajudar a guardar o material e arrumar a sala, voltando para a roda, para o ritual de saída, momento em que as crianças são convidadas a simbolizar o que gostaram, e o que não gostaram de fazer no decorrer do trabalho. Pode-se pedir que se expressem pela palavra, pelo desenho ou argila. Em algumas sessões, no final do encontro, proporciona-se também atividade de relaxação.

As sessões se desenvolvem em um ginásio onde o espaço é amplo, para que a criança possa desenvolver sua trajetória psicomotriz, juntamente com seus iguais e com os alunos de psicomotricidade que estão atuando naquele dia.

Os recursos materiais são oferecidos em cada encontro, respeitada a atividade espontânea da criança. Lapierre descreve o uso destes materiais com reserva, evitando a caracterização destes recursos como receita, na aplicação de um programa de exercícios (Lapierre *et al.*, 1987). Concordamos com esta afirmativa e faremos referência a alguns destes materiais e, de que maneira, fomos observando sua utilidade pelas crianças.

Bolas de vários tamanhos, de materiais diferentes, coloridas e de texturas variadas, são importantes auxiliares para este ato pedagógico. Constituem um material dinâmico, por rolaem, pularem, servindo de aconchego e, algumas vezes, mediadoras para pequeninos que não querem entrar na atividade. Também são utilizadas como material que favorece a relação entre eles, ou, ao contrário, podendo provocar disputas.

Colchões de espuma, recobertos com tecido, foram utilizados em várias situações: para alguns foram usados de maneira regressiva; para outros era um esconderijo contra os bandidos. Também servia, para saltar em cima deles, ou, como mediador, para “sentir” o corpo do outro.

Lençóis grandes servem de esconderijo para que as crianças apareçam e desapareçam. Este jogo pode passar de sensório-motor a simbólico, em vários momentos da sessão. Também servem para arrastar e serem arrastados pelos colegas e facilitadores, em atividades dinâmicas.

Cordas para amarrarem uns aos outros, como meio de união, de proporcionarem também jogos simbólicos que são descritos pelas crianças (cavalo, por exemplo).

Bambolês coloridos de diversos tamanhos são usados pelas crianças para jogarem, ou para ficarem em seu interior.

Fantasia diversas: papai-noel, roupas de adulto: sapatos, bolsas, chapéus ficam à disposição das crianças em uma caixa, para que estas usem e abusem de sua imaginação. Vivenciam papéis que, em algumas crianças, se repetem com frequência. Momento em que são incentivados a trocar de personagens, no decorrer do jogo.

Bancos e plintos são oferecidos e usados de maneiras alternadas. Às vezes são bancos e plintos. Outras vezes, são pontes ou montanhas.

Brinquedos figurativos (bonecos, animais, mobílias de casa) estão à disposição, para que as crianças possam desenvolver os mais variados jogos, além de ajudar na elaboração de situações conflituosas.

Para Lapierre (1988), uma das características da psicomotricidade relacional é a de utilizar os materiais em uma relação não verbal, simbolizando metaforicamente alguma situação que tenha implicações afetivas. Mas é preciso tomar cuidado para não generalizar e, sobretudo, não impor este simbolismo ao paciente: um objeto pode representar o seio materno para uma pessoa e para outra não. Na pesquisa que desenvolvemos na ESEF/UFRGS, um menino autista verbal pegou uma bola de *bubet*, e começou a sugá-la. Este ato não é um simbolismo consciente, mas ato simbólico inconsciente, incontrolável, em processo consciente, necessariamente, controlado pelas defesas do “EU”.

Podemos observar que estes materiais podem servir de uma maneira para um grupo de crianças, e de outra maneira para outro grupo. Este fato reforça nossa convicção de que não podemos fazer uma lista destes recursos, e sairmos “receitando-os” sem um estudo individualizado, para determinado grupo ou criança.

Os cuidados para a escolha e utilização dos recursos materiais são de importância vital para dar continuidade às sessões.

A construção adequada e continuada dos fundamentos epistemológicos ofereceu a sustentação que necessitávamos para o desenvolvimento do trabalho. Desta maneira, recorreremos a estes conhecimentos, juntamente com as situações práticas que já observávamos nas sessões de psicomotricidade, no laboratório do LAPEX, para organizarmos as questões da investigação e o problema desta pesquisa.

3 QUESTÕES DA INVESTIGAÇÃO E PROBLEMA DE ESTUDO

Uma das contribuições de Vygotski (1997), no campo do desenvolvimento e da deficiência, demonstra seu pensamento na defesa de examinar as particularidades da criança portadora de necessidades educativas especiais, de modo dinâmico e não estático. Ilustraremos essa idéia com o relato de duas situações, ocorridas com uma criança que participa das sessões de Terapia Psicomotriz. O quociente de inteligência (QI) - de Lucas foi avaliado por uma psicóloga, através de testes especializados, na clínica-escola que frequenta.

O resultado, em números, demonstrou que Lucas era um autista com comprometimento de leve a moderado, apresentando um retardo mental, com dificuldades para entender ordens. A observação deste menino nas sessões de terapia psicomotriz permitiu-nos verificar a fidedignidade do parecer clínico, através da dinâmica corporal que apresentava, ao interagir nas sessões, situação que descreveremos a seguir:

Lucas entra na sala de psicomotricidade, situada no prédio do LAPEX, olha para cima e vê as bolas de bubby presas em uma rede, sobre a porta. Seu olhar volta-se para a direção do psicomotricista, sinalizando com o braço, para que retirasse a bola para ele. Nosso foco de atenção volta-se para o desenvolvimento da cena. O psicomotricista, facilitador da atividade fica parado, como se não tivesse entendido o que o menino desejava. Lucas volta a pedir, e, desta vez, utiliza a fala: “quero a bola, quero a bola”. A princípio, a tendência é de retirar a bola para ele, mas o facilitador

optou por incentivá-lo a resolver sozinho, ficando ao lado de Lucas, e perguntando: “tira esta bola Lucas”. O terapeuta, então, olha para um canto da sala, local onde ficavam os bastões de madeira, sem nada dizer. Lucas também fixa seu olhar para o mesmo lugar. Olha novamente para o psicomotricista e é novamente desafiado. Vai em direção aos bastões, pega um deles, e bate na bola desejada até derrubá-la da rede. Suas dificuldades motrizes são significativas e aparentes, assim como demora a compreender o que lhe é dito. Demora algum tempo para derrubar a bola, mas o faz sozinho.

Compartilhamos sua vitória, salientando seu ato pensante e sua insistência por coordenar o bastão, e chegar ao alvo (a bola), sem que nos preocupemos com suas limitações corporais de movimentos e coordenação aparentes. O psicomotricista esteve ao seu lado, durante este tempo, para ajudá-lo, se fosse necessário. Na realidade, foi dado um tempo para que ele reagisse, se o procedimento fosse ao contrário, isto é, realizar de pronto a tarefa para a criança, poder-se-ia, por um lado, impedir que ela realizasse tal tarefa, por suas próprias forças; por outro, mascarar suas reais potencialidades.



Foto 1 - Lucas bate com o bastão na bola até derruba-la

Situações como estas serão analisadas adiante, devido à riqueza de detalhes, e a dados que selecionamos para estudo. Entretanto, lançamos mão deste exemplo, para demonstrarmos como Vygotski pensava sobre a metodologia do trabalho com a criança portadora de necessidades especiais, e como utilizaremos estes princípios no decorrer do estudo.

As particularidades de desenvolvimento das crianças examinadas, de modo dinâmico, tais como a soma de seus defeitos, não significavam a única polêmica promovida por Vygotski. Descobrir os aspectos positivos da personalidade da pessoa portadora de alguma necessidade educativa especial, partindo da busca de suas possibilidades, era uma das idéias controvertidas, nos finais dos anos “trinta”. Todavia, perdura, ainda, nos dias de hoje. Ainda encontramos muitas resistências por parte de profissionais que se dedicam ao estudo das deficiências: eles insistem em desenvolver trabalhos psicopedagógicos e terapêuticos, reforçando as dificuldades e, tentando saná-las, através de treinamentos em que a repetição maçante é a estratégia pedagógica.

A Psicomotricidade Relacional se posiciona de outra maneira. Dentro de um marco relacional, Negrine (1995) salienta que o mais importante para os profissionais, envolvidos nesta concepção, é trabalhar com o que a criança tem de positivo, com o que ela sabe e pode fazer, isso significa que priorizar as potencialidades é a lógica que deve nortear o trabalho terapêutico, para estimular avanços e aprendizagens significativas.

Relacionamos esta forma de pensar ao trabalho que viemos desenvolvendo na terapia psicomotriz relacional, com crianças portadoras de deficiências, associando-a aos fundamentos teóricos que servem de base à nossa prática. Os estudos e os aportes teóricos de Vygotski (1997), sobre fundamentos da deficiência, nos ajudam a pensar sobre os processos de desenvolvimento e de aprendizagem da criança autista, ao mesmo tempo que suscitou a formulação do problema e a definição de algumas questões de pesquisa que se pretende responder:

Numa intervenção pedagógica que privilegia a exteriorização corporal, quais os comportamentos observáveis na criança portadora da Síndrome de Autismo ? Que níveis de desenvolvimento real e potencial evidenciam ?

De acordo com as variações da síndrome estudada, a individualidade, a história prévia e o contexto familiar no qual cada criança está inserida, a finalidade da investigação é buscar respostas a uma série de questionamentos decorrentes da questão principal, como:

a) Considerando que o nível de desenvolvimento real (NDR) representa o que somos capaz de realizar sozinhos sem ajuda do outro, como essas crianças atuam nas sessões de terapia psicomotriz? Que evidências dão de aquisição de novas habilidades e competências?

b) Considerando que o nível de desenvolvimento potencial (NDP) representa o que ainda não somos capazes de realizar sozinhos, mas somos capazes de realizar com a ajuda do outro, que progressos essas crianças evidenciam quando recebem ajuda (corporal, verbal, mímica, gestual, etc.)?

c) Considerando que estados de prazer e desprazer se manifestam pela emoções que o corpo exterioriza, que sentimentos as crianças autistas expressam, possíveis de serem interpretados nas relações corporais que estabelecem com os adultos e com os iguais na prática psicomotriz relacional?

As questões de pesquisa são decorrentes, de um lado, da base teórica que norteia o estudo, de outro, da experiência do trabalho com crianças autista e da ânsia de caminhar em direção ao desconhecido. A premissa básica da ação da investigatória foi acreditar que a intervenção psicopedagógica, pela via corporal, oferece possibilidades na melhora da qualidade de vida da criança autista e se constitui num momento substantivo para realização de observações seletivas que permite que se tenha uma apreciação crítica diferenciada.

CAPÍTULO II

4 PARADIGMA DO ESTUDO E METODOLOGIA

4.1 PARADIGMA E MÉTODO DE INVESTIGAÇÃO

A definição metodológica a ser adotada, ao desenharmos um projeto de investigação, é um dos aspectos que merece muita atenção e cuidado. Esta tarefa pressupõe que se busque uma estreita e adequada relação entre a escolha do paradigma, e o que se pretende estudar.

Entendemos que a prática terapêutica desenvolvida na área da Psicopedagogia clínica, e, mais recentemente, no âmbito da Psicomotricidade Relacional, está orientada para questões que necessitam observação, experimentação e descrição dos comportamentos que dizem respeito às crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Nesta perspectiva, para investigar a criança autista, no espaço terapêutico corporal, com ênfase na relação, lançamos mão de uma ampla coleta de informações, ao longo do processo investigatório. O planejamento deste trabalho foi centrado num modelo interpretativo de corte qualitativo.

Em defesa deste modelo, para nossos propósitos, buscamos apoio nos estudos de Vygotski (1997) que já salientava a importância de revelar a dinâmica do desenvolvimento da criança portadora de uma necessidade educativa especial,

através de uma concepção que substituiu modelos de enfoque estatísticos, por outros mais complexos, e que servem mais às intenções do pesquisador. Dito de outra maneira, esse autor entendia que os estudos da criança, com necessidades educacionais especiais, deveriam estar baseados em um modelo qualitativo, e não na determinação quantitativa de defeito.

A partir da intenção de associar e comparar dados e informações pertinentes à atuação da criança autista, em processo de terapia corporal, as possíveis variações comportamentais decorrentes da intervenção terapêutica, e de suas histórias prévias, optou-se pela investigação do tipo descritiva, configurada como sendo um estudo de inter-relações, mais especificamente, estudos de caso.

No momento em que se analisa a pertinência da escolha do desenho que se vai utilizar na investigação, deve-se, também, considerar os proventos e limites da escolha. Kreuzburg Molina (1999), quando trata de estudos de caso, cita algumas vantagens que o modelo apresenta, como, por exemplo, permitir que se conecte rapidamente com a realidade, ou seja, possibilitar mais a interação prática e teórica. Isto favorece, em nosso entender, relações imediatas entre os pontos importantes, surgidos na pesquisa e na teoria, afastando possíveis riscos de simplificações.

Conforme lembra Negrine (2001), a adoção de estudos qualitativos pressupõe contextualização dos fenômenos observados, e não a sua generalização. Embora este método tenha sido criticado pelas suas limitações, no momento atual, ganham destaque, inclusive entre neurologistas de reconhecido “*status*” científico. Como exemplo, citaremos Damásio (2000), neurologista contemporâneo, conhecido internacionalmente que expõe sua teoria revolucionária sobre os mistérios da consciência. Serve-se de estudos de casos para dar embasamento às concepções sobre a presença ou ausência da consciência ampliada e do “*self*” autobiográfico, ao ser acometido por complicações de ordem neurológica. Ao fazer uso dos casos que estudava, contribuía também com a teoria, ao permitir explicar como as abstrações teóricas se relacionavam com as percepções abstraídas dos seus pacientes. Seu interesse pelo tema – consciência - começou a tomar forma, a partir dos estudos que realizava. Entre eles, chamou-nos atenção um caso de ausência, em um homem que tinha atendido há mais de trinta anos.

Encontramos em Kreuzburg Molina (1999) a opinião que o estudo de caso reconstrói um dos sentidos ou interpretações possíveis, logo interessa a quem o faz e à comunidade científica desde a perspectiva teórica do pesquisador.

São consideradas excelentes fontes de hipóteses sobre as causas das questões diferenciais, no desenvolvimento humano, embora não possam ser usados, para provar uma hipótese geral com base em um caso (Holmes, 1997). Entretanto, em geral, oferecem descrições, sugerindo explicações ao investigador que deverá ser cuidadoso ao usar estas informações.

Todavia, outra variável deve ser considerada, quando se faz opção pelo método, ou seja, a questão da temporalidade. Neste estudo, essa variável foi um fator considerado como relevante.

Retomando as contribuições de Vygotski (1997), cabe destacar sua visão sobre os métodos aplicados nas investigações dessa índole e o tempo de sua aplicação. O autor nos diz que investigações que envolvem o tema - crianças portadoras de necessidades educativas especiais - podem ter aplicação científica sobre o fundo de um prolongado estudo da criança, durante o processo desenvolvido. Não podemos pensar de outra maneira.

Quando se trata de manipular variáveis independentes, ou seja, alguma estratégia de ação que possa provocar mudanças de comportamento, faz-se necessário pensar na temporalidade da investigação, fundamentalmente, quando os participantes são portadores de necessidades educativas especiais. Nesta situação, deve-se abandonar a transversalidade da investigação, e tentar realizar o estudo de forma longitudinal. A adoção desta estratégia permite que se percebam muito mais mudanças comportamentais, avanços e retrocessos, impossíveis de serem investigados em pesquisas de corte transversal. Apesar de tomarmos esta referência como norte, esbarramos em alguns obstáculos que nos fizeram repensar a questão. O tempo máximo para permanecermos no Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano não deve ultrapassar trinta meses, o que não permitiria o enquadre do trabalho no corte por nós desejado, ao menos por um tempo, suficientemente longo, e com acompanhamento sistemático dos participantes (Negrine e Machado, 1999).

Iniciamos o projeto, em 1998, portanto, em período anterior ao ingresso no programa de mestrado, momento em que começamos a atuar e observar algumas das crianças que se tornaram efetivas no programa que foi desenvolvido, e que se estendeu por quatro anos consecutivos. Foi esta estratégia que permitiu que se pudesse analisar e compreender aspectos relevantes na evolução do comportamento das crianças autistas. Nos anos subseqüentes: 1999, 2000 e 2001, continuaram a ingressar outras crianças no projeto, sendo impossível uma configuração de tempo igual para esse tipo de estudo, o que não significa que se tenha de abandonar a perspectiva teórica adotada.

4.2 ETAPAS DO PROCESSO INVESTIGATÓRIO

Com a intenção de melhor sintetizar os caminhos percorridos, no decorrer do processo investigatório, apresentamos, a seguir, as etapas que caracterizam o trabalho realizado:

Quadro 6 - Etapas do Processo Investigatório

| | | |
|---------|---|---|
| Etapa 1 | Definição da área de estudo | *Escolha do tema *Seleção dos participantes |
| Etapa 2 | Elaboração do projeto | *Elaboração da base teórica *Definição do problema, dos objetivos, das questões de pesquisa e dos instrumentos e estratégias para coleta de informações |
| Etapa 3 | Coleta de informações | * Método de intervenção terapêutica *Aplicação das estratégias de coletas de informações *Análise documental |
| Etapa 4 | Descrição e análise e discussão das informações | *Contextualização dos casos: *História prévia *Participação nas sessões *Organização do estudo em categorias *Correlação dos estudos *Considerações Finais |

Ao sintetizarmos as etapas que foram percorridas durante o processo investigatório, propomos algumas reflexões sobre sua dinâmica. A ordem estabelecida e apresentada, de maneira seqüencial, não seguiu uma organização rigorosa, quanto ao início e fim de cada momento. Isto porque vários fatores dinamizam uma pesquisa, demonstrando seu caráter complexo, ativo e de interligação do processo. Pode-se citar, como exemplos, a constante construção da base teórica e a movimentação dos participantes da pesquisa, provocando alterações e retomadas que foram significativas no decorrer do estudo.

4.2.1 Definição da Área de Estudo

A definição da área de estudo foi a primeira etapa do processo, que, por sua vez, subdividiu-se em duas outras fases. Em primeiro lugar, destaca-se a escolha do tema de pesquisa que surge, a partir dos conhecimentos construídos, a partir do curso de *Psicomotricidade Relacional*⁴.

A formação teórica e as práticas corporais que vivenciamos, no curso, aliaram-se às experiências que construímos no trabalho de psicopedagogia clínica e institucional, favorecendo a eleição do tema que foi escolhido, e delimitado em torno de questões psicopedagógicas, sobre desenvolvimento da criança, através de seu corpo em movimento.

Definida esta etapa, iniciou-se a escolha dos participantes que fariam parte do estudo. Nessa época, já desenvolvíamos um trabalho de terapia corporal para crianças portadoras de necessidades educativas especiais. O grupo era constituído por crianças com distintas patologias, abrindo-nos um leque de opções, no momento da escolha dos participantes.

⁴ O curso de *Psicomotricidade Relacional* ocorreu no ano de 1995 no Centro Universitário La Salle, Canoas/RS. O referido curso é um programa de pós-graduação, em nível de especialização que se desenvolve com três eixos de formação: teórica, pedagógica e pessoal. A formação pedagógica foi realizada com crianças de dois a sete anos de idade com e sem problemas de aprendizagem. A estratégia utilizada é uma metodologia não diretiva que tem como objetivo levar a criança a se exteriorizar a partir de vivências corporais múltiplas e variadas.

4.2.2 Participantes do Estudo

Desde o primeiro ano do desenvolvimento do projeto, havíamos decidido que os participantes alvos de nossa investigação seriam aqueles portadores da Síndrome de Autismo de Kanner.

Foram selecionadas, para participar da pesquisa, crianças com diagnóstico de “Autismo” de graus leve a moderado e severo. Quanto ao último enquadre, tínhamos o caso de um menino que permaneceu um ano na terapia, sem apresentar uma frequência sistematizada, afastando-se da atividade, por não ter quem o levasse.

Relativo à idade mínima, nossos estudos alertavam sobre o diagnóstico tardio e a confirmação da Síndrome, resultando que as crianças mais novas que procuravam o projeto estavam em torno de cinco anos. A idade máxima foi estipulada em quatorze anos.

Não fizemos restrição ao critério gênero, pois nos interessava estudar o desenvolvimento de ambos os sexos. Entretanto, somente no terceiro ano do desenvolvimento do trabalho, iniciaram duas meninas autistas na terapia.

Segundo Rutter e Winng, citados por Bosa e Callias (2000), a prevalência é quatro vezes maior em meninos do que em meninas e há alguma evidência de que as meninas tendem a ser mais severamente afetadas (Lord e Schopler citados por Bosa e Callias, 2000).

O primeiro participante a ser selecionado foi Rohe. Os pais do menino souberam do projeto, na época do seu planejamento, em outubro de 1997. A divulgação da pesquisa contou com a colaboração desta família e, através dos alunos que faziam o curso de Psicomotricidade Relacional e Psicopedagogia, no Centro Educacional La Salle, em Canoas/RS.

Quadro 7 - Participantes da Investigação: data de nascimento, gênero e início de atendimento

| CASOS | NASCIMENTO | GÊNERO | INÍCIO/ATENDIMENTO |
|---------|------------|-----------|--------------------|
| Rohe | 21/10/89 | Masculino | 25/03/98 |
| Lucas | 07/05/86 | Masculino | 02/09/98 |
| Théo | 06/11/94 | Masculino | 07/06/99 |
| Caio | 20/09/86 | Masculino | 13/09/99 |
| Jéssica | 05/10/87 | Feminino | 24/04/00 |

Embora tivéssemos dez casos para serem apresentados, optamos, nesse momento, por cinco, em razão da quantidade de informações e das diferentes situações que eles nos trouxeram para análise e estudo. No Quadro 7, registramos o nome de cada criança, data de nascimento, sexo e o ano de ingresso nas sessões. Optamos por usar outros nomes, para preservar suas identidades, e de suas famílias.

4.2.3 Elaboração do Projeto

A segunda etapa da pesquisa foi a elaboração do projeto. Iniciamos com a organização do referencial teórico que daria sustentação ao estudo. Referencial que foi definido, a partir da tríade Autismo, Psicomotricidade Relacional e as contribuições de Vygotski para o aprendizado e desenvolvimento.

A organização dos conhecimentos sobre a Síndrome foi uma constante construção, no decorrer da pesquisa. Para aprofundarmos nossos estudos sobre o assunto, participamos de grupos de estudos, seminários, fóruns e congressos sobre o “Autismo”.

Ao participarmos destes eventos, verificamos que o Autismo é uma patologia que vem suscitando muitas investigações nos últimos anos. Entretanto, conforme Courchesne (2000), se voltássemos no tempo, na década de 1990, perceberíamos que muitos conhecimentos sobre a Síndrome de Kanner eram desconhecidos.

Se, por um lado, há muito ainda a ser descoberto, nesta área, por outro, encontramos as idéias de Vygotski (1997) sobre “*defectologia*” - década de 30 do século passado - tão atuais e que nos dariam sustentação para o encaminhamento de nossa pesquisa.

A compreensão do que queríamos estudar, ou seja, a determinação do problema só foi possível, após estarmos amparados pelo referencial teórico. Conforme já havíamos dito, esta tarefa exigiu esforços com muitos avanços e retrocessos até sua definição. Após a definição do problema, delimitamos os objetivos e questões da pesquisa, assim como organizamos os instrumentos e estratégias para coleta de informações.

4.2.4 Instrumentos de Coleta de Informações

Os instrumentos para coletar informações são considerados aspectos de extrema importância na metodologia. Para Negrine (1999) a base que descreve investigações de corte qualitativo centra-se na descrição, análise e interpretação das informações que nós recolhemos, no decorrer da investigação. Sendo assim, na pesquisa de corte qualitativo, não havendo preocupação em generalizar, buscamos as informações, procurando entendê-las de maneira contextualizada.

Há múltiplas estratégias que podem ser utilizadas nesta eleição metodológica. Entendemos que, para acolher as necessidades de nossa investigação, colocamos maior ênfase na observação, entrevistas formais e informais, análise documental dos pareceres e testes realizados pelas crianças.

4.2.4.1 Observação

A observação, como técnica para coleta de dados, foi utilizada em todos os momentos da pesquisa: nas sessões de terapia corporal, nas atividades realizadas pelas crianças em suas escolas, nas visitas que realizamos a outros profissionais que também lhes prestavam outros atendimentos.

Retornamos ao texto de Damásio (2000) e nos deparamos com um relato atual e valioso sobre a utilização desta técnica, ao pesquisar sobre a teoria da consciência. O autor afirma que seguiu diversas linhas de investigação, reflexão sobre fatos coligidos ao longo de muitos anos, através da observação de seus pacientes.

Em nosso trabalho de investigação, este instrumento também tem se mostrado valioso para a coleta de informações. Entretanto, a constante reflexão sobre sua utilização tem nos alertado para os cuidados e prováveis vícios que esta prática venha oferecer.

No espaço terapêutico relacional, o uso da observação seguiu o rigor que deve receber tal procedimento. Para transformar esse instrumento em um valioso recurso na pesquisa qualitativa, conforme salienta Negrine (1999), procuramos utilizá-la a partir das seguintes perspectivas:

a) Observação descritiva, seletiva e sistematizada

Para anotarmos os dados observados, optamos pela utilização de um diário, em que ficavam os registros de cada sessão ministrada, sendo que os fatos eram descritos, conforme o acontecido, destituídos, o máximo possível, de nossas impressões. Além deste recurso, mantínhamos, à disposição, uma caderneta que servia para anotarmos todas as informações e comentários, trazidos pelos pais e profissionais que atendiam às crianças. O Anexo 1 mostra a organização prévia que era realizada nos diários e que facilitava o registro das observações.

Com a participação contínua e sistemática de cada criança, no projeto, tínhamos como concretizar nossas intenções, quanto ao foco de estudo, tornando a observação de ordem seletiva.

b) Observação intencional com pautas determinadas

No momento em que havia a necessidade de uma ordem de seletividade a ser buscada, propúnhamos as pautas a serem observadas, de acordo com cada criança em estudo, embora houvesse objetivos comuns a serem examinados. Como exemplo,

salientamos que, no primeiro dia de terapia, centrávamos nosso foco de atenção nas reações e respostas dadas à interferência do psicomotricista, na maneira como procurava os primeiros contatos de aproximação e a reação dos pais.

Com o desenvolvimento de cada caso, priorizava-se a necessidade de manter as mesmas pautas, ou de traçar novos focos de observações, tanto individualmente como no grupo.

Quadro 8 - Pautas de observações

| Pautas utilizadas | Comentários |
|--|---|
| 1-Reações da criança na adaptação | Separação da mãe/novos contatos |
| 2-Manifestações dos comportamentos característicos da síndrome | Na adaptação/ situações imprevistas |
| 3-Relação que a criança estabelecia com os materiais | Contatos sensoriais e sensitivos |
| 4-Reações frente aos materiais novos | Busca/afastamento/outras reações |
| 5-Relação com o psicomotricista e com os colegas | Preferências/outras reações |
| 6-Reações demonstradas nas trocas de sala | Resistências/outras manifestações |
| 7-Atividades que a criança buscava no decorrer das sessões | Sensório-motriz, simbólicas, esterotípias e outras |
| 8-Reações às provocações do psicomotricista | Aceitação/rejeição/fuga/outros |
| 9-Ida à caixa dos brinquedos | Frequência/tempo envolvido e preferências evidenciadas |
| 10-Ida à caixa dos disfarces | Frequência/tempo envolvido/ preferências e reações externadas ao se disfarçar |
| 11-Disputa ou não: do espaço, dos materiais e do corpo do terapeuta com as demais crianças | Evidências demonstradas |
| 12-Iniciativa para realizar novos jogos | Frequência/reações perante o novo |
| 13-Participação nos rituais de entrada e saída | Facilidades/dificuldades/resistências |
| 14-Reações à solicitação de ajuda para organizar a sala no final da sessão e autonomia demonstrada para colocar peças do vestuário | Comportamentos evidenciados |

Ao ingressar no programa de terapia psicomotriz, a criança era observada de acordo com as pautas, que foram previamente selecionadas. Algumas foram comuns a todas às crianças, como por exemplo, na primeira sessão, foi observado como resistiam à separação da mãe e/ou da pessoa que lhes acompanhava, e que aproximações realizavam com os materiais e com os profissionais que interagiam

com elas. No decorrer do trabalho, as pautas obedeciam à história prévia de cada criança participante do estudo. Em outras palavras, não utilizamos as pautas de forma igual a todos os participantes.

A adequada utilização das pautas orientava a interferência que o terapeuta deveria realizar na sessão com cada criança e com o grupo. A organização do espaço, as situações que se provocava e os materiais que se oferecia, em muitas ocasiões, era pensado em relação a uma criança em concreto, embora permitisse a observação das reações dos demais participantes do grupo.

c) Observação Contínua

Conforme a descrição realizada no item anterior, as observações seguiam pautas previamente determinadas. Elas podiam ser diferentes para cada participante, visto que as crianças encontravam-se em momentos distintos de desenvolvimento, além de apresentarem comportamentos diferenciados, em razão das peculiaridades da síndrome e da própria individualidade. Assim sendo, as anotações, a partir das pautas, foram ganhando relevância pela continuidade e profundidade em que realizamos as observações, o que, com certeza, não ocorreria, se tivéssemos adotado um corte transversal das observações.

d) Observação sustentada por um corpo de conhecimentos

Além de salientarmos a importância das observações seguirem uma continuidade e profundidade, com pautas preestabelecidas ou imprevistas, definimos que também era necessária uma sustentação teórica prévia que orientasse esse trabalho.

Definiu-se que o corpo de conhecimentos deveria estar sustentado por três pilares: o *primeiro* diz respeito às características do “Autismo” de Kanner, para podermos perceber de que maneira a criança reagiria frente à prática proposta; o *segundo* esteve sustentado pelas concepções propostas por Vygotski, fundamentalmente, na forma de entender os processos de desenvolvimento e aprendizagem, e, mais especificamente, na forma de compreender a criança

portadora de deficiência; o *terceiro* pilar esteve sustentado pela proposta pedagógica da Psicomotricidade Relacional, com enfoque terapêutico.

4.2.4.2 Entrevista

A utilização de entrevistas contribuiu para ampliar a coleta de informações, sobre o tema em questão, e para atender às finalidades da investigação. Esta estratégia permitiu o estreitamento de vínculos com as famílias, facilitando a tarefa de compreensão da história prévia dos participantes do estudo. A entrevista, como instrumento de coleta de informações, foi utilizada em três dimensões: semi-estruturada, não estruturada e estruturada.

Inicialmente, antes que fossem iniciadas as sessões de psicomotricidade relacional, realizou-se, com os pais e/ou responsáveis pelas crianças, uma entrevista semi-estruturada que segundo Negrine (1999), configura-se em um instrumento de coleta de informações de questões concretas, previamente definidas pelo pesquisador, e, ao mesmo tempo, permitindo explorações não-previstas. Ofereceu-se, portanto, liberdade ao entrevistado, para abordar outros aspectos que entendesse relevantes, conforme podemos ver no Anexo 2. Esta ferramenta teve como objetivo: (1) realizar um cadastro da criança, (2) explicar sobre o trabalho oferecido, através da Psicomotricidade Relacional com enfoque terapêutico, e (3) escutar as expectativas dos pais, em relação ao que foi oferecido.

Posteriormente, a outra modalidade de entrevista de que lançamos mão foi configurada como não-estruturada. Esta estratégia permitiu a realização de explorações da história vital das crianças autistas, partindo dos fatos trazidos pelas mães. Não houve pressa nessa reconstrução. Relembrar esta história era o mesmo que reavivar todo o luto do filho idealizado, sentimentos que eram verbalizados, e demonstrados pelas mães nesses encontros. O Anexo 3 dá uma dimensão da maneira como os registros foram realizados nos diários.

Nesta tarefa, procurávamos respeitar o tempo que cada mãe necessitava, para dividir momentos difíceis e pessoais. Com o objetivo de oferecermos um espaço reservado e aconchegante, realizamos essas entrevistas em encontros, num outro

local, e em outro momento, que não aquele, quando ocorriam as práticas com as crianças.

A entrevista não-estruturada não ocorreu num único dia. Foi sendo realizada, progressivamente, com as mães e/ou responsáveis. Nesses encontros foi solicitado aos responsáveis que fizessem anotações de todos os comportamentos manifestados pelos participantes que, até então, não tinham sido percebidos. A intenção desta solicitação era saber se a prática que se oferecia poderia provocar algumas mudanças consideráveis. Percebemos, com o decorrer dos encontros, que algumas mães anotavam, outras nos relatavam novidades, e já aproveitavam para relatarmos alterações na medicação ou outros fatos que acreditavam relevantes para a pesquisa. As informações eram recebidas e logo registradas nos diários.

O registro das entrevistas está expresso no quadro que segue:

Quadro 9 - Entrevistas realizadas com os responsáveis das crianças do projeto

| Caso | Nº de entrevista com cada caso | Nº de entrevistas por ano | Local |
|-------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------|
| Rohe | 6 | 02 em: 98/99/2000 | Consultório |
| Lucas | 4 | 02 em: 99/2000 | Consultório |
| Theo | 4 | 02 em: 99/2000 | Consultório |
| Caio | 2 | 02 em: 99/2000 | Consultório |
| Jéssica | 2 | 02 em: 99/2000 | Consultório |

Observação: O número de entrevistas, por ano, significa que foram realizadas duas (02), em cada ano, ou seja, no primeiro caso houve um total de seis (06) entrevistas, e, assim, sucessivamente, em relação aos demais casos.

Além de lançarmos mão da entrevista, para colhermos informações junto à família, também a utilizamos para buscar informações sobre as crianças, nas atividades que desenvolviam, fora do projeto. Para tanto, nos servimos da **entrevista estruturada**, para conversar com fonoaudiólogas e terapeutas que prestavam às crianças outros atendimentos, conforme pode ser visto no Anexo 4.

Nos quadros que seguem (10 e 11), apresentamos uma síntese das entrevistas estruturadas, realizadas no decorrer do estudo. No caso de Rohe, optamos por fazer quadro à parte, porque o participante tinha vários atendimentos. Os outros participantes freqüentavam nessa época somente a escola.

Quadro 10 - Entrevistas com terapeutas de outras atividades realizadas por Rohe

| Atendimento N° | Especialista | Data | Local |
|-----------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------------|
| 1 | Terapeuta Ocupacional | 15/05/2000 | Oficina Terapêutica |
| 2 | Fonoaudióloga | 21/06/1999 24/12/2000 | Consultório da fonoaudióloga |
| 3 | Terapeuta Ocupacional | 08/11/2000 | Consultório da terapeuta |

Ao agendarmos as entrevistas, os especialistas favoreciam que o encontro fosse no mesmo dia em que Rohe estivesse no atendimento. Desta maneira, realizávamos a entrevista e podíamos observá-lo nestas atividades.

No atendimento número 1 que se refere à escola terapêutica de Rohe, esta é a segunda freqüentada pelo menino, desde que iniciou na terapia corporal. Na escola anterior a esta, não tivemos oportunidade de realizar entrevista formal. Entretanto, participamos de um Fórum, realizado por este estabelecimento, em que conhecemos o trabalho desenvolvido pela instituição e sua sustentação no programa TEACCH, na abordagem educacional e clínica.

A escola atual, denominada “Oficina Terapêutica”, segue o mesmo modelo de atendimento. Localizava-se em uma casa, sem pátio, onde as atividades corporais eram desenvolvidas, em uma garagem, pela terapeuta do menino.

Optamos por duas entrevistas no atendimento número 2. Esta decisão foi em razão da primeira ter sido realizada, há mais tempo, e, também em função de algumas mudanças que observamos na área da linguagem. Além de realizarmos a entrevista, pudemos observar Rohe, nesta atividade, nas duas visitas.

O atendimento número 3 é realizado por um terapeuta aposentada que desenvolve um trabalho no consultório, mas não segue o programa TEACCH. Atualmente, está enfatizando os processos de leitura e escrita.

Em janeiro de 2001, Rohe iniciou em um programa chamado de Psicomotricidade para crianças portadoras de necessidades especiais, em um clube. Fomos visitá-lo, neste espaço, que também oferecia atividades no meio aquático, fato que foi decisivo para a família, ao levá-lo a mais esta sessão. Optamos por não relacionarmos este no quadro referência, neste momento, embora já tenhamos a entrevista da psicomotricista que o atende.

Quadro 11 - Entrevistas realizadas com outros terapeutas que atendem as crianças do projeto

| Criança do projeto | Especialista | Data | Local |
|---------------------------|-------------------------|-------------|--------------------|
| Lucas | Terapeuta Ocupacional | 02/08/2000 | Escola Terapêutica |
| Theo | Terapeuta Ocupacional | 02/10/2000 | Escola Infantil |
| Caio | Professora Especialista | 02/10/2000 | Escola Estadual |
| Jéssica | Professora Especialista | 02/10/2000 | Escola Estadual |

Lucas frequenta a mesma escola terapêutica que Rohe, na época em que iniciou no projeto. Conforme já foi mencionado, o trabalho é realizado através do programa TEACCH. Não existe pátio no estabelecimento, sendo que as atividades corporais são oferecidas em uma praça, e são dirigidas pela própria terapeuta. As atividades desenvolvidas são de correr, jogar bola e pular corda.

Theo está, atualmente, participando de um projeto de inclusão, realizado por uma terapeuta contratada pela família do menino. Esta profissional recebe supervisão de uma psicóloga que possui uma escola para crianças com transtornos do comportamento, em uma abordagem educacional e clínica. No ano de 2000, houve o que a terapeuta chamou de inclusão parcial. No decorrer deste ano, a proposta estava

delineada para uma inclusão maior no grupo do jardim. O menino seria levado a participar o maior tempo possível junto à turma.

A estrutura deste trabalho segue o modelo TEACCH. A Escola Infantil está localizada em uma casa com pátio, mas as atividades corporais, com o menino, são realizadas em uma praça que fica na vizinhança.

Caio e Jéssica freqüentam a mesma Escola Estadual, para crianças portadoras de necessidades educativas especiais, que atende outros tipos de patologias, além do “Autismo”. A professora, especializada em Psicopedagogia, e com habilitação para trabalhar com crianças autistas, desenvolve um trabalho pedagógico variado. Usa alguns princípios do programa TEACCH, associados com projetos, na área das ciências.

O trabalho começou, no início do ano letivo de 2001, e está contemplando alguns alunos da turma. A partir de 2000, as crianças desta turma que não apresentam o desenvolvimento da fala, iniciaram com atendimento de fonoaudiologia na escola. A escola apresenta professor de educação física, mas que ainda não atende a turma de autistas.

4.2.4.3 Análise Documental

Ao realizarmos as entrevistas com os responsáveis pelas crianças participantes, constatamos a possibilidade de termos acesso aos laudos, resultados de testes, e outros exames realizados por seus filhos. Recebemos um xerox destes documentos, e organizamos a pasta de cada participante. Este material foi importante na construção de nosso estudo, e foi organizado em dois quadros. A organização deste item, em dois quadros, fez-se necessária, em função de Rohe possuir muitos documentos.

Quadro 12 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Rohe

| Documento | Quantidade emitida | Data da emissão |
|-------------------------|---------------------------|------------------------|
| Exames Neurológicos | 3 | 1993/1996/1996 |
| Parecer diagnóstico | 3 | Todos em 1995 |
| Parecer Fonoaudiológico | 1 | 1995 |
| Parecer da Equoterapia | 1 | 1996 |
| Perfil Psicoeducacional | 4 | 2 em 1997/1998/1999 |
| Avaliação Psicológica | 2 | 1999/2001 |

Para entendermos melhor os resultados dos exames neurológicos, pedimos ajuda a especialistas da área biológica, e buscamos encontros com neurologistas e cursos sobre a Síndrome. O resultado destes exames enquadrava-se dentro dos padrões de normalidade.

Quanto ao documento “Parecer Diagnóstico”, recebemos da família três pareceres diferentes: o primeiro diagnosticava Psicose Infantil; o segundo definia o menino como portador de Autismo de Leve a moderado; o terceiro parecer optou por emitir um diagnóstico, associado ao CID 316.9/0, como portador de Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, categoria mais ampla a qual pertence o Autismo e outras Síndromes.

O Perfil Psicoeducacional foi emitido pela primeira Escola educacional/clínica freqüentada por Rohe, sob a intervenção do programa TEACCH.

A avaliação psicológica foi indicada à família pela neuropediatra de Rohe. A profissional é especializada em “Autismo”, e realizou a confirmação diagnóstica e avaliação do desenvolvimento do menino.

Quadro 13 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Lucas

| Documento | Quantidade emitida | Data da emissão |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Exames Neurológicos | 4 | 1989/1992/1993/1999 |
| Audiometria | 1 | 1988 |
| Parecer do Neurologista | 1 | 1991 |
| Parecer diagnóstico | 1 | 1994 |
| Parecer do Exame de Cariótipo | 1 | 1996 |
| Perfil Psicoeducacional | 1 | 1997 |

O parecer do neurologista, emitido, em 1991, reavaliava a situação de Lucas, indicando que o menino, ainda, não possuía diagnóstico, embora tivesse sido exaustivamente investigado por ele, em razão das atividades epiléticas que, associadas a outras manifestações apresentadas, justificavam o uso de medicação e nova avaliação neurológica.

O parecer diagnóstico de Lucas foi emitido pela Terapeuta Educacional da Escola que freqüentava, através do CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE/CARS⁵ – realizada em 1994, sendo que o menino ficou com um escore total que o incluía em um quadro de “Autismo” leve a moderado.

Em 1997, recebeu um parecer psicoeducacional que avaliava o nível de desenvolvimento do menino, nas áreas da motricidade ampla e fina, imitação, percepção, viso-manual e cognitiva.

⁵ Escala descrita por Schotlerereichler (1980). Classificação contendo 15 itens para serem respondidos em várias áreas do desenvolvimento.

Quadro 14 - Quadro dos documentos trazidos pelo pai de Theo

| Documento | Quantidade emitida | Data da emissão |
|-------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Exames Neurológicos | 5 | Todos em 1997 |
| Audiometria | 1 | 1997 |
| Parecer do Exame de Cariótipo | 1 | 1997 |
| Laboratório do Sono | 1 | 1998 |

O exame do laboratório do sono chamou nossa atenção, por não ser comum entre outras crianças do projeto. Foi pedido, para descartar a possibilidade de que Theo apresentasse a Síndrome de Landau-Kleffner (SLK), o que acontece, mais freqüentemente, em crianças entre 3 e 7 anos, e que se caracteriza pela diminuição súbita da habilidade de entender e usar a linguagem falada. Todas as crianças com SLK possuem ondas elétricas cerebrais anormais que podem ser documentadas por um eletroencefalograma. Aproximadamente, 80% destas crianças têm uma ou mais convulsões, usualmente, à noite, com um possível acompanhamento de hiperatividade, agressividade e depressão.

Quadro 15 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Caio

| Documento | Quantidade emitida | Data da emissão |
|------------------------|---------------------------|------------------------|
| Exames Neurológicos | 2 | 1989/1992 |
| Parecer diagnóstico | 2 | 1994/1997 |
| Parecer de atendimento | 1 | - |

Os exames neurológicos foram pedidos e realizados no Hospital São Pedro (HSP), instituição que atende Caio, e oferece ajuda à família, nas áreas da psiquiatria e assistência social à família. O primeiro parecer, emitido a respeito do menino, foi de hipótese diagnóstica, situando-o nos distúrbios globais do desenvolvimento. No

segundo atestado, emitido pela psiquiatra que o acompanhava, no HSP, veio a confirmação de que Caio era portador de Síndrome Autista. O parecer de atendimento tinha a data de emissão rasurada.

Quadro 16 - Quadro dos documentos trazidos pela mãe de Jéssica

| Documento | Quantidade emitida | Data da emissão |
|----------------------------------|---------------------------|------------------------|
| Exames Neurológicos | 2 | 1989/1992 |
| Parecer Psiquiátrico | 1 | 1986 |
| Cariótipo | 1 | 1993 |
| Parecer de acompanhamento | 1 | 1996 |
| Parecer de avaliação psicológica | 1 | 1996 |

O parecer Psiquiátrico dava a confirmação para a família de que a menina era portadora de “Autismo”.

O parecer de acompanhamento foi realizado pelo Núcleo de Atendimento ao Autismo, da Fundação de Atendimento ao Deficiente e ao Superdotado no Rio Grande do Sul, (FADERS) em janeiro de 1996, confirmando o diagnóstico de Autismo leve a moderado.

O parecer de avaliação psicológica foi realizado em outubro de 1996, e, também, confirmou o diagnóstico de Autismo leve a moderado.

5 MÉTODO DE INTERVENÇÃO

5.1 A TERAPIA CORPORAL COM ENFOQUE RELACIONAL DA CRIANÇA AUTISTA

Fundamentando-se no desenvolvimento harmônico da criança, a Psicomotricidade – Relacional aborda fatores, relacionados tanto com o mundo interno da criança como com suas possibilidades externas de perceber, e agir com o outro, com os objetos e consigo mesma. Estando vinculada ao corpo, que é origem das aquisições cognitivas, sócio-afetivas psicomotoras, o desafio a que nos impusemos foi de verificar os efeitos de uma intervenção psicopedagógica, pela via corporal, com crianças portadoras de “Síndrome de Autismo”.

5.2 A PROPOSTA

Na terapia psicomotriz de enfoque relacional, não há preocupação com as possíveis inabilidades psicomotrizas que a criança possa evidenciar, uma vez que partimos da premissa de que as habilidades corporais que desenvolvemos são produto, antes de tudo, das nossas experimentações corporais, em situações espontâneas. Conseqüentemente, as limitações corporais podem ser resultantes, mais da falta de vivências na realização de determinadas tarefas do que decorrentes de comprometimentos funcionais. Estimular as crianças, implicando-se, corporalmente, é uma das estratégias que utilizamos para provocar sua exteriorização.

5.3 O PAPEL DO PSICOMOTRICISTA

O terapeuta corporal, 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. Por exemplo, ao tentar realizar algo que requer destreza, o que ainda não possui.

Na ação terapêutica, o papel do profissional é de ajuda e de provocação. De ajuda ao estarmos disponíveis para estender a mão, em várias situações, dizendo: “vem, eu te ajudo”; “tu podes”; “agarra minha mão, que vais conseguir”. Gostaríamos de ressaltar que esta relação de ajuda não significa que o adulto deva agir por piedade daquele que está sob sua tutela. Esta atitude poderá criar mais um obstáculo do que alguma ajuda aos processos de desenvolvimento e de aprendizagem.

A ajuda não se dá, apenas, através do contato físico, mas também do olhar, da mímica, da comunicação verbal, estimulando os atores a realizar tarefas, estreitando as relações na formação de vínculos positivos, e reforçando as conquistas que, mesmo parciais, vão sendo adquiridas pela criança.

Na terapia com algumas crianças autistas, de acordo com o grau de comprometimento, ou com o momento em que elas se encontravam, desenvolvíamos essa ajuda, de modo bem específico e adequado às necessidades de cada caso estudado, através do contato olho-a-olho; das frases curtas; das expressões faciais do terapeuta, do seu corpo e da sua ação.

Estes momentos do trabalho eram aproveitados para que o terapeuta incentivasse os autistas verbais a repetirem palavras e frases. Desta maneira, seu vocabulário era acrescido de novas palavras, palavras estas que ficavam associadas ao ato, ao gesto e ao material que estava sendo usado naquele momento. O mesmo era realizado com os autistas não-verbais que conseguiam repetir algumas sílabas e/ou palavras-frase.

O papel do psicomotricista era também de intervir para fazer valer em algumas normas, isto é, as regras que eram estabelecidas para todos, e que permitiam uma relação com o outro e com os materiais, mas, também, para impedir a auto-agressão comum no comportamento dos autistas, e para evitar que houvesse algum risco para si ou para os seus pares.

5.4 A CONSTRUÇÃO DA CAMINHADA

Ao iniciarmos a investigação, tínhamos vivenciado algumas situações no âmbito da psicomotricidade relacional educativa e terapêutica. Essas experiências eram provenientes das sessões de formação pedagógica, com as crianças, no curso de Psicomotricidade Relacional, no Centro Universitário La Salle, acrescidas do trabalho que foi oferecido, durante um ano, nessa área, para crianças com dificuldades de aprendizagem, na primeira série, da Escola Estadual Governador Walter Jobim onde atuamos como orientadora. Devemos ressaltar que também contribuiu em nossa formação para atuar nessa prática, a experiência como terapeuta na área da psicopedagogia clínica.

A terapia foi, inicialmente, desenvolvida pelo orientador da pesquisa. No mesmo ano, recebemos uma estagiária do curso de psicomotricidade relacional que iniciou suas observações do trabalho que vínhamos levando a cabo, recebendo orientações de como atuar nesse espaço.

Nos anos que se seguiram, novos psicomotricistas e professores de educação física que já atuavam com crianças de necessidades educativas especiais, iniciaram sua participação no trabalho, como colaboradores, ampliando o universo de interação e de observações.

O trabalho era voluntário, sendo necessário, para que atuasse, a constante presença nas sessões; passar por um período de observações do trabalho; vivenciar sessões de psicomotricidade na formação pessoal do adulto. Também era necessário participar das trocas que eram realizadas entre os profissionais, nos finais das sessões, objetivando analisar as pautas de observações, as intervenções com as crianças e com os fatos que aconteciam, no decorrer da sessão, com as crianças e com eles.

5.5 RITUAIS DA SESSÃO

Fazia parte do momento pedagógico o ritual de entrada. Momento em que eram estimuladas a retirarem sozinhas os tênis e meias, e colocá-los em um canto da

sala; sentarem-se em roda com as demais crianças que faziam parte do grupo, em que todos deveriam enxergar os demais, e serem vistos. Era imperativo que deveriam ficar sentados, não deitados, ou em outra postura. A norma era escutar o que o facilitador que dirigia a sessão tinha a dizer.

A maneira de iniciarmos a sessão variava. Às vezes, acontecia com a apresentação pelo nome de cada um. Uns não falavam. Perguntávamos, por isso, aos colegas que respondiam. Outras vezes, a atividade inicial era cantar parabéns para um aniversariante, ou, através da identificação dos seus nomes pelos crachás. Estes momentos eram explorados, de maneiras diferentes, a cada encontro.

No final do ato pedagógico, o momento era aproveitado para acalmar e organizar as crianças. Em algumas sessões eram proporcionados momentos de relaxação, com músicas. Eram, então, incentivadas a “fazer de conta que estavam dormindo”. Eles deitavam no chão, e procuravam fechar os olhos, enquanto escutavam música. Alguns conseguiam, outros necessitavam ajuda do psicomotricista que ficava ao seu lado. Este momento denominados “ritual de saída”, sofreu uma adaptação às crianças portadoras de autismo, uma vez que nas sessões de Psicomotricidade Relacional, com enfoques educativos, costuma-se estimular os participantes do grupo a falarem de suas realizações, no decorrer da sessão.

Algumas vezes, o término da sessão era realizado através de ritual que favorecia a representação gráfica do corpo da criança. As crianças deitavam-se no chão, ou sobre uma tira de papel pardo, sendo que, em seguida, se solicitava que eles completassem a representação gráfica do corpo, colocando segmentos corporais como: olhos, nariz, orelhas, genitália, etc., estimulando-os, inclusive a falarem, o que ocorria com frequência. Em continuação, solicitava-se que ajudassem a guardar os materiais e objetos utilizados, no decorrer da sessão. Em síntese: o rito final era que todos deveriam ajudar a deixar a sala em ordem. Perseguiu-se este comportamento o tempo todo, observando-se significativas mudanças de comportamento, para a realização da tarefa final, antes de encerrar a sessão propriamente dita. A última atividade era a de buscarem seus pertences: sapatos, meias, blusões, e estimulá-los a terem independência para vestirem-se, sendo que a maioria sempre necessitava de ajuda. O propósito que norteou a ação pedagógica foi de ajuda, não de dependência.

5.6 ESPAÇO FÍSICO

A terapia psicomotriz relacional, para crianças portadoras de Autismo, foi iniciada, em 1998, em uma sala de psicomotricidade do prédio LAPEX (Laboratório de Pesquisa do Exercício), na Escola de Educação Física da UFRGS. O espaço não era muito amplo, mas adequava-se aos propósitos desta terapia. Com o aumento do número de participantes em 1999, trocamos de prédio. Mudamos para o ginásio novo, situado ao lado do LAPEX. A princípio parecia que a questão do espaço estava resolvida. Entretanto, no decorrer das sessões, observamos que o local não servia por ser muito amplo, sem a possibilidade de limitação de espaço, fato que favorecia alguns comportamentos dos autistas portadores de hiperatividade⁶ - como por exemplo, dispersarem-se.

O espaço físico que mais servia à terapia em questão era uma sala ampla onde não houvesse outra atividade senão aquela, destinada a provocar a exteriorização dos atores, e que permitisse ao facilitador dar segurança e impedir que derivassem para outras atividades, como ocorria no ginásio amplo. Os limites da sala (paredes divisórias) asseguram as possibilidades de trajetórias que pudessem ter algum sentido para as crianças. E, se isto não acontecesse, a delimitação da sala favoreceria a intervenção do terapeuta.

Além da definição por um local amplo, porém delimitado, percebemos a necessidade de que o mesmo fosse bem arejado, e com privacidade, fator importante ao desenvolvimento do trabalho.

5.7 MATERIAIS

A escolha do material que usamos na Psicomotricidade Relacional, conforme já foi abordado, quando fizemos referência à psicomotricidade, adaptada ao nosso

⁶ O termo utilizado é para significar a dificuldade de atenção seletiva, caminhada e corridas desorientadas e facilidade para dispersão. O ambiente pode favorecer esse tipo de comportamento, fundamentalmente que nele ocorrem ao mesmo tempo outras atividades que não somente aquelas destinadas a um grupo seletivo.

meio, não deveria servir de lista de receitas. Novamente buscamos a experiência nos dois espaços: psicopedagógico-terapêutico e nas sessões de terapia psicomotriz. Não seguiram nenhum rigor, ao contrário, estiveram à disposição das crianças autistas.

Materiais como: bolas de “*buber*”, almofadas, colchonetes, aros, cordas, colchões, telas (tecidos para provocar arrastes), sacos e espelho estiveram presentes na maioria das sessões. Eventualmente, as crianças do projeto descobriam outros materiais que havia numa sala contígua, como: tinta e latas com cordão. Mas quando havia a descoberta era permitido que utilizassem aquele material, uma vez que eles proporcionavam significativas experiências para algumas crianças do programa.

A utilização dos recursos materiais que fomos introduzindo, ou aqueles utilizados de improviso, era incentivada, através das provocações dos facilitadores⁷, ou das crianças que sinalizavam, de alguma maneira, seus interesses. A decisão era tomada em conjunto: observadora e demais facilitadores. Há outros materiais que também fomos inserindo no trabalho, como: cordas, aros coloridos, tecidos de tamanho grande, bancos de madeira, espaldar, caixa de disfarce (roupas de adultos, fantasias, máscaras), caixa de brinquedos (com materiais figurativos, em função das limitações destas crianças, para simbolizar).

Os materiais para representação, como: papéis, lápis colorido, giz de cera, argila, também faziam parte dos recursos, colocados à disposição dos participantes. Costumava-se estimular o uso desse material, no final da sessão, para provocar realizações de trabalhos representativos. A música foi uma opção que usamos, com muita cautela, embora sua utilização seja de relevância com crianças portadoras de autismo. Todavia, costuma-se recomendar que os autistas devam receber estímulos, de preferência, por uma via sensorial de cada vez. Foi pensando nesse pressuposto teórico que não introduzimos a música, no decorrer das atividades. Costumava-se introduzi-las, aos finais da sessão, quando se queria observar o nível da capacidade de relaxamento ou descontração.

⁷ O termo facilitador é utilizado para significar os psicomotricistas que atuavam nas sessões de terapia psicomotriz.

5.8 CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

Na “Psicomotricidade Relacional”, o papel do terapeuta é edificado, a partir das relações que vão se estabelecendo no decorrer dos encontros. Desde o início da investigação, podemos verificar a **importância na formação de vínculos positivos do terapeuta com as crianças com as quais atua**. A busca e a formação de vínculos através da intervenção pedagógica, na terapia psicomotriz é, sem dúvida, realizada pelo corpo e sua linguagem. Entretanto, as características da Síndrome que estudamos, aliadas às particularidades de cada criança, determinaram a construção destas relações.

A aproximação do terapeuta até a criança era uma caminhada lenta que iniciava no primeiro dia da sessão. Neste momento, a utilização dos recursos materiais tinha significado valor. Uma bola de *bubet* poderia ser o primeiro elo de ligação entre eles. O psicomotricista deveria desenvolver uma atuação em parceria com a criança, aprendendo a lidar com seu próprio grau de ansiedade e expectativas. O corpo do profissional tinha de se transformar em um corpo de ajuda, conforme detalharemos nos relatos dos casos. A palavra entrava como um instrumental, veículo terapêutico importante, e, no momento certo, de acordo com cada situação.

Portanto, as sessões de Terapia Psicomotriz, com enfoque relacional, para crianças portadoras de Autismo, foram desenvolvidas, seguindo os caminhos que acabamos de relatar, e estão documentadas, através de registros escritos, fotografados e filmados, fontes de informações utilizadas, descrição, análise e discussão dos resultados do estudo.

5.9 SÍNTESE DO ESTUDO

A síntese esquemática do processo investigatório é apresentada, no quadro que segue, para dar idéia ao leitor em que dimensão o estudo foi realizado.

Quadro 17 - Quadro Síntese da Coleta de Informações: Sessões de Terapia Psicomotriz Relacional - Anos de 1998/1999/2000

| Sessões Realizadas e Observadas | Sessões Registradas nos Diários | Fotografias | Filmagens de Sessões |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------|----------------------|
| 95 + 18* | 95 + 18* | 810 | 8 |

*Foram sessões em que se observou apenas um dos participantes (Rohe) do estudo, sessões que se realizavam em outra instituição, com outro grupo-classe que era formado por crianças sem e com outras deficiências.

No quadro anterior está computado o número de sessões realizadas, e observadas, na Escola de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Nos Anexos 5, 6 e 7 há um detalhamento contendo as datas das sessões, o nome dos participantes e o número de cada sessão. Destacamos que um dos participantes do estudo, Rohe, participou, e foi observado em mais dezoito (18) sessões, estas realizadas, nos anos de 1999 e 2000, no Centro Universitário La Salle, em projeto desenvolvido pelo professor Airton Negrine. O referido projeto tinha como objetivo formar alunos que realizavam o curso de Pós-Graduação em Psicomotricidade Relacional, em nível de especialização, projeto que ocorre desde 1995 até os dias atuais.

Com relação ao material fotográfico, devemos destacar que do total que aparece no quadro anterior, estão incluídas fotografias, retiradas na ESEF/UFRGS e no La Salle. As fotos que foram realizadas nas outras atividades, desenvolvidas pelas crianças da pesquisa, não estão computadas nesse número, uma vez que a pesquisadora também fez documentários dos participantes do estudo, em outros locais, onde realizavam atividades escolares.

Do registro sobre as filmagens, estão incluídas duas (2) filmagens, produzidas por uma equipe profissional, na ESEF/UFRGS, e uma (1) no La Salle, sendo que cinco (5) foram feitas pela mãe de um participante da pesquisa.

CAPÍTULO III

6 DESCRIÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

6.1 O OLHAR DO INVESTIGADOR

Com o objetivo de descrever, analisar e discutir o presente estudo, analisaremos aspectos que ofereceram uma melhor compreensão de cada caso, através:

- a) da história prévia dos participantes, a partir das entrevistas com os familiares e da análise de documentos oferecidos pelas mesmas;
- b) das observações realizadas durante as sessões de terapia, no período de 1998 a 2000.

Em cada caso, respeitamos aqueles aspectos que apareceram como relevantes, e o relato dos mesmos levou em consideração a trajetória e as características de cada criança.

6.1.1 Rohe

Rohe nasceu em Porto Alegre, no dia 21 de outubro de 1989, às 10 horas. Reside com os pais, sendo o segundo filho do casal. A família possui um bom nível sócio-econômico, o pai tem nível de instrução superior e a mãe, ensino médio completo. A mãe optou por dedicar-se aos cuidados dos filhos antes mesmo de qualquer manifestação de desenvolvimento atípico em Rohe.

A gravidez não foi planejada, mas teve boa aceitação, porque o casal pensava em ter dois filhos. Na 34ª semana, a mãe do menino passou a apresentar problemas de pressão alta, determinando a conduta de cesariana, situação que se repetiu nas duas gestações. Rohe nasceu no hospital Moinhos de Vento, em Porto Alegre/RS, pesando 3.600 gramas. Mediu 48 centímetros e obteve escore 8 no teste de APGAR⁸.

A princípio, o desenvolvimento de Rohe parecia normal, era um bebê calmo e não chorava muito. O sono era tranquilo, dormia bem, sem sobressaltos. Chupou bico até dois anos e meio. Engatinhou aos oito meses e começou a caminhar antes dos dezoito meses. Como era o segundo filho do casal, a mãe observou pequenas diferenças em seu desenvolvimento.

O primeiro sinal que lhe chamou a atenção foi observado na amamentação. Rohe mamava muito no peito e devolvia o leite em forma de golfadas, fazendo uma trajetória em arco. Embora a mãe estranhasse esta reação de vômito, só mais tarde, ao conversar com outras mães, notou que era algo comum entre bebês autistas. Outra situação distinta foi quando ele iniciou a marcha, caminhando nas pontas dos pés. Após algum tempo, normalizou, mas voltou a andar novamente desta maneira. Não tinha um objeto fixo para dormir. Numa determinada época, era uma pomada, em outra, uma tesourinha ou outro objeto, diferente dos macios e fofinhos panos, comumente usados pelas crianças nesta fase.

Rohe frequentou a mesma escola infantil que seu irmão, sendo que, aos dois anos, a família foi chamada para conversar sobre o menino que brincava sozinho na sala, não se relacionava com os colegas, afastando-se dos mesmos. Nessa mesma

⁸ O teste de APGAR objetiva a avaliação das condições de saúde do recém nascido. São aferidas cinco variáveis pontuadas cada uma de zero a dois, isto é, o escore máximo a ser obtido, é o escore 10. As variáveis são: batimentos cardíacos, coloração da pele, resposta à estimulação, respiração e tônus muscular.

época, em casa, ele demonstrava afastamento dos familiares, movimentos repetitivos, associados a uma agitação nas atividades que realizava. Estes fatos foram decisivos para que fosse iniciada uma investigação sobre o seu desenvolvimento.

Caminho percorrido até o diagnóstico e ao atendimento multidisciplinar

Em abril de 1991, Rohe foi levado a um médico neuropediatra que solicitou um eletroencefalograma e receitou-lhe uma medicação para hiperatividade. Quando os pais concluíram que o remédio não tinha o efeito esperado, buscaram outro especialista. Desta vez, foi solicitada uma tomografia computadorizada do crânio, e o resultado ficou dentro dos padrões de normalidade. O procedimento deste especialista foi encaminhar o menino para uma avaliação psiquiátrica, sendo que o primeiro psiquiatra acompanhou Rohe durante nove meses. Neste atendimento, o menino não mostrava mudanças em seu comportamento, além da família não concordar com os encaminhamentos realizados pelo profissional. Estes fatos foram decisivos para a troca do psiquiatra e do neurologista.

Nova psiquiatra e novo parecer afirmavam, em agosto de 1993, que o menino tinha comportamentos compatíveis com psicose infantil, apresentando na época falta de contato olho a olho, alucinações auditivas, atitudes e choros bizarros, não levava em conta o perigo, colocando-se em situação de risco. A profissional relata que, aos poucos, Rohe conseguiu vincular-se com a terapeuta, manifestando emoções (sorriso, choro) e demonstrava sentir cócegas quando era tocado. Porém, continuava usando fraldas, não organizava um brinquedo, emitia poucas palavras e se desorganizava quando era contrariado.

A neurologista pediu à família de Rohe que fosse reavaliada a área neurológica e o encaminhou também para fonoaudiologia. O menino iniciou este atendimento em março de 1993, recebendo o seguinte parecer: apresentava retardo de linguagem acentuado e comprometimento, tanto da compreensão, como da expressão lingüística. Atualmente, permanece neste acompanhamento.

Rohe fez uso de Tegretol⁹ e, mais tarde, de Neuleptil¹⁰, gotas pediátricas. Em 1995, o menino iniciou atendimento em um centro especializado para crianças portadoras de transtornos invasivos do desenvolvimento, com o objetivo de trabalhar socialização, psicomotricidade e controle esfincteriano.

Em março de 1995, uma reavaliação da psiquiatra sugeria que o menino continuasse esta terapia, mas para acompanhar sua evolução, controlar e prescrever sua medicação. Além disto, os pais tinham indicação de um acompanhamento terapêutico regular e sistemático. A psiquiatra que desenvolvia este trabalho atendeu Rohe durante três anos, quando deu alta para o menino.

Iniciou, em março de 1995, atendimento em um centro terapêutico, onde foi avaliado e inserido em um quadro de autismo leve a moderado. A proposta clínica foi de orientação psicopedagógica sob os princípios do modelo TEACCH, com ênfase nas aquisições básicas que incluíam cuidados pessoais e independência para o uso do banheiro, desenvolvimento de condutas adaptativas que possibilitassem maior integração social e estimulação pedagógica. Rohe participava de um grupo terapêutico diário, das 8h30min às 12h30min. A família percebeu progressos no filho desde que ele entrou neste estabelecimento, como o uso do banheiro e comer sozinho, por exemplo. Frequentou esta escola durante quatro anos.

Participou, até 1996, de sessões de equoterapia, um conjunto de técnicas reeducativas e de reabilitação que agem para superar danos sensoriais, motores, cognitivos e comportamentais, através de uma atividade lúdico-desportiva que tem, como instrumento terapêutico, o cavalo. O parecer emitido pela equipe técnica deste centro relatava que o menino demonstrava interesse e motivação para realizar a prática da equoterapia. Respondia aos objetivos do atendimento, realizando as atividades propostas nas sessões. Seus comportamentos melhoravam no decorrer do trabalho. Rohe ficou neste atendimento, durante quatro anos.

Em abril de 1998, a família ficou sabendo que estava iniciando na ESEF um projeto de Psicomotricidade com enfoque Relacional para crianças portadoras de necessidades educativas especiais. Entraram em contato com o coordenador do projeto, professor Negrine, sendo Rohe o primeiro participante da pesquisa.

⁹ Também conhecido como carbamazepina com ações anticonvulsivantes.

¹⁰ Também conhecido como periciazina, para o tratamento de psicoses.

Na época em que iniciou a terapia corporal, a maior dificuldade de Rohe era de não conseguir ficar em ambientes onde havia multidão, debatendo-se quando se via no meio de muitas pessoas. Não subia escadas, do tipo de pedreiro que seu pai usava, e não chegava perto de nenhum cachorro, sendo que este medo estava associado a uma mordida que havia levado quando era menor.

Gostava de ouvir músicas infantis, como *Coelhinho*, *Escravos de Jó* e *Parabéns pra Você*. Suas brincadeiras eram, conforme características da síndrome, organizar as miniaturas de brinquedos, enfileirando-os de acordo com um critério: helicópteros, carrinhos ou bonequinhos. Quando colocava a última peça, imediatamente recolhia-os e guardava-os. A mãe do menino lembrou que uma vez ele pegou uma folha de árvore e brincou com ela como se fosse um barquinho. “Foi a única vez que demonstrou alguma brincadeira de faz-de-conta”, disse a mãe. Não mostrava interesse em assistir à televisão, ficando bom tempo olhando revistas da *Mônica* e fotografias.

Atualmente, a mãe do menino diz que não se priva de nada. Não priva o filho em detrimento das outras pessoas, em razão de ser “diferente”. Tanto ela quanto o marido já superaram a fase de procurarem culpados pela síndrome do filho. Tudo o que puderem fazer para ajudá-lo, o casal não mede esforços. Eles também não se opõem a que o estudo venha a ser escrito e publicado, reforçando que já existe uma foto do menino em um livro sobre autismo.

Rohe iniciou sua participação no Projeto de Psicomotricidade Relacional com oito anos e seis meses, apresentando altura e peso normais para um menino de sua idade. Durante esses três anos de terapia, sua frequência foi quase 100%, faltando a duas sessões apenas.

Sua atuação nas sessões de psicomotricidade relacional será resumida através dos próximos relatos organizados e divididos de acordo com as características do menino e com pautas que nortearam as observações das sessões.

Terapia corporal - aproximações iniciais

Rohe chegou ao primeiro encontro com sua mãe, trazendo nas mãos uma pomada que a avó lhe dera para problemas de alergia, não se separando dela durante

toda a primeira sessão. Entrou na sala de psicomotricidade aparentemente sem dificuldades, dando “tchau” para a mãe que ficava esperando o término do trabalho no corredor do prédio.

As primeiras aproximações entre Rohe e o psicomotricista foram mediadas pelos materiais existentes na sessão. Desta maneira, o menino não impunha restrições quanto à aproximação, tendo por intermediação bolas, arcos, almofadas, colchões, entre outros objetos. O contato direto era pouco tentado para não intimidar ou forçar o ritmo de Rohe.

A terapia iniciava com a entrada na sala, seguida da retirada de tênis e meias. Desde o primeiro encontro, estas atividades foram ensinadas ao menino que gesticulava, e pedia ajuda para realizá-las. Todos os colchões e almofadas estavam com plástico de proteção e foram retirados com a ajuda de Rohe. Quando entrava na sala, esta se encontrava previamente organizada para o trabalho. O menino ajudava a pegar os materiais que seriam utilizados e, ao término da sessão, empilhava almofadas e colchões, colocava as bolas nos seus respectivos lugares. Rohe, ao realizar estas tarefas, desenvolvia habilidades, competências e relações de cooperação, de aproximação com o terapeuta, além de ser incentivado a falar o nome dos materiais. Devemos lembrar que uma das normas da rotina era que ele deveria ajudar a guardar o material utilizado para jogar.

Rohe participava das sessões, carregando nas mãos um objeto que trazia de casa ou que elegia no decorrer da sessão. Procurávamos guardá-lo, negociando sua devolução no término do trabalho. Nos primeiros encontros, não foi possível retirá-lo. As investidas do terapeuta para lhe pedir o objeto eram cautelosas, pois estávamos em período de adaptação e de construção de vínculos. Entretanto, sabíamos que estes objetos sensoriais autísticos poderiam interferir em sua atuação na trajetória psicomotriz.

Quando Rohe trazia algum objeto de casa, reconhecíamos sua função com facilidade. Ao eleger um brinquedo ou outro material no decorrer do encontro, exigia-nos um longo tempo de observação, para vermos como faria uso deste objeto. Exemplificaremos este estudo através do registro que segue:

“Rohe pega uma boneca de plástico que estava na caixa de brinquedos figurativos, não se separando dela até o ritual de encerramento. Segura-a com a mão direita, fechando a palma da mão sem fazer, naquele instante, nenhum inventário no brinquedo. Ficamos aguardando se haveria outro tipo de exploração ou investida ao objeto. Porém, além do apego exagerado demonstrado à boneca, deita-se no colchão e fica rodopiando várias vezes o brinquedo, caracterizando, assim, seu destino” (sessão nº 6, 29/04/98).

As trocas de informações realizadas entre nós e os profissionais que atendiam Rohe há mais tempo, levou-nos a concluir que este comportamento não fazia parte somente de sua adaptação à atividade nova. Ao observarmos uma sessão de fonoaudiologia, atendimento desenvolvido há mais de três anos com a mesma profissional, a separação do objeto autístico era realizada na entrada da sessão. Entendemos que teríamos de aprender como propor o afastamento deste objeto. A partir da sessão nº7 (06/05/98), conseguimos negociar seu uso, sendo que atualmente traz um relógio na mão, mas o deixa com sua mãe antes de entrar na sala onde ocorrem as sessões.

O jogo com o objeto autístico foi diminuindo na sessão. Atividades estereotipadas, manifestadas através de movimentos de sacudir as mãos, girar ao redor de si, balançar o corpo ou a cabeça, Rohe não apresentava. Na maioria das sessões, realizava corridas desorganizadas pela sala. Entretanto, eram jogos que aconteciam por rápidos momentos e de fácil exclusão, pois o terapeuta começava a imitá-lo nestes movimentos ou a oferecer outras alternativas que tinham boas respostas, transformando-se em atividades orientadas para um fim.

Jogos de imitação

Jogos de imitação foram os primeiros a serem oferecidos e facilmente aceitos pelo menino. Com o decorrer destas atividades, observávamos seqüências interessantes de imitação tanto por parte de Rohe em relação ao psicomotricista que fazia provocações, como sua reação frente às imitações que o psicomotricista fazia de seu comportamento que o deixava surpreso. Exemplificamos esses fatos com o registro tomado de uma cena ocorrida na 2ª sessão:

“Psicomotricista bate palmas. Rohe bate também. Psicomotricista bate novamente. O menino repete. Rohe senta sobre uma bola de ‘bubet’. Psicomotricista o imita. Rohe levanta-se, deita nos colchões e coloca os pés na parede. Psicomotricista o imita, deitando-se ao seu lado, sem encostar o corpo. Rohe olha o terapeuta e dá um sorriso” (01/04/98).

Com a continuidade das sessões terapêuticas, os jogos de imitações tornavam-se cada vez mais complexos e significativos. Através deles, iniciaram-se atividades de lançamento de bolas, arcos, almofadas, argolas, entre outros objetos disponibilizados. Rohe executava os arremessos com dificuldade, sem direção ou sem força, mas não se recusava a fazê-los.

O desafio da imitação, a princípio, trazia dificuldades de execução por parte de Rohe que pedia auxílio ao terapeuta para realizar as tarefas. Através destas ajudas, observamos, a partir dessas relações, comportamentos novos que avançaram no decorrer de sua trajetória quando havia auxílio do terapeuta. O vínculo entre o terapeuta e o Rohe era evidente, uma vez que ele passava a responder aos desafios que paulatinamente lhe eram feitos.

A construção de vínculos

O jogo, entendido como atividade lúdica, foi o instrumental utilizado nas sessões de Psicomotricidade Relacional que favoreceu a formação de vínculos entre os psicomotricistas e Rohe, embora o processo apresentasse aproximações e distanciamentos no início do processo. Citamos o seguinte registro para caracterizar tais situações:

“Era início da sessão. Rohe aceita caminhar sobre os pés do psicomotricista e abraçá-lo para poder equilibrar-se. A reação seguinte e imediata foi que o menino fala ‘mea’ e, logo após, coloca as meias para ir embora. Abre a porta, sai no corredor e vai em direção à mãe e sua avó, senta-se em seu colo” (sessão nº 3, 08/04/98).

Nesta mesma data, Rohe estava deitado ao lado do psicomotricista, porém separados por uma ‘pilha’ alta de colchonetes. Ao ser chamado pelo nome, ergueu a metade do seu corpo e “espiou”, vendo, assim, os pés do terapeuta. Sorriu e voltou a

deitar. Posteriormente Rohe começou a caminhar pela sala, e o terapeuta foi atrás dele. O menino parou, olhou para o psicomotricista e acariciou o seu pescoço. Em seguida afastou-se, saltando sobre uma bola de *bubet*.

Os jogos utilizados nas sessões foram meios facilitadores de aproximação com Rohe. Os jogos de imitação que permaneceram durante os três anos de terapia ajudaram na construção dos vínculos entre ele e o psicomotricista. Ser arrastado pelo solo sobre um pedaço de tecido representava outro jogo bem aceito pelo menino, sendo que inúmeras vezes solicitava para o psicomotricista realizar consigo tal atividade. Variações desta brincadeira começaram a aparecer no momento em que o terapeuta pedia que Rohe também lhe puxasse.

“Me puxa” passou a fazer parte do seu repertório de palavras. Este jogo ficou tão apreciado por ele, que começamos a observar se ele estaria utilizando esta atividade para perseverar, característica encontrada entre os autistas.

Para verificar essa hipótese, novos desafios e outros materiais foram introduzidos na sessão. Rohe não teve dificuldades em aceitá-los e em iniciar outras brincadeiras, concordando com o afastamento do jogo de arraste sobre um pedaço de tecido.

Observamos nas atitudes do menino que aproximações maiores de contato corporal entre ele e o psicomotricista começavam a acontecer. Entretanto, a cada jogo novo que era oferecido a Rohe, uma maior aproximação com o psicomotricista se realizava, e sua reação aparecia nas atitudes de retorno aos vínculos da mãe e da avó ou através do afastamento por um tempo. Com estas atitudes, entendíamos que ele necessitava de um tempo para se adaptar às novas relações em que seu corpo e o corpo do outro eram as principais ferramentas.

Descobrimo o corpo na terapia

Gradativamente, no decorrer das sessões, reconhecia e utilizava seu corpo na interação com o terapeuta, na relação com os materiais e na relação que realizava consigo mesmo. Presenciávamos o crescente interesse que demonstrava em tocar o seu “bigio” (umbigo), o pênis (conhecido como “xixi”), o nariz. A utilização do espelho transformou-se em testemunha de que era dele aquela imagem refletida.



Foto 2 – Rohe descobre seu corpo refletido no espelho, LAPEX/ESEF/UFRGS (1998)

A continuidade destas experiências despertou interesse pelo corpo do outro, o psicomotricista. Ao término de algumas sessões, certa ocasião, o terapeuta propôs contornar seu corpo, no chão, com um pincel atômico. Posteriormente pediu para Rohe completar caracterizações como olhos, nariz, orelhas, etc. O psicomotricista falava e Rohe imediatamente completava. As seqüências destas atividades resultaram em atitudes independentes de atividades realizadas pelo menino, conforme a cena seguinte:

"...Pega um pincel atômico, olha os desenhos feitos no chão, e senta. Entrega o pincel para o terapeuta e deita, para que fosse realizado o contorno do seu corpo. No final, completam as partes do corpo" (sessão nº 8, 13/05/98).

A representação e contorno de seu corpo no chão e no papel pardo foram propostas do terapeuta, tendo boa aceitação e sendo requisitada por ele em várias sessões. Terminado o contorno, cada parte do corpo era desenhada pelo psicomotricista e por Rohe que ainda conferia as partes que estavam escondidas pela roupa, como seu pênis, por exemplo, representando-o no desenho.

Nesta mesma época, chamou a atenção de Rohe a caixa lúdica. Um jogo, com uma bonequinha de plástico, que havíamos citado anteriormente como de ritual autístico, trocava de objetivo. Às vezes, desmontava e montava os bonecos, citando-

lhe as partes do corpo, como fazia em si mesmo ou na representação do corpo no chão. O jogo de ninar a boneca começou através de uma atividade de imitação



Foto 3 – Rohe imita a facilitadora e embala a boneca– LAPEX/ESEF/UFRGS (1998)

Brincadeiras e repetições

Rohe mostrava alterações de comportamento nas sessões, seja quanto aos seus interesses, seja quanto à trajetória de jogo. Entretanto, a cada novo jogo, retornava logo em seguida, utilizando habilidades anteriormente adquiridas com objetos e jogos que se tornaram familiares. Esse itinerário parecia, pelo que percebíamos, render-lhe autoconfiança para enfrentar novos desafios, da mesma maneira em que buscava vínculos familiares e conhecidos no início de sua relação, com o psicomotricista.

Subir em um banco sueco ou em uma mesa, com ou sem ajuda, tinha de ser experimentado em várias sessões; principalmente quando havia uma brincadeira nova, ele o fazia repetidamente. Entretanto, estas repetições não eram exatamente iguais, pois ele acrescentava algo novo e importante para o seu desenvolvimento: músicas que entoava, palavras que repetia. Às vezes repetia palavras soltas que não se relacionavam com as atividades que realizava ou com os materiais da terapia. Poderíamos analisar tais comportamentos como linguagem ecológica, típica das

crianças autistas. Quando isto acontecia, o psicomotricista procurava propor experiências corporais que dessem significado à palavra que repetia e que vivenciava, conforme os registros que se seguem:

“Rohe está parado em um canto da sala quando repete duas vezes a palavra atenção. O psicomotricista aproveita a palavra, repete cada vez que vai jogar as almofadas em direção ao menino que se defende com as duas mãos. Logo em seguida, ele olha para o terapeuta, pega a bola branca de ‘bubet’ e grita: atenção! atenção!” (sessão nº 3, 08/04/98).

Essa cena tem dois fatos importantes no seu comportamento. Por um lado, nesse momento passa a se defender dos objetos jogados em sua direção, reação pouco ou nada evidenciada até o momento, por outro, passa a utilizar as palavras dentro da lógica. Essas evidências aparecem no seu comportamento:

“Rohe, após uma atividade, repete ecolalicamente a palavra “alô, alô” que é aproveitada pelo terapeuta para fazer a encenação de uma conversa com o menino que o imita, fazendo-de-conta que estava falando ao telefone com o psicomotricista (sessão nº 09, 20/05/98).

“Senta em uma bola de ‘bubet’ e salta várias vezes. O Psicomotricista o imita. Rohe sorri. Param. Terapeuta sentado sobre a bola, salta e bate palmas. Rohe o imita. Deita nos colchonetes, pega uma corda e passa pelo corpo. Canta: ‘big, big, hora, hora’. O terapeuta canta junto com ele “Parabéns a Você”, batem palmas e assopram velinhas...” (sessão nº 09, 20/05/98).

Pudemos acompanhar a atuação de Rohe nas sessões de Psicomotricidade Relacional, até o final do mês de maio de 1998, sem dividir espaço, materiais e a atenção do psicomotricista com outra criança, uma vez que era a única criança na sessão. A partir deste momento, outras crianças passam a fazer parte do grupo. Nos relatos que seguem, descrevemos suas reações.

Comportamento evidenciado ao dividir o espaço de jogo com outras crianças

Em 27 de maio de 1998, Rohe passa a dividir o espaço terapêutico com um menino portador da Síndrome de West¹¹. Neste encontro, notamos demonstração de jogos de destruição por parte de Rohe, ao jogar um brinquedo longe, derrubar almofadas e usar gritos para demonstrar seu desagrado quando o psicomotricista também dividia a atenção com Juca.

Nas sessões que seguiram, Rohe continuava manifestando sua contrariedade, sendo que, desta vez, competindo a atenção do psicomotricista, provocando relação de dependência com ele. Podíamos observá-lo pedindo ajuda em trajetórias que já dominava. Os bichinhos com que normalmente brincava e repetia seus nomes, começou a jogá-los longe. Sua demonstração de desagrado culminou quando empurrou o colega com as mãos e o psicomotricista com os pés, emitindo gritos de contrariedade.

Percebemos, nessas situações, que Rohe descortinava seus sentimentos de desagrado em ter de dividir algo que, até aquele momento, era seu e que ele não estava acostumado a compartilhar. E, naquele momento, a “verdade” contida na demonstração dos sentimentos de Rohe fazia-nos pensar que, se havia algo ameaçador ou de perda, era porque havia vínculos fortes entre Rohe e o terapeuta.

Na realidade, no comportamento de Rohe, não apenas estavam presentes as emoções primárias, que são públicas como diz Damásio (2000), mas também os sentimentos decorrentes delas.

Rohe continuava a demonstrar sua contrariedade com relação a Juca e também a Lucas, outro menino autista que havia iniciado no projeto em 02/09/98. Mas estas manifestações não impediam o desenvolvimento de sua trajetória, da entonação de suas cantorias, enfim, da sua participação nas sessões.

Logo, era preciso assegurar o espaço para Rohe demonstrar aqueles sentimentos, ao mesmo tempo em que o psicomotricista deveria oportunizar novas relações terapêuticas com as outras crianças que haviam entrado no projeto, na 20ª

¹¹ Síndrome manifestada através de prejuízos derivados das crises (espasmos) sobre o desenvolvimento psicomotor e a estrutura intelectual. Esse menino não era nosso foco de estudo, no momento, não constando nas fichas de registros.

sessão (02/09/98). Poderíamos dizer que o terapeuta investiu nestas construções e mais, na mediação de possíveis relações entre Rohe e os outros meninos. Para ajudar nesta tarefa, os materiais foram usados como agentes facilitadores de aproximação. Os rituais de entrada e de saída serviram também a este propósito.

As primeiras reações de Rohe a estas investidas foram de resistência, procurando algo para realizar sozinho. Mas, quando o jogo era só dele e do psicomotricista, voltava a interagir. Estas reações foram, aos poucos, substituídas por jogos de imitação, como Rohe imitando um movimento em que Juca batia com a corda numa bola de *bubet*. E, no final desta mesma sessão, quando os meninos faziam relaxação nos colchonetes, Juca deu um abraço em Rohe, que não rejeitou, mas retribuiu com abraço e beijo.

As sessões que se seguiram mostraram constante disputa entre Rohe, os outros participantes da pesquisa e o terapeuta. Rohe exigia-lhe a presença, e fazia de tudo para chamar-lhe a atenção: puxava-o pela mão, gritava, apertava as bochechas de um, empurrava outro. A conduta do terapeuta era sempre através da palavra e da proposta de jogos que envolvessem os três meninos, além de dar atenção a todos.

Independente das crises de atenção e luta por espaço, Rohe continuava, no término deste primeiro ano de trabalho, demonstrando vários comportamentos novos nas sessões.

Retornando ao projeto

Reiniciamos o trabalho na 34ª sessão (05/04/99), na mesma sala do ano anterior. Rohe demonstrava lembrar dos rituais da sessão. Rolava no chão a pedido do psicomotricista. Gritava e olhava para ele quando não recebia atenção. Novos psicomotricistas iniciaram nessa data, procurando aproximação com o menino, propondo-lhe novas atividades. Retomavam jogos antigos e usavam as palavras, pedindo que Rohe as repetisse. Gradativamente foram construindo vários laços importantes e necessários ao desenvolvimento da terapia. O menino aceitava as aproximações com os outros terapeutas, mas sempre retornando ao vínculo inicial com o primeiro psicomotricista.

Ao longo do trabalho com Rohe, presenciamos alterações comportamentais que modificaram sua atuação na sessão psicomotriz. Entre elas, presenciamos a sonolência do menino causada pelas trocas em sua medicação, levando-o a dormir no decorrer da sessão.

Nessa mesma época, apresentava modificações em seu humor, demonstrando contrariedade e gritando com movimentos desorganizados, alterando momentos variados entre construção de jogos e irritabilidade.

Entramos em contato com a família para conversarmos sobre essas mudanças de Rohe. Descobrimos que o menino tinha parado, nos meses de janeiro e fevereiro, com várias atividades, modificando sua rotina. Aliada a este fator, a medicação havia mudado, sem que resultasse numa melhora em seu comportamento, havendo necessidade de nova alteração.

Rohe sinalizava que necessitava de ajuda, exigindo mais atenção, cuidados e paciência. As atividades de relaxação eram mais intensificadas. Ele necessitava, em momentos da sessão, ficar quieto, deitado ou envolvido com algum material que lhe acalmasse. Ao mesmo tempo, o psicomotricista provocava sua entrada em algum jogo ou com os materiais de sua preferência.

Aos poucos, Rohe foi reorganizando seu comportamento, voltando a participar de maneira criativa e buscando a interação com os profissionais e colegas do projeto. Novos desafios foram lançados ao menino que avaliava suas possibilidades para realizá-los, conforme o relato que segue:

“Rohe é convidado a caminhar sobre um banco sueco e se jogar sobre as almofadas. Ele tenta e, mesmo contando com a mão do terapeuta, resolve recusar” (45ª sessão, 21/06/99).

Ainda precisávamos esperar um pouco mais para desafiá-lo novamente neste tipo de atividade.

Os brinquedos figurativos, neste ano, tiveram maior procura por parte das crianças, facilitando a estimulação e o seu uso nas sessões. A caixa de brinquedos ficava à disposição das crianças. Rohe continuava a explorá-los, dizendo o nome de cada um, sua cor e, quando possível, era incentivado pelo psicomotricista ir além desse reconhecimento.

Rohe brincava com animais de plástico, dizendo o nome de todos os bichinhos que pegava. A psicomotricista aproveitou o interesse demonstrado e começou a incentivá-lo a imitar cada animal que estava brincando.

Os brinquedos figurativos provocavam manifestações de jogo simbólico. Pudemos observá-lo brincando com um avião de plástico, e falando: “pai”, levantando-se e fazendo-o voar. Relatamos à sua mãe a cena que havíamos visto, momento em que nos foi confirmado que ele havia ido ao aeroporto recentemente, ocasião em que seu pai havia viajado.

Em julho de 1999, antes de fazermos o recesso do primeiro semestre do ano, levamos Rohe e seus colegas para visitarem o ginásio 2, novo espaço de trabalho a partir de agosto deste mesmo ano. Ele fez o reconhecimento da sala, olhando todos os objetos e aparelhos que lá existiam. Foi convidado a subir em um “cavalo”, aparelho de ginástica olímpica, onde são realizados exercícios ginásticos sem que a terapeuta mencionasse o nome dado a este aparelho. O menino subiu com ajuda e logo se acomodou. Fez o som do trote do cavalo junto com o movimento do corpo.

Fizemos um recesso de duas semanas, sendo que as crianças foram avisadas sobre a data de retorno às atividades.

Novo espaço, novos jogos e novas relações

Realizamos a troca de sala em agosto, e Rohe adaptou-se bem neste novo espaço. Transportamos a maioria dos materiais que utilizávamos, com a ajuda dos meninos e lá guardamos em um depósito. No início e no final da sessão, ajudavam a carregá-los. O ginásio era muito amplo, e tínhamos de limitar o espaço de atuação. Às vezes, Rohe fugia juntamente com Lucas, desrespeitando as regras combinadas a cada início de sessão. Entretanto continuou realizando jogos e trajetórias de seu domínio.

Caminhar e saltar de um banco sueco foram suas próximas conquistas, a princípio com o modelo e a ajuda do terapeuta e do colega Lucas. Com a continuidade deste incentivo, Rohe não demorou a conseguir realizar sozinho este jogo. A conquista destas realizações e o desafio dos terapeutas para outras levaram-no para a cama elástica, atividade que passou a ser de sua preferência, embora

procurássemos avaliar constantemente se ele estaria perseverando, e se aceitaria outros jogos.

O ginásio favorecia a Rohe que realizasse uma trajetória psicomotriz sem objetivos, sem orientação. Entretanto, estes movimentos não duravam muito, pois logo se organizava, através da realização de um jogo proposto pelo psicomotricista ou por ele mesmo. Nesta época, Rohe era o único que resmungava na hora de colocar as meias e os tênis para ir embora. Cabe registrar que, embora o ginásio (novo espaço onde ocorria a sessão) tivesse uma série de materiais e aparelhos novos para ele, também era um espaço muito amplo que oferecia atividades com outros profissionais, paralelas à sessão de psicomotricidade relacional.

Esses fatores consideramos como intervenientes, uma vez que influenciam significativamente o comportamento de crianças que necessitam de determinadas condições ambientais, ou seja, que o ambiente não apresente interferências que alterem ainda mais o comportamento da crianças, levando-as a distrações provocadas por outras atividades que ocorrem de certa forma no mesmo ambiente.

Outros colegas, também autistas, iniciaram no programa, e Rohe foi desafiado a interagir com um grupo maior de crianças. No dia em que o novo grupo iniciou sua participação, direcionamos nosso foco de observação ao menino, para vermos como reagiria (55ª sessão, 13/09/99). Para nossa surpresa, na mesma data, ele inventava um jogo novo de pular no trampolim e saltava no colchão, sendo imitado por outros colegas. Sua participação crescia na sessão, demonstrando criatividade ao aproveitar os materiais e ao buscar interação com todos os psicomotricistas.

Nos meses que se seguiram, as trajetórias de Rohe na sessão foram ficando mais ricas, através da criação de novas alternativas, interagindo com os profissionais, com os colegas, “falando e cantarolando”. Em casa, segundo relato de sua mãe, subia na cama da avó e saltava, como se fosse cama-elástica e dizia: “atenção”! Este não era o único jogo a ser realizado por Rohe no âmbito familiar. Aos poucos, pudemos receber relatos da família nos quais o menino repetia alguns jogos, ou seja, passava também a realizar brincadeiras em casa, comportamento pouco freqüente antes de iniciar no projeto, segundo relatos da mãe.

Nesse momento da pesquisa, realizamos um convite à família de Rohe, juntamente com as outras famílias que participavam da pesquisa, para realizarem

mais uma sessão de Psicomotricidade Relacional semanal, no Centro Educacional La Salle, em Canoas. O serviço é oferecido anualmente, nos meses de setembro a dezembro, para que o curso não se torne totalmente teórico e a prática pedagógica seja analisada a partir de situações concretas. Esta atividade era oferecida para que os acadêmicos do Curso de Pós-Graduação em Psicomotricidade Relacional pudessem realizar a formação pedagógica do referido curso.

A oportunidade permitiu que realizássemos as observações de Rohe em sessões que eram oferecidas semanalmente, com duração de uma hora. Faziam parte do grupo-classe (que Rohe participou) crianças de cinco e seis anos apresentando desenvolvimento normal e algumas que excediam esta idade, por serem portadoras de necessidades educativas especiais que já faziam parte do projeto pelo quarto ano consecutivo. Era uma situação nova, uma vez que o grupo, no qual Rohe agora também estava inserido, era de aproximadamente trinta crianças. Entretanto, havia algo familiar a Rohe, ou seja, o psicomotricista que dirigia a sessão era o mesmo que trabalhava com Rohe na ESEF/UFRGS desde o início do processo terapêutico.

O trabalho teve início em setembro de 1999 e Rohe era levado pela mãe toda a terça-feira. Acompanhamos estas sessões, e pudemos realizar importantes observações do comportamento de Rohe nesta instituição.

A observação iniciava, já no pátio da faculdade, enquanto o menino esperava o horário para entrar na sala. Na primeira noite, quase tudo deveria ser novidade para ele. Entretanto, entrou no ginásio pulando, gritando, sorrindo e já tirando os tênis sem que ninguém tivesse lhe pedido. Olhou o espaço em sua volta, localizou Juca, seu colega da ESEF/UFRGS, e esboçou um sorriso. A recepção de Juca foi a mesma, vindo para perto, chamando-o pelo nome, abraçando-o e beijando-o. Logo em seguida, viu três psicomotricistas que atuavam com ele, na UFRGS e também riu. Estava “em casa”, era só o facilitador iniciar o jogo.

Na primeira sessão, ficou olhando para os lados como se estivesse fazendo o reconhecimento do lugar. Mostrou-se mais reservado, se comparado à sua atuação nas sessões de terapia: observava outras crianças jogarem, entrava nas filas dos brinquedos, aguardando sua vez para brincar. Subiu sozinho no banco sueco e saltou sem precisar de ajuda. Em outro momento, deu a mão para a psicomotricista da ESEF e fez a mesma trajetória que já havia realizado sem ajuda. O momento mais

difícil era ele permanecer nos rituais, já que nesse espaço ele cumpria outra seqüência e com outras exigências do que aquelas realizadas na ESEF/UFRGS.

Os rituais de entrada e saída, neste grupo, eram mais demorados em razão do maior número de crianças. Isto significava que, na mesma proporção, teríamos uma representação maior de depoimentos. Por se tratar de uma sessão educativa, a maneira de conduzir estes momentos era diferenciada da sessão terapêutica que desenvolvíamos na ESEF.

Os rituais, neste primeiro ano de La Salle, foram ricos e continham conteúdos importantes a serem observados e analisados. A princípio, Rohe reagia ao sentar-se no chão e não aceitava o término da sessão. Necessitávamos da presença de um acadêmico auxiliar do psicomotricista ou do facilitador que trabalhava com ele na ESEF para acalmá-lo. Nas sessões que se seguiram, o menino gritava, fugia do ritual e novamente necessitava da intervenção do facilitador, fazendo-o retornar ao ritual.



Foto 4 – Rohe necessita ser acalmado no ritual de saída – Ginásio do La SalleCanoas (1999)

Com o passar dos encontros, Rohe já não impunha tanta resistência, respeitava a regra do ritual, aconchegado ao corpo do psicomotricista. Enquanto permanecia imóvel, olhava em sua volta o espaço, o coordenador da sessão e seus novos colegas. Quando encerrava, ajudava a guardar o material e era incentivado a colocar seus tênis e meias.



Foto 5 – Rohe coloca meias e tênis – Ginásio do La SalleCanoas (1999)

Assim como nos rituais, Rohe adaptava-se ao desenvolvimento desta sessão que apresentava situações diferentes para ele. Era um espaço diferente da terapia que estava acostumado a participar; o número de participantes era maior e alternado entre crianças normais e portadoras de outras necessidades educativas especiais; havia os alunos do curso de especialização observando e atuando na sessão, propondo ao menino um novo desafio no âmbito das inovações relacionais.

Em alguns momentos, percebíamos corridas desorientadas de Rohe pela sala, o que era esperado em consequência da síndrome. Entretanto, não durava muito tempo e logo se reorganizava através de um jogo. Os jogos de saltar de cima do plinto, assim como os outros, eram organizados por fila. Esta não era muito pequena em razão do número de crianças. Normalmente Rohe não respeitava esta fila, sendo

necessária a intervenção do psicomotricista para que ele entrasse no lugar certo. Este trabalho foi construído com Rohe durante todas as sessões que participou.

Os jogos mais procurados eram aqueles que já dominava na terapia psicomotriz, entretanto nas suas caminhadas pela sala, olhando os jogos que as crianças desenvolviam, ele ficava mais tempo perto do espaldar e da corda que era amarrada no teto e que servia de balanço para as crianças.

A caixa dos disfarces não era muito procurada, sendo que a fantasia buscada e vestida por Rohe era a de Papai Noel. Para colocá-la, tinha de pedir ajuda à psicomotricista.

Na última sessão do ano no La Salle, os pais participaram da sessão sendo incentivados a brincarem com seus filhos. Participaram do encontro a mãe e o irmão de Rohe. A trajetória dele não foi muito alterada com relação às outras sessões. Brincou nas bolas, entrou nas filas para subir nos bancos e saltar. A mãe procurava interagir e incentivava o filho. O fato diferente, observado neste dia, foi a tentativa de Rohe de subir no espaldar, jogo que ainda não havia realizado. Seus ensaios foram muitos, tanto sozinho quanto com a ajuda dos terapeutas. No final da sessão, após uma nova estratégia do psicomotricista, Rohe subiu no espaldar, esboçando satisfação ao chegar em degraus mais altos.



Foto 6 – Já no alto do espaldar, Rohe e facilitadora comemoram a conquista – Ginásio do La Salle/Canoas (1999)

O segundo ano de participação de Rohe na terapia psicomotriz estava no final e, desta vez, acrescentando à sua experiência, a participação em outro grupo que não aquele da ESEF/UFRGS.

Rumo a mudanças: Rohe no ano 2000

Iniciamos o ano de 2000 em uma sala nova, ampla, bem arejada, iluminada, com poucos recursos, se comparada ao ginásio utilizado no ano anterior. Levamos os nossos materiais e encontramos, neste espaço, espelho, espaldar, bancos, cordas e alguns colchonetes. Rohe teve dificuldades em adaptar-se nesta sala, pedindo para sair várias vezes. No ritual de entrada, apresentamos a nova sala, dizendo que aquela sala era o novo espaço de trabalho e que jogaríamos naquele lugar.

A chegada dos colegas e o início do jogo com a participação de todos, acalmou e motivou Rohe, iniciando assim o reconhecimento e exploração do ambiente. Sua primeira procura foi pelo espaldar, subindo sozinho dois degraus. Brincou com um avião da caixa dos brinquedos, juntamente com outros autistas. Foi incentivado a jogar, puxar, correr e arrastar seus colegas, aceitando e participando de todas as atividades.

Aos poucos, Rohe foi aceitando e se adaptando à sala. Subir no espaldar era o jogo preferido naquele momento, sem que se transformasse em ritual de repetição, pois aceitava outras propostas. Esta atividade era acompanhada pela intermediação do terapeuta que não mais oferecia o corpo de ajuda, mas o corpo demonstração, gesto e palavra de incentivo.



Foto 7 – O facilitador estimula Rohe a subir sozinho – Sala de Rítmica 1 da ESEFU/FRGS (2000)

Máscaras e fantasias

As máscaras e fantasias foram inseridas na terapia com objetivo de vermos que reações provocariam. O primeiro a usar uma máscara de monstro foi o terapeuta que a colocou e ficou olhando-se na frente do espelho. Rohe aproximou-se sorrindo, demonstrando interesse pela cena que estava acontecendo. O psicomotricista conversava com a intenção de que o menino o identificasse pela voz. Neste momento, observamos uma possível relação que se estabelecia entre o menino e o terapeuta, tendo a voz e a máscara como mediação.

Ele sorriu e foi convidado a colocar a máscara. Rohe aceitou e ainda ajudou a vesti-la, realizando, na frente do espelho, um verdadeiro ritual de reconhecimento: máscara-espelho-monstro-Rohe, ou seja, poderia Rohe estar descobrindo a possibilidade de um novo jogo simbólico em que, no mesmo corpo, pudessem existir dois personagens, sendo um real e o outro simbólico: terapeuta/monstro, Rohe/monstro.



Foto 8 - Rohe descobre o facilitador com uma máscara – ESEF/UFRGS (2000)



Foto 9 – Rohe com a máscara na frente do espelho – ESEF/UFRGS (2000)

Estes jogos continuaram sendo oferecidos nas sessões que se seguiram. Além de máscaras, fantasias de tigre, elefante, macaco, bruxa, foram trazidos para a sessão e provocavam interesse do menino que se aproximava, pedindo ajuda para colocá-las. Quando estava fantasiado, olhava-se no espelho e, perguntado quem era, ele

respondia, dizendo o nome do personagem. Ao retirar a veste, voltava a dizer na frente do espelho que era Rohe. Estas atividades eram importantes por dois motivos. Por um lado estimulava o jogo do faz-de-conta (simbólico) evidência pouco aparente no comportamento autista. Por outro, favorecia a aproximação de Rohe com as demais crianças do programa e com os psicomotricistas. No jogo das máscaras/monstros, percebia-se o comportamento natural evidenciado por Rohe, demonstrando em nenhum momento ansiedade ou tentativa de distanciamento a não ser quando o jogo atingia certo grau de saturação.

Preferência manifestada nas relações

Rohe, nesta etapa do trabalho, vinculou-se de maneira diferenciada com uma das psicomotricistas. Suas preferências para jogar, estabelecer relação de ajuda, ou simplesmente para ficar por perto, eram com uma determinada psicomotricista que atuava nas sessões. Isto não significava recusa a outros psicomotricistas. O que chamou a atenção foi o aparecimento diferenciado dos vínculos, a ponto de notar e perguntar por ela na sua ausência.

Pautas que permitiram observar e estimular novos comportamentos

As pautas de observações, previamente definidas, envolviam aspectos de várias ordens. A linguagem utilizada, as representações, as comparações, as interações que estabelecia com os objetos e com os demais, foram alvos de observação seletiva.

Rituais mais participativos e jogos diferenciados começaram a fazer parte das sessões. Rohe procurava nos psicomotricistas a relação, a ajuda, o parceiro, o toque. Pautas de atividades ajudavam a aproximar as crianças, sendo que com facilidade interagia com os colegas de terapia.

O toque corporal de descoberta e de reconhecimento do corpo estava presente no comportamento que ia progressivamente evidenciando, tanto de Rohe como das demais crianças do projeto. O jogo de toque corporal não aparecia todas as semanas, mas pudemos observar em algumas sessões, que ele se deitava em um colchonete e

ficava tocando na genitália, após realizar uma trajetória pelo espaldar, banco e espelho.

O corpo do psicomotricista também passou a ser motivo de descoberta. E junto com a descoberta estavam os toques, como no registro que segue:

“Rohe estava subindo no espaldar junto com a psicomotricista. Afastou-se, e correu pela sala. Voltou a aproximar-se da psicomotricista, e tocou em seu corpo, na área da genitália, dizendo ‘Xixi’” (81º sessão, 28/08/2000).

A cada encontro que passava, algo inovador acontecia no seu comportamento. O imprevisto estava fazendo parte do comportamento que evidenciava a cada sessão.

A troca do espaço de jogo

Novamente trocamos de sala. Os responsáveis pela distribuição de salas da ESEF/UFRGS priorizaram outros projetos ou até mesmo as aulas do curso de Educação Física e logo nos foi oferecido outro local. Não tínhamos escolha, teríamos que trocar novamente de sala. Ficamos em uma sala localizada no prédio das piscinas da ESEF/UFRGS. Nesta sala, Rohe não demonstrou problemas de adaptação, embora tivéssemos menos recursos de trabalho. Como não tínhamos muitos materiais, levávamos muitos brinquedos de casa para enriquecer a experiência que as crianças poderiam ter na sessão.

A troca do espaço de jogo levou Rohe a se interessar por outras atividades que até então não tinha manifestado interesse. Tocar tambor, marchando e cantando “marcha soldado, cabeça de papel”, foi um jogo que surgiu pela iniciativa de Rohe e repetido em várias ocasiões. Bolas diferentes, com cores e saliências que Rohe não estava acostumado a brincar, chamaram-lhe a atenção. Ficamos pouco tempo nessa sala, entretanto pudemos observar situações e jogos diferentes nesse espaço que foram bem aceitos por Rohe.

Na 93ª sessão (16/11/2000), metade da sessão as crianças não procuraram nenhum tipo de material, embora estivessem à disposição deles. As atividades preferidas, nesse dia, foram focalizadas em brincadeiras entre eles e as psicomotricistas. Estiveram presentes os toques corporais, os jogos de imitação e, em

alguns momentos, a imobilidade corporal. Rohe brincou com todos, realizou jogos corporais de imitação e de investigação no corpo da facilitadora, citando-lhe as partes do corpo. Este tipo de inventário, segundo sua mãe, acontecia em casa com a sua mãe e seu pai.

Ficamos neste prédio por pouco tempo em razão de problemas administrativos da Universidade. Por esta razão, estivemos, mais de mês, alternando as sessões em outras salas. Esta situação só foi resolvida na penúltima sessão do ano. Até lá, entre as pautas de observação, era observar se Rohe e as outras crianças autistas desorganizavam-se perante esta situação. Embora não fosse desejável esta situação de trocas, verificamos que não aconteceram maiores alterações em seus comportamentos, sendo que as salas onde desenvolvíamos as sessões já tinham sido utilizadas pelas crianças.

Rohe na festa de final de ano

Aproveitamos essa situação de indefinição de espaço de trabalho e realizamos a sessão comemorativa dos aniversários das crianças no pátio da ESEF/UFRGS. Brinquedos diferentes foram montados para esta atividade entre eles: uma piscina de bolinhas coloridas e um balão grande de ar. Rohe participou da festa desde o início, interagindo com os novos brinquedos. Entrou e procurou equilibrar-se no balão, ora sozinho, ora com a ajuda dos facilitadores e dos colegas. O ruído, produzido pelo motor do brinquedo, não provocou nenhuma sensibilidade excessiva aos seus ouvidos (sessão nº 95, 27/11/2000).

A participação dos pais, irmãos, tios e de outras pessoas diferentes não foi motivo para atrapalhar o desenvolvimento de Rohe nesta sessão, em espaço livre. No final da festa, um piquenique foi organizado na grama do pátio. Rohe cantou Parabéns pra Você, e comeu salgados e doces.

O dia que se seguiu à festa foi de encerramento dos trabalhos do ano. Estava um dia muito quente e resolvemos trabalhar no ginásio que era mais arejado. Rohe participou e realizou suas trajetórias lúdicas, alternando cama elástica, piscina de esponja, trampolim, brinquedos com máscaras, com fantasias, imitação de animais sem fantasia nenhuma e até a tentativa de um novo desafio com ajuda da

psicomotricista. Quando colocava uma fantasia que lhe agradava e a vestia sozinho, chamava a psicomotricista e abanava dizendo: “tchau, tchau”. Participou dos rituais de entrada e de saída dentro de suas possibilidades, esforçando-se para realizar as tarefas propostas.

Rohe novamente no La Salle no ano 2000

No mês de setembro, Rohe voltou a participar das sessões de Psicomotricidade Relacional no Centro Educacional La Salle. Conforme ano anterior, as pautas de observação iniciavam quando o menino chegava no pátio da faculdade. Na primeira noite, havia encontrado, na frente do ginásio, Juca, seu colega da ESEF/UFRGS. Perguntamos quem era, e ele respondeu corretamente, além de abraçar e beijar o colega espontaneamente. A espera, na frente do ginásio, para Rohe, era acompanhada por muitos saltos, sorrisos e tentativa de entrar antes do horário. Para conseguir este objetivo, pegava na mão da observadora e a levava até a porta de entrada. Deixávamos que ele demonstrasse seu desejo e colocávamos o limite: esperar a hora certa.

Rohe participou de todas as sessões de Psicomotricidade Relacional, desenvolvidas no La Salle nesse ano. As experiências relacionais que observamos em Rohe, nestes encontros, foram resumidas para não nos tornarmos excessivamente extensos e procuramos enfatizar as informações mais importantes e significativas para o estudo, uma vez que a sua participação nesse projeto era complementar ao projeto original da pesquisa.

O reconhecimento do espaço e das pessoas foi a primeira reação de Rohe. Olhava em sua volta o ginásio, andava por algumas trajetórias, velhas conquistas do ano anterior. Sentava, retornava a olhar os adultos, as crianças, e sorria. Em meio a este reconhecimento, levantou-se e deu um abraço espontâneo no psicomotricista que ajudava no trabalho do ano passado. A disputa com outras crianças por fantasias e espaço de jogo esteve presente neste ano. Entrou em filas para brincar, respeitando sua vez de jogar.

Retornando às atividades conquistadas no ano anterior e que continuava desenvolvendo na ESEF/UFRGS, voltou gradativamente ao espaldar, tanto sozinho quanto com o psicomotricista. Subia e descia várias vezes no degrau mais alto e ao chegar lá, dava um sorriso e um grito. Os saltos foram dados dos mais diversos lugares e das maneiras mais variadas de acordo com as mudanças realizadas no espaço de trabalho. Chamava nossa atenção que, ao saltar do plinto, Rohe começou a realizar um ritual: pernas unidas, estendidas, mudando sua fisionomia e dando um grito. Este rito fez parte destes saltos até o final do trabalho. Tal comportamento sinalizava cada vez mais a presença de representações simbólicas num gesto que anteriormente era eminentemente técnico.

Saltar agarrado a uma corda e se balançar em um pneu foram os novos desafios de Rohe neste ano. As primeiras observações que realizamos foram do menino se aproximando e ficando por perto dos novos jogos. Algumas vezes, empurrava o pneu, embalava os colegas que estavam sentados nele. Às vezes pedia ajuda a um psicomotricista para subir no pneu e quando se aproximavam, o menino desistia. Estas tentativas foram repetidas em quase todas as sessões deste ano. Embalar-se agarrado à corda não foi um jogo conquistado, ainda, por Rohe. Mas ele conseguiu andar no pneu com a ajuda do psicomotricista, embora transparecendo a imagem de desconforto.

Buscar a caixa dos disfarces e vestir as fantasias foram jogos procurados por Rohe desde a primeira sessão e intensificados nas sessões que se seguiram. Remexia na caixa, tirava roupas, tentando colocá-las sozinho. Às vezes pedia ajuda; outras, ele mesmo as colocava. Seguiu um ritual de olhar-se no espelho, após vestir-se. Algumas fantasias foram colocadas uma única vez e não foram mais procuradas pelo menino. Outras, ele as vestia, olhava-se no espelho e, fantasiado pela sala, realizava uma trajetória. As fantasias de sua preferência eram a de palhaço, papai-noel e de médico. Ao se vestir, perguntávamos quem era, e ele respondia: palhaço, papai-noel e médico. Após retirá-las, voltávamos a perguntar quem era, e ele respondia ser o Rohe.



Foto 10 – Rohe fantasiado realiza uma trajetória pela sala – Ginásio do La Salle/Canoas (2000)

Outro jogo simbólico vivenciado por Rohe repetidamente nas sessões no La Salle era o de andar a cavalo nas bolas de *bubet* e nos próprios cavalinhos de plástico que havia no ginásio. Subia neles, e repetia: “Vamos, cavalo”.

Em outra brincadeira em que está ajoelhado no chão, imitava um cachorro e dizia “Bart, amigo”, sendo este o nome do seu primeiro animal de estimação, um cachorro da raça Akyta. Segundo a família de Rohe, após ter sido presenteado com este filhote, Rohe apegou-se ao animal, desencadeando sua primeira frase na sessão de fonoaudiologia. No projeto de psicomotricidade, ele também fez referências e imitações do animal.

Os rituais de entrada e de finalização de sessão estiveram também em constante modificação. No mês de setembro, Rohe gritava deitado no tapete amarelo, onde os rituais eram realizados, ou ficava com o olhar perdido, olhando para o teto ou para as janelas do ginásio. Com o desenvolvimento de novas sessões, pudemos observar que prestava atenção nas crianças que ficavam ao seu lado. Às vezes tocava no cabelo de um, encostava-se no psicomotricista e ficava como se estivesse atento ao que falavam e faziam no encerramento das atividades. Aos poucos, ele

demonstrava prestar mais atenção aos demais participantes do projeto. Em outra sessão, um menino olhou para Rohe e fez um sinal de “legal” com o dedo polegar, recebendo um sorriso de resposta.

Nos últimos encontros, o psicomotricista perguntava às crianças com o que haviam gostado de brincar na sessão. Elas falavam, e algumas, ainda, demonstravam nos brinquedos. A mesma pergunta foi feita a Rohe que se levantou, foi brincar no plinto e no espaldar, jogos mais realizados por ele, naquele dia. Outra atividade realizada no encerramento das sessões, era proporcionada com o auxílio do espelho. O psicomotricista pediu às crianças que fossem à frente do espelho, dissessem seu nome e o que mais gostaram de fazer. Quando chegou a vez de Rohe, o menino foi ao espelho, olhou-se, dizendo seu nome, apontando para ele mesmo, e sorrindo. Em seguida, foi no espaldar para mostrar o jogo preferido.



Foto 11 – Rohe diz seu nome na frente do espelho – Ginásio do La Salle/Canoas (2000)

As sessões, desse ano, terminaram com uma atividade participativa dos pais como era de costume. Nessa noite, observamos Rohe em intensa atividade, correndo pela sala, repetindo várias vezes os jogos de sua preferência, procurando a interação com os psicomotricistas, com as crianças e com sua mãe.

Com este relato, encerramos as descrições sobre a participação de Rohe nas atividades de Psicomotricidade Relacional La Salle, no ano de 2000. Também damos por encerradas as observações realizadas na ESEF/UFRGS, no mesmo ano. O projeto foi retomado em 2001 com a participação de Rohe nas sessões, embora os registros deste ano não façam parte da coleta de informações do estudo realizado. Portanto, no final do ano 2000, encerramos a coleta de informações de todos os casos estudados, mas demos continuidade ao projeto no ano subsequente.

6.1.2 Lucas

Lucas nasceu em Porto Alegre, no dia 7 de maio de 1986. Mora com sua mãe e com o irmão, dois anos mais novo. Quando Lucas nasceu, sua mãe tinha 26 anos e o pai 29. Aos seis anos, ficou órfão de pai que faleceu em um acidente em que o carro que dirigia foi abatido por um caminhão. Na missa de mês, explicaram para Lucas que seria a missa do pai. Durante toda a cerimônia ele chorou, chamando pelo pai e olhando para a porta, pois era a sua missa.

Chorar esta perda, esperar a volta do pai virou rotina diária para Lucas. Um dia a mãe, esgotada com o desespero do filho, pegou um carro e um caminhão de brinquedo, bateu um contra o outro, dizendo que o “Tata” estava no céu. Lucas riu e nunca mais falou no assunto. Ele era muito agarrado ao pai e demonstrava a preferência.

Primeiros sinais observados pela família

Até os dois anos, Lucas desenvolvia-se normalmente: falava, comunicava-se, brincava como as outras crianças e dormia em seu quarto sem problemas. No início das primeiras manifestações da síndrome, já havia conseguido várias aprendizagens,

e a mãe não entendia nem aceitava o retrocesso. Um dos primeiros sinais de mudança foi observado nos hábitos do sono, época em que o pai tinha de dormir em seu quarto, enquanto ele dormia com a mãe. A situação persistiu por algum tempo, mas foi encaminhada e resolvida pela mãe do menino.

A fala comunicativa e a gestualidade tornaram-se inexistentes. Pedir algo para comer ou beber havia se transformado num ritual de gritos e choros tanto de Lucas como de sua mãe que o reeducou até que ele pedisse adequadamente. O controle dos esfíncteres aconteceu na época esperada, na idade de dois anos, exigindo muito sacrifício por parte de todos. Esta aprendizagem também foi realizada pela mãe, lembrando que o filho nunca tinha feito xixi na cama.

Até a idade de cinco anos, a situação foi muito difícil, pois alimentação, controle do xixi, cocô, pedir algo, entre outras aquisições importantes do desenvolvimento (e que, neste caso, seriam trabalhadas na escola especial, com auxílio de uma terapeuta) foram ensinadas pela mãe.

A mãe de Lucas, suspirando, lembrou que esta época teria sido muito desgastante para todos e concluiu que as pessoas não imaginam o que sofre uma família com uma criança diferente principalmente nos momentos das crises. Ao terminar a entrevista, realizada no dia 8/09/98, disse que não se arrependia em ter optado por uma educação rígida, controlando os ataques do menino com “pulso firme”. Acreditava não ter outra maneira de administrar a situação; sabendo ou mesmo não sabendo a origem de suas dificuldades, seu procedimento seria o mesmo.

Caminho percorrido até o diagnóstico e a busca de atendimento

Com 2 anos 6 meses, Lucas começou avaliação na área neurológica, apresentando um quadro de retardo no desenvolvimento psicomotor, com alterações de conduta cuja etiologia, embora exaustivamente investigada, não ficou determinada. Um eletroencefalograma (EEG), realizado em 4/4/89 mostrava uma atividade epiléptica que, associada às outras manifestações, justificava a prescrição que o neurologista realizava, o que lhe trouxe alguma melhora no comportamento, segundo a mãe do menino. Nessa época foi-lhe indicado psicoterapia, reeducação psicomotora e nova avaliação neurológica.

Um novo eletroencefalograma, feito em 01/04/92, não mostrou anormalidades, mas indicava a necessidade de uma nova avaliação. Em 30/09/92, a ressonância magnética assinalava um pequeno prolongamento sobre o hemisfério cerebeloso, sugerindo um pequeno cisto de aracnóide. Os índices de intensidade de sinais da substância branca e cinzenta encefálicas encontravam-se dentro na normalidade. Um novo EEG, realizado em sono induzido, assinalou alterações de moderada intensidade, predominantes nas áreas centro-parietais do hemisfério esquerdo e nas regiões centro-temporais à direita.

Lucas freqüentou durante três anos uma escola regular de educação infantil. Segundo o parecer da professora, ele acompanhava o grupo, organizava a merenda, tomava decisões compatíveis com sua idade. Quando fez três anos, começou a demonstrar que era diferente; a família percebeu atitudes discriminatórias por parte da escola.

Optaram por levá-lo a uma clínica onde, em uma reunião de pais, a mãe de outra criança manifestava que, se conseguissem ensinar o filho atravessar uma rua, ela ficaria satisfeita. A mãe de Lucas contestou a colocação, afirmando, em contrapartida, que sua expectativa era bem maior. A terapeuta reforçou que não esperasse muito do desenvolvimento do menino, culminando com a retirada do filho deste atendimento.

Em 1994, Lucas iniciou atendimento em uma escola terapêutica, onde foi avaliado e diagnosticado como portador da síndrome de autismo, situado na escala de leve a moderado. O trabalho desenvolvido por estes profissionais ajudou muito, embora a mãe contestasse a rigidez do modelo que era aplicado e do uso excessivo de apoio visual.

Em 1997, Lucas tinha 11 anos e 7 meses e realizou um teste psico-educacional que resultou na seguinte hipótese diagnóstica: Lucas apresentou um nível de desenvolvimento médio compatível com uma criança de 4 anos e três meses.

Lucas demonstrava alguns comportamentos de auto-agressão. Na escola, quando era contrariado, batia com a cabeça na parede ou se mordida, necessitando contenção. Ao apresentar crises em casa, a mãe deixava-o de castigo no banheiro, até que ele se acalmasse, diferente do procedimento usado na escola. Acreditava que

algo poderia ser feito antes do menino ficar totalmente contrariado e desencadear uma situação de difícil manejo.

Lucas aprendeu a ler e a escrever com quatro anos. A família só se deu conta quando ele começou a ler jornais, transformando-se este hábito em uma fixação. Quando saíam de férias, todos os jornais dos dias em que ele não havia lido, deveriam estar guardados, esperando seu retorno para ler, ou entrava em crise.

No final de 1998, a mãe de Lucas estava sem condições de pagar a escola, necessitando retirá-lo do atendimento. Em 1999, participava somente da terapia corporal na ESEF. No ano de 2000, no primeiro semestre, ele voltou a freqüentar a escola terapêutica pelo período de dois turnos. No mês de novembro, a mãe de Lucas foi trabalhar no mesmo estabelecimento, negociando desta maneira o atendimento do filho.

Em 09/04/1999, realizou uma tomografia com indução anestésica, mostrando alterações multifocais.

Lucas iniciou no projeto de Psicomotricidade Relacional para crianças portadoras de necessidades educativas especiais com doze anos. Na época, participava da mesma escola terapêutica que Rohe freqüentava, tinha acompanhamento com neurologista e havia tomado carbamazepina.

Apresentava um comportamento apático e uma rotina muito sedentária, com ausência de outras atividades e movimentos. Morava em um apartamento e ao ficar em casa, dormia, via televisão ou lia jornais.

Na escola terapêutica que freqüentava, as aulas de psicomotricidade desenvolviam-se em um espaço pequeno, priorizando movimentos de braços e de mãos, seguindo uma linha funcional.

Terapia corporal - Aproximações iniciais

No primeiro dia de participação do projeto (20ª sessão, 02/09/98), Lucas chegou na ESEF acompanhado por sua mãe. Possuía estatura e peso normais para a idade de doze anos. Entrando na sala, foi orientado a retirar os tênis. O menino ficou olhando e rindo, sendo incentivado a realizar a tarefa, sozinho. O uso da fala, para se comunicar era praticamente inexistente, realizando-a, na maior parte das vezes, de

maneira ecológica. Parecia compreender o que lhe era pedido, repetindo as palavras ditas pelo psicomotricista.

Após este ritual, o trabalho foi iniciado com Lucas e Rohe . As propostas foram de correr, saltar sobre colchonetes, brincar nas bolas de *bubet*, rolar na sala. Os materiais ficavam à disposição, para que pudesse interagir da maneira que desejasse. O corpo do terapeuta estava também disponível para a relação, embora acreditássemos que este jogo poderia ainda não aparecer nos primeiros encontros.

Ficava sentado ou deitado muito tempo se fosse deixado. Investidas realizadas pelo terapeuta tinham objetivo de tirar Lucas dos colchões ou dos movimentos estereotipados. Percebíamos, como aspecto positivo, o fato de ele aceitar as provocações e convites realizados, mesmo que logo voltasse às posições de sentar ou deitar.

Quando uma atividade com objetivo de aproximação era proposto sem a intermediação dos materiais, Lucas permanecia por pouco tempo, dava umas risadas esquisitas e retornava aos colchões. Por algum tempo, ele ficava parado, com o “olhar perdido”. Em seguida, era convidado a interagir com o auxílio dos recursos disponíveis na sessão, aceitando o convite.

Poderíamos entender que, nestes momentos de isolamento, Lucas aproveitasse para se recompor da dificuldade e do desafio que significavam para ele “estar com o outro”, principalmente sendo este contato tão próximo e com pessoas que não eram de seu convívio.

Os jogos de imitação cumpriram seu papel, neste momento, pois ajudavam-nos na tarefa da construção de relações e para observarmos Lucas. Estas atividades foram bem aceitas pelo menino que as realizava com o incentivo do terapeuta. Nos finais das sessões, era o primeiro a ajudar a guardar o material sem que fosse necessário insistir. Os jogos e a trajetória, percorridos por Lucas, apresentavam alguns comportamentos repetitivos, estereotipados e de auto-agressão que se manifestavam com frequência e desde a primeira sessão.

Comportamentos e rituais na sessão

“No final da sessão, o psicomotricista, ao entregar tênis e meias ao Lucas, disse: - Toma aqui! O menino, ao escutar frase, colocou a mão esquerda na boca, e com a direita dava socos em seu pescoço, enquanto repetia: - Toma aqui! toma aqui!” (sessão nº 20, 2/9/98).

Interferimos neste jogo, dizendo que era proibido se bater; foi mostrado o calçado e dito novamente, “toma aqui, coloca os tênis”, orientando-o para que colocasse sozinho seus calçados. O uso da fala “toma aqui” poderia ter uma outra interpretação para o menino, desencadeando a atitude auto-agressiva. Contextualizar a expressão com a utilização do tênis teve bom resultado, fazendo com que Lucas cessasse a auto-agressão.

Nas sessões que se seguiram, Lucas permanecia usando a fala ecológica. Em contrapartida, o terapeuta iniciava um jogo ou uma fala com o objetivo de comunicação, para que o menino compreendesse o que havia sido dito.

As estereotipias associadas a movimentos de auto-agressão, conforme já descrito, estiveram repetitivamente presentes em determinados momentos das sessões. Quando isto acontecia, procuravam envolvê-lo em uma atividade, cessando com estes movimentos.

Construção de vínculos

Ao seu ritmo, Lucas foi formando vínculos com o terapeuta. Chegando na ESEF, cumprimentava e beijava a observadora e o psicomotricista a pedido de sua mãe ou em resposta à nossa solicitação. Esta demonstração era acompanhada de um sorriso que sempre nos deixava uma incógnita: seria de satisfação ou um maneirismo bizarro, comum nos autistas? Até aquele momento, não tínhamos como responder a este questionamento.

Com facilidade, identificava as pessoas que participavam das sessões, repetindo seus nomes espontaneamente ou quando lhe era pedido. Demonstrava aceitar os convites e provocações dos facilitadores, aproximando-se deles ao se interessar por uma atividade.

Envolvimento gradativo de Lucas

Lucas participava do desenvolvimento da sessão com o incentivo do terapeuta. Quando essa provocação era cessada, ele ficava sentado ou deitado, necessitando novamente do convite. Este comportamento permaneceu durante várias sessões. Entretanto, começamos a observar alterações em suas atitudes que se manifestavam desde a entrada na sala de psicomotricidade, conforme o relato que segue:

“Ele chegou sorrindo muito, diferente de outros dias. Sem precisar de convite, subiu e desceu de uma escada de colchões que organizávamos na sala. Pela primeira vez mostrava autonomia para realizar uma trajetória na sessão, inventando brincadeiras, tocando na bola de ‘bubet’, arremessando-a diferente da maneira que usava como objeto ritualístico. Ao se aproximar dos objetos, realizava outro tipo de inventário” (24ª sessão, 30/09/98).

Os jogos que realizava sozinho com as bolas de *bubet* ou outros materiais, ainda apresentavam uma função autística, pois os rodopiava, levava-os até a boca ou simplesmente segurava-os nas mãos. Entretanto, a interferência do terapeuta, fazendo com que Lucas descobrisse outros objetivos para estes materiais, favorecia o jogo com os outros meninos que participavam do trabalho.

Conforme as sessões se desenvolviam, novas pautas de observações eram acrescentadas às que já existiam. Desta forma, a relação entre Lucas e seus colegas passava a fazer parte das intenções e provocações realizadas pela facilitadora, conforme o registro que segue:

“Facilitadora sobe a escada de colchões de mãos dadas com Lucas e Rohe. Ao chegar no degrau mais alto, rola com os meninos. Retoma o jogo, e desta vez deixa-os, dizendo que devem rolar sozinhos. Eles repetem a brincadeira e ficam rindo ao seu término” (sessão nº 25, 07/10/98).

Nas sessões seguintes, Lucas demonstrava maior receptividade às brincadeiras que propunham aproximação com o psicomotricista e com os colegas. A proposta da terapeuta era potencializar atividades de aproximação e ver a reação do

menino. Nestas pautas havia o envolvimento dos três participantes da sessão; entretanto ele demonstrava maior aceitação nas brincadeiras com Rohe.



Foto 12– Lucas e Rohe na bola de *bubet*, brincam com estímulo da facilitadora – LAPE/ESEF/UFRGS (1998)

O psicomotricista, aproveitando esta relação entre os meninos, modificou o final da sessão, propondo, no ritual de saída, um trabalho de representação corporal no papel pardo, para observarmos de que maneira o menino percebia seu corpo e as partes que o compunham.

Lucas foi convidado a deitar sobre o papel pardo, para contornarem seu corpo. Ele não fez objeções e, em seguida, respondeu corretamente as partes que faltavam para serem desenhadas. O resultado final do trabalho foi fixado na parede, com seu nome e ao lado das representações dos corpos de seus colegas.

Na semana seguinte, ao entrar na sala, foi convidado para identificar o seu desenho, encontrando-o, através da leitura: leu o nome do Rohe e o seu nome. Em seguida, foi-lhe pedido que estabelecesse a relação entre o nome que era lido, associando-o a cada menino. Nesta identificação, percebemos que ele mostrava

dificuldades para executar a tarefa, inclusive consigo próprio. Só fez a relação com ajuda do facilitador.

No final das sessões, criamos o hábito de trocarmos idéias com os responsáveis que levavam as crianças ao projeto. A mãe de Lucas nos relatava que seu filho já sabia o dia da semana da atividade de psicomotricidade, e ficava, desde cedo, lembrando disso.

Afastamento da terapia

No final de outubro, Lucas caiu de uma sacada de madeira, fraturou uma costela e teve escoriações no abdômen. Foi levado ao Pronto Socorro. O acidente impossibilitou sua participação nas sessões seguintes, pois ele estava movimentando-se mais e isto poderia prejudicá-lo, já que pouco demonstrava dor.

Anormalidades sensoriais, encontradas em alguns autistas, podem ser responsáveis pela maneira insensível como reagem à dor. Lucas não reclamava dos machucados e não aceitava ficar em casa, se era dia da “ginástica”. Ele só foi levado para participar do aniversário de Rohe e para podermos lhe explicar que iria se afastar deste trabalho até ficar curado.

A 27ª sessão (21/10/98) foi atípica, pois tivemos de dar-lhe atenção especial, para que não realizasse esforço algum. O terapeuta repetia o porquê de sua não participação na sessão, levantando-lhe a camiseta e mostrando seus machucados.

Na análise deste fato, pensamos que para explicar a Lucas sobre sua impossibilidade de jogar, as escoriações ajudaram a convence-lo. Foi uma situação difícil, já que nas outras sessões provocávamos o menino para que não permanecesse parado.

O afastamento temporário das sessões ocorreu num momento em que vínculos estavam em construção, em que observávamos algumas mudanças na participação de Lucas, ficando registrado o prejuízo que pode ter causado esta interrupção. Quando retornou ao trabalho, em seguida entramos em férias, só recomeçando no ano seguinte.

Retornando após as férias

Retomamos à terapia corporal, na mesma sala do ano anterior, mas Lucas só voltou quinze dias após (36ª sessão, 19/04/99). Chegou sorrindo, e sua mãe relatou que todas as segundas-feiras ele perguntava se haveria ginástica.

O ritual de entrada foi lembrado por Lucas que logo foi tirando tênis e meias. Os novos facilitadores que iniciaram no projeto procuravam aproximação com o menino, propunham novas atividades, repetiam outras antigas, usavam a palavra, provocando-o para que entrasse nas atividades lúdicas.

Lucas parecia não apresentar dificuldades para reiniciar relações antigas de ajuda e tampouco aceitar outras que estavam lhe propondo. Conforme nossa proposta de trabalho, possuíamos uma lista de observações, mas não planejávamos as atividades. Em consequência, tínhamos de ficar atentos às situações que surgiam, principalmente quando eram de improviso.

Visitas na sessão

A mãe de Lucas demonstrava curiosidade para saber o que acontecia na sala de psicomotricidade. Aproveitamos seu desejo, aliando ao nosso interesse de observar as reações do menino na presença da sua mãe, convidando-a para participar de uma sessão.

A participação de Lucas, no início desta sessão, foi de autonomia e iniciativa. O menino realizava atividades individuais, sem que fossem reconhecidos como de origem autística. Passado um tempo, foi provocado para que realizasse outra atividade, mas, desta vez, com o facilitador. Ele entrou na brincadeira, mas começou a demonstrar contrariedade ao perceber que sua mãe brincava com Rohe em outra atividade, dando início a várias situações de competição entre os meninos pela atenção da visita.

Várias vezes Lucas e Rohe disputaram a atenção da mãe de Lucas que procurava amenizar a situação ou chamar a atenção do filho que lhe pedia desculpas. O humor do menino ficou tão modificado que terminou chorando e sendo consolado pelo terapeuta que interferiu na situação até o término do trabalho. O ritual de saída

também foi confuso, pois os resmungos entre os meninos continuavam. Na saída da sala, Lucas pediu novamente desculpas à mãe (45ª sessão, 21/06/99).

Na sessão seguinte, o comportamento de Lucas retornou a ser “de parceria” com o colega e sem competições. O terapeuta, percebendo a situação de tranqüilidade, provocou atividades com recursos, pouco procurados pelo menino.

O trabalho no espelho

O trabalho com o espelho foi intensificado. O psicomotricista ficava frente ao espelho com Lucas, perguntando-lhe quem era. O menino, a princípio, dizia o nome de outro facilitador, olhando sua imagem refletida, sendo motivado a tocar em si mesmo e dizer seu nome. Ele realizava a atividade e ria ao mesmo tempo. Risadas bizarras, características da síndrome.

Esta proposta era realizada cada vez que o menino aproximava-se do espelho, fixando seu olhar nele. A execução desta atividade era alternada e realizada com o facilitador que estivesse por perto naquele momento.

A caixa de brinquedos

Os jogos com materiais da caixa de brinquedos não faziam parte dos interesses de Lucas, naquele momento. Raramente ele os procurava e, quando isso acontecia, tinha sido convidado pelos facilitadores. Uma das raras investidas que fez a este tipo de jogo, serviu para pegar um carrinho de plástico e passar no corpo do terapeuta que estava próximo dele. O menino reproduzia o ruído do motor enquanto brincava e fazia do corpo da terapeuta uma possível estrada.

Propondo novos materiais e novos jogos

O psicomotricista propunha brincadeiras e materiais diferentes, enquanto aguardávamos, atentos, o que acontecia com essas provocações. Argolas de plástico coloridas foram entregues para que brincasse. Pegava os objetos, sem muita pretensão, batia as argolas umas nas outras, mas logo as deixava de lado. Mesmo que

seu envolvimento fosse somente este, entendíamos que era melhor do que nenhuma relação com os objetos.

Repetir algumas atividades na sessão tinha vários propósitos: proporcionar maneiras diferentes de usá-los, criar vínculos com colegas e facilitadores ou provocar o desencadeamento de algo totalmente inovador. O uso dos objetos para arremessar foi trazido para pauta em várias situações. Lucas dizia corretamente a cor destes materiais, os seus nomes, mas não conseguia arremessá-los, entregando-os nas mãos do terapeuta. Lucas não rebatia nem largava as bolas no chão mantendo-as nos braços.



Foto 13 – Lucas tem dificuldades para arremessar bolas – Sala no Centro Olímpico/ESEF/UFRGS (2000)

Os facilitadores propuseram esse jogo com bolas dos mais variados tamanhos. O psicomotricista ajudava-o a usar adequadamente as mãos para rebater e proteger seu rosto. A ajuda acontecia através da palavra e também do gesto do facilitador.



Foto 14 – Lucas rebate a bola de *bubet* com orientação da facilitadora – Sala no Centro Olímpico/ESEF/UFRGS (2000)

Brincadeira de esconde-esconde

No último encontro do 1º semestre, 48ª sessão (12/07/99), a psicomotricista escondeu-se de Lucas e o chamou. O menino demonstrou muita ansiedade em procurá-la, estampando um sorriso após encontrá-la. Esta manifestação poderia ter um leque de interpretações: no contexto da terapia, pensaríamos na possibilidade de Lucas sentir, no jogo de esconde-esconde, a ausência do parceiro de terapia que o ajudava; estava presente, quando necessitava; e o desafiava, para ir além do que podia realizar.

Outra possibilidade levantada estaria associada ao encerramento do projeto neste período, estando ele já prevenido por sua mãe. Lucas demonstrava, segundo à mãe, sentir saudades das atividades que chamava de “ginástica”.

Visitando o novo espaço

Nessa mesma sessão, antes de fazermos o recesso, levamos Lucas e seus colegas para visitarem o ginásio dois, nosso novo espaço de trabalho a partir de agosto. Ele foi convidado por uma psicomotricista a fazer o reconhecimento da sala,

dos objetos e aparelhos que lá existiam. Foi incentivado a subir em um cavalo de pau para realizar algumas atividades.

Ginásio dois: muitas novidades

Lucas chegou sorrindo no ginásio (49ª sessão, 02/08/99), demonstrando adaptar-se com facilidade ao novo espaço. Continuou desenvolvendo as atividades em parceria com os facilitadores. Caminhava sobre os bancos, servindo de modelo para seu colega Rohe que o imitava. Saltava na piscina de esponja, mas custava a sair de lá. Notamos que este jogo transformava-se em uma atividade que o levava a um tempo maior deitado. Lucas se jogava ou era jogado e, logo após, ficava estirado, tendo de ser incentivado a sair deste espaço ou puxado pelos psicomotricistas. Ao conseguir sair de lá, só procurava alguma atividade com o auxílio do terapeuta.



Foto 15 – Lucas na piscina de esponjas – Ginásio da ESEF/UFRGS (2000)

Relação de ajuda

Na segunda semana de agosto (50ª sessão, 09/08/99), Lucas participou da sessão sem tirar as meias, pois estava frio. Entretanto elas começaram a sair do pé, fazendo com que ele buscasse a mão do terapeuta para ajeitar em seu pé. Esta atitude

de ausência de autonomia em Lucas, comum entre algumas crianças autistas, de buscar a mão do outro para resolver algo, era encaminhada pelo psicomotricista que incentivava o menino a fazer, sozinho, sua tarefa. Neste caso, sentou-se ao lado do menino e o ensinou a arrumar sozinho.

Comportamentos que permanecem

A fala ecológica reaparecia nas sessões, mas, quase sempre, de maneira imediata a uma palavra do terapeuta. Pela primeira vez, observávamos este comportamento de maneira tardia: “nasci, não nasci”. A ecolalia tardia usada por Lucas, assim como a imitação literal e imediata da fala do terapeuta, esteve presente durante os três anos de participação do menino. No primeiro caso, era muito difícil saber a sua origem. No segundo, retomávamos a fala comunicativa, procurando dar-lhe o significado do que havia sido dito, tendo a nosso favor, na maioria das vezes, a possibilidade de buscar ajuda através da brincadeira, do corpo pensante, do corpo relação, aliado ao espaço terapêutico e aos materiais.

Além da fala ecológica, podíamos observar outros comportamentos autísticos, presentes em Lucas, no decorrer das sessões.

Movimentos desorientados foram observados com mais frequência neste espaço de trabalho. O menino transitava entre a parte que limitávamos com uma repartição e o restante do ginásio. Tornava-se difícil reorganizá-lo para outro jogo ou nova atividade. O espaço do ginásio era muito amplo e estava interferindo na atuação de Lucas. Por um determinado tempo, foi necessária a intervenção direta e por tempo integral do psicomotricista, para que Lucas não se afastasse das atividades. Por outro lado, foi um dado importante de investigação.

Retomando a caminhada

No final do mês de setembro, Lucas reorganizava sua atuação nas sessões: voltava a buscar materiais para jogar, explorava-os, embora ainda não conseguisse arremessá-los. Aceitava, sem fugir, a aproximação corporal com os facilitadores, e

observávamos uma maior procura dele por estes contatos. Os jogos coletivos tornaram-se mais presentes na sessão, e Lucas foi aceitando-os lentamente.

Atividades novas foram propostas pela psicomotricista na barra de exercícios, e Lucas aceitou-as e realizou-as com ajuda da facilitadora. Também percebemos, nas sessões seguintes, que esta atividade tinha que ser incentivada.

Andar sobre uma “ponte” que foi construída com a junção de dois bancos compridos, teria se constituído em uma das raras vezes em que Lucas proporia um desafio. Realizou esta trajetória várias vezes sozinho, com o terapeuta e com Rohe, demonstrando satisfação em realizá-la.

Lucas repetia movimentos de saltar, subir, descer, caminhar, correr, conforme podia, do seu jeito. Arremessar uma bola ou argola representava um difícil movimento, assim como recepcionar a bola ou qualquer outro objeto jogado. Agarrar-se a algum material, como uma corda para saltar ou na barra de ferro para se balançar, somente era feito com ajuda do terapeuta. Entretanto, a relação de ajuda do psicomotricista, a palavra de desafio incentivando-o, estava presente em todos os momentos da terapia.

A relação de Lucas com os colegas da sessão era provocada e aceita, principalmente, se possuíam a intermediação do terapeuta. Nas sessões finais do ano, Caio, um menino autista, com bom desenvolvimento da fala, pedia várias vezes para ir ao banheiro, mas tinha de levar Lucas junto. Estas situações de jogos que envolviam a sexualidade, começaram a fazer parte das sessões. Algumas investidas de Caio em Lucas, demonstrando curiosidade com relação aos jogos de descobertas, não foram aceitas, resultando o afastamento do menino nestes momentos. Não foi possível colhermos maiores dados na sessão sobre esse tema para estudo e análise. Entretanto, fomos conversar com a mãe de Lucas para verificarmos se havia algo novo em seu comportamento em casa, já que não estava freqüentando outra atividade a não ser a terapia de Psicomotricidade Relacional.

2000 – Aprendendo com um adolescente

Iniciamos o ano com nova mudança de espaço. Fomos transferidos para a sala de rítmica 1. A troca de sala parecia não alterar o comportamento de Lucas que iniciava a sessão, ajudando a carregar os materiais para iniciar as atividades.

Participava do ritual de entrada e demonstrava receptividade para realizar as atividades propostas: caminhar sobre um banco de madeira, entrando na fila e aguardando sua vez de subir. O psicomotricista arremessava bolas para Lucas que não conseguia rebater, entregando-as nas mãos do terapeuta. O irmão de Lucas participava da sessão e, ao perceber esta dificuldade, relatava ao terapeuta que o menino não sabia jogar bola, porque, em casa, tinha medo de quebrar algum objeto.

Proporcionar um jogo novo, com material pouco procurado por Lucas, estava na pauta do terapeuta ao trabalhar com ele. Podemos citar o uso dos tecidos que serviam para arrastar as crianças pela sala de psicomotricidade. Além de proporcionar o contato corporal com materiais de texturas diferentes, desejávamos observar que outra função poderia ter esta atividade para o menino.

Lucas pareceu gostar da brincadeira, aceitando realizá-la várias vezes, e o que mais chamou nossa atenção foi uma atividade procurada por ele sem a necessidade da provocação do adulto. Aos poucos foram acrescentadas diferentes maneiras de realizar essa brincadeira.



Foto 16 – A atividade de ser arrastado pelo chão é bem aceita por Lucas – Sala de Rítmica da ESEF/UFRGS (2000)

Buscando Lucas para o jogo

Com frequência, presenciamos Lucas parado, olhando Rohe e o psicomotricista jogarem. Ficávamos observando se haveria outra reação do menino e o que verificávamos era uma caminhada sem sentido e direção que realizava pela sala.

Através de uma atividade ou de uma aproximação com o corpo de ajuda do terapeuta, sempre auxiliava. Na continuidade deste trabalho, verificamos que Lucas procurava o terapeuta, sendo este a única figura masculina adulta do projeto na época.

Lucas reagia, de maneira positiva, à participação do irmão na sessão que lhe servia de modelo para várias atividades. Subia no espaldar, demonstrava como fazer e, em seguida, repetia a brincadeira, sozinho. Ao término desta atividade, voltava a caminhar pela sala, só que desta vez sua trajetória parecia ter um sentido, pois seguia o modelo organizado pelo terapeuta, no início do trabalho.

Jogos simbólicos

Na mesma sessão em que o irmão de Lucas participava e o auxiliava, observamos um raro momento vivenciado por nosso jovem em relação a um jogo de fantasia. O irmão de Lucas tinha comentado que eles haviam ido ao cinema ver “Batman”, coincidindo com a presença desta fantasia na semana seguinte, na sala de psicomotricidade. O jovem foi na frente do espelho e sorriu muito com a imagem que via e, ao perguntarmos quem era ele, respondeu “Batman”.

Neste mesmo dia, demonstrou interesse em manusear os brinquedos, realizando uma aproximação espontânea com esses materiais. Foi arrastado pelo psicomotricista sobre um lençol, aceitando vendar os olhos. Ficamos surpresos com esta participação, ao mesmo tempo em que começamos a perceber algumas mudanças nas relações com psicomotricistas e facilitadores.

Jogos coletivos foram propostos, e Lucas participou deles sem nenhuma resistência: puxou colegas no chão com auxílio de um lençol, arrastou o terapeuta com ajuda de Rohe e outra facilitadora. Continuava rindo e, algumas vezes,

percebemos entoar uma melodia que não conseguíamos identificar. Poderíamos afirmar que esta sessão tinha sido uma das que Lucas mais havia participado, e se mostrado diferente de acordo com nossas observações.

Preferências de Lucas

Nas sessões seguintes, continuamos observando as relações de Lucas com os participantes da terapia. Demonstrava vínculos adequados com os colegas, contrariando-se quando Caio se aproximava com pulsões ligadas ao olhar os seus órgãos genitais. No mês de maio, Lucas procurou, com mais insistência, a companhia do único terapeuta masculino do projeto: aproximava-se dele, quieto, sem nada dizer. Era insistente nessa aproximação.

Na última sessão do mês de maio, Lucas mostrou contrariedade para participar de algumas atividades. No mesmo dia, sua mãe nos relatou uma tentativa de agressão do filho contra ela, tendo de contê-lo.

Em junho, percebemos Lucas levando as mãos aos ouvidos por qualquer ruído que tivesse na sessão. Esta atitude já havia sido abandonada há mais tempo. Mesmo com estas manifestações, continuava aceitando participar das atividades. Ao ser convidado para subir no espaldar, aceitava e subia, sorrindo, ao lado do terapeuta. Continuava com sua caminhada desorientada pela sala. O terapeuta aproximava-se dele, encostado em seu corpo, caminhavam unidos pelas costas e, durante todo o trajeto, Lucas deixava-se guiar pelo facilitador. Para quem observava a cena, ficava a impressão de uma harmonia, sincronia no ritmo desta caminhada.

Ao retomarmos as atividades, no segundo semestre, explicamos às crianças que um dos psicomotricistas não poderia participar das sessões. Lucas demonstrou aceitar a relação de ajuda que lhe era oferecida pelos outros facilitadores presentes nas semanas que se seguiram. Entretanto, novamente observamos que elegia outra profissional de sua preferência. Era a primeira a ser cumprimentada quando chegava na sessão. Ao precisar de ajuda, seguia em sua direção. Quando não podia estar presente, o jovem dizia seu nome com olhar investigador.

Lucas demonstrava, assim, que se vinculava com todos na terapia, mas que possuía suas preferências. Realizava uma trajetória psicomotriz, transitava por vários jogos, interagia com terapeutas e colegas, mas necessitava ser provocado.

Tivemos poucas sessões nesta sala e trocamos novamente, sendo que ele voltou a participar da mesma maneira como vinha participando anteriormente, com incentivo do facilitador: repetindo, saltando, pulando, demonstrando pouca iniciativa nas sessões. Jogos de aproximação corporal e imitação de gestos foram aceitos e permaneceram por mais tempo que o comum.

Mudanças de rotina

“Maneirismos” típicos de alguns autistas, como comportamentos estereotipados, cacoetes e atitudes de auto-agressão foram observados, com maior frequência, em Lucas nas sessões. Em nossa investigação sobre estes comportamentos encontramos pontos importantes. Para fins de análise, listaremos a seguir o comportamento de Lucas que:

- a) estava, há dois anos, afastado de uma rotina de atividades escolares, ficando todas as manhãs, em casa, dormindo;
- b) sua mãe começaria a trabalhar pela primeira vez e, novamente, sua rotina se alteraria;
- c) retornaria à escola terapêutica todas as manhãs e, uma tarde, continuaria o trabalho de psicomotricidade, não mais acompanhado pela mãe; mas sim pela mãe de Rohe que o levaria;
- d) seu desenvolvimento contemplava a fase da adolescência, o que era uma etapa muito complicada para o autista.

Nesta época, visitamos outra vez sua escola e conversamos com a terapeuta de Lucas. Encontramos o menino na hora do banho, atividade que realizava com auxílio de uma rotina de cartões colocados na parede. Relatou que, a partir desta semana, ele voltaria a participar diariamente da escola após afastamento de um ano. Sua desorganização estava muito grande e demonstrava contrariedade ao não se fazer

entender. Os cartões da rotina foram modificados (de desenho para numeração e associação) com uma ordem escrita. Conforme a terapeuta, ele estava aceitando a comunicação através da escrita. A atividade de recreação, oferecida na praça, Lucas não a estava aceitando, recusando-se a participar e, segundo sua terapeuta, demonstrando muita irritação.

Confrontando estes dados com as nossas últimas observações, pudemos confirmar que Lucas sinalizava, através do seu comportamento, que algo estava se modificando. Entretanto, nas sessões, observávamos que continuava a participar das atividades, porém de maneira diferente. O contato corporal mais próximo foi requisitado por ele que entrava em jogos de imobilidade com o facilitador.

Ele participava de todas as sessões que realizávamos nas mais variadas salas. Participou da festa dos aniversários no pátio da ESEF, aceitando brincar na bolha de ar, tanto em parceria com o facilitador quanto sozinho. Este brinquedo foi buscado várias vezes, mas o jogo que repetiu, a maior parte do tempo, foi na piscina de bolinhas. Deitou embaixo das árvores, entre as atividades, e participou da festinha, comendo doces, salgadinhos e torta. Mostrou-se contrariado quando uma psicomotricista tentou cortar sua torta. Para pedir mais refrigerante, usou a gestualidade; porém, ao ser requisitado para falar, ele disse: “mais coca”.

Na última sessão, Lucas recebeu o aviso de que entraríamos em férias e de que ele continuaria suas atividades na escola terapêutica, mas, na educação física, ele estava parando até o próximo ano. Lucas ouviu nossas explicações, dando risadas, repetindo algumas palavras que eram ditas. Ele participou de várias atividades, aceitou agarrar-se na corda para saltar, mesmo com dificuldades. Não quis saltar na cama elástica e retomou as suas corridas desorganizadas pela sala. Na despedida, abraçou e beijou as psicomotricistas e os demais participantes do projeto. No final do mês de março, sua mãe nos ligou para perguntar sobre o recomeço das atividades e para dizer que o filho colocava o calção de ginástica e dizia que estava indo para a “ginástica”. No ano de 2001, retornamos ao projeto, na ESEF/UFRGS, e Lucas voltou a participar das sessões.

6.1.3 Theo

Theo nasceu em Porto Alegre, no dia 6 de novembro de 1994. Reside com o pai, a mãe e a irmã (dois anos mais velha que ele). Quando o menino nasceu, a mãe tinha 30 anos e o pai 37. O pai trabalha na área da saúde e a mãe possui uma pequena empresa. Possuem um bom nível sócio-econômico e cultural.

Os pais de Theo relataram que a gravidez foi planejada, durou 39 semanas, e o parto do menino foi cesárea, por não haver dilatação nem contração. O menino nasceu com 3.500 kg, 50 cm, e suas condições vitais, no período neonatal, foram satisfatórias, recebendo APGAR 9,5.

Mamou até os nove meses, aceitando bem o leite materno, sem regurgitar. Amamentar Theo trazia muita gratificação para sua mãe que afirmou ser “um ato sublime de amor e de vida” (entrevista realizada no dia 05/06/99). O menino engatinhou cedo, começou a caminhar com 10 meses e meio, e era considerado um bebê “tranquilo, bem calminho”.

Com um ano e quatro meses, lembra a mãe, Theo falou mamãe, papai, água. Chupava bico e seu desenvolvimento parecia acontecer normalmente. Aprendeu a controlar o xixi, fazendo no vaso, porém sempre com alguém o acompanhando.

Primeiros sinais observados pela família

Os primeiros sinais diferentes no comportamento de Theo foram observados pelo ritual diário que o menino criou ao fazer cocô: sentava-se no “troninho”, assistindo sempre a mesma fita da Mônica na televisão da sala. A cerimônia terminava com o menino deitando-se na cama para a mãe limpá-lo.

Por volta dos dois anos, comportamentos estranhos, como isolamento e retraimento, associados a retrocessos nas suas aprendizagens, foram observados por seus pais. A partir deste quadro, a família iniciou uma longa caminhada com o menino por vários especialistas e fazendo uma série de exames. Na época, já havia uma suspeita por parte do neurologista de Theo, de que o menino fosse portador do Autismo de Kanner.

Caminho percorrido até o diagnóstico

Confrontada com a possibilidade de ter um filho autista, a família de Theo não mediu esforços para lançar-se numa exaustiva investigação clínica e laboratorial. Além de buscarem a comprovação do diagnóstico, que se sabe ser clínico, baseado no encontro dos desvios comportamentais característicos, o menino passou por explorações neurofisiológicas.

Em 1997, Theo realizou tomografia computadorizada e audiometria, sendo que ambas tiveram resultados dentro dos parâmetros de normalidade. Em fevereiro do mesmo ano, passou por investigação genética, não sendo evidenciada nenhuma alteração cromossômica. Neste mesmo mês, realizou mapeamento cerebral, concluindo que este exame também apresentava características normais.

No mês de maio de 1997, o resultado de uma cintilografia não apresentava alterações significativas. Indicava necessidade de correlação com os demais estudos neurológicos. Eletroencefalograma com mapeamento cerebral e ressonância magnética foram realizados. Sem anormalidades. Sem alterações. Fez uma ressonância magnética que não sinalizava lesões. As intensidades de sinais da substância branca e cinzenta deram normais.

Em 1998, foi encaminhado, por seu neuropediatra, à clínica do sono, com a suspeita de Síndrome de Landau Kleffner (SLK), uma doença infantil que tem como característica uma súbita diminuição da fala. As crianças apresentam ondas cerebrais anormais que podem ser documentadas por um eletroencefalograma (EEG). Aproximadamente, 80% das crianças portadoras desta síndrome têm uma ou mais convulsões que ocorrem, usualmente, à noite. Theo fez o exame em um laboratório do sono, iniciando às 23h30min, e encerrando às 7h. O resultado foi negativo.

Diante de tantas investigações, e todas apresentando resultados negativos, a mãe de Theo relatou aos médicos que, durante a gravidez, andou de “bug”, na areia levando um grande susto. Os especialistas tranquilizaram-na, salientando que este fato não seria o causador da síndrome do filho.

Theo, aos dois anos e meio, recebeu o diagnóstico de portador da Síndrome de Autismo na escala de leve a moderado.

Comportamentos autísticos

Desde pequeno, Theo demonstrava um interesse insistente por rótulos de objetos. Seus pais ficavam angustiados com este comportamento e com os movimentos repetitivos que o filho realizava com muita frequência.

Apresentava (e ainda persiste) atraso no desenvolvimento da fala. Sua comunicação é realizada através de gestos, e emite alguns sons. Quando o menino é contrariado ou não gosta de algo diz: “iu, iu, iu”.

Os relatos de seus pais sobre a alimentação do filho salientam que seu gosto parecia muito restrito. Passava dois meses sem ingerir alimentos cozidos. Somente aceitava algumas guloseimas e um pastel de galinha comprado no supermercado. Todo iogurte que tomava deveria ser novo, com a tampa aberta na sua frente. Caso contrário, não comia.

Além dos distúrbios de alimentação, apresentava anormalidades sensoriais, através de reações atípicas, demonstradas pelo hábito que tinha, desde pequeno, de levantar a camisa, e fazer contato da pele com o piso. Sua aproximação com objetos novos era realizada pelo contato com a boca e com o olfato.

Com a crescente demonstração dos sintomas, a mãe de Theo optou por parar de trabalhar, e ficar somente cuidando do filho. Durante três anos, dedicou-se totalmente ao menino, até que apresentou sinais de esgotamento.

“Deixei de ser terapeuta de meu filho, ficando para trás períodos de grande ansiedade com possíveis melhoras. Muita dedicação, abnegação e quase nenhum retorno para Theo” (entrevista realizada em 05/06/99).

Após esta constatação, retomar sua vida profissional, as atividades fora do lar e compartilhar com profissionais o desenvolvimento do filho transformavam-se em meta familiar.

Em busca de soluções

A saída encontrada pela família foi montar uma empresa na própria casa, com brinquedos para animação de festas infantis. Este espaço também era utilizado por

Theo, pois o espaço é grande e possui brinquedos, como balanço de dois lados, labirintos, piscina térmica, carrossel, escorregador, cama elástica (na qual gosta muito de pular) além de outros brinquedos coloridos, como as piscinas de bolinhas e bolha de ar. Além da piscina, em casa, fazia natação em uma escolinha. O pai relatou que sempre brincavam muito com o filho, mas não sabiam como utilizar estes materiais terapêuticamente. Os pais de Theo percebiam que o filho não demonstrava interesse em brincar com os brinquedos que possuía em seu quarto.

As preocupações com o desenvolvimento de Theo, as crises comportamentais, o atraso na linguagem, as dificuldades na comunicação, alimentação e o uso do banheiro determinavam à família a constante busca de ajuda. O auxílio foi procurado na área educacional adequada às suas necessidades e na correta administração dos remédios, também importantes naquele momento ao seu desenvolvimento.

Tratamento com medicamentos

Os pais de Theo relatavam, em suas entrevistas, que o uso da medicação, no tratamento do filho, era ministrado com cautela pela equipe que o atendia. As alterações comportamentais (hiperatividade, inapetência, entre outros sintomas) apontavam para prescrição dos psicofármacos. O menino tomou “Ritalina” pelo período aproximado de dois anos, com a intenção de estimular várias regiões do Sistema Nervoso Central (SNC). Fez uso do Trofanil, Prozac sozinho, e Prozac associado à Ritalina. No começo de 1999, época em que foi iniciada a associação destes medicamentos, desencadeou uma crise agressiva fora do comum que durou em torno de dez dias. Aos poucos, a dosagem adequada da medicação foi administrada e cessou a crise. No ano de 2000, o neurologista de Theo substituiu a Ritalina pelo Depakene, combinação que, segundo seu pai, deu resultado.

Com a busca de manejo dos distúrbios da atenção-concentração, através destas medicações, a próxima etapa seria encontrar um colégio que atendesse às necessidades do menino e onde seus pais pudessem deixá-lo em confiança.

Atendimentos a Theo

Theo freqüentou várias escolas, entre elas uma especial para crianças portadoras de autismo e outros transtornos invasivos do desenvolvimento. Em março de 1999, os pais o matricularam numa Escola Infantil, regular, que desenvolvia um trabalho individual com o menino. Sua adaptação ao novo ambiente foi um pouco demorada, mas houve paciência por parte da professora que o atendia. Era o quinto estabelecimento que freqüentava, e a família mostrava-se satisfeita com a proposta desse atendimento.

No ano de 2000, permaneceu na mesma escola, recebendo atendimento de uma terapeuta que utilizava o programa TEACCH, com uma proposta de inclusão parcial no ensino regular, sob a supervisão de uma terapeuta ocupacional.

Nesta etapa do trabalho, era objetivo da terapeuta ensinar o menino a usar o banheiro e a alimentar-se adequadamente. Para o ano de 2001, a tendência é levá-lo para a inclusão maior, momento em que desenvolverá atividades com uma turma de oito colegas.

O trabalho de inclusão seria desenvolvido em uma sala dividida em dois ambientes. Momentos da rotina que fossem aceitos por Theo, ele permaneceria no grupo. Quando houvesse necessidade de levá-lo para atividade individual, a terapeuta o atenderia no outro espaço. Este procedimento se repetiria até que houvesse a inclusão total na turma.

Em junho de 1999, Theo iniciou sua participação no projeto de terapia corporal, tendo, na época, seis anos. Apresentava um porte miúdo, o que chamou nossa atenção desde o primeiro dia, e habilidades com seu corpo, confirmando o depoimento de seus pais sobre a estimulação física que tinha recebido em casa.

Terapia corporal - aproximações iniciais

O primeiro dia de Theo na sessão, ao entrar na sala de psicomotricidade, foi procurar interagir com os materiais, demonstrando não realizar reconhecimento dos mesmos. Procuramos acalmá-lo, retirar seu casaco e iniciarmos com ele uma apresentação.

Theo ainda não falava, mas utilizava várias maneiras de se comunicar com os psicomotricistas. Não tivemos dificuldades para entender o que desejava, pois usava a mão para puxar o terapeuta, sons e um olhar que considerávamos revelador, quando queria algo ou não.

A trajetória realizada pelo menino era muito variada, sem que ficasse por muito tempo num mesmo jogo. Tinha muita facilidade para subir e descer dos colchonetes, jogando-se dos mesmos. Seus movimentos eram rápidos e exigiam dos psicomotricistas muito cuidado para não oferecer riscos a ele.

Estes comportamentos foram freqüentes nas primeiras sessões. Chegava derrubando almofadas, saltando sobre os colchões. O início da sessão era sempre retomado pelo psicomotricista que fazia o menino sentar, ajudava a retirar o casaco e os tênis. A partir deste momento, iniciavam as brincadeiras.

Dificuldades nos rituais de entrada e saída

Theo repetiu, por vários encontros, o mesmo comportamento desde sua entrada na sala. Só realizava as atividades de se organizar para a sessão quando da insistência de um psicomotricista. A trajetória pela sala era imediata, sem que fosse necessário incentivá-lo.

Ao término do encontro, ele se recusava a vestir o casaco, a guardar o material, pegar a mochila e ir embora com seu pai. A realização destas tarefas foi trabalhada, insistentemente, pelos psicomotricistas que requeriam muita tranqüilidade e poucas palavras através do contato olho a olho. Suas brincadeiras apresentavam conteúdo de obstinação pelos mesmos materiais: os colchões. A situação repetiu-se por várias sessões, fazendo com que nossa equipe repensasse o trabalho com o menino.



Foto 17 – Theo em atividade de perseverar - sala de psicomotricidade – LAPEX/ESEF/UFRGS (1999)

Aprendendo com Theo

As repetições de Theo nos levaram a buscar várias alternativas de interação, para que ele saísse desses ritos repetitivos. Os psicomotricistas começaram a entrar nas atividades em que o menino iniciava, que começavam pelas brincadeiras nos colchões. Passava uma boa parte do tempo nestas brincadeiras, necessitando ser incentivado a transitar por outros espaços e por outros materiais.

Estas cenas se repetiram várias vezes, sendo que o menino voltava sempre à sua atividade inicial, conforme o registro:

“Convidado para ir até uma rede presa na parede, onde se encontram as bolas de ‘bubet’, coloridas, e entrar em contato e explorar este material, Theo não olha as bolas e, sim, a rede, para se dependurar e subir na mesma. Proibido de realizar estes movimentos, retorna aos colchões, virando cambalhotas” (43ª sessão, 14/06/99).

Nas sessões que se seguiram, seu comportamento não mudou, e a atitude do terapeuta também não: persistia em oferecer a Theo novas brincadeiras e novos objetos. Nesta época, foram introduzidos os tecidos, na sessão. As variedades dos materiais, juntamente com suas cores, constituição e texturas diferentes eram colocadas à sua disposição.

Provocando com outros materiais

Além de o psicomotricista entrar nas brincadeiras do menino, buscando a interação, também oferecia o contato, com outras possibilidades, como apresentar novos materiais para provocá-lo. Brincadeiras oportunizadas no chão, com o auxílio de tecidos e sacos de pano para arrastá-lo, agradou a Theo. O menino encolhia-se, entrava no saco, e era puxado pela sala. Deitava-se, sozinho, sobre os tecidos e era puxado pelo psicomotricista.



Foto 18 -Theo é arrastado pelo chão sobre um tecido – Sala de Psicomotricidade da ESEF/UFRGS (1999)

Seu rosto, ao término da brincadeira, esboçava um leve sorriso, acompanhado de alguns sons, e da mão esticada para o psicomotricista, sinalizando para repetir. Quando não era atendido, ele mesmo deitava-se, soltando os mesmos sons, esperando que fosse arrastado.

As atividades no chão, com os tecidos e o com saco de pano, conseguiram desviar por algum tempo a fixação de Theo para subir nos colchões. Ao término das brincadeiras, voltava aos colchões, jogava-se do alto destes, como se não tivesse receio de se machucar. Dava cambalhotas no chão e voltava a subir na pilha de colchões. Presenciamos movimentos corporais do menino que eram de grande agilidade e, às vezes, de riscos. Nesta época, ele exigia muito cuidado e um psicomotricista perto, por tempo integral.

Necessidades e riscos na sessão

“Theo entra na sala e, com a intervenção do psicomotricista, realiza o ritual de entrada. Os colchões estão empilhados e com obstáculos, para que ele não suba. O menino olha os objetos em sua volta, e improvisa uma ponte, para subir” (45ª Sessão, 21/06/99).

Sua tentativa foi impedida pela interferência do adulto que, atento ao que acontecia, percebeu que esta solução traria perigo para o menino. Não satisfeito, pegou uma bola grande de *bubet*, movimentou-a, e tentando subir nela e saltar sobre os colchões.

Situações como estas foram, semanalmente, evitadas na trajetória de Theo. Ao término das sessões, conversávamos com seu pai sobre estes comportamentos. O mesmo nos relatava que, em casa, o menino apresentava os mesmos comportamentos, com riscos. O mais grave teria sido na sacada de seu quarto.

Estas atitudes foram motivadoras para que a família o levasse ao neurologista para uma reavaliação do tratamento, pois os medicamentos tinham sido trocados na mesma época. Os comportamentos de hiperatividade e fixações em objetos que o levassem para o alto, persistiram, ainda, em várias sessões.

O retorno trazido pelo pai de Theo foi que, a partir do uso de uma determinada medicação o menino ficou com intensa atividade motora, correndo risco

de se machucar. Embora ele sempre tenha sido ativo, com o psicotrópico ficou muito mais.

A interferência do psicomotricista permaneceu a mesma: entrava nas atividades repetitivas com o menino. Às vezes, deixava-o ficar nos comportamentos de perseverar, somente observando. Foi um trabalho lento e, também, de insistência, até que pudemos presenciar uma brincadeira nova por parte de Theo.

Novidades na sessão

Neste registro, mostramos um primeiro sinal de mudança nas atividades realizadas por Theo, no que concerne ao interesse e à busca de novos materiais:

“Caminha pela sala, olha para os colchonetes, mas não se dirige para o lado deles. Pega na mão do psicomotricista e, com esta ajuda, salta de uma pilha de almofadas e cai sobre colchões que estão no chão. Retorna seu olhar para os colchonetes. Continua com a mão do profissional e anda sobre as almofadas que formam um caminho” (48ª sessão, 05/07/99).

Nesta sessão, além de observarmos esta pequena mudança que foi comemorada por todos, iniciamos uma reflexão maior sobre os vínculos que estariam se estabelecendo entre Theo e os psicomotricistas.

As relações no espaço terapêutico

Desde o início de sua participação no projeto, Theo aproximava-se dos psicomotricistas na busca de ajuda. Não demonstrava estranhar as pessoas novas que estavam à sua volta. Quando necessitava de ajuda, buscava a mão do profissional, sem demonstrar preferência por algum. A aproximação corporal que realizava era com a mão e não havia demonstrado outro tipo de contato corporal.

Após trajetórias rápidas pela sala e passando por vários espaços que foram criados, observamos um comportamento espontâneo do menino:

“Theo vai para o colo do psicomotricista e se acomoda como uma criança pequena. Ele o embala como a um bebê. Este contato é rápido e logo o menino pula e volta a sua busca pela sala”.(48ª Sessão, 05/07/99)

Nesta mesma sessão, uma nova atividade foi aceita por Theo:

“Começa a rolar de corpo inteiro no chão. O psicomotricista o imita. O menino sobe sobre o corpo do adulto e começam a rolar juntos. Theo emite alguns sons, e, às vezes, mexe com as mãos, colocando a palma dele sobre a palma do psicomotricista” (48ª Sessão, 05/07/99).

Nesta atividade de rolar no chão, presenciamos que ele levantava a camiseta e encostava o corpo no piso, conforme o registro que segue:

“Vai para o chão, levanta a camiseta, encosta a barriga no chão gelado. Volta-se para o psicomotricista, que também está no chão, e coloca a sua mãozinha na boca do terapeuta” (48ª sessão, 05/07/99).

Além de Theo demonstrar insensibilidade ao frio e buscar no piso gelado esta experiência, observamos outros comportamentos autísticos, como a pouca aproximação do menino com os seus colegas. Embora o psicomotricista tentasse trazê-lo para participar de brincadeiras junto às outras crianças, sempre que podia, ele fugia da atividade.

Comportamentos autísticos

Podíamos verificar vários maneirismos em Theo, como girar ao redor de si e sacudir os braços. Quando isto acontecia, o psicomotricista o provocava, para que entrasse em uma atividade que lhe agradasse.

Os comportamentos de ausência ou desvio do olhar, associados a outras alterações, como emissão de sons, requeriam o mesmo procedimento do terapeuta, ou seja, trazer-lhe para uma brincadeira que lhe agradasse, e isto era demonstrado pelo menino da mesma maneira que resmungava, quando era convidado para realizar uma atividade que não fosse de seu agrado.

O reconhecimento de alguns objetos era realizado por intermédio do olfato e da boca, ao passar a língua nos materiais e cheirá-los. Ao participarem de uma atividade corporal em que o rosto do menino ficava próximo ao do profissional, Théo lambia a pele do terapeuta.

Com frequência, chegava ao espaço terapêutico com um objeto autístico na mão. Após sua entrada na sala e o início do trabalho, negociávamos a troca deste objeto por uma brincadeira que demonstrasse gostar.

Quando Theo não trazia o objeto de casa, procurava algum papel ou copinho de plástico que tivesse na sala, para desmanchá-lo, iniciando, assim, seu ritual. O nosso procedimento era o mesmo, tentar retirar o objeto.

Os sons emitidos, como “pa, pa, pu”, durante a sessão, começaram a ficar mais presentes. Estes sons foram observados durante as atividades em que o menino os repetia, com frequência, na sessão.

A repetição da brincadeira de subir nos colchões havia diminuído, mas não desaparecido de sua trajetória. Transitava por vários espaços e materiais, mas não se detinha muito com a maior parte deles.

Mudança de sala

Antes de realizarmos um recesso de duas semanas no projeto, procuramos explicar a Theo e a seus colegas que tínhamos férias e mostramos ao menino nosso novo espaço: o ginásio. Presenciamos, nesta visita, seu olhar para determinados cantos e objetos. Entre eles, uma corda amarrada no teto e a cama elástica. Fizemos o registro, e esperamos o retorno para vermos como reagiria ao local novo.

Ao trocarmos de sala, levamos os materiais de que fazíamos uso na sala anterior: colchões, bolas, almofadas, cordas, aros, espelhos que foram fixados na parede, entre outros recursos. Os colchões ficaram empilhados da mesma maneira como estavam no outro espaço. Mantivemos Theo no segundo grupo, porque havia um número reduzido de crianças, tornando mais fáceis os cuidados com ele neste local mais amplo. No seu retorno, pudemos observar:

“...chega com seu pai e, como sempre, carrega sua mochila e uma garrafa de água mineral. Entra na sala chorando. O pai se afasta, e o menino dirige-se aos colchonetes, sobe e rola sobre eles. Logo em seguida, olha para o psicomotricista e emite as sílabas ‘be-be’, dirigindo-se à mochila. Foi ajudado a pegar sua mamadeira e a tomar a água.

Esticou o braço, deu a mão para o psicomotricista, e levou-o em direção a uma corda, amarrada no teto. Agarrado ao corpo do especialista, balançou-se na corda, mas logo em seguida, ficou sozinho, dependurado.”(49ª sessão, 02/08/99).

Notamos que Theo demonstrou, através de um chorinho, que estava contrariado com alguma coisa. Entretanto, este fato não alterou sua participação nas atividades que lhe foram propostas. Transitou com o psicomotricista por vários materiais, deixando de lado os colchões.

Podíamos observar, neste local, suas habilidades em dependurar-se com firmeza e saltar sobre um trampolim na piscina de esponja. Às vezes caminhava, desorientado, pelo espaço, havendo necessidade da interferência do adulto para reorganizá-lo. Continuava a utilizar o objeto autístico, sendo mais difícil a negociação do mesmo. Quando não trazia um papel para a sessão, escolhia algo para ficar segurando e balançando nas mãos.

Quando apresentava comportamentos de ausência ou de desvio de olhar, o psicomotricista procurava oferecer-lhe a interação e, com ela, a construção da experiência compartilhada. Para tal, fazia uso dos materiais que o menino mais procurava.

Ao aceitar estas implicações, mostrava sua receptividade à ajuda dada pelo psicomotricista, mas resistia aos novos desafios e novos jogos que lhe eram oferecidos. Não procurava interagir com nenhum colega e, quando era provocado para um trabalho neste sentido, resistia e resmungava.

Theo e os rituais da sessão

Neste período de observações, pudemos presenciar algumas modificações no comportamento do menino que se referiam aos rituais do trabalho, conforme o registro:

“Chega no ginásio, tira os tênis e começa a correr. A psicomotricista aproxima-se dele, agarra sua mão e o convida para sentar na rodinha. As crianças que possuem o desenvolvimento da fala, dizem o seu nome e repetem o nome dos colegas que ainda não falavam. Theo fixa o olhar quando a psicomotricista repete também seu nome e toca em seu rosto” (60ª sessão, 25/10/99).

Sabíamos que era um pequeno sinal de mudança, ele chegar, tirar tênis e aceitar sentar ao lado dos colegas. Entretanto, era um comportamento novo e muito valorizado pelos psicomotricistas.

Na 63ª sessão (29/11/99), notamos que Theo estava sonolento e não aceitava subir na corda nem no espaldar. Seu pai havia relatado a uma das psicomotricistas do projeto que o neurologista tinha mudado um dos remédios, e que, até ele acostumar, este comportamento era esperado.

As atividades, no ginásio, continuaram até o final do ano de 1999, momento em que fizemos uma reunião para avaliarmos a permanência da pesquisa neste espaço. Embora Theo demonstrasse um bom desenvolvimento corporal, através das atividades que realizava nos aparelhos e com materiais, ficavam prejudicadas nossas tentativas de provocá-lo para jogos relacionais compartilhados com os colegas.

2000: ano de desafios para Theo

Recomeçamos o trabalho, mudando novamente de sala. Desta vez conseguimos uma sala ampla, arejada com materiais importantes ao desenvolvimento da terapia. A experiência que vínhamos construindo pelo terceiro ano consecutivo do projeto, chamava nossa atenção para possíveis situações de adaptação.

Procuramos proporcionar um espaço com materiais conhecidos das crianças, da sala anterior, assim como colocá-los nos mesmos horários, com os mesmos colegas. Os profissionais também não foram mudados neste início de trabalho.

Theo, a princípio, chegava junto com seu pai, demonstrando resistência antes de entrar. Chorava e não deixava seu pai ir embora. Este comportamento foi repetido nos encontros que se seguiram, e nosso procedimento era de incentivá-lo a ficar através dos materiais novos que tínhamos na sala.

Podíamos observar que procurava, com maior frequência, os objetos autísticos e, por vários encontros, usava os mesmos: tampinhas de garrafa e copos de plástico. O procedimento do psicomotricista também era repetido, através da atitude de provocação, para que o menino entrasse em alguma atividade e trocasse seu foco de atenção e necessidade.

Com a sala menor e mais delimitada, foi possível o psicomotricista oferecer-lhe jogos diferentes e propor-lhe trajetórias psicomotrizes, alternando com as que ele já havia dominado e que resistia a mudar. Entretanto, a imitação era um jogo que o menino pouco realizava.

A relação que Theo voltou a ter com o terapeuta era estabelecida mais pelo olfato, cheirando-o várias vezes e também tentando lambe o braço e o rosto do profissional.

“A princípio, esta aproximação era permitida, mas, logo, o profissional lhe propunha uma outra atividade: a de subir no espaldar e caminhar sobre um banco, seguindo uma fila com os colegas. O menino realizava a atividade uma vez e se afastava, remexendo na lata do lixo. Esta cena foi observada várias vezes na sessão, sendo que, em alguns momentos, ele ficava sozinho, mas a psicomotricista investia novamente nas provocações, para levá-lo a algo que lhe interessasse” (73ª sessão, 26/06/2000).

Notamos seu retorno da comportamentos, que já tinham sido excluídos, como resistências a abandonar os comportamentos de fixação. E, junto com estas manifestações, observamos atração e insistência em girar objetos na mão. Estes objetos eram buscados pelo menino na lata de lixo ou procurados em um armário que havia nesta sala.

Os movimentos motores de sacudir as mãos e girar em volta de si apareceram com mais intensidade no seu comportamento, quando houve uma segunda troca de horários. Não tendo quem o levasse na terapia, no horário novo, foi necessário que ele entrasse em um grupo novo para não abandonar o trabalho.

Momento de desafio

Esse momento da terapia de Theo nos levou a refletir sobre as modificações externas e as alterações em seu comportamento. Até que ponto o espaço e o grupo novo estariam interferindo em seu desenvolvimento? Que outras modificações poderiam ter ocorrido em sua vida, para que houvessem desencadeado tantas manifestações de retrocessos?

As mudanças de salas que tivemos, nesta época, os comportamentos regressivos demonstrados por Theo, nos levaram a conversar com a família. Descobrimos situações novas, como aumento da carga horária na escola, além das alterações nas dosagens das medicações.

Ao constatarmos que Theo não conseguia manter seu desenvolvimento perante tantas alterações de suas atividades, procuramos reorganizar sua rotina nas sessões de psicomotricidade, mantendo brincadeiras, materiais pelos quais ele demonstrava interesse e dando-lhe tempo para se reorganizar. Sua necessidade de utilizar o objeto autístico e de se isolar foi deixado por um tempo. Ao contrário de sua adaptação, no ano de 1999, não demonstrou fixação em nenhum objeto ou atividade.

Também foi possível observar, nesta época, algumas reações de agressividade contra o corpo do adulto, já que este profissional era uma psicomotricista com quem Theo passou a interagir mais. Aos poucos, ela foi incluindo materiais, as bolas de *bubet*, na aproximação. Este material foi mais aceito pelo menino que começou a ficar sempre por perto desta profissional, reagindo aos estímulos que lhe lançavam na trajetória psicomotriz, assim como brincar com novos materiais.

Novos interesses

Passada a fase de desorganização, Theo começou a se mostrar interessado pelo espaldar, subindo e descendo com muita agilidade neste material, sem a ajuda do psicomotricista. Subia e se jogava sobre os colchões que ficavam no chão.

Dentro da sala, descobriu um armário que continha vários objetos. A primeira atividade que fazia, ao entrar no espaço, era pegar algo lá de dentro. Numa época,

eram tampinhas de coca-cola; em outras, garrafas plásticas vazias. Desta forma, voltávamos a observar que Theo estava, novamente, se fixando em determinados objetos. A diferença era que havia a possibilidade de negociação para a troca destes por outras atividades.

O espelho também começou a ser mais procurado pelo menino. Ele se olhava algum tempo, sozinho, sentado sobre uma bola de *bubet*, saltando sobre ela e com os olhos direcionados para o espelho. Com o tempo, houve necessidade de trocarmos a sala novamente, e ficarmos em alerta às possíveis reações de Theo.

Voltando ao ginásio

Embora tivéssemos preparado o menino para a troca de sala novamente, ficamos apreensivos com as regressões que poderia demonstrar. Entretanto, estas mudanças não aconteceram. O menino mostrou satisfação na troca de sala, demonstrada ao entrar no espaço, através de sorrisos, gritos e da emissão de sons diferentes. Ao entrar no ginásio, foi logo pegando no braço da psicomotricista, levando-a em direção às atividades que estava acostumado a realizar (84ª sessão, 18/09/2000).

Theo não demonstrou desorganização nesta mudança, mas alguns comportamentos de perseverar voltaram a ser manifestados pelo menino. Pudemos observar, nesta época, uma mudança de comportamentos com outras trajetórias, com a aceitação de atividades com outras crianças e atividades novas, criadas por ele.

6.1.4 Caio

Caio nasceu em Porto Alegre, no dia 20 de setembro de 1986. A gestação foi de oito meses e o parto foi normal. Nasceu com 3.130 kg, 46 cm e o APGAR foi quantificado em 8. Mora com a mãe, com a irmã (três anos mais nova que o menino) e com a avó materna.

Mamou no peito até os seis meses. A mãe percebia-o um bebê “agitado”, mas comentando com o pediatra, este a tranquilizava. Até um ano e três meses, essa

situação foi percebida como se o desenvolvimento fosse normal: balbuciava, aprendia a engatinhar e movimentava-se sem demonstrar outras diferenças.

Primeiros sinais observados pela família.

Com o passar do tempo, Caio começou a mostrar-se muito inquieto, e o desenvolvimento da fala diminuiu, até não emitir mais nenhum som. Começou a engatinhar e a caminhar, sem problemas. Algumas vezes, a avó e a mãe do menino questionavam-se sobre seu desenvolvimento. Entretanto, só se deram conta que ele era diferente, quando compararam-no com a irmã. Tinha um ano e três meses, quando teve uma febre e, em consequência, uma convulsão. O pediatra, diante este quadro, encaminhou o menino a um neurologista. Foi realizado um eletroencefalograma, sem que nada ficasse evidenciado. Aos três anos, era muito agitado, não falava e não havia desenvolvido o controle de ir ao banheiro.

Em busca de um diagnóstico e a falta de atendimentos

A mãe de Caio levou muito tempo em busca de um médico que pudesse dizer o que havia de errado com seu filho. Ela lembrou, em uma entrevista, que sempre pode contar com a ajuda da avó do menino, que morava com eles desde que a irmã nasceu, mesma época que houve a separação do casal. O menino tinha cinco anos e ficava sob os cuidados da avó enquanto a mãe cuidava da menina que era pequenina, mas que também apresentava comportamento diferente, introspectivo.

Caio voltou a desenvolver a fala após os cinco anos, com ajuda de atendimento fonoaudiológico e da irmã que falava, e o menino repetia. Usou fraldas até a idade de cinco anos, sendo que ele mesmo a colocava, pois fazia xixi na cama. Até o final do ano 2000, não tomava banho sozinho; se o sabonete cai no chão, ele não juntava. Na escola isto não acontecia, lavava as mãos com sabonete sem nenhum problema. Quando ia ao banheiro não se limpava, chamava para alguém fazer por ele.

Com a irmã pequena e exigindo a atenção o tempo inteiro, quem o levava para o atendimento era a avó. Foram a vários médicos e diversos hospitais até que descobriram que ele era portador de autismo, já havia completado cinco anos.

Quando tinha seis anos, fez um EEG sob sono induzido, apresentando sinais de atividade irritativa subcortical. Nesta mesma época, fez outro eletroencefalograma em vigília, mostrando atividade de base dentro dos limites da normalidade.

Em maio de 1994, Caio foi avaliado por duas médicas do Hospital São Pedro, com hipótese diagnóstica de retardo mental, associado ao distúrbio global de desenvolvimento. Esse parecer indicava tratamento e a confirmação do mesmo diagnóstico, além de ressaltarem os benefícios que o menino tinha nas atividades ocupacionais oferecidas na terapia, sendo que essas profissionais tinham observado uma melhora progressiva de seu desenvolvimento.

Em março de 1997, a psiquiatra de Caio emitiu um novo parecer, onde atestava que o menino encontrava-se em tratamento psiquiátrico e apresentava síndrome autista.

No HSP, atualmente, está sendo atendido pela mesma psiquiatra há mais ou menos quatro anos. Toma clorpromazina, uma droga de efeitos antipsicóticos e sedativos. Tentaram diminuir a dose ministrada, mas ele ficou irritado, chorando por qualquer coisa.

O Serviço de Atenção Integral à Criança do Hospital São Pedro emitiu um parecer de três páginas sobre o acompanhamento de Caio, onde informava que o menino:

- havia iniciado o tratamento em abril de 1994, participando de um grupo duas vezes por semana;
- fez avaliação neurológica e psiquiátrica, usando imipramina e clorpromazina;
- os progressos do menino nos atendimentos grupal e ocupacional foram visíveis, mas acreditavam que teria melhora e crescimento no ambiente escolar.

Após o diagnóstico de Autista, a família retornou ao Hospital São Pedro em busca de grupos de terapia. A mãe ressaltou que foram bem atendidos por uma

equipe profissional, formada por psiquiatra, psicólogo, fonoaudióloga e assistente social.

Caio teve poucos contatos com o pai, que morreu assassinado, quando o menino tinha dez anos. Estava desempregado e não deixou nenhuma assistência à família. Entretanto, após muita insistência, a mãe comprovou tempo de serviço e conseguiu uma pensão para que seus filhos tivessem alguma segurança.

Aprendendo a ler

Caio aprendeu a ler sozinho, em casa, através de um livro de ciências da 7ª série que ensinava sobre o corpo humano. Sua mãe começou a notar que estava lendo placas na rua e o nome das linhas de ônibus, que eles costumavam pegar. Ao chegar em casa, escrevia o nome destas linhas, procurando repetir o mesmo tipo de letra observado.

Quando foi para a escola, gostava de escrever várias palavras que lia na rua. Ao pegar um jornal ou revista para ler, se pronunciava algumas palavras de maneira errada, a mãe ensinava a pronúncia certa uma vez, e ele já aprendia. Da mesma maneira o traçado da letra, que sempre foi de acordo com o traçado da letra de imprensa.

Hábitos inadequados e rituais na alimentação

Caio tem preferências e resistências para comer: não aceita comer arroz, feijão, verduras e legumes. Gosta de comer frango, bife empanado, bife comum, panqueca, macarrão com guisado. Quando a mãe não atende seu cardápio, ele abre o armário, pega a farinha de trigo e pede que a mãe faça algo, como panqueca ou pizza. “Domingo é dia de comer salada de maionese, e ele sabe disso”, diz a mãe que aproveita para colocar na salada, cenoura e outros alimentos que ele não come. Come qualquer fruta, além do tomate. Gosta de bolacha recheada e pão de forma. Toma batida de banana enriquecida com cereais.

Características da síndrome

Caio sempre conta o que faz e do que brinca nas sessões de Psicomotricidade Relacional, a qual ele chama de academia. Fala no nome dos colegas da terapia corporal: Lucas e Rohe. No decorrer do segundo semestre de 2000, a mãe notou que ele mudou a maneira como respondia às perguntas; por exemplo, a mãe dizia:

- Tu gostaste do passeio?

- Caio respondia:

- Tu gostaste do passeio.

- Tu queres maçã ou banana?

- Ele respondia:

- Maçã ou banana. A mãe insistia que não podia repetir e sim escolher uma ou outra fruta.

Atualmente apresenta fixação em tesouras para cortar o cabelo, e isto tem acontecido tanto em casa como na escola. Está sempre com um papel nos bolsos, de preferência de propaganda de eletrodomésticos. Em casa, costuma carregar uma sacola velha com uma velha agenda. Esses objetos, que organiza em casa, não gosta que peguem nem tirem do lugar.

Localiza-se no tempo e no espaço. Sabe o dia que tem “academia”; quando a irmã tem que ir ao dentista, presta atenção em todos os lembretes que a mãe coloca na geladeira, registrando as mensagens e lembrando a mãe. Sabe o ônibus que deve pegar para voltar para casa; ele vai para a ESEF com a professora e os colegas de carro.

As fixações

Caio possui fixação em calendários e agendas, para saber datas e os dias da semana. As datas dos aniversários das pessoas da família, dos amigos, da professora, ele sabe. A mãe coloca datas importantes na geladeira e lembretes como o dia do dentista, e ele fica muito interessado nestas anotações. Tem épocas que rasga as

agendas, sendo que a família tem que dizer que a agenda é da professora para ele deixar inteira.

Quando a aula termina, ele tem entrado numa loja onde um senhor conserta aparelhos eletrodomésticos. Entra, vê o moço trabalhando, mexe nos objetos e já fez amizade com o dono da loja de consertos. Ganhou um copo de liquidificador velho que levou para casa e que está sempre brincando. Gosta de apertar os botões do ventilador. Quando pequeno, tinha uma sensibilidade maior aos ruídos da furadeira que o pai usava e do liquidificador.

Brinca de furadeira, diz que está arrumando ou consertando algo. Também costuma brincar que está fazendo batida de banana, “fingindo” estar colocando todos os ingredientes que a mãe usa para fazer a batida dele e da irmã. Eles têm uma máquina de costura antiga, na qual foi adaptado um motor. Outro dia, ela percebeu que Caio brincava na área de casa com umas sucatas. Chegando perto, viu que ele inventou uma maneira de transformar algumas sucatas em máquina de costura, onde ele recortava e costurava as roupas, conforme sua mãe fazia. Ela termina essa entrevista dizendo que não tem vergonha do filho ser autista, mas fica muito brava quando alguém “debocha” dele.

Medicação

Atualmente, Caio toma clorpromazina, uma medicação que atua como estabilizador do humor e da depressão. Encontramos em bibliografia¹² pertinente ao assunto, algumas informações sobre esta droga, ressaltando que a mesma ameniza transtornos de personalidade como impulsividade e agitação e possui uma indicação não bem estabelecida para déficit de atenção e hiperatividade.

¹² CORDIOLI, Aristides Volpato. *Psicofármacos - Consulta Rápida*. São Paulo: Artes Médicas, 1997. p.55.

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade conhecido pela sigla TDAH¹³ é um problema de saúde mental com características básicas de agitação, desatenção e impulsividade que pode estar presente em crianças e adolescentes portadores de autismo. E no caso de Caio esta associação acontece, havendo a necessidade de intervenção através dos remédios.

Sobre a masturbação

Conforme o relato da mãe, Caio dorme no quarto com ela e a irmã. A casa tem dois quartos sendo que um é para a avó que precisa ficar sozinha com seus objetos pessoais.

Era costume, em casa, as pessoas irem ao banheiro com a porta aberta. Atualmente, com a fase em que o menino se encontra, que é de muita masturbação e interesse na sua genitália, ficou combinado que as pessoas da família teriam sua privacidade, ou seja, iriam ao banheiro com a porta fechada. Caio, ao entrar no banheiro, fecha a porta e fica lá por muito tempo. Quando se deita, costuma cobrir o corpo com o lençol e se tocar e ficar excitado. A mãe relembra que esta atitude só deve ser feita no banheiro e se ele estiver sozinho.

As mudanças no corpo de Caio chamaram atenção ao mesmo tempo em que começou a perceber e se comparar com outras pessoas. A mãe nos relata, como exemplo, um rapaz que havia entrado no ônibus, que estava com a camisa aberta, mostrando o peito cabeludo. O menino fixa seu olhar no rapaz, chamando a atenção e perguntando se ele também seria assim e que havia gostado de pêlo no peito.

A escola adequada

Caio ficou na escola do CADEP (Centro de Atendimento ao Excepcional) durante dois anos, saindo de lá porque não tinha mais turma para a sua idade. Foi para a Escola Parque do Sol onde havia bons profissionais, mas a mãe trabalhava, e a avó tinha que buscar as duas crianças em escolas diferentes e na mesma hora. Nesta

¹³ ROHDE, Luis A. P.; BENCZIK, Edyleine B. P. *Atenção/Hiperatividade – O que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p.37.

época conseguiram uma vaga na Escola Especial Cristo Redentor, numa turma de autistas, por um período de dois anos, necessitando sair, porque o professor, que trabalhava com autistas, havia se aposentado. Quando abriu outra turma, a mãe pediu transferência para facilitar a vida da avó.

A terapia corporal - aproximações iniciais

Caio é um menino com diagnóstico de autista de leve a moderado. Apresenta um porte esguio, linguagem verbal bem desenvolvida e comportamento hiperativo.

Iniciou no projeto de terapia corporal no dia 13 de setembro de 1999. Nesta época, o menino estudava no turno da tarde, ia para a ESEF junto com a professora e seus colegas de aula. No decorrer desses primeiros contatos, podemos observar que seus comportamentos, suas relações com os colegas, com os profissionais e com os materiais são muito diferentes das crianças que já havíamos observado.

Rituais de entrada e de saída

Desde a primeira sessão, Caio entrava na sala e já corria pelo espaço, realizando trajetórias desordenadas sem objetivos. O facilitador interferia, levando-o pela mão até a rodinha onde estavam as outras crianças sentadas.

No ritual de entrada, orientavam o menino a retirar os tênis e colocá-los em um canto da sala. Logo que lhe eram apresentados os colegas e os profissionais, Caio voltava a correr pela sala, mas buscava a companhia de outro participante. No início, suas brincadeiras de correr aconteciam com o mesmo menino.

O ritual de saída, acompanhado de sentar na rodinha ou deitar-se no chão para relaxar, significava, no início do trabalho, algo difícil para Caio, conforme o registro que segue:

“Todos sentam no chão e ao lado de cada criança, fica um adulto. Caio com muita rapidez e agilidade levanta-se e sai correndo, sem que o terapeuta o veja. O menino é chamado e volta para o chão. As crianças são convidadas a deitar e com o auxílio de uma bola de ‘bubet’, recebem massagem pelo corpo” (55ª sessão, 13/09/99).

Colocar meias e tênis eram tarefas que exigiam um profissional por perto para que ele sentasse e fizesse sozinho. Embora Caio mostrasse esses descontroles de impulsos e saísse correndo pela sala, quando um adulto ficava por perto e o auxiliava, o menino cumpria a tarefa proposta junto com os outros.

Esses momentos de ajuda serviram para que os terapeutas se aproximassem de Caio, ajudando no estabelecimento dos vínculos. Os recursos materiais também cumpriram sua função nesse momento da terapia de Caio. Materiais, como bolas de *bubet*, arcos, almofadas e colchonetes, também executaram suas funções de aproximação dos profissionais com o menino e de provocação para que ele entrasse em jogos diferentes e conhecesse novos materiais.

Os materiais e jogos simbólicos

Caio mostrava, desde o início de sua participação nas sessões, facilidade para interagir com os objetos. Pudemos observar algumas situações em que o menino mostrava as fantasias que esses objetos lhe provocavam. No registro que segue, presenciamos algumas destas situações:

“Caio salta várias vezes no colchão sem mostrar dificuldades. Sai desta atividade e joga-se no chão, cobrindo-se com um lençol marrom que estava por perto. Pega uma bola de ‘bubet’, que possui algumas saliências, verbaliza que são ‘tetinhas’ e começa a sugar. Olha para a facilitadora e a convida a fazer o mesmo” (57ª sessão, 04/10/99).

Também podemos observar ao término de outra sessão a seguinte brincadeira:

“o menino pega um carrinho de plástico da caixa dos brinquedos e sentado no chão começa a brincar, fazendo barulho de motor com a boca. Olha para seu colega, levanta-se e sai correndo atrás do menino dizendo que ia atropelá-lo” (56ª sessão, 27/09/99).

Mesmo Caio demonstrando uma trajetória psicomotriz com movimentos desorganizados, em alguns momentos criava tipos novos de brincadeiras, levando consigo outro menino.

Servindo de modelo

A relação de Caio com as outras pessoas da terapia era uma pauta que estava frequentemente presente nas observações. A princípio, ele demonstrava um comportamento de fixação pela atenção e companhia de um colega. Se houvesse interferência de um adulto nesses momentos, sua reação era de choramingo e reclamação. Pegava o colega pela mão e procurava outro lugar do ginásio para brincarem.

Caio não deixava seu colega parado. Brincava sozinho durante algum tempo, mas logo procurava o menino e buscava-o para a brincadeira, conforme o relato que segue:

“Caio rola no chão várias vezes. Levanta-se e corre em direção ao colega que está sentado em um trampolim, balançando o corpo. Ele pega o colega pela mão, leva-o para o chão e diz: ‘-rola, rola. Caio rola’, demonstrando a brincadeira. O menino rola com o Caio. Quando os corpos dos dois meninos se encostam, Caio tenta dar um abraço no colega, mas é empurrado pelo menino que se levanta choramingando” (57ª sessão, 04/10/99).

A fixação de Caio em só brincar com o mesmo colega estava durando muito tempo sem que outras situações pudessem ser vivenciadas nas sessões, tanto com Caio, como com o outro menino. Nesse momento do trabalho, o terapeuta começou a investir em provocações diferentes para Caio, enquanto outro profissional fazia o mesmo com o outro menino e os demais participantes da pesquisa. Havia um cuidado para que a situação não ficasse radicalizada, deixando espaço para os dois interagirem. Em vários momentos, os terapeutas se encontravam com as crianças e todos compartilhavam as mesmas atividades.

Caio também era requisitado para ajudar a mudar a disposição dos materiais e a reorganizar o espaço psicomotriz durante a sessão. As provocações para novas brincadeiras começaram a ajudar o menino a sair das correrias desorientadas pela sala, assim como proporcionaram a entrada de outras pessoas nas brincadeiras.

Podíamos observar alguns jogos novos vivenciados por Caio no decorrer das sessões. Jogos que realizava com os outros, que envolviam Ian e pessoas diferentes do grupo. A imitação, a criatividade e a construção estavam presentes nas suas

atuações. Podemos anexar a estas observações, os jogos sexuais que estiveram presentes desde o primeiro dia do menino na sessão.

A masturbação e outros interesses

Desde o primeiro dia, pudemos observar em Caio atividades de masturbação e interesse pelas genitálias dos colegas. Era a primeira criança do projeto a demonstrar estes jogos. Já na primeira sessão que participou, no final do trabalho, ao ser convidado a guardar os materiais, saiu correndo pela sala de maneira desorganizada. Uma das psicomotricistas chama a atenção da observadora para o que o menino estava fazendo.

“Caio corre pela sala e nesta trajetória tira as calças várias vezes” (55ª sessão, 13/09/99).

A exploração do seu corpo e do corpo do colega iniciava um novo marco de estudos na terapia corporal. As atividades de masturbação que começava a manifestar nas sessões, já haviam sido demonstrados em sala de aula desde o início do ano de 1999. Em casa, a mãe também havia confirmado na entrevista inicial sobre as masturbações que realizava e a conduta que recebera da psicóloga com relação ao encaminhamento da questão.

Quando entramos no campo da sexualidade do autista, verificamos o receio com que este assunto ainda é tratado. A bibliografia sobre autismo e sexualidade ainda é escassa. Investimos, então, nas trocas com a professora de Caio e com sua família e na constante busca e construção deste estudo. Nas sessões que se seguiram, Caio investia também no corpo de seu colega de maneira incisiva:

“Caio tenta forçar o colega a retirar a camiseta. O menino resmunga e o empurra para longe de seu corpo. Caio volta a insistir e, desta vez, aproxima-se e puxa o abrigo do colega olhando sua genitália. O terapeuta interfere no jogo” (57ª sessão, 04/10/99).

Nestes momentos da sessão, o psicomotricista falava a Caio que todos os meninos possuíam pênis e, que não poderiam ficar puxando a roupa dos colegas para olhar.

Situações como esta continuaram a acontecer até o final do semestre. Como foi explicado que ele não deveria olhar ali, na sala, o corpo dos colegas, ele propôs outra maneira: começou a pedir para ir ao banheiro no meio da sessão, conforme o registro que segue:

“Caio pede para ir ao banheiro, mas afirma que Lucas quer ir junto. O psicomotricista pergunta a Lucas se ele quer ir e o jovem responde que quer. No banheiro do ginásio, os meninos fazem xixi no mictório, situado um ao lado do outro, sendo que Caio fica o tempo todo olhando para o órgão de seu colega e para o seu” (Sessão Nº 60, 25/10/99).

Estas atividades mostravam o seu interesse e a curiosidade dirigidas aos órgãos genitais dos outros participantes da pesquisa.

Novas aproximações

Suas movimentações na sessão ficavam mais organizadas, demonstrava menos comportamentos de fixação com relação ao mesmo colega do projeto. No final deste ano, podemos observar uma crescente aproximação entre Caio e os terapeutas. Ao término de um encontro, aconteceu a seguinte cena:

“O terapeuta deita-se no chão e fica com os olhos fechados. Caio aproxima-se correndo e acocora-se junto ao profissional e fala: - Teu pai não morreu! Teu pai não morreu!” (62ª sessão, 22/11/99).

A ansiedade do adolescente estava associada às lembranças que ele tinha da morte de seu pai e que já havíamos registrado em nossos encontros com a sua mãe. Com frequência Caio falava em cemitério, igreja, rezas pelo pai. Ver o terapeuta no chão com os olhos fechados deveria ter-lhe provocado sentimento de muita ansiedade. Mostrava maior aproximação do psicomotricista.

Comportamentos autistas

Caio tinha alguns comportamentos autistas que podíamos observar no decorrer das sessões. A primeira característica da síndrome foi constatada na área da linguagem. Sendo um autista verbal, podemos constatar a inversão pronominal ou seja, ele se referia a si próprio usando a terceira pessoa do plural.

As corridas desorganizadas pela sala, aliadas aos movimentos impulsivos, tinham que ser controlados pela palavra do psicomotricista, colocando o limite nos momentos em que essas situações aconteciam. Perante as palavras “volta”, “espera começar a sessão”, “o jogo ainda não começou”, Caio recuava e conseguia ficar junto aos colegas esperando, mas não por muito tempo.

Também percebíamos que Caio trazia um pedaço de papel ou catálogo de lojas, segurando-o até o final da sessão. Nem sempre conseguíamos negociar a troca desse objeto por uma atividade ou material da terapia que ele pudesse tirar proveito, brincando.

O ano de 1999 terminava e Caio chamava nossa atenção pela maneira diferenciada que participava da terapia. Diferenciada não somente por apresentar características da síndrome diferentes dos seus colegas, o que já era esperado por nós. Entre as situações inovadoras, estava o desenvolvimento da fala e sua facilidade de dizer o que estava querendo comunicar. No ano seguinte, trocamos de sala e o Caio retornou ao trabalho juntamente com os demais participantes.

2000: Novo ano e novo espaço

Após a reunião de pais, que fizemos antes do recomeço da terapia, soubemos pela mãe de Caio que ele perguntava com frequência quando iria começar a academia. A mãe o acalmava e respondia que logo eles recomeçariam na ESEF.

Realizamos a reunião com os pais, no local novo, onde se desenvolveriam as novas sessões de terapia corporal. Explicamos aos pais que o espaço anterior não servia aos nossos propósitos, e que eles já deveriam preparar os filhos para a mudança. Caio foi preparado por sua mãe e pela professora de aula que o levava para a terapia.

Ao chegar na sala nova, Caio saiu correndo pela sala, entrou no depósito onde estavam guardados os materiais que usávamos na terapia. Enquanto os profissionais recebiam as outras crianças, o menino continuava sua trajetória pela sala e dava alguns gritos. A sessão iniciou com a apresentação das crianças e dos profissionais, lembrando a troca de sala e as crianças levaram algum tempo para se acostumarem com o espaço novo e começaram a sessão.

Antes da fala de que podiam começar o jogo, foi pedido ajuda ao grupo para que trouxessem os materiais da sala ao lado. Caio foi um dos poucos meninos que ajudou nesta tarefa.

Podemos observar que Caio começava a sessão com as corridas, acrescentando a emissão de alguns gritos a esse ritual. No primeiro momento, pensamos que os gritos estariam associados a uma situação diferente, algo novo para ele. Entretanto, quando os gritos ficaram mais intensos, o terapeuta aproximou-se do menino, afirmando que não era necessário gritar, provocando uma reação de perplexidade em Caio.

Além da palavra colocando limite nestes momentos, percebíamos que era necessário prevenir que essas situações de grito não acontecessem. Então, entrava em cena a mão do terapeuta, convidando Caio para realizar alguma atividade. Desta maneira, o psicomotricista limitava suas corridas sem rumo e seus gritos através de uma proposta de atividade como: balançar-se na corda amarrada no teto, brincar nos bancos, entre outras.

Experimentando outros jogos

Caio tentava, com a ajuda do psicomotricista, realizar outros jogos como no registro a seguir:

“Caio aproxima-se do espaldar, dá a mão para a terapeuta e sobe três degraus e dá um salto” (65ª sessão, 24/04/00).

Nesta mesma sessão, o menino interage mais com as bolas de *bubet*, procurando brincar sozinho e também jogá-las para os colegas.

Caio entendia as propostas de atividades que eram realizadas pelo psicomotricista e demonstrava esta compreensão através da execução das tarefas conforme o relato que segue:

“O psicomotricista senta no chão e convida as crianças para sentarem-se ao seu lado, fazendo uma rodinha. Alguns sentam sozinhos, outros recebem ajuda dos outros profissionais para se localizarem na rodinha. O terapeuta desafia as crianças a rolarem no chão, demonstrando com seu corpo. Caio senta-se sozinho e é o único que consegue rolar” (66ª sessão, 08/05/2000).

Na continuidade dessas sessões, pudemos acompanhar o crescente envolvimento de Caio com os outros colegas.

Novos vínculos

Caio começava a demonstrar novas aproximações, no decorrer da terapia, para jogar. Jéssica, uma colega sua de sala de aula, passa a ser procurada com frequência pelo menino, para realizar suas trajetórias pela sala. Quando a menina estava vivenciando alguma atividade com um adulto, o menino se aproximava e interagia.

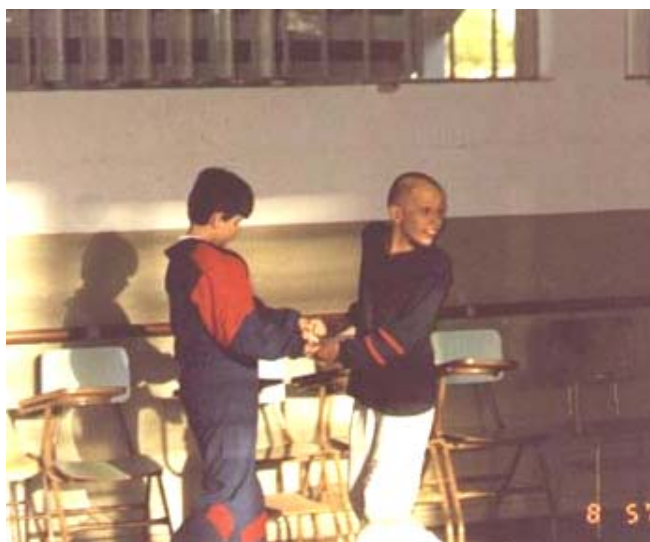


Foto 19 – Caio brinca com Jéssica – Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)

Além de Jéssica, notamos que Lucas também foi eleito para as novas aproximações. Esses contatos eram mediados por brincadeiras que variavam muito: brincadeiras de correr, de faz-de-conta e as atividades de masturbação que voltavam a se manifestar.

A masturbação

Desde a primeira sessão, Caio voltava a demonstrar muita ansiedade em seu comportamento e necessidade de realizar atividades de masturbação. Entretanto, estas manifestações não apareciam como uma conduta que ele realizasse isoladamente, conforme registro:

“Caio brinca com Jéssica de mãos dadas pela sala. A menina sorri. Logo em seguida, ele larga suas mãos e começa uma atividade de masturbação, ficando muito excitado. Passado um tempo, o terapeuta se aproxima e pergunta se o menino quer realizar outra atividade. Ele responde que não” (66ª sessão, 08/05/2000).

Na mesma sessão, dois fatos novos aconteceram com relação a esses jogos:

“Caio aproxima-se de Lucas, que está jogando arcos com o psicomotricista, e puxa seu abrigo, olhando o pênis do colega. Lucas o empurra e volta a jogar. E, no final da sessão, quando estava ajudando a guardar o material, ele aproxima-se de Jéssica e toca rapidamente em seus seios”.

Em quase todos os encontros do mês de maio, junho e julho, as atividades de masturbação se repetiram. Pedia para ir ao banheiro e para levar Lucas junto com ele. A interferência do adulto, nesses casos, era a mesma. Quando ele queria ir ao banheiro, o terapeuta ia junto, procurando estar presente, mas sem atuar com repressão. No espaço terapêutico, as manifestações de masturbação aconteciam entre Caio e outras crianças, havendo rejeição dos colegas.

Situações imprevistas

O menino demonstrava interesse em examinar armários e caixas que tinham no espaço onde desenvolvíamos as sessões. Relataremos uma situação de imprevisto provocada por Caio:

“O menino encontra um pote de tinta têmpera guardado em um armário e o leva para o meio da sala. Tira a tampa e com as mãos começa a pintar seu rosto. Os colegas vêem que o menino se pinta, aproximam-se da tinta e se pintam também. Procuram o espelho para se enxergar e ficam um bom tempo se olhando” (73ª sessão, 26/06/2000).

No final deste encontro, todas as crianças estavam com o rosto e as mãos cobertos de tinta vermelha.



Foto 20 – Após se pintar, Caio brinca pela sala.– Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)

Estas situações, que não estavam na pauta de observações, enriqueciam nosso trabalho, pois provocavam reações inesperadas nas crianças do projeto e, de alguma forma, exigia-nos reações rápidas que nem sempre sabíamos se eram as mais adequadas. Nesse caso da tinta, deixamos as crianças se pintarem e saírem lambuzadas para casa devido às reações de admiração que observamos em seus rostos.

Outros fatos não esperados nos foram proporcionados por Caio. Voltamos aos registros das sessões:

“No ritual de saída, o psicomotricista chama o menino ao quadro branco que possuíamos na sala, pede para que ele se desenhe. O desenho do corpo é começado pelo pescoço. O adulto interfere, e pergunta:

E a cabeça? Vais começar teu desenho por onde? O menino responde:

Cabeça, cabeça não! A cabeça tem que pensar... só na escola.

Após nova pergunta do profissional e a afirmativa de que neste espaço de trabalho também necessitávamos da cabeça, ele completou o desenho que havia realizado no quadro” (71ª sessão, 12/06/2000).

O desenho de um corpo representado por Caio tinha olhos, nariz, boca, orelhas, braços, mãos e pernas, sendo desnecessário pedir para que ele completasse. Enquanto desenhava, ia falando em voz alta cada parte do corpo.

As atividades diferentes proporcionadas no término da sessão eram bem recebidas por Caio. Se fosse um jogo, como o “Lince”, jogo que exigia atenção para encontrar as peças no tabuleiro, ele participava, encontrava as peças dele e já se afastava.

Quando o psicomotricista escrevia no quadro o nome dos colegas, ao término da sessão, ele lia sem que os profissionais pedissem. Sua participação nessas atividades era sempre esperada e, na maior parte das vezes, sem que fosse necessária a ajuda do adulto.

Era percebido no comportamento de Caio que sua trajetória psicomotriz estava na maior parte das vezes acompanhada por seus colegas. Os comportamentos que manifestava eram variados: alternados entre ajuda, ciúmes e, às vezes, agressividade.

Comportamentos observados

No início do ano de 2000, a interação de Caio com seus colegas manifestava-se sem a demonstração de um conteúdo agressivo. Ele interagia, de modo tranqüilo, utilizando os materiais e jogando com todos. No segundo semestre, entrou para sua aula e para o projeto uma nova colega autista de onze anos que, a princípio, monopolizou a atenção de Caio.

Além de demonstrar maior interesse para atuar na sessão com essa colega, começou a demonstrar reações agressivas com outros colegas da sessão. Aproximava-se deles para lhes empurrar, arremessava bolas e outros materiais com força.

Essas reações de agressividade também foram observadas na sua relação com as terapeutas que atuavam com ele na sessão. Não agredia diretamente, mas arremessava objetos como bolas, argolas, garrafinha de plástico contra o corpo dos profissionais. A professora de sala de aula nos relatou que, na mesma época, ele tentava puxar seus cabelos procurando agredi-la.

Os psicomotricistas ficavam o tempo integral da sessão atentos às reações de Caio. Quando ele tentava jogar algo ou empurrar Ian, os terapeutas pegavam-lhe pelas mãos e diziam olhando em seus olhos que não podia machucar o colega.

Este tipo de interferência era também necessária, por parte do psicomotricista, quando Caio se mostrava muito agitado e com maior descontrole de impulsos.

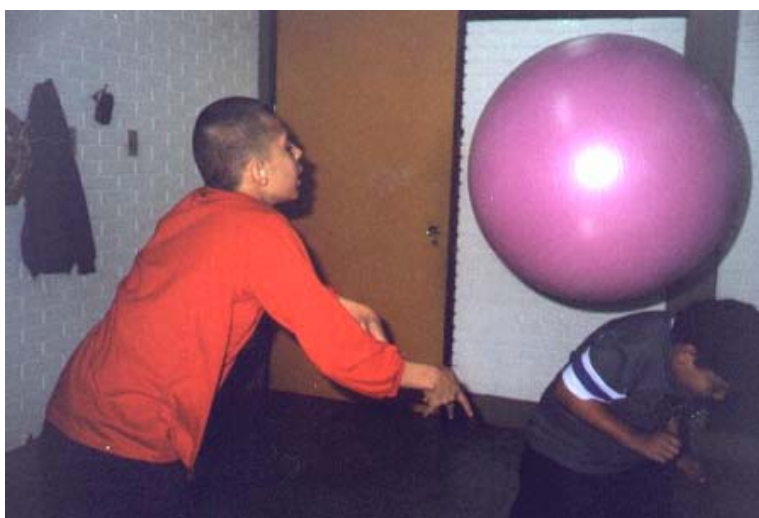


Foto 21 – Caio joga a bola no colega - Sala do Centro Olímpico da ESEF/UFRGS (2000)

Mudanças na medicação

As maiores dificuldades que Caio demonstrava ao longo do trabalho, relacionava-se a uma piora nos comportamentos que ele manifestava quando havia alteração na dosagem do medicamento que usava. Essas mudanças eram mostradas através dos movimentos desorientados, executando uma trajetória psicomotriz sem objetivos e acompanhada de gritos e risadas bizarras.

Estas alterações também eram manifestadas de outra maneira, através de comportamentos opostos ao da agitação: ele chegava sonolento na terapia, passava a maior parte do tempo prostrado e se envolvendo pouco nas pautas de provocação e no relacionamento com os colegas, voltando à sua normalidade quando a dosagem da medicação era encontrada.

Mudanças de espaço

Com frequência mudamos de espaço terapêutico ao longo do ano de 2000. O ginásio, que não era o mais adequado, a sala de rítmica, que nos oferecia um adequado ambiente de trabalho, a sala localizada no prédio das piscinas e até o pátio da ESEF. Cada vez que necessitávamos mudar de ambiente, deveríamos prevenir as crianças e nem sempre era possível. Entretanto, Caio não demonstrava ficar muito afetado com essas trocas. Percebíamos que ele tinha suas preferências, mas em geral sua adaptação às trocas eram tranquilas.

Pic-nic de fim-de-ano

No final do ano, a festa dos aniversários e do final do trabalho foram comemoradas no pátio da ESEF. A mãe de Theo trouxe alguns brinquedos diferentes para as crianças que foram montados no espaço aberto. A reação de Caio foi de adaptação, tanto aos brinquedos como à nova situação. O menino saltou na bolha sem demonstrar dificuldades com relação ao ruído provocado pelo motor que a enchia de ar.

A piscina de bolinhas coloridas também foi bem aproveitada por Caio que, como era de se esperar, brincou acompanhado de seus colegas. Na hora de sentar-se em volta da toalha que foi colocada na grama e cantar Parabéns a Você, esperou que fosse servido de refrigerante e só começou a comer quando todos começaram a lanchar.

Conforme Caio ia participando de novas sessões, outras manifestações de seu comportamento eram demonstradas nas relações que estabelecia com seus colegas e com os profissionais.

Relação com os adultos

As relações de Caio com os adultos eram muito variadas. Em determinadas sessões, podíamos verificar que o menino se aproximava dos psicomotricistas e interagia. Às vezes conversava, contava algum fato, ajudava a carregar os materiais e realizava as tarefas que lhe eram pedidas pelos profissionais. Na maior parte das vezes, ele era provocado a interagir com o terapeuta, aceitando o convite. Entretanto, podemos presenciar um fato diferente daqueles que aconteciam normalmente:

“O psicomotricista estava sozinho no meio da sala, e Caio se aproxima, convidando-o para brincar. Eles correm pela sala e se jogam no chão. O terapeuta puxa um lençol que estava por perto e convida o menino para sentar nele e ser puxado pela sala. Por algum tempo, o jogo é mantido, mas logo em seguida, ele encerra a brincadeira” (70ª sessão, 06/06/2000).

Relação com outros participantes

Com frequência, podíamos observar Caio interagindo no espaço terapêutico com seus colegas. Desde que entrava na sala, antes de ser iniciada a sessão, o menino já começava suas provocações e trajetórias. E, na maioria das vezes, estas atividades não eram realizadas sem a companhia de outra criança. Por mais que o menino apreciasse um jogo ou um material, se ele estivesse sozinho brincando, não ficava muito tempo, procurando logo se aproximar de seus colegas.

Em outras situações, Caio servia de corpo de ajuda para seus colegas. Incentivava-os a participarem, utilizando para tal a palavra como estímulo. Pudemos presenciar várias situações em essas ajudas aconteciam:

“A sessão é iniciada e a psicomotricista avisa as crianças que devem retirar os tênis e irem para a rodinha. Lucas não tira os calçados e se movimenta em direção aos colegas. Caio olha para os pés do menino e avisa aos facilitadores que o colega não os retirou, abaixando-se para ajudar” (94ª sessão, 20/11/2000).

Essas atitudes de ajuda espontânea eram freqüentemente observadas no comportamento de Caio. Presenciamos uma cena em que ele ajuda outro menino, percebendo de longe as dificuldades que este passava:

“A psicomotricista coloca uma máscara de zebra que o colega já conhecia. A facilitadora aproxima-se, provocando uma reação de medo no menino. Caio vendo a situação, corre em direção à cena, pega a mão do colega e leva até o rosto da personagem dizendo que era a psicomotricista” (94ª sessão, 20/11/2000).

E ainda continuou a cena, incentivando o colega a retirar a máscara para confirmar o que estava dizendo. Podíamos verificar sua ânsia em ajudar, demonstrando sua preocupação com o medo do colega.

As fantasias e as máscaras que eram levadas para a sessão, geralmente não chamavam a atenção de Caio. Ele brincava com as pessoas que as vestiam, mas ele próprio pouco se fantasiava.

As sessões de Psicomotricidade relacional foram encerradas no final do mês de novembro, mas ainda mantivemos contato com Caio, através das atividades finais que participamos em sua escola. Em março do ano de 2001, conversamos com sua mãe pelo telefone para avisarmos sobre o reinício do projeto, e ela nos relatou que o filho já havia perguntado sobre as atividades na “academia” e quando iríamos recomeçar. O menino retornou ao projeto de Psicomotricidade Relacional, continuando sua participação.

6.1.5 Jéssica

Jéssica nasceu em Porto Alegre, no dia 9 de outubro de 1987, com 3.340g, medindo 48,5 cm. Mora com o pai, a mãe, duas irmãs (20 e 19 anos) e um irmão, um ano mais velho. A família mora em uma Escola Estadual Agrícola onde o pai é professor. A mãe de Jéssica fazia o curso de magistério, mas resolveu dedicar-se aos cuidados da filha.

Teve todos o filhos por meio de parto cesariana, porque não entrava em trabalho de parto. Aproveitou o de Jéssica, para fazer a cirurgia de ligadura. Amamentação nunca ultrapassava os dois meses, pois não tinha leite.

Desde que nasceu, Jéssica foi um bebê “calmo” e “tranquilo”, ficando “quieta” no berço. Pouco engatinhou e, para caminhar, antes dos dois anos, agarrava-se nas cadeiras, até que aprendeu. O irmão de Jéssica, até dois anos e meio, não falava e tinha características de autista. A mãe da menina resolveu dar o máximo de atenção para o filho, até que o menino começou a falar, e seu processo de desenvolvimento normalizou, tendo logo em seguida que começar a investigação, para descobrirem que a filha era portadora de autismo.

Primeiros sinais observados pela família

Aos dois anos, Jéssica tinha, segundo sua mãe, desenvolvimento normal, com a aquisição da fala, assim como havia engatinhado e caminhado na época certa. Tudo parecia transcorrer bem, até que após uma briga por uma bicicleta com o irmão, marcou o último dia em que a menina falou. Nessa mesma época, ela começou a demonstrar outras características, como bater as mãos e levar as mãos aos ouvidos, sinalizando medo ao ouvir o barulho produzido pelo liquidificador e pelo aspirador. O atraso na fala foi o principal sinal para que a família desconfiasse de que algo estava errado em seu desenvolvimento.

Em busca de ajuda

O primeiro especialista a quem levaram a filha foi um neurologista, que identificou os sintomas e sinalizou que poderia ser autismo. A primeira reação da mãe de Jéssica foi a depressão, mas também logo reagiu. Procuraram atendimento na área psiquiátrica. Também buscaram avaliação com uma psicóloga, na ânsia de receberem alguma esperança quanto ao futuro da menina, mas a decepção foi grande, pois o resultado da avaliação confirmava o diagnóstico de autismo leve e a afirmativa de que ela seria sempre a “Jessiquinha”.

Com o parecer emitido pela psicóloga, os pais da menina resolveram investir na filha e buscar os atendimentos que estivessem ao seu alcance. O caminho iniciou por investigações na área de neuropediatria.

Realizou, em 1992, EEG em sono induzido, apresentando traçado de base normal e evidenciando elementos característicos do sono. No mesmo ano, a tomografia computadorizada cerebral estava dentro dos padrões da normalidade. Em 1993, outro exame neurológico apresentou características normais.

A mãe não conseguia entender nem aceitar que os exames da filha estivessem normais e, mesmo assim, possuísse uma filha autista. O neurologista que atende a menina desde os dois anos, indicou que a família procurasse uma escola especial.

A escola especial

Jéssica foi levada ao CAEDA (Centro de Atendimento ao Educando com Deficiência Auditiva) onde foi avaliada em outubro de 1994 e, a partir dos dados obtidos, constatou-se um quadro de autismo leve. Ficou neste núcleo de atendimento cerca de dois anos. Iniciou o acompanhamento nos cinco dias da semana, mas, pela falta de professores, reduziu para duas vezes, o que fez seus pais buscarem outra escola. Conseguiram uma vaga na Escola Cristo Redentor, na única classe para alunos portadores da síndrome de autismo que funcionava neste estabelecimento.

Na troca de escola, a mãe de Jéssica nos relata que a menina deixou de controlar os esfíncteres, sendo afastada com autorização da Supervisão da Educação Especial da Secretaria de Educação, para aprender, novamente, a utilizar o banheiro.

A menina iniciou período de triagem em agosto de 1996, ficando em casa no período de julho de 1997 a março de 1998. É pré-requisito para os alunos ficarem nesta escola estadual para portadores de necessidades educativas especiais, terem controle dos esfíncteres, o qual ela havia desaprendido. Foi necessário um afastamento provisório, sendo indicada uma escola - clínica para ensiná-la a fazer este controle. O custo para este trabalho era muito elevado, sendo inviável para família.

Quando os pais souberam o que custaria para colocá-la neste estabelecimento, a mãe de Jéssica resolveu investir neste treinamento com paciência, utilizando sempre a palavra e procurando cuidar o mesmo horário para realizar essa aprendizagem. Assim, conforme o relato satisfatório da mãe, em março de 1998 retornou à escola.

Comportamentos autísticos e os cuidados com Jéssica

Entre os comportamentos característicos do autismo, a alimentação foi uma grande preocupação da família. A mãe da menina relata que Jéssica teve muitas dificuldades para aceitar os alimentos. Foi somente no decorrer do ano de 2000 que ela começou a comer melhor, aceitando verduras e outros alimentos. Porém, havia um ritual de comer sempre na frigideira. Frutas, a menina não comia. Os hábitos de higiene ainda são realizados por sua mãe que lhe dá banho e escova seus dentes. Uma das irmãs ajudava a cuidar de Jéssica, mas quando começou a trabalhar, não foi mais possível. Atualmente, todo o cuidado da menina pertence à mãe: escovar dentes, dar banho e colocar limites.

Ao ficar impaciente, ela só escutava a mãe. Ficava agressiva, quando contrariada ou quando não entendia algo, batia com a cabeça na parede. Entretanto, Jéssica não tem mais manifestado estes comportamentos. Ela não fala, sinaliza o que quer, levando a mão da mãe e usando o gesto.

Quando tem visita em casa, Jéssica fica um pouco chorosa. Também não gosta de ver brigas e desavenças entre seus irmãos. Se isto acontece, ela muda o comportamento. Está apresentando alguma independência ao ajudar a fazer o próprio lanche: coloca o pão na torradeira, pega os ingredientes necessários, leva tudo para a sala e liga a televisão. O pai está para se aposentar. Pretende cultivar e vender

plantas. Jéssica o imita, capinando, plantando e regando as plantas. Ele é carinhoso com a filha, mas os cuidados são com a mãe.

A mãe diz que a menstruação de Jéssica é bem irregular desde a primeira vez. Ela não ficou alterada com o fato de menstruar, só que não percebe quando acontece, sendo necessário que lhe coloquem o absorvente.

O neurologista da menina preveniu a família que, ao menstruar, ela poderia mudar: progredir ou regredir. A família percebe que está se desenvolvendo melhor. Tem imitado mais as pessoas da casa, inventa brinquedos, lava o pátio e molha as plantas, sem que ninguém lhe peça.

A mãe de Jéssica relata que a filha demonstra satisfação quando está se arrumando para ir para à escola. Levanta cedo, pois o colégio é longe de sua casa. Mas isto não é empecilho para pegar o ônibus e ir com sua mãe todas as manhãs. Reage da mesma forma para ir a ESEF/UFRGS: sai sorrindo de casa, normalmente não choraminga. Durante o turno da tarde fica em casa, costuma fazer um soninho e faz suas atividades. Sair, segundo sua mãe, poderia representar alteração de uma rotina já internalizada pela menina.

Terapia corporal – aproximações iniciais

Jéssica iniciou no projeto de Psicomotricidade Relacional para crianças portadoras de autismo com a idade de onze anos. Na época em que iniciou a terapia, a única atividade da qual participava era a escola estadual que freqüentava. A metodologia, desenvolvida por sua professora, não segue a rigidez de nenhum método. As aulas são elaboradas com o auxílio de projetos, música, passeios, visitas e o programa TEACCH. Na sala de aula, possuem um espaço para brincarem, não havendo rigidez nas rotinas. As atividades corporais são desenvolvidas pela professora nas praças perto da escola. No final de 2000, iniciou acompanhamento com fonoaudióloga na própria escola em que estuda.

Jéssica iniciou no trabalho da psicomotricidade na 65^a sessão em 25/04/2000, sendo a primeira criança do sexo feminino no projeto. Apresentava características físicas de uma adolescente com estatura baixa, seios bem desenvolvidos, aparentando

um rosto e um sorriso pueris. No primeiro contato com a menina, observamos seus comportamentos característicos da síndrome autista.

Comportamentos autistas na sessão

Jéssica possui diagnóstico de autismo leve que não apresenta o desenvolvimento da fala. Chegou na primeira sessão, entrou na sala sem demonstrar dificuldades na separação com a mãe. Ao ver seus colegas de aula e a professora, a menina sorriu e mostrou-se ansiosa, batendo palmas.

Desde o primeiro encontro, observamos que jéssica apresentava muitos maneirismos, com o movimento repetitivo de bater os braços. Os movimentos de balanceio do corpo também foram observados nas primeiras sessões. Os movimentos estereotipados dos dedos eram acompanhados de seu olhar fixo para as mãos.

Os comportamentos de ausência ou desvio do olhar também foram observados nas sessões, assim como reações atípicas a sons mais fortes ou diferenciados. Na maior parte das atuações de Jéssica, foi possível presenciar a repetição destas características.

Aprendendo com Jéssica

Ao se aproximarem de Jéssica, os terapeutas tinham de ter muita paciência e cuidados. Qualquer barulho diferente era motivo para que ela colocasse as mãos nos ouvidos e se afastasse do grupo.

“No final da sua primeira sessão em que participa do projeto, Jéssica fica no canto da sala, perto de Caio. O menino está subindo e saltando do espaldar, fazendo ruídos ao bater com os pés no chão. Este barulho é suficiente para que ela leve as mãos aos ouvidos e se afaste da cena” (65ª sessão, 24/06/2000).

A princípio, os psicomotricistas deixavam-na acalmar-se e, logo em seguida, procuravam envolvê-la em novas atividades que, na maioria das vezes, eram trajetórias realizadas pela sala de braços dados com os profissionais.



Foto 22 – A facilitadora e Jéssica em atividade de aproximação– Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)

Lentamente, novos desafios foram lançados pelos profissionais, e a reação de Jéssica era manifestada pela aceitação e participação. Mesmo apresentando limitações corporais de movimento e coordenação, ela aceitava o convite e a ajuda oferecida.

Provocações necessárias

Os jogos de imitação, que serviam de provocações para outras crianças do projeto, para Jéssica não resolviam, porque ela não imitava o comportamento dos profissionais nem dos colegas. O que parecia dar certo, na relação com a menina, eram os convites oferecidos, a mão que era estendida em sua direção, todo o desejo do terapeuta de entrar no espaço de ajuda.

Além dos adultos, contávamos com Caio nesta tarefa. Algumas vezes houve a necessidade de intervenção do psicomotricista nos jogos de sexualidade (abraços e beijos forçados de Caio na colega) em que ele envolvia a menina. Na maior parte das vezes, o menino servia de corpo de ajuda e de provocação, nos momentos em que ela estava parada. Em algumas situações, raras para Caio, presenciamos o menino sentar-se ao lado dela, para lhe fazer companhia.

No desenvolvimento de uma sessão, pudemos presenciar Caio pegando Jéssica pela mão e realizando uma trajetória pela sala. A menina participou da atividade, sem impor resistência e sem manifestar movimentos estereotipados. O passeio culminou com uma parada na frente do espelho e, ao olhar a colega, ele disse: “Olha a Jéssica no espelho”. Ela ficou olhando sua imagem no espelho e esboçou um sorriso para Caio (71ª sessão, 12/06/2000).

Inventário de materiais

Por mais que fossem deixados materiais diferentes, perto de Jéssica, ela necessitava da interferência de alguém para pegar, tocar, cheirar ou realizar outro tipo de reconhecimento. Entretanto, quando isto acontecia, ela se aproximava do objeto e fazia algum contato com ele. Pudemos observar, no final de uma sessão, as crianças se aproximarem da caixa dos brinquedos:

“Caio pega um carrinho e brinca com ele. Convida Jéssica para sentar e diz para ela pegar uma moto. Por um curto tempo, Jéssica brinca com a motocicleta” (66ª sessão, 08/05/2000).

Envolvimento gradativo

Conforme Jéssica sistematizava sua participação na terapia, lentamente podíamos observar o envolvimento da menina. Mesmo que ela não buscasse um jogo ou uma ajuda, começava a ficar por perto das pessoas e das situações diferentes que aconteciam na sessão. Exemplificamos este relato com uma atividade que estava sendo realizada pela psicopedagoga que faz parte do projeto:

“A terapeuta convida as crianças para espalharem arcos coloridos pelo chão. Em seguida, dá um modelo de jogo e começa a caminhar no centro dos arcos. Alguns participantes conseguem imitá-la, enquanto outros necessitam sua ajuda para realizarem a tarefa. Nesse instante, Jéssica fica olhando seus colegas e, é incentivada a caminhar, sozinha, por entre os arcos. Mesmo demonstrando algumas dificuldades, ela realiza a trajetória” (Sessão Nº 73 em 26/06/2000).



Foto 23 – Jéssica entra no jogo dos arcos imitando colegas e facilitadora – Sala de Rítmica da ESEF/UFRGS

Nesta mesma data, outro jogo foi realizado e, desta vez, com a insistência da própria Jéssica:

“Foram encontradas na saleta em que eram guardados os materiais, alguns pares de latas amarradas com um cordão. Os profissionais que atuam na sessão sobem nas latas e, agarrados nos cordões, começam a caminhar pela sala. Logo as crianças passam a imitar o que vêem, e Jéssica é convidada a realizar tal tarefa; apóia-se em duas psicomotricista e começa a deslocar-se pela sala. Logo depois, Jéssica repete várias vezes o jogo”.

Comunicando-se com Jéssica

Jéssica, embora não usasse a fala para se comunicar, demonstrava, através do olhar e do uso das mãos, quando queria ficar por perto do terapeuta. Mesmo que não emitisse nenhuma palavra, quando os terapeutas interagiam com a menina, diziam o nome dos materiais, dos colegas, seus próprios nomes, ao mesmo tempo em que realizavam contato olho a olho, recebendo como retorno o olhar da menina.

As reações ao procedimento de utilizar-se de poucas palavras e provocar o contato olho a olho com as crianças, faziam parte das pautas das sessões. Aos poucos, podíamos observar a construção de vínculos e relações de ajuda que se tornavam crescentes no trabalho. Jéssica, algumas vezes, emitia alguns sons, quando

estava ansiosa, por exemplo, podendo sinalizar aos terapeutas que algo diferente estava acontecendo com ela.

Espaço de ajuda

As relações de ajuda que se estabeleciam na sessão para incentivar, desafiar e provocar Jéssica eram bem aceitas pela menina. Na maior parte das sessões, percebíamos a intervenção do terapeuta e de seu colega Caio, no sentido de dar assistência à menina. Podíamos observar um aumento no seu vocabulário psicomotriz e nas aproximações com os psicomotricistas e com as outras crianças.

Com a freqüente ajuda que recebia nas atividades, como saltar de um banco, subir alguns degraus do espaldar, arremessar bolas e arcos, favorecia a aproximação, o uso da palavra do adulto, a construção dos vínculos e a possibilidade de vivenciar situações já conhecidas e outras novas.

Em jogos que Jéssica já havia realizado e que ainda necessitava de ajuda, citaremos o seguinte exemplo:

“Um banco é colocado no meio da sala para que as crianças possam atravessá-lo e saltar dele para o chão. Jéssica é convidada a participar, segurando na mão do psicomotricista que percebe e nos avisa que o corpo da menina tremia, enquanto ela realiza o percurso sobre o banco. Caio aproxima-se da cena e segura o outro braço da colega, para dar a sua ajuda” (66ª sessão, 08/05/2000).

Na mesma sessão, a utilização das máscaras oportunizou uma experiência diferente para Jéssica:

“Enquanto Rohe realiza um jogo de colocar e tirar máscaras com o terapeuta, Jéssica e Caio se aproximam, como fizeram as demais crianças do grupo, para acompanhar o desenrolar da cena. Jéssica fica por perto e demonstra interesse pelo que vê.”

Se a participação da menina não acontecia de maneira atuante, do seu jeito, ela se envolvia no jogo, fazia seu registro, ficava em volta, olhando ou sorrindo. Em nosso entender, para Jéssica já poderia ser considerado uma participação.

As situações em que Jéssica era envolvida continuavam a acontecer. O jogo inesperado das tintas, provocado por Caio e aceito pelas crianças do grupo, também chegou na menina que aceitou ser pintada, olhou-se no espelho e foi assim para casa.



Foto 24 – Espaço de descobertas: Jéssica deixa que pintem seu rosto com tinta vermelha – Sala de Rítmica 1 da ESEF/UFRGS (2000)

Demonstrando Novas Necessidades

A experiência que tivemos em mudar a sala na qual era desenvolvida a terapia corporal, criou algumas situações positivas para Jéssica. No espaço do ginásio, o interesse por saltar na cama elástica chegou até a menina que se aproximava quando os colegas saltavam juntamente com os profissionais, conforme o exemplo que segue:

*“Jéssica chega perto da cama elástica, devagar, e olha para a terapeuta que lhe convida a subir, enquanto estica a mão:
- Queres subir? Vem, que eu te ajudo. Ela responde, acenando positivamente com a cabeça. No início, ela só caminha pela cama, mas logo em seguida, dando as duas mãos para a psicomotricista, consegue dar pequenos saltos”.*(Sessão nº 86 , 02/10/2000).



Foto 25 – Jéssica sobe e caminha na cama elástica com a facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS

Este tipo de ajuda estava favorecendo a aproximação maior entre os profissionais que atuavam junto ao grupo, sendo que Jéssica atuava com todos, sem demonstrar resistência ou preferência na hora de receber ajuda. Podíamos observar algumas cenas de demonstração de carinho com os profissionais.



Foto 26 – Jéssica em atividade de carinho e aconchego com a facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS

Demonstrando novas necessidades

No final do ano 2000, houve uma sessão diferente no pátio da ESEF/UFRGS, que tinha como objetivo comemorar os aniversários e encerrar as atividades desse ano. Havia várias situações novas para a menina: os brinquedos novos apresentando ruídos diferentes de motor, o espaço novo e aberto onde foi desenvolvida a sessão, a tarde estava muito quente e a mãe da menina avisou que ela estava estranhando, por isso não era tarde de ir até a ESEF.

Apesar de tantas novidades, pudemos observar que Jéssica não se negava em realizar uma trajetória que percebíamos como de reconhecimento: caminhava pelo pátio da faculdade, passava pelos brinquedos e realizava muitos movimentos repetitivos de mãos e de cabeça. Por mais que fosse convidada para participar de uma brincadeira, a resposta era de recusa e demonstração de ansiedade.

Normalmente a duração da sessão era de uma hora; entretanto, como se tratava de festa e envolvia brinquedos novos em espaço diferente, decidimos aumentar o tempo de trabalho. O tempo maior também serviria para dar oportunidade às crianças se adaptarem às novidades. A maioria dos participantes do grupo não demonstrava nenhum tipo de dificuldade para interagir com as situações novas.

Jéssica, aos poucos, foi se aproximando dos colegas, dos adultos e dos brinquedos. Tentou várias vezes entrar na bolha de ar, mas o ruído do motor fazia com que ela levasse as duas mãos aos ouvidos e se afastasse do brinquedo.



Foto 27 – Jéssica aproxima-se do balão e coloca as duas mãos nos ouvidos – Pátio da ESEF/UFRGS

A piscina de bolinhas coloridas também foi rejeitada pela menina que foi convidada e incentivada pelo psicomotricista para entrar. A palavra de ajuda e o braço estendido com o propósito de levá-la para dentro da piscina não foram suficientes para convencê-la. Foram retiradas algumas bolinhas coloridas para que realizasse um conhecimento maior, mas também não deu resultado.

Já no final da tarde, quando as crianças estavam se organizando para sentar na grama em volta dos docinhos e salgados, Jéssica resolveu aceitar água da terapeuta e participar da festinha. Com o auxílio de sua mãe, ajudou a organizar o espaço, levar copinhos e pratinhos para o lixo e se organizar para ir embora.

Terminamos nosso trabalho no ano 2000 e pudemos perceber que havia uma crescente participação nas sessões por parte de Jéssica, que se aproximava dos psicomotricistas, aceitando os convites de interação e de participação das atividades, tanto individualmente, como com as outras crianças. No ano 2001, quando retomamos as atividades do projeto, Jéssica retornou com o depoimento de sua mãe, de que ela começou a sorrir e bater com os braços ao chegar na frente da ESEF/UFRGS.

6.2 SIGNIFICANTES E SIGNIFICADOS DAS ATUAÇÕES DOS PARTICIPANTES

As crianças portadoras da síndrome de autismo que fizeram parte do experimento foram submetidas a uma sessão semanal de psicomotricidade relacional com enfoque terapêutico, sendo variável o número de sessões em que cada uma participou, considerando a data de ingresso no programa conforme descreveu-se anteriormente.

Nesse segmento do estudo, retornamos à história de cada criança e à sua participação nas sessões, destacando as categorias de análise considerando a natureza do estudo e o corte de pesquisa adotado. As categorias de análise definidas na investigação servirão para que se façam reflexões sobre cada caso estudado e irão permitir algumas inferências sobre o comportamento observado dos participantes. Os quesitos destacados estão explicitados na tabela que segue:

Quadro 18 - Categorias de Análise dos Casos Estudados

- a) Grau de severidade da síndrome e outros comprometimentos
- b) Tempo de participação na terapia e frequência
- c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico
- d) Linguagem e comunicação
- e) Interação com os materiais
- f) Vínculos estabelecidos
- g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico
- h) Reações ao desafio e ao novo
- i) Outros atendimentos
- j) Resumo do caso

6.2.1 Rohe**a) Grau de severidade da Síndrome e outros comprometimentos**

Conforme análise documental, Rohe apresenta diagnóstico de autismo com acometimento de leve a moderado, com comprometimentos maiores nas áreas do comportamento social e intelectual.

b) Tempo de participação na terapia e frequência

Rohe foi observado durante três anos, em dois espaços onde ocorriam sessões de Prática Psicomotriz Relacional com enfoque terapêutico, na ESEF/UFRGS e no La Salle/Canoas. Sua frequência na pesquisa foi quase total. Das 95 sessões realizadas nos anos de 1998, 1999 e 2000, na ESEF/UFRGS, o menino faltou a quatro encontros. Durante os dois anos em que participou das sessões do La Salle, faltou a apenas três encontros dos 24 ocorridos. Portanto, o tempo em que observamos esse caso podemos configurá-lo como um estudo longitudinal, considerando o aspecto temporalidade.

c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico

Rohe apresentou distúrbios da comunicação (fala ecológica), apego a objetos autísticos, manifestações psicomotrices atípicas, como movimentos das mãos sem controle voluntário (esteriotipias) e a marcha nas pontas dos pés, embora com pouca frequência. Quanto a esta manifestação, foi possível percebermos que Rohe diminuiu consideravelmente essa forma de andar que era característica de seu comportamento no início do programa. Outra manifestação psicomotriz diz respeito ao andar desorganizado, isto é, sem direção e propósito definido.

d) Linguagem e comunicação

Rohe iniciou na terapia psicomotriz, dizendo poucas palavras e demonstrando distúrbios articulatórios ao pronunciá-las. Embora tivesse a fala pouco desenvolvida, não apresentou dificuldades de comunicação. Também foi possível observarmos que, com o decorrer das sessões, ampliou seu vocabulário lingüístico, utilizando palavras que lhe eram ditas no decorrer da sessão.

e) Interação com os materiais

Demonstrou algumas relações autísticas com os materiais disponíveis nas sessões. Aceitou os materiais utilizados nas atividades, a princípio como mediadores de aproximação entre ele o psicomotricista e entre ele e outros participantes. No decorrer da terapia, foi possível observarmos o crescente interesse despertado em explorá-los e utilizá-los para realizar seus jogos. No primeiro ano em que participava da prática terapêutica, pouco evidenciava presença de pensamento simbólico quando interagia com os materiais.

f) Vínculos estabelecidos

Foi possível verificarmos, ao longo do processo investigatório, que Rohe aceitou uma gradativa aproximação dos psicomotricistas. Nas relações estabelecidas

entre ele e os adultos, presenciamos crescentes manifestações de carinho do menino. Aceitou ajuda de todos os profissionais que atuaram no trabalho, da mesma maneira que pediu ajuda a todos quando era necessário. Demonstrou preferências em determinados momentos do processo terapêutico, manifestando irritação e contrariedade quando tinha que disputar a atenção daqueles com os quais fizera vínculos fortes. Quanto aos demais participantes da pesquisa, aproximou-se de todos e, quando foi provocado a interagir com eles, aceitou, participando das atividades.

g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico

Pudemos observar que Rohe transitou pelo espaço psicomotriz terapêutico, passando por várias atividades e jogos que foram oferecidos pelos psicomotricistas e por outras crianças. Também criou situações novas, tanto com os materiais como com seu próprio corpo. Mostrou interesse nas brincadeiras e com materiais (máscaras, brinquedos figurativos, fantasias). Progressivamente, passou demonstrar evidências de comportamentos simbólicos através dos jogos que realizava. Através das interações que foi estabelecendo no espaço terapêutico, foi possível observarmos que Rohe manifestava sensações de prazer e desprazer.

h) Reações ao desafio e ao novo

Rohe foi receptivo aos desafios para realizar novas atividades e vivenciar situações diferentes. Quando demonstrava ter conseguido uma nova habilidade, logo procurava realizar outra de seu interesse ou para atender novos desafios do psicomotricista. Por exemplo: depois de uma sucessão de tentativas para subir e descer do espaldar, percebemos que, quando já era capaz de realizar essa tarefa, passava de pronto a buscar outras que ainda não havia conseguido realizá-las sem ajuda do psicomotricista. Entretanto, os novos desafios não o faziam abandonar as velhas conquistas. Pedia ajuda aos facilitadores para atingir seus propósitos.

i) Outros atendimentos

Rohe, antes e no decorrer da terapia psicomotriz, era atendido numa escola terapêutica que utilizava uma metodologia baseada no programa TEACCH, método que explicamos anteriormente. Tinha atendimento de uma fonoaudióloga e recebia atendimento clínico de uma psicopedagoga. O acompanhamento feito e as entrevistas que tivemos com os demais profissionais que atendiam Rohe, permitiram-nos perceber que, em nenhum desses espaços era-lhe oportunizado qualquer tipo de trabalho que lhe permitisse exteriorização corporal.

j) Resumo do caso

A análise do comportamento e da participação de Rohe, durante o tempo em que nos foi possível observá-lo, verificamos crescente avanço, fosse através do seu envolvimento progressivo nas atividades propostas, fosse na sua disposição para atuar quando provocado. Mesmo tendo manifestado momentos de crises¹⁴, tais alterações do seu comportamento não foram suficientes para desencadear regressões significativas que alterassem sua participação nas sessões de terapia corporal.

Demonstrou um avanço progressivo de seu vocabulário psicomotriz, lingüístico e gestual. Seu corpo sempre esteve disponível para ser tocado, socado, massageado, arrastado (momentos em que demonstrava satisfação e afeição ao toque do outro). A evolução desse vocabulário foi percebido pelos pais e avós, uma vez que começou a reproduzir em casa as brincadeiras e os simbolismos que evidenciava na prática a qual estava submetido. Por exemplo: em casa passou a fantasiar-se de Papei Noel, a representar o médico, a brincar de fazer comida como se estivesse cozinhando. Enfim, tais comportamentos não eram evidenciados na escola em que freqüentava, porque esses momentos não lhe eram oportunizados (nem em casa, segundo depoimentos de seus familiares).

¹⁴ A crise que tivera, foi, fundamentalmente, decorrente das trocas de medicações, conforme depoimentos da neurologista que trata do caso.

6.2.2 Lucas

a) Grau de severidade da síndrome e outros comprometimentos

Conforme análise documental, Lucas apresenta a síndrome do autismo, com acometimento de leve a moderado. Exames neurológicos mostraram atividades epiléticas que, associadas a outras manifestações, justificaram a prescrição de drogas de ações anticonvulsivantes. Atualmente faz uso de um remédio considerado como organizador do comportamento. Não apresenta condições clínicas associadas ao autismo.

b) Tempo de participação na terapia e frequência

Lucas foi observado durante três anos, no espaço terapêutico corporal da ESEF/UFRGS. Iniciou na pesquisa na 20ª sessão, tendo que faltar às sessões 28ª, 29ª e 30ª, em razão de um acidente que lhe causou uma fratura em duas vértebras. Sua participação no projeto foi marcada por outras interrupções, provocadas pela impossibilidade de sua mãe em levá-lo.

c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico

Lucas apresentou a fala ecológica na maior parte das sessões. Demonstrou comportamentos auto-agressivos em algumas sessões, sem que tivesse algum fator externo que desencadeasse a crise. Ao manifestar tais comportamentos, o psicomotricista não teve dificuldades para controlá-los. Nestes momentos, era convidado a realizar alguma atividade de sua preferência e a interagir com materiais diversos. Quando possível, os comportamentos típicos da síndrome foram canalizados para uma atividade que fazia parte do contexto terapêutico. As caminhadas desorganizadas que realizava pela sala, foram modificadas e reorientadas para atividades que tivessem alguma finalidade. Foram observadas muitas risadas bizarras em sua participação nas sessões.

d) Linguagem e comunicação

Lucas utilizou pouco a fala com o propósito de comunicação. Mostrou dificuldades articulatórias e presença de fala ecológica tanto de repetição imediata como de repetição tardia. Observamos que, em algumas situações, demorava a realizar atividades e tarefas que lhe foram pedidas pelo psicomotricista, havendo necessidade do facilitador repetir ou demonstrar o que era solicitado.

e) Interação com os materiais

Lucas não mostrou iniciativa para interagir com os materiais, mas eles foram muito importantes para mantê-lo em uma atividade. Não arremessava bolas e arcos, procurando entregá-los nas mãos dos psicomotricistas. Manifestou poucas preferências por algum material, mas, ao ser provocado com esses recursos, respondia interagindo com eles. A atividade de se balançar em uma corda amarrada ao teto do ginásio foi procurada várias vezes pelo menino que conseguiu se balançar nela, com a ajuda do psicomotricista.

f) Vínculos estabelecidos

A construção dos vínculos foi se estabelecendo de maneira gradativa com os psicomotricistas. Aceitou ajuda de todos que participaram das sessões. Demonstrou preferência por dois psicomotricistas, chamando-os pelos nomes, quando eles estavam ausentes. Interagiu com outras crianças do projeto, participando das atividades coletivas orientadas pelos psicomotricistas. Aproximava-se com facilidade das brincadeiras em que estava seu colega Rohe, menino com quem já se relacionava antes de iniciar na terapia corporal. Manifestou sentimentos de contrariedade e desagrado em poucas sessões.

g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico

Pudemos observar que Lucas necessitou do estímulo do psicomotricista para transitar pelo espaço psicomotriz terapêutico. Se lhe fosse permitido, passava a maior parte da sessão deitado nos colchões. Apresentou momentos de maior envolvimento nas atividades, chegando, algumas vezes, a criar situações diferentes com os materiais. As atividades de imitação foram realizadas com a insistência e provocação do psicomotricista. A brincadeira de esconder provocou, desde as primeiras sessões, reações de ansiedade em Lucas. Os brinquedos figurativos que buscou nas sessões, segurou-os nas mãos, não demonstrando nenhuma pretensão de usá-los. Pouco se interessou pelas fantasias e pelas máscaras.

h) Reações aos desafios e ao novo

Lucas necessitou ser muito incentivado para aceitar novos desafios, não permanecendo, por muito tempo, envolvido neles. O desafio buscado por Lucas, de balançar-se na corda amarrada no ginásio, foi uma conquista muito festejada por todos. Foi uma atividade que tentou várias vezes com a ajuda dos psicomotricistas.

i) Outros atendimentos

Lucas não participava de nenhuma outra atividade a não ser a escola terapêutica. A metodologia desenvolvida priorizava rotinas fundamentadas no programa TEACCH. Embora oferecesse outras atividades em sua rotina, como musicoterapia e teatro, Lucas não participava sistematicamente delas. As atividades desenvolvidas nas praças perto da escola não eram bem aceitas pelo menino.

j) Resumo do caso

Ao analisarmos os comportamentos de Lucas durante o tempo em que o observamos nas sessões, verificamos que sua participação oscilou constantemente. Apresentou momentos de crescente envolvimento com os psicomotricistas e com

outras crianças do projeto. Realizou aproximações corporais com os psicomotricistas, sem a necessidade dos materiais de intermediação. Necessitou a presença constante do adulto, com as provocações para entrar em uma atividade. Em algumas épocas, manifestou sentimentos de ciúmes ao disputar a atenção de uma facilitadora, demonstrando irritabilidade acompanhada de reações auto-agressivas. Conforme o depoimento de sua mãe, quando não podia ir às sessões de Psicomotricidade Relacional, falava várias vezes, dizendo o nome dos psicomotricistas que o atendiam.

6.2.3 Theo

a) Grau de severidade da síndrome e outros comprometimentos

Conforme análise documental, Theo apresenta diagnóstico de autismo com acometimento de leve a moderado, não apresentando nenhuma alteração neurológica significativa. As dificuldades comportamentais de Theo, assim como a hiperatividade, determinaram a prescrição médica de medicamentos com constantes trocas até que fossem acertadas a medicação e a sua dosagem.

b) Tempo de participação na terapia e frequência

Theo foi observado no espaço terapêutico corporal, na ESEF/UFRGS, nos anos de 1999 e 2000. Iniciou na pesquisa na 43ª sessão, sendo uma criança assídua às sessões de Psicomotricidade.

c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico

Observamos em Theo várias características da síndrome que permaneceram durante muito tempo nas sessões de psicomotricidade. Quando possível, esses comportamentos típicos da síndrome foram direcionados para outras atividades criadas pelo psicomotricista. A presença do objeto autístico e do comportamento de perseverar foram evidenciados em Theo na maior parte das sessões.

d) Linguagem e comunicação

Theo não fez uso da fala, mas se fazia compreender através de sons que emitia e de gestos que realizava com os braços, demonstrando ao psicomotricista o que queria realizar ou levando-o aos objetos desejados. Em alguns momentos, articulou sílabas e, até, algumas palavras, dizendo o que desejava.

e) Interação com os materiais

Nos primeiros meses da terapia corporal, Theo interagiu com determinados materiais através de comportamentos rígidos e repetitivos. Estas reações foram desafiadoras para os psicomotricistas que procuraram, nestes atos persistentes, alguma possibilidade para o menino dar outro sentido ao uso desses materiais.

f) Vínculos estabelecidos

Nas relações que construiu com os psicomotricistas, foi possível verificar, a princípio, que Theo aproximou-se do facilitador que estava mais perto para ajudá-lo nas atividades repetitivas que realizava. No final do ano 2000, mostrou algumas preferências, ao buscar o mesmo facilitador para ajudá-lo. Nessa mesma época, observamos a aproximação espontânea de Theo a uma menina da pesquisa, tanto na cama elástica como na piscina de esponjas.

g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico

Pudemos observar que Theo demonstrou comportamentos hiperativos na maior parte das sessões de 1999. Levou muito tempo com comportamentos de perseverar que determinaram atividades repetitivas com os mesmos materiais. Mostrou caminhadas desorganizadas sem direção e propósito definido. Pouco reagiu às tentativas dos facilitadores para envolvê-lo em outras brincadeiras. Demonstrou satisfação nas atividades de ser puxado dentro de um saco de tecido pelo chão. As atividades de imitação não foram muito realizadas por Theo.

h) Reações ao desafio e ao novo

Os desafios lançados ao menino foram realizados a partir das manifestações características da síndrome que se repetiam na sessão. O trabalho exigia, por parte do psicomotricista, um grande esforço nessas tarefas. A resistência em aceitar os desafios para utilizar os materiais estava ligada às manifestações características da síndrome. A resistência na troca de sala já mostrava uma preferência do menino por esse espaço.

i) Outros atendimentos

Theo frequentou várias escolas de educação infantil no ensino regular. No ano de 2000, aprendeu a comer e a utilizar banheiro através da método TEACCH que foi aplicado em um trabalho de parceria entre uma escola especial e a escola regular em que estudava. A prioridade desse atendimento se relacionava com o desenvolvimento de atividades na área cognitiva. Theo não tinha outros atendimentos além da escola, mas havia sido muito estimulado em casa com brinquedos que lhe proporcionaram um bom desenvolvimento das habilidades corporais como subir agarrado em cordas, saltar na cama elástica, correr e pular sobre colchões e trampolim.

j) Resumo do caso

Ao analisarmos o comportamento de Theo durante o tempo em que foi observado, verificamos que as características da síndrome interferiram em seu desenvolvimento. Nesta época, estiveram presentes muitos rituais e comportamentos característicos da síndrome que poderiam estar associados às trocas de salas, prejudicando seu desenvolvimento na sessão. Estas trocas foram realizadas na mesma época em que estava passando por outras mudanças: trocas de medicações, de horários e de metodologia de ensino na sua escola. Embora não tenhamos observado maiores envolvimento do menino nas brincadeiras, pudemos percebê-lo realizando algumas relações com os psicomotricistas e demonstrando habilidades corporais para

saltar, agarrar-se em cordas e barras de ferro. Essas atividades serviram de aproximação entre ele e o psicomotricista.

6.2.4 Caio

a) Grau de severidade da síndrome e outros comprometimentos

Conforme análise documental, Caio apresenta diagnóstico de autismo com acometimento de leve a moderado. Os exames neurológicos que realizou, não apresentaram nenhuma alteração significativa. Faz uso de medicação estabilizadora do humor e da depressão nos transtornos de personalidade grave, como impulsividade e agitação, observáveis no comportamento do menino.

b) Tempo de participação na terapia e frequência

Caio foi observado no espaço terapêutico corporal, na ESEF/UFRGS, nos anos de 1999 e 2000. Iniciou na pesquisa na 55ª sessão, sendo uma criança assídua às sessões de Psicomotricidade.

c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico

Caio apresentou corridas desorientadas pela sala, principalmente nas sessões de que participou no ginásio. Para atenuar essas corridas, foi necessário limitarmos o espaço com a utilização de biombos. Perseverar foi um comportamento observado em algumas sessões que ocorreram no ginásio. Utilizou o objeto autístico raras vezes, sendo que seu uso pouco interferiu em sua atuação nas atividades realizadas no espaço terapêutico.

d) Linguagem e comunicação

Caio é um menino autista verbal, muito falante, que, embora apresentasse algumas inversões pronominais, tinha uma grande facilidade de se comunicar com os psicomotricistas e com os outros participantes da pesquisa. Demonstrou uma crescente participação nas sessões, interagindo com os colegas, sendo também um corpo e palavra de ajuda para seus colegas.

e) Interação com os materiais

Caio iniciou na terapia corporal no ginásio e, neste local, apresentou alguns comportamentos de perseverar com determinados materiais. Foi possível verificarmos que substituiu esse tipo de interação, demonstrando que utilizava os materiais nas interações com os demais participantes da pesquisa. Em raros momentos, foram presenciados comportamentos de cheirar ou levar à boca alguns materiais. A bola de “*bubet*” foi sugada e se configurou em um objeto simbólico que ele denominou de “mamada”. As brincadeiras com cordas foram oferecidas e provocaram muita ansiedade em Caio.

f) Vínculos estabelecidos

Nas relações que construiu com os psicomotricistas, foi possível verificarmos, a princípio, que ele se aproximava dos facilitadores que estavam por perto, para ajudá-lo em algo ou simplesmente para conversar. Apresentou grande facilidade de interagir com os colegas em todas as sessões. Ajudava as crianças da sessão sem que fosse necessário alguém lhe pedir ajuda. Desde que iniciou sua participação na pesquisa, demonstrou ter preferências, elegendo de tempos em tempos um colega em especial para brincar. Isto não interferia na relação de Caio com outras crianças.

g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico

Pudemos observar que Caio demonstrou comportamentos de hiperatividade na maior parte das sessões de 1999. As brincadeiras de imitação ocorreram, mas ele preferia criar muitas atividades. Mostrou evidências de comportamentos simbólicos através da maneira como utilizava os brinquedos figurativos. As manifestações dos impulsos sexuais estiveram presentes em seus comportamentos desde a primeira sessão, deixando-o muito agitado.

h) Reações ao desafio e ao novo

Os desafios oportunizados nas sessões foram bem aceitos pelo menino que ainda buscava a participação de outros participantes para executá-los. A reação que demonstrava perante as inovações era, na maior parte das vezes, de aceitação. Muitas vezes, observamos que a novidade era oportunizada por ele mesmo e levada para os demais, como na atividade da tinta vermelha.

i) Outros atendimentos

Caio freqüentava uma escola especial do estado, onde o trabalho não seguia nenhuma rigidez metodológica. A psicopedagoga utilizava o programa TEACCH, associado ao desenvolvimento de projetos com assuntos variados do interesse da turma. Na sala de aula, havia um espaço contendo brinquedos e fantasias, onde as crianças eram estimuladas a brincarem e interagirem. A professora de Caio levava as crianças nas praças que se localizavam perto da escola para que pudessem brincar.

j) Resumo do caso

Caio demonstrou ser um menino criativo que apresentava boa interação com os colegas e com os psicometricistas. Além de apresentar facilidade em se relacionar com as outras crianças do projeto, ajudava-as de maneira espontânea. Também realizava provocações com seus colegas para que entrassem em várias atividades e

brincadeiras. Manifestou brincadeiras simbólicas e muita ansiedade quando apresentava comportamentos de masturbação nas sessões.

6.2.5 Jéssica

a) Grau de severidade da síndrome e outros comprometimentos

Conforme análise documental, Jéssica apresenta autismo com grau de severidade leve a moderado. Os testes cognitivos, realizados na menina, evidenciaram defasagem intelectual. A avaliação neurológica não demonstrou maiores comprometimentos nesta área e não necessita tomar nenhuma medicação.

b) Tempo de participação na terapia e frequência

Jéssica foi observada no espaço terapêutico corporal, na ESEF/UFRGS, no ano de 2000. Iniciou sua participação na pesquisa na 65ª sessão, sendo uma criança assídua às sessões de psicomotricidade, faltando nos dias em que estava muito agitada.

c) Manifestações das características da síndrome no espaço terapêutico

Pudemos verificar algumas características da síndrome em Jéssica, ao participar das sessões. Estas características interferiam nas atividades em que ela se aproximava para realizar. Por exemplo, a reação que apresentava a determinados estímulos sensoriais a impediam de interagir e de participar junto com os colegas, favorecendo seu isolamento. Às vezes, realizava corridas solitárias e desorientadas pela sala. A tendência ao isolamento e à manifestação de movimentos motores estereotipados estiveram presentes, mas não permaneciam por muito tempo. Se os psicomotricistas viessem lhe provocar para realizar alguma atividade, a manifestação da menina era sempre de aceitar o convite.

d) Linguagem e comunicação

Jéssica não apresentava o desenvolvimento da linguagem falada, mas quando queria algo, aproximava-se da psicomotricista, pegando-a pelo braço e sinalizando o que queria. Aproximava-se dos psicomotricistas e também aceitava e demonstrava entender os gestos utilizados juntamente com as palavras, constituindo-se uma maneira de comunicação.

e) Interação com os materiais

Jéssica não se aproximava sozinha dos materiais na sessão, necessitando da interferência do psicomotricista, para que realizasse algumas interações com os objetos. Foram poucos os materiais que lhe chamaram a atenção e que lhe provocaram interesse. Os materiais figurativos da caixa de brinquedos foram procurados, mas com o incentivo do adulto e de seu colega Caio. Andar sobre latas, amarradas com cordões, foi incentivada e chamou a atenção de Jéssica, como um dos raros materiais procurados por ela.

f) Vínculos estabelecidos

Jéssica foi se aproximando lentamente dos psicomotricistas e das outras crianças, mas demonstrava, algumas vezes, a necessidade de isolamento. Entretanto, quando solicitada ou incentivada para alguma atividade, ela aceitava bem a aproximação. Não demonstrou reações de agressividade com os profissionais, também não apresentou preferências por algum adulto para realizar as atividades, aceitando a todos que serviram de corpo de ajuda nas sessões. A ajuda de seu colega Caio foi bem recebida pela menina que não rejeitava suas provocações.

g) Atividades e jogos experimentados no espaço terapêutico

Pudemos observar que Jéssica demonstrou comportamentos de isolamento nas sessões de 2000. Estes isolamentos foram interrompidos pelos profissionais que

procuravam trazê-la para alguma atividade. Os jogos de imitação eram propostos e realizados por ela com ajuda do profissional que, nesses momentos, deveria ficar por perto para que a menina não dispersasse. Apresentou dificuldades para caminhar sobre bancos e saltar, necessitando da mão da psicomotricista para fazê-lo.

h) Reações aos desafios/ao novo

Os desafios lançados à menina foram realizados com muita calma, respeitando muito o seu jeito e dificuldades que demonstrava. Mesmo ao seu ritmo, presenciamos Jéssica aceitando alguns desafios, procurando realizá-los com ajuda do profissional. As novidades, na sessão, algumas vezes, foram aceitas pela menina e outras vezes não. Não demonstrou reação de contrariedade com as trocas de salas. A atividade que realizamos no pátio da ESEF/UFRGS, no final do ano de 2000, não foi aproveitada por Jéssica que passou a maior parte do tempo afastada dos brinquedos e com as mãos nos ouvidos; quando se aproximou espontaneamente para tentar entrar, afastou-se logo.

i) Outros atendimentos

Desde o início da terapia, freqüentava uma escola especial do estado, com metodologia desenvolvida pelo programa TEACCH e projetos com espaço de brinquedos e fantasias onde as crianças são estimuladas a interagirem com os materiais e entre eles.

j) Resumo do caso

Embora nossas observações sobre Jéssica, nas sessões de Psicomotricidade Relacional com enfoque terapêutico, tenham sido de apenas um ano, analisamos alguns pontos em sua curta participação. Ainda que levando em consideração os comprometimentos da menina em relação à Síndrome que interferiram em sua participação nas atividades propostas e na busca de suas próprias atividades, percebemos que, quando da presença de um adulto, ela aproveitava o espaço

terapêutico e conseguia realizar algumas trajetórias na sessão, demonstrando que gostava. Nossa impressão foi confirmada por sua mãe. Ela nos relatou que, ao se aproximarem da faculdade, Jéssica começava a sorrir e a bater com as mãos, hábito conhecido pela família como algo que lhe havia agradado. Mesmo pegando mais de um ônibus para chegar ao local da terapia (morava em Alvorada, município da grande Porto Alegre), isso não a deixava desorganizada nem irritada.

6.3 ALINHAVOS DE RECORTES DOS CASOS ESTUDADOS

A Terapia Corporal para Crianças Portadoras de Autismo teve como proposta verificar que comportamentos e sentimentos eram possíveis de serem observados nas crianças portadoras dessa síndrome quando se utiliza a intervenção pedagógica com enfoque terapêutico pela via corporal. Também se procurou investigar, a partir dessa estratégia pedagógica, os tipos de aprendizagens evidenciados pelas crianças participantes do programa, considerando as possibilidades de desenvolvimento real e potencial manifestadas.

Procuramos sintetizar a discussão dos resultados sobre as seguintes variáveis: manifestações da síndrome e comportamentos evidenciados, materiais disponibilizados como mediadores da evolução de processos mentais, imitação como fator significativo do processo evolutivo dos autistas e o olhar sobre a sua sexualidade.

Manifestações da síndrome e comportamentos evidenciados

Nesse segmento do estudo, não é intenção fazer uma reprise do que já foi dito na revisão de literatura sobre a síndrome de autismo; destacamos questões relevantes, considerando as evidências encontradas no processo investigatório.

Grandin (1999), uma engenheira e escritora autista, diz que “... *assim como acontece com qualquer criança, não existem duas crianças autistas que sejam idênticas*” (p.142). O núcleo teórico dessa afirmativa dá destaque às diferenças que existem entre crianças sob um mesmo diagnóstico. Vygotski (1989) já havia

sustentado argumentações nesse sentido, uma vez que considera que as experiências (estímulos e interações) com o meio onde a criança está inserida são impulsionadoras do processo de desenvolvimento – maturação). As reflexões teóricas dos autores anteriormente citados favorecem a linha de raciocínio que pretendemos desenvolver, já que no estudo que realizamos foi possível perceber tais diferenças entre as crianças estudadas, embora todas tenham sido rotuladas como portadoras da síndrome de autismo.

O fato de as crianças que participaram do projeto apresentarem o mesmo grau de severidade da síndrome, segundo os diagnósticos das equipes de especialistas (psicólogos, terapeutas ocupacionais e neurologistas), foi possível verificarmos que tais diagnósticos não são precisos, considerando que as observações e análises dos comportamentos das crianças estudadas mostraram diferenças substantivas em termos de compreensão, habilidades, capacidade de raciocínio para responder aos estímulos oferecidos, etc.

Por exemplo, Rohe e Jéssica, segundo os diagnósticos, apresentavam maior comprometimento nas áreas do comportamento social e intelectual, entretanto verificou-se que esses dados são poucos significativos, uma vez que foi possível observar uma evolução significativa do comportamento social e intelectual, fundamentalmente de Rohe, no decorrer das sessões. Nas relações com os terapeutas e com os iguais, também percebeu-se uma crescente aceitação nas relações de ajuda oferecidas. Jéssica, por sua vez, mesmo com algumas manifestações importantes da síndrome, como, por exemplo, a hipersensibilidade aos estímulos auditivos (o que determinou em algumas ocasiões seu afastamento das atividades), apresentava boa interação, disponibilidade corporal e envolvimento com os profissionais nas atividades que iam sendo estimuladas nos decorrer das sessões.

As observações seletivas do comportamento dos casos estudados permitiram verificar significativas evoluções, fundamentalmente no que se refere aos níveis de desenvolvimento *real e potencial* dos quais trata Vygotski.

O primeiro deles aponta o nível de desenvolvimento das funções mentais de uma criança, isto é, permitiu perceber aquilo que eram capazes de fazer sozinhas, sem ajuda dos demais. A análise desse nível de desenvolvimento permitiu-nos também que percebêssemos as diferenças evolutivas entre umas crianças e outras,

isto é, frente aos estímulos que íamos oferecendo no decorrer das sessões, alguns conseguiam por si mesmos realizar o que se estimulava; outros necessitavam de ajuda.

O segundo, o *nível de desenvolvimento potencial*, como diz Vygotski, refere-se a tudo aquilo que uma criança pode realizar quando ajudada, isto é, nessas situações, a criança é capaz de adquirir comportamentos que ainda não é capaz de realizar por si mesma. Quanto a essa questão, as idéias de Vygotski (1989) são precisas quando diz: “*o estado de desenvolvimento mental de uma criança somente pode ser determinado se for levado em consideração os dois níveis: o nível real de desenvolvimento e a zona de desenvolvimento próximo*” (p.134).

A partir dessa premissa teórica, reforçamos os propósitos da intervenção terapêutica que desenvolvemos com as crianças autistas. O tempo todo nossa intervenção foi de ajuda e provocação, com a intenção de que pudessem realizar tarefas que, num primeiro momento, não eram capazes de realizar sozinhas, necessitando da ajuda e do estímulo dos facilitadores.

A persistência de Jéssica em participar das atividades que lhe eram propostas, atesta o desafio que se impunha a si mesma. Aproximava-se das atividades que estavam sendo realizadas, atendia a chamada do facilitador, entretanto, como qualquer barulho lhe afetava, já que demonstrava uma hipersensibilidade auditiva, fazia com que, em algumas ocasiões, acabasse se afastando das atividades (a hipersensibilidade auditiva refere-se ao comportamento que por vezes adotava: levava as mãos aos ouvidos, demonstrando desconforto com o barulho ouvido). Devemos registrar que a hipersensibilidade auditiva apresentada por Jéssica foi pouco percebida nos demais casos. Dos cinco casos estudados, somente Caio, em situações muito esporádicas, levou as mãos aos ouvidos. Tal comportamento não se observou nos demais.

Para tornar evidente a hipersensibilidade de Jéssica, destacamos um dos registros feitos. Certa ocasião, em uma sessão realizada no pátio da ESEF/UFRGS, no final de 2000, presenciamos-na tentando entrar numa piscina de plástico com bolinhas e num balão de ar. Ao tentar entrar, acabava recuando, colocando as mãos nos ouvidos, face ao barulho provocado pelo atrito das bolinhas e do motor que mantinha o balão de ar inflado. Entretanto, devemos registrar que, embora tenhamos

observado o comportamento de Jéssica, de distanciamento frente tais situações, também percebemos que se esforçava para acompanhar os demais.

Grandin (1999), uma autista de autofuncionamento, descreve sua experiência em relação a essas dificuldades: *“Às vezes, eu ouvia e entendia, mas outras vezes os sons ou a fala chegavam ao meu cérebro como o barulho insuportável de um trem de carga a toda velocidade. O barulho e a confusão de grandes reuniões de pessoas deixavam meus sentidos totalmente esgotados”* (p.147).

A relevância deste depoimento reforça que, no campo psicopedagógico, se deve impulsionar o desenvolvimento da criança autista, partindo de suas possibilidades potenciais, ou seja, levá-las a realizar as atividades, mostrando-se sempre disponível a ajudá-las. Entretanto, isso exige dos facilitadores uma compreensão mais ampla sobre os comportamentos autistas.

No caso Rohe foi possível, com a interferência do facilitador, dar um sentido à fala ecológica e negociar a troca do objeto autístico. A fala ecológica diminuiu com o passar do tempo, favorecendo o desenvolvimento da fala comunicativa e da utilização de um vocabulário ligado ao ambiente em que se desenvolvia a terapia. Os movimentos desorganizados foram mais observados no ginásio (espaço mais amplo), mas também foram diminuindo, fundamentalmente quando o facilitador era um parceiro na caminhada pelo ginásio, levando-o a realizar atividades que tivessem sentido. O objeto autístico que costumava carregar progressivamente foi abandonado. Costumava trazer consigo, mas, de forma espontânea, entregava à sua mãe ao entrar na sala.

Lucas demonstrou, desde o início, um comportamento preguiçoso, isto é, preferia ficar recostado, na imobilidade, fosse sobre algum material disponível na sala, fosse sobre um colchonete. A palavra utilizada como instrumental pedagógico, no início do processo, nunca era suficiente para lhe tirar de tais situações. Entretanto, a insistência e o contato corporal do facilitador faziam com que ele aceitasse as provocações, passando a interagir com os objetos e com o adulto. O estudo indicou que, no trato com crianças autistas, a função do facilitador é determinante para levá-los a vivenciar diferentes experiências. No caso de Lucas, se o facilitador não tomasse a iniciativa de atuar sobre seu corpo, era capaz de passar toda a sessão

deitado sobre os colchões. Essa constatação reforça a idéia de que a postura terapêutica, por via corporal, deve estimulá-los a partir de um contato de corpo.

Em certas ocasiões, os facilitadores utilizaram com Lucas outras estratégias para tentar tirá-lo da imobilidade relativa que permanecia e para perceber suas reações. A estratégia pedagógica era imitar a postura que ele havia adotado, isto é, aproximar-se dele e deitar-se ao seu lado. Ao perceber que ele movimentava suas mãos, o facilitador imitava-o; essa era a estratégia. Quando o facilitador adotava essa atitude, observamos que ele logo abandonava a postura passiva que costumava ficar quando não provocado de alguma forma.



Foto 28 - Testemunha a postura passiva que costumava adotar Lucas – Sala do Centro Olímpico da ESEF/UFRGS (2000)

Vygotski ressalta que uma total compreensão do conceito da zona de desenvolvimento próximo, isto é, aquela que se relaciona com o desenvolvimento potencial, deve desembocar em uma nova avaliação sobre o papel da imitação no processo de aprendizagem. Esse autor critica o princípio irreduzível da psicologia clássica que entende que o desenvolvimento mental de uma criança é produto unicamente da atividade independente e não da atividade imitativa. A crítica que deriva do enfoque da psicologia clássica é que, ao se avaliar o desenvolvimento mental de uma criança, costuma-se somente levar em consideração aquelas soluções

que a criança é capaz de realizar sem ajuda de nada, sem demonstrações nem pistas de qualquer tipo. Não obstante, os estudos mais recentes no campo da psicologia estão indicando que uma pessoa somente pode imitar o que está presente no interior de seu nível evolutivo.

Portanto, o ato de imitar deve ser considerado como fator determinante e sinalizador do processo de desenvolvimento e de aprendizagem. A capacidade de imitar e de perceber o que está sendo imitado, sinaliza a capacidade de captar o que ocorre ao seu redor; logo, é uma competência que deve ser valorizada, seja no ensino regular, seja no ensino especial.

Quanto a Theo, verificamos que o comportamento manifesto de perseverar exigiu muita paciência dos profissionais para perceberem estas constantes repetições e procurarem, quando possível, envolver o menino em outras atividades. Às vezes, foi necessário o facilitador entrar na atividade de perseverar com o menino, isto é, imitar seus gestos, colocando-se a seu lado ou a sua frente para ver como reagia. Essa atitude fazia com que percebesse que estava sendo imitado, o que determinava a interrupção de perseverar com os mesmos objetos. No momento em que interrompia a atividade que estava perseverando, outras eram, naquele momento, propostas pelo facilitador, mostrando outras formas de utilização daquele material.

Na tarefa desafiadora de fazer o autista ampliar seu vocabulário (gestual, psicomotor, lingüístico, lúdico, etc.), o facilitador, em muitas ocasiões, imitava suas posturas: repetia gestos, sons, gritos, caminhadas pela sala ou simplesmente deitava-se ao seu lado. O que percebemos, como resultado desse tipo de estratégia de intervenção, foi que tais atitudes criaram canais de comunicação e serviram para fortalecer os vínculos entre as crianças e os facilitadores.

A fala não foi um componente presente em todos os participantes da pesquisa, variando entre os que a tinham desenvolvido, os que não possuíam esta maneira de comunicação e aqueles que tinham a fala, mas não a utilizavam. Esta característica, entretanto, não se configurou em um empecilho para a criança autista atuar na sessão, reforçando as palavras de Lapiere (1988) que ressaltam a importância desta terapia para crianças portadoras de autismo:

“A vivência corporal, as sensações corporais recolocam em jogo mecanismos arcaicos do cérebro e se articulam diretamente com o passado emocional. Daí vêm os efeitos catárticos e a possibilidade de remanejamento do inconsciente, fora, inclusive, de qualquer interpretação verbal. Como explicar de outro modo os resultados, às vezes espetaculares, obtidos com crianças autistas que não têm acesso à linguagem e com as quais a relação da terapia se limitou a uma comunicação corporal?”

Materiais disponibilizados: mediadores da evolução de processos mentais

O destaque que damos aos materiais sustenta-se num dos temas que se constitui o núcleo da estrutura teórica de Vygotski, ou seja, a crença no método genético evolutivo (1), a tese de que os processos psicológicos superiores têm sua origem nos processos sociais (2) e a tese de que os processos mentais somente podem ser entendidos mediante a compreensão dos instrumentos e signos que atuam como mediadores (3).

Os materiais disponibilizados devem ser entendidos no estudo como instrumentos que serviram de mediadores, seja para observar como operavam os processos mentais dos participantes do estudo, seja para verificar suas evoluções. A partir de uma intervenção pedagógica-terapêutica, que utilizou a estratégia lúdica, disponibilizando objetos e materiais de jogo, pudemos observar aspectos relevantes do comportamento dos participantes em relação a essa variável, fundamentalmente por se tratar de crianças autistas.

No caso de Rohe, pudemos verificar que houve um crescente envolvimento do menino com os materiais disponíveis na sessão, desde a mera manipulação autística destes objetos, até a exploração criativa dos mesmos. Nos dois espaços em que participou das sessões, ESEF/UFRGS e La Salle, foi crescente sua aproximação com os diversos materiais que ficavam à sua disposição.

A corda, por exemplo, tinha várias funções nas sessões. Servia para amarrar, puxar os participantes, caminhar sobre ela, oportunizando sensações diferentes ao tocá-la com os pés. Também servia para aproximar e afastar as crianças na medida certa em que cada um suportasse o toque corporal do outro, sem que arriscassem retraimentos ou sentimentos confusos, comuns nas crianças autistas.

A fotografia que segue, registra a maneira como uma cena de aproximação era conduzida entre Rohe e outro menino, com o auxílio da corda.



Foto 29 - Rohe aceita uma relação de aproximação com outro menino no Ginásio do La Salle com auxílio da corda (2000)

O contato corporal e o estímulo tátil são situações de muito sofrimento para alguns autistas. Rohe não necessitou durante muito tempo da intermediação dos materiais para esses contatos. Grandin (1999) nos oferece alguns depoimentos sobre a maneira como sentia falta do toque corporal:

“Nossos corpos pedem o contato humano, mas quando esse contato se estabelece, nós nos retraímos, porque nos provoca dor e confusão. Foi só quando já tinha quase chegado aos trinta anos que eu consegui trocar apertos de mão com as pessoas ou olhar diretamente em seus olhos” (p.38).

Os materiais não tinham a mesma função para todos os participantes da pesquisa. Lucas, em vários encontros, fez uso desses recursos para deitar-se ou apoiar seu corpo sobre os mesmos. Se estava deitado sobre um colchão ou apoiado sobre uma bola de *bubet*, o facilitador interferia, procurando demonstrar outras maneiras de utilizar estes materiais. Também analisamos a importância que teve a

corda, para Lucas, ao tentar balançar-se nela, mesmo com a ajuda dos facilitadores. Além de aproveitar uma sensação prazerosa, proporcionada pelo embalo, demonstrou persistência nesta atividade, desconsiderando as dificuldades que possuía. Aparentemente, esta brincadeira poderia ser vista como apenas um exercício realizado por Lucas. Entretanto, com a continuidade destas propostas, poderíamos questionar a possibilidade deste exercício se o transformássemos em um jogo com conteúdo simbólico.



Foto 30 - Lucas no jogo de embalo na corda com a ajuda da facilitadora – Ginásio da ESEF/UFRGS (2000)

No caso Theo, estas relações estiveram à disposição das necessidades de mera manipulação de objetos, repetitiva e estereotipada. Da mesma maneira, a ação de perseverar, como no caso dos colchões. Quanto às bolas, às argolas e aos arcos, interessou-se mais em cheirar, levar à boca do que utilizá-los de maneira mais criativa. Inclusive a cama elástica, material que tinha intimidade por tê-la em sua casa, realizou movimentos giratórios com o corpo, caracterizando a estereotipia. A maneira inadequada como fez uso desses materiais significaram empecilhos ao seu uso criativo e exploratório. Estas relações com os objetos foram mudando no final do ano de 2000, quando mostrava facilidade e agilidade ao utilizar os materiais do ginásio, como saltar dos bancos e do espaldar.

Jéssica também teve dificuldades para se aproximar e interagir com alguns materiais em razão de sua sensibilidade aos ruídos; entretanto, mesmo com estas dificuldades, ela se aproximava e aceitava convites dos facilitadores para interagir com objetos coloridos que não provocavam a sua sensibilidade e também com aqueles provocadores de sons, como no caso da brincadeira de andar sobre duas latas.

Em síntese, os instrumentos, como diz Vygotski, não apenas são fundamentais para ajudar-nos a compreender a evolução dos processos mentais, como também servem de mediadores para estabelecer vínculos entre a criança e o facilitador e entre eles próprios. Outro aspecto que merece destaque diz respeito ao que se pode fazer com um determinado objeto ou material. Por exemplo, um “plinto” sugere que se suba e dele se salte; um espaldar, que se suba e se desça. Tarefas que requerem estratégias mentais de realização. No caso do salto, pudemos perceber a dificuldade que todos tiveram para realizar tal tarefa sem ajuda, uma vez que envolve um impulso, uma passagem aérea como se fosse uma perda do corpo no espaço e uma caída. A capacidade para realizar essa atividade somente foi conseguida após longo trajeto de ajuda do facilitador, ora saltando junto, tendo as mãos dadas, ora estimulando-os, oferecendo uma das mãos como apoio até que conseguissem realizá-la sozinhos.

A evolução de cada um teve um tempo; para alguns, o processo foi mais lento; para outros, mais curto; entretanto, todos, com o passar do tempo, conseguiram atingir um desenvolvimento real para tal atividade. Não foi somente o ato de saltar

que evidenciou novas aprendizagens no decorrer do processo; muitas outras habilidades foram possíveis de constatar. Entretanto, o destaque que queremos dar é que somente atingiram tais competências pela ajuda constante e pelo estímulo dos facilitadores.

A imitação como fator significativo do processo evolutivo dos autistas

A imitação como fator relevante no processo de desenvolvimento vem sendo estudada há muito tempo, embora dentro de perspectivas pouco positivas. No estudo realizado, a capacidade demonstrada para imitar mostrou-se um elemento fundamental de análise da evolução dos processos mentais superiores. Por exemplo, Jéssica olhou a psicomotricista equilibrando-se sobre duas latas, agarrada a um cordão que estava preso a elas. A menina aproximou-se da facilitadora, pegou os objetos, indicando que queria realizar o que havia visto. Teve que ser auxiliada por duas terapeutas que lhe ofereceram o corpo de ajuda para que ela se equilibrasse sobre as latas.

Em muitas atividades de imitação realizadas pelos participantes, ficou evidente que não se tratavam de movimentos ou atividades mecânicas, comuns em alguns autistas e presenciados por nós no decorrer das sessões. Ao contrário, foram imitações que envolveram e proporcionaram às crianças descobrirem possibilidades diferentes de movimentação (1), criarem novos movimentos ou explorarem os recursos materiais disponíveis (2) e aproximarem-se dos facilitadores e do grupo de iguais.

As imitações nos levaram a considerar que algo mais do que um movimento mecânico estava sendo realizado. Se as crianças imitavam era porque estavam percebendo o corpo do outro, o gesto, as atividades que este realizava. Se a criança imitou, foi porque deslocou para si estes movimentos, demonstrando a percepção de si e do outro.

A imitação teve um bom resultado também nas atividades realizadas em grupo, orientadas e provocadas pelo facilitador. Acreditamos que a imitação seja uma manifestação importante do desenvolvimento em determinada época da vida da

criança, principalmente quando falamos em crianças portadoras de necessidades educativas especiais.

Vygotski não considera a imitação uma mera cópia de um modelo, mas a reconstrução individual daquilo que foi observado nos outros. Esta reconstrução é balizada pelas possibilidades psicológicas da criança que realiza a imitação e constitui, para ela, criação de algo novo a partir do que observa no outro. Vygotski não tomava a atividade imitativa como um processo mecânico, mas sim a oportunidade de a criança realizar ações que estão além de suas próprias capacidades, o que contribuiria para seu desenvolvimento.

No momento em que algumas atividades de imitação ocorreram, alguns processos de amadurecimento estavam acontecendo. No caso Rohe, quando tentava subir no espaldar com ajuda da facilitadora (e mais tarde procurando imitá-la), ele utilizou a imitação como forma de permitir a elaboração de uma função psicológica ao nível intrapsíquico, isto é, a partir da relação que estabelece com que ocorre fora, impulsiona seu processo interpsíquico, o que faz com que ele tente realizar o que lhe serviu de modelo. Ficou claro também a possibilidade que o facilitador teve de atuar na zona de desenvolvimento potencial de Rohe, ou seja, o espaço de desenvolvimento que precisava ser atingido para que, mais tarde, pudesse subir no espaldar sozinho, conforme aconteceu.

Estas atividades de imitação aconteciam em várias sessões e eram realizadas a partir de um modelo: do facilitador ou dos outros participantes. Caio também foi modelo para estas imitações nos momentos em que criava situações com materiais ou com o próprio corpo.

Finalmente, queremos destacar que, ao privilegiar a imitação como ferramenta pedagógica-terapêutica, essa não deve ser entendida como uma dinâmica de diretividade, como se pode deduzir. As crianças tinham liberdade para fazer o que quisessem; entretanto, o facilitador procurava atender às demandas e ir provocando individualmente cada um dos personagens, enquanto os demais realizavam suas brincadeiras ou explorações no ambiente.

O olhar sobre a sexualidade do autista

Em primeiro lugar, devemos dizer que essas variáveis que analisamos nesse segmento do estudo não foram previamente estabelecidas; surgiram no decorrer do processo investigatório, isto é, as observações seletivas que fazíamos dos comportamentos dos participantes nos levaram ter uma atenção especial a essas questões.

As atividades que envolveram o toque corporal, manifestado a partir da sexualidade de Caio, não tinham a mesma receptividade dos demais participantes do grupo de terapia.

As manifestações de masturbação, em alguns momentos, transformaram-se em conteúdo de agitação para o menino que não conseguia se envolver em outras atividades que lhe eram propostas. Masturbava-se na sessão, procurava o corpo dos colegas para olhar ou tentar tocá-los. Esse comportamento, algumas vezes, provocavam reações adversas nos colegas que o afastavam ou procuravam ajuda dos facilitadores.



Foto 31 - Caio puxa o abrigo do colega e olha seu pênis, provocando-lhe a reação de ansiedade – Ginásio da ESEF/UFRGS (1999)

Ao investigarmos as manifestações de masturbação de Caio nas sessões de psicomotricidade, deparamo-nos com um tema pouco mencionado nas bibliografias, nos encontros e nos congressos que participamos e que tratavam da temática autista.

O tema é abordado por Szabo (1993) que salienta as dificuldades que pais e profissionais apresentam ao tratarem sobre a sexualidade do autista. Ainda existem poucas respostas concretas sobre este assunto, por se tratar de um comportamento individual que ocorre de forma diferenciada em cada indivíduo.

Observamos que apenas Caio manifestava esse comportamento, isto é, o interesse em se tocar e olhar as genitálias dos colegas. Rohe também se masturbou nas sessões, porém poucas vezes. Com muita cautela, interferimos para tirá-lo da fixação desse tipo de jogo sem, todavia, reprimi-lo, uma vez que a pulsão sexual está pouco presente nas crianças autistas. A evidência sexual pode estar a indicar que o comprometimento seja mais brando; essa é uma hipótese viável, embora o estudo que fizemos não se propôs analisar questões de tal abrangência.

Outra hipótese é que as aproximações corporais proporcionadas pela terapia psicomotriz de enfoque relacional poderiam estar ajudando a desencadear estes comportamentos em Caio. Ao retornarmos às anotações sobre sua história prévia, nas entrevistas que realizamos com sua professora e psiquiatra que o atendia no Hospital São Pedro, tecemos algumas considerações sobre Caio e sua sexualidade.

As observações que recolhemos do comportamento de Caio nos fez retornar às referências bibliográficas em torno desta questão e encontramos algumas posições de Taylor (1996), quando diz:

“Jovens autistas não têm consciência da forma pela qual os outros os vêem ou das regras de conduta social. É importante que os jovens sejam conscientizados da necessidade de privacidade e de encontrar um lugar adequado. A masturbação não deve ser desencorajada, uma vez que é provável que seja o único prazer sexual que a maioria das pessoas autistas experimentarão. Todavia, mesmo a maioria dos autistas mais capacitados desenvolvem hábitos repetitivos que, onde houver o risco de causar sofrimento ou interferir em outras atividades, devem precisar de limitação” (p.99).

A opinião do autor confirmou as nossas preocupações e cuidados no encaminhamento dessa situação. Não podíamos desencorajar seus interesses e desejos, ao mesmo tempo em que eles não poderiam interferir em suas atividades e relacionamentos nem naquelas dos demais participantes da terapia. Nossa atitude foi em defesa da longa e constante busca de conscientização de Caio em relação aos direitos que ele tinha de descobrir seu corpo, desde que fosse em lugar de privacidade, ao mesmo tempo em que ele deveria respeitar o corpo dos colegas e continuar a aproveitar os materiais, as brincadeiras e as atividades do espaço psicomotriz. Esta conduta por nós adotada permanece em pauta juntamente com o mesmo encaminhamento que a família e a mãe de Caio deram a estas questões.

Para entender a sexualidade da criança autista temos que lembrar que o conceito de sexualidade reúne um processo de maturação e crescimento orgânico, um desenvolvimento do sistema nervoso, sistema hormonal e também uma experiência emocional de si mesmo e dos outros. Conforme observa Szabo (1995): *“sendo parte de um desenvolvimento natural relacionada à parte orgânica, é normal que o adolescente autista, não tendo nenhum comprometimento nesta área, comece a manifestar sua sexualidade, tal como acontece com o adolescente dito normal”* (p.96).

Percebemos que Caio passa por um processo de desenvolvimento e evolução e que a sua sexualidade faz parte desta trajetória. Além de Caio, Rohe também demonstrou atividades exploratórias de masturbação. Os outros participantes do projeto não manifestaram estes comportamentos.

Ao terminarmos esta etapa de estudo, não temos dúvidas de que a criança portadora de autismo de Kanner evidenciou comportamentos, habilidades e sentimentos ao ser submetida a uma estratégia terapêutica de intervenção pela via corporal. Demonstrou que, mesmo possuindo fatores limitadores da síndrome, cada participante, à sua maneira de ser, aceitou a relação de ajuda do facilitador, através do corpo de ajuda.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A indagação que motivou o estudo foi saber se numa intervenção pedagógica que privilegia a exteriorização corporal, quais os comportamentos observáveis na criança portadora da síndrome de autismo e que níveis de desenvolvimento real e potencial evidenciam.

A finalidade da investigação foi de buscar respostas a uma série de questionamentos decorrentes da questão principal, como:

- a) Considerando que o nível de desenvolvimento real (NDR) representa o que somos capazes de realizar sozinhos sem ajuda do outro, como essas crianças atuam nas sessões de terapia psicomotriz? Que evidências demonstram ao adquirir novas habilidades e competências?
- b) Considerando que o nível de desenvolvimento potencial (NDP) representa o que ainda não somos capazes de realizar sozinhos, mas somos capazes de realizar com a ajuda do outro, que progressos essas crianças evidenciam quando recebem ajuda (corporal, verbal, mímica, gestual, etc.)?
- c) Considerando que os estados de prazer e desprazer se manifestam pelas emoções que o corpo exterioriza, que sentimentos as crianças autistas expressam, possíveis de serem interpretados nas relações corporais que estabelecem com os adultos e com os iguais na prática psicomotriz relacional?

Os dados que podemos recolher no decorrer do processo investigatório, alinhavaram recortes significativos dos casos estudados e responderam a todas as indagações e questionamentos propostos. A partir desse momento, propomos algumas considerações finais, para não dizer conclusivas, uma vez que a terapia da criança autista, pela via corporal, continua sendo desenvolvida.

Através das observações seletivas que realizamos, ficamos com maior convicção de que o diagnóstico que a criança autista possui não é um ponto final, mas a certeza de que podemos interferir e contribuir para o seu desenvolvimento de acordo com as suas possibilidades e dificuldades apresentadas pela síndrome.

Esta questão ficou bem definida ao verificarmos que as crianças do projeto aceitaram as provocações dos facilitadores e entraram nas atividades propostas também de maneira espontânea. Gradativamente fomos acompanhando relações que se estabeleceram entre as crianças e os materiais, entre elas e os facilitadores, entre elas e o grupo e na relação consigo mesmas. Descobriram-se, tocaram-se, olharam-se, viram-se no espelho. Demonstraram nestas relações sentimentos e, por vezes, preferências em buscar a relação de ajuda de determinado facilitador e, em alguns casos, disputa pela sua atenção.

Outro ponto que salientamos quanto à participação da criança autista na sessão, esteve relacionado à possibilidade de que esta intervenção, através de seus facilitadores, percebesse os comportamentos ritualísticos e pudesse substituí-los com atividades, movimentos e falas que tivessem um sentido. No momento desta substituição, havia a possibilidade de estimular e provocar a criança para outras atividades e desafios.

Quando conseguiam realizar alguma atividade, como balançar-se em uma corda, saltar de um banco, andar sobre latas ou subir em um espaldar com ajuda dos facilitadores, também havia demonstração de prazer e, ousaríamos dizer, de vitória por terem conseguido, mesmo com ajuda do outro. Estes momentos eram muito comemorados pelos facilitadores juntamente com as crianças.

Em determinadas situações, ficou-nos evidenciado que as atividades realizadas não eram meras repetições mecânicas; demonstravam intenção, desenvolvimento e satisfação. Havia, ali, marca de criatividade.

A autonomia da criança autista também foi o tempo todo incentivada. Comportamentos como colocar e tirar tênis e meias, ajudar a guardar os materiais e arrumar a sala, eram propostas que levavam um tempo maior para estas crianças, mas demonstraram que podiam realizá-las.

O trabalho realizado durante este tempo nos mostrou que as diferenças provocadas pelas características individuais e da síndrome transformaram-se em modelos emergentes aos demais participantes do conjunto. No grupo de autistas que estudamos, percebemos uma situação semelhante defendida por Vygotski (1997), com crianças que possuem atrasos mentais: *“Intelectualmente, o mais dotado adquire as possibilidades de manifestar sua atividade social em relação aos menos dotados e ativos”* (p.224).

O resultado destas provocações originou a possibilidade de o facilitador interferir e aproveitar para envolver as crianças em uma atividade coletiva, já que estas são as mais difíceis de serem realizadas entre eles. Ficou evidente o crescente envolvimento das crianças nas sessões.

Gostaríamos de salientar que algumas crianças demonstraram realizar brincadeiras, atividades que ultrapassaram as fronteiras da sala de psicomotricidade. As anotações que os pais das crianças faziam – ou nos diziam pessoalmente – ratificaram nossas observações.

Também nestas trocas com os pais, foi possível receber a informação de que o envolvimento das crianças com o projeto era prazeroso. As crianças autistas verbais perguntavam às mães se era o dia da “ginástica”. Os que não falavam, demonstravam, através de sorrisos e satisfação (que os pais afirmavam não serem de origem autística), o prazer de chegarem na ESEF/UFRGS para participarem de mais uma sessão.

Ficou-nos evidente que a estratégia pedagógico-terapêutica realizada gerou mudanças positivas no comportamento e desenvolvimento das crianças autistas, ultrapassando as pretensões deste trabalho.

Questões como a sexualidade, as manifestações de origem simbólica e até a possibilidade de produzir generalizações que não estavam previstas na pesquisa e que ainda não foram suficientemente aprofundadas nas teorias que sustentam nossa linha de trabalho, fizeram-se presente e suscitam possibilidades de novos estudos e descobertas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Ceres Alves de. *O processo de individuação no autismo*. São Paulo: Memnon, 2000.

AUCOUTURIER, Bernard; LAPIERRE, André. *La educación psicomotriz como terapia "Bruno"*. Barcelona: Ed. Médica y Técnica, 1980.

BOSA, Cleonice; CALLIAS, Maria. Autismo: Breve Revisão de Diferentes Abordagens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v.13, n.1, p.167-177, 2000.

BRAUNER, A. Y. F. *Vivir com un niño autístico*. Barcelona: Paidós, 1978.

BUENO, Jairo. *Síndrome de Landau-Kleffner*. Disponível em: <<http://www.angelfire.com/al/jbueno/landau.html>> Acesso em: 24 de jul. 1999.

COSTE, Jean Claude. *A psicomotricidade*. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1981.

COURCHESNE, Eric. *Cerebelo e Cognição*. V Congresso Brasileiro de Autismo e IX Jornada Regional de Autismo. Gramado, 25 a 28 out. de 2000. L. C. Vídeo Produções, 1 Fita, col. FITA DE VÍDEO.

DAMÁSIO, António. *O mistério da consciência: do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo: Companhia da Letras, 2000.

GARCIA, Gilberto. *A Genética do Autismo*. V Congresso Brasileiro de Autismo e IX Jornada Regional de Autismo. Gramado, 25 a 28 out. de 2000. L. C. Vídeo Produções, 1 Fita, col. FITA DE VÍDEO.

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 no desenvolvimento, S. Rett, S.S X Frágil*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE, 1992.

GEORGEN, Sônia. *Diagnóstico Diferencial dos Transtornos Invasivos de Comunicação*. V Congresso Brasileiro de Autismo e IX Jornada Regional de Autismo. Gramado, 25 a 28 out. de 2000. L. C. Vídeo Produções, 1 Fita, col. FITA DE VÍDEO.

GRANDIN, Temple; SCARIANO, Margarete M. *Uma menina estranha: autobiografia de uma autista*. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

HOLMES, D. S. *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

KREUSBURG MOLINA, Rosane Maria. O enfoque metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória. In: TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo; MOLINA NETO, Vicente (Orgs.). *A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas*. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS/Sulina, 1999. p.95–105.

LAPIERRE, André. *Psicomotricidade Relacional*. In: MAUDIRE, P. *Exilados da infância: relações criativas e livre expressão pelo jogo na escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

_____. O corpo e o inconsciente. In: III Congresso Brasileiro e I Seminário Internacional de Psicomotricidade. *Psicomotricidade: seu objeto, seu espaço, seu tempo*, 1988, Porto Alegre. *Anais*. Porto Alegre: Ed. Universidade, 1988. p.26-30.

LAPIERRE, André; AUCOUTURIER, Bernard. *Fantasmas corporais e prática psicomotora*. São Paulo: Manole, 1984.

LAPIERRE, André. et al. *O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: relação psicomotora e formação da personalidade: uma experiência vivida na creche*. São Paulo: Manole, 1987.

LEBOYER, Marion. *Autismo infantil: fatos e modelos*. Campinas: Papyrus, 1987.

LOPES, Eliana R. Boralli. *Autismo: trabalhando com a criança e com a família*. São Paulo: Edicon Auma, 1997.

NEGRINE, Airton. *Aprendizagem e desenvolvimento infantil: Psicomotricidade, alternativas pedagógicas*. Porto Alegre: Prodil, 1995, v.3.

_____. *Terapias corporais: a formação pessoal do adulto*. Porto Alegre: Edita, 1998.

NEGRINE, Airton; MACHADO Mara Lúcia Salazar. A terapia da criança autista: uma abordagem pela via corporal. *Revista Perfil*, Porto Alegre, n.3, p.86-97, 1999.

NEGRINE, A.; BRADACZ, L.; CARVALHO, E.G. *Recreação na Hotelaria: o pensar e o fazer lúdico*. Caxias do Sul: EDUCS, 2001.

OLIVEIRA, Marta Kohl de. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio-histórico*. São Paulo: Ed. Scipione, 1997.

PEETERS, Theo. *Autismo: entendimento teórico e intervenção educacional*. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1998.

SCHWARTZMAN, José Salomão. *Autismo Infantil*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência/CORDE, 1994.

SINCLAIR, Jim. Não chorem por nós. *Autism Network International*, Traduzido por Luis Achilles Furtado. Disponível em: <<http://www.autismo.com.br/artigos.html>> Acesso em: 24 set. 1999.

SZABO, Cleusa. *Autismo em questão*. São Paulo: Mageart, 1993.

TAYLOR, Gillian. Adolescência e início da idade adulta: as necessidades de um rapaz autista mais capacitado. In: ELLIS, Kathryn. *Autismo*. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 1996.

VYGOTSKI, L. S. *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica, 1989.

VYGOTSKI, Lev Semiónovic. et al. *Psicologia e Pedagogia: bases psicológicas da aprendizagem e do desenvolvimento*. São Paulo: Ed. Moraes, 1991.

VYGOTSKI, Lev Semiónovic. *Obras Escogidas: Fundamentos de Defectología*. Madrid: Visor, 1997. v.V.

VYGOTSKY, L.S.; LURIA, A.R. *Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primitivo e a criança*. Traduzido por Lólio Lourenço de Oliveira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

ANEXOS

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|-----|
| Anexo 1 – Observação da Sessão..... | 212 |
| Anexo 2 – Ficha de Cadastro da Criança..... | 213 |
| Anexo 3 – Reconstrução da História da Criança | 214 |
| Anexo 4 – Entrevista com os Profissionais e Escola | 215 |
| Anexo 5 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 1998 | 216 |
| Anexo 6 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 1999 | 217 |
| Anexo 7 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 2000 | 218 |
| Anexo 8 – Autorização..... | 219 |

Anexo 1 – Observação da Sessão

OBSERVAÇÃO DA SESSÃO

SESSÃO NÚMERO: _____ DATA: _____

PARTICIPANTES:

PAUTA DAS OBSERVAÇÕES:

MATERIAIS UTILIZADOS:

IMPREVISTOS DA SESSÃO:

RECURSOS UTILIZADOS PARA OS REGISTROS:

ASPECTOS RELEVANTES DA SESSÃO:

Anexo 2 – Ficha de Cadastro da Criança**FICHA DE CADASTRO DA CRIANÇA**

Nome: _____ Sexo: _____ Início projeto: _____

Nascimento: _____ Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Pai: _____ Profissão: _____

Endereço comercial: _____ Telefone: _____

Mãe: _____ Profissão: _____

Endereço comercial: _____ Telefone: _____

Endereço residencial: _____ Telefone res: _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Número de irmãos: _____

Nome: _____ Idade: _____

Escola: _____ Cidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Telefone: _____

Possui outros atendimentos? _____ Quais? _____

Médicos (as): _____ Especialidade: _____

Medicamentos: _____

Objetivos da pesquisa e contratos para liberação de imagens das crianças para fins de estudos.

Expectativas da família sobre o trabalho via corporal: (espaço reservado para os pais colocarem suas dúvidas, comentários que acharem relevantes).

Anexo 3 – Reconstrução da História da Criança

RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DA CRIANÇA

NOME DA CRIANÇA:

NOME DA MÃE:

RECONSTRUÇÃO DA HISTÓRIA DE VIDA A PARTIR:

GRAVIDEZ:

NASCIMENTO:

PRIMEIROS SINAIS DA SÍNDROME:

OUTROS ASPECTOS QUE ACHAREM RELEVANTES:

Anexo 4 – Entrevista com os Profissionais e Escola

ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS E ESCOLA

DATA DA ENTREVISTA

ESCOLA TERAPÊUTICA:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO NA ÁREA DE:
(Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Psicologia, Outros).

ENDEREÇO:

ENTREVISTADO (A):

ESPECIALIZAÇÃO:

TEMPO QUE A CRIANÇA FREQUENTA O ATENDIMENTO:

METODOLOGIA QUE A ESCOLA UTILIZA:

Anexo 5 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 1998**CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ**
LABORATÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE DA ESEF/UFRGS - 1998

| DIA/MÊS | PARTICIPANTES | Nº DA SESSÃO |
|----------------|----------------------|---------------------|
| 25/03 | Rohe | 01 |
| 01/04 | Rohe | 02 |
| 08/04 | Rohe | 03 |
| 15/04 | Rohe | 04 |
| 22/04 | Rohe | 05 |
| 29/04 | Rohe | 06 |
| 06/05 | Rohe | 07 |
| 13/05 | Rohe | 08 |
| 20/05 | - | 09 |
| 27/05 | Rohe | 10 |
| 03/06 | Rohe | 11 |
| 10/06 | Rohe | 12 |
| 17/06 | Rohe | 13 |
| 24/06 | Rohe | 14 |
| 01/07 | Rohe | 15 |
| 08/07* | Rohe | 16 |
| 12/08 | Rohe | 17 |
| 19/08 | Rohe | 18 |
| 26/08 | Rohe | 19 |
| 02/09** | Rohe, Lucas | 20 |
| 09/09 | Rohe, Lucas | 21 |
| 16/09 | Rohe, Lucas | 22 |
| 23/09 | Rohe, Lucas | 23 |
| 30/09 | Rohe, Lucas | 24 |
| 07/10 | Rohe, Lucas | 25 |
| 14/10 | Rohe, Lucas | 26 |
| 21/10 | Rohe, Lucas | 27 |
| 28/10 | Rohe | 28 |
| 04/11 | Rohe | 29 |
| 11/11 | Rohe | 30 |
| 18/11 | Rohe, Lucas | 31 |
| 25/11 | Rohe, Lucas | 32 |
| 05/12*** | Rohe, Lucas | 33 |

* Última sessão antes das férias do primeiro semestre.

** Lucas inicia a Terapia Corporal.

*** Última sessão do ano de 1999.

Anexo 6 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 1999**CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ**
LABORATÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE DA ESEF/UFRGS - 1999

| DIA/MÊS | PARTICIPANTES | Nº DA SESSÃO |
|----------------|-------------------------|---------------------|
| 05/04 | Rohe | 34 |
| 12/04 | Rohe | 35 |
| 19/04 | Rohe | 36 |
| 26/04 | Rohe, Lucas | 37 |
| 03/05 | Rohe, Lucas | 38 |
| 10/05 | Rohe, Lucas | 39 |
| 17/05 | Rohe, Lucas | 40 |
| 24/05 | Rohe, Lucas | 41 |
| 31/05 | Rohe, Lucas | 42 |
| 07/06* | Rohe, Lucas, Theo | 43 |
| 14/06 | Rohe, Lucas, Theo | 44 |
| 21/06 | Rohe, Lucas, Theo | 45 |
| 28/06 | Rohe, Lucas, Theo | 46 |
| 05/07 | Rohe, Lucas, Theo | 47 |
| 12/07** | Rohe, Lucas, Theo | 48 |
| 02/08 | Rohe, Lucas, Theo | 49 |
| 09/08 | Rohe, Lucas, Theo | 50 |
| 16/08 | Lucas, Theo | 51 |
| 23/08 | Rohe, Lucas, Theo | 52 |
| 30/08 | Rohe, Lucas, Theo | 53 |
| 06/09 | Rohe, Lucas, Theo | 54 |
| 13/09*** | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 55 |
| 27/09 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 56 |
| 04/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 57 |
| 11/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 58 |
| 18/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 59 |
| 25/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 60 |
| 08/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 61 |
| 22/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 62 |
| 29/11*** | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 63 |

* Theo inicia na Terapia Corporal.

** Última sessão antes das férias do primeiro semestre.

*** Caio inicia na Terapia Corporal.

Anexo 7 – Cronograma das Sessões de Terapia Psicomotriz em 2000**CRONOGRAMA DAS SESSÕES DE TERAPIA PSICOMOTRIZ**
LABORATÓRIO DE PSICOMOTRICIDADE DA ESEF/UFRGS - 2000

| DIA/MÊS | PARTICIPANTES | Nº DA SESSÃO |
|----------------|----------------------------------|---------------------|
| 17/04 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 64 |
| 24/04* | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 65 |
| 08/05 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 66 |
| 15/05 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 67 |
| 22/05 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 68 |
| 29/05 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 69 |
| 05/06 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 70 |
| 12/06 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 71 |
| 19/06 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 72 |
| 26/06** | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 73 |
| 03/07 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 74 |
| 10/07 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 75 |
| 17/07 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 76 |
| 24/07 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 77 |
| 31/07** | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 78 |
| 14/08 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 79 |
| 21/08 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 80 |
| 28/08 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 81 |
| 04/09 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 82 |
| 11/09 | Rohe, Lucas, Theo, Caio | 83 |
| 18/09 | Rohe, Lucas, Caio, Jéssica | 84 |
| 25/09 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 85 |
| 02/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 86 |
| 09/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 87 |
| 16/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 88 |
| 23/10 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 89 |
| 30/10 | Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 90 |
| 06/11 | Rohe, Theo, Caio, Jéssica | 91 |
| 13/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 92 |
| 16/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 93 |
| 20/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 94 |
| 27/11 | Rohe, Lucas, Theo, Caio, Jéssica | 95 |

* Jéssica inicia na Terapia Corporal.

** Última sessão antes das férias do primeiro semestre.

Anexo 8 – Autorização

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a divulgação de fotografias e vídeos de meu filho (a)
_____,
participante da pesquisa sobre a Terapia da Criança Autista numa Abordagem
Corporal, desde que sejam para fins de estudos e pesquisas.

(assinatura do responsável)

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.