

A PRÁTICA PSICOMOTORA NA RELAÇÃO AFETIVA DA CRIANÇA PORTADORA DE PARALISIA CEREBRAL

CRISTIANA SILVEIRA BUENO¹

RESUMO:

Partindo do princípio da plasticidade do Sistema Nervoso e do embasamento teórico da Psicomotricidade Relacional, o portador de paralisia cerebral se torna capaz de perceber como se coloca diante do outro, conseguindo modificar seu modo de comunicação e seu comportamento. Busca, assim, uma melhor adaptação no contato social, onde aprende a se posicionar e a falar de seu desejo de forma mais assertiva.

PALAVRAS-CHAVE: Psicomotricidade. Paralisia cerebral. Vivência psicomotora.

ABSTRACT:

Based on the principle the plasticity of the nervous system and the theoretical foundation of Relational Psychomotricity, the cerebral palsy becomes able to understand how moves in front of another, achieving modify their mode of communication and behavior. It is, thus, a better adaptation to social contact, where he learns to stand and speak of their desire to be more assertive.

KEYWORDS: Psychomotricity. Cerebral Palsy. Experience psychomotor

1 INTRODUÇÃO

“Não me interessa, portanto, por aquilo que ele não sabe fazer ou por aquilo que faz com dificuldade; tento entrar em comunicação com ele através das coisas que ele sabe fazer espontaneamente, sem levar em consideração a maneira como ele as executa. Quero trabalhar a partir das expressões mais primitivas e mais simples que derivam de seu ser.” (VECCHIATO, 1989, p 25)

Na maioria das vezes, ao se trabalhar com portadores de necessidades especiais, sejam elas deficiências físicas, cognitivas ou decorrentes de síndromes, há uma

¹ Cristiana Silveira Bueno, formada em psicologia pela UFMG, com especialização em Psicomotricidade pela FUMEC. Trabalha no Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus e na CLEAN UP.

grande preocupação em solucionar ou minorar os problemas ou dificuldades apresentadas. Os trabalhos desenvolvidos para o atendimento dessas pessoas, ou a própria família, não conseguem reconhecer ou valorizar as qualidades do indivíduo, já que o foco do tratamento recai sobre a sintomatologia.

A partir da minha prática clínica, em especial com os portadores de paralisia cerebral, percebo a importância de o sujeito ser reconhecido em sua totalidade, independentemente de suas potencialidades ou limitações.

Torna-se importante resgatar o sujeito, valorizar seu potencial, torná-lo capaz de aprender a lidar com as dificuldades e problemas apresentados. *“Como encontrar a qualidade de vida se os profissionais das áreas de educação e saúde, ou seja, aqueles que são preparados para atuar com pessoas e não com máquinas, ainda estão centrados na técnica e não nas pessoas como existência?”* (BUENO, 1998, p. 15).

Uma prática utilizada para trabalhar essa separação sujeito/sintoma é a Psicomotricidade. Trata-se de uma abordagem afetivo-corporal, onde o outro é aceito independentemente de suas limitações, interferindo e mudando essa relação.

Segundo Cabral (2001), cabe ao psicomotricista, enquanto parceiro simbólico, durante a terapia psicomotora, enfatizar as várias formas de relação afetiva, as diversas expressões corporais (não se importando se é apenas um olho que fecha ou um sorriso, quase imperceptível, que se abre). É a partir daí que o sujeito vai poder “falar” de suas fantasias e conflitos, de sua busca de conhecimento e reconhecimento, enfim, da afirmação de seu desejo.

2 PARALISIA CEREBRAL

O termo Paralisia Cerebral (PC) diz respeito a uma encefalopatia crônica não evolutiva, causada por uma lesão que acontece em um cérebro imaturo durante a gestação, no parto ou após o nascimento. É uma lesão estacionária, caracterizada por uma série de distúrbios motores, falta de controle dos movimentos, distorções na tonicidade, distúrbios da postura, desequilíbrio da atividade muscular. Essas alterações fazem com que os movimentos se apresentem descoordenados, estereotipados e limitados. A Paralisia Cerebral pode estar associada ou não a um comprometimento cognitivo.

Os quadros de Paralisia Cerebral são classificados de acordo com características semelhantes, tipo e localização da alteração motora, o grau de acometimento e o nível de independência nas AVD's (Atividades de Vida Diária). A divisão baseada em aspectos clínicos classifica a Paralisia Cerebral em:

- Espástica: onde o tônus muscular é resistente à extensão. Pode ser subdividida em 3 grupos: hemiplégica – comprometimento de um dos lados do corpo; diplégica – comprometimento maior dos membros inferiores; quadriplégica – comprometimento dos quatro membros, principalmente dos membros superiores.
- Discinética: coordenação motora ineficaz e comprometimento das variações do tônus muscular, caracterizando movimentos e posturas anormais.
- Atáxica: apresenta dificuldade em controlar a postura, principalmente quando assentado, dismetria, incoordenação motora, além de atraso de desenvolvimento cognitivo.
- Hipotônica: caracterizada por hipotonia que perdura além dos dois anos de idade.
- Mista.

De acordo com Xavier, Noce e Melo (2004), mesmo que o diagnóstico seja o mesmo para vários indivíduos, cada um deles evolui de forma individual, adquirindo habilidades e superando suas dificuldades em cada etapa de sua evolução psicomotora, dependendo da extensão da lesão e dos estímulos oferecidos.

3 PLASTICIDADE DO SISTEMA NERVOSO

A maturação do SN inicia-se na vida intrauterina, terminando somente na vida extrauterina, sofrendo influências de vários fatores: genéticos, gestacionais e do ambiente externo. O ambiente externo exerce grande influência no desenvolvimento do SN, portanto, é importante estimular a criança para que as alterações estruturais celulares aconteçam, permitindo o desenvolvimento de suas habilidades perceptuais, motoras, cognitivas e sociais. Esses processos neuroplásticos ocorrem em crianças assim como em adultos jovens ou idosos.

Segundo Annunziato e Oliveira (2004), muito tem sido dito sobre a plasticidade cerebral, sobre como o sistema nervoso (SN) pode reabilitar a si mesmo, através de estímulos adequados às células nervosas para que elas possam refazer conexões úteis e funcionais.

“Baseando-se nos novos conceitos de um SN plástico e dinâmico, enfatizamos que a neuroplasticidade viabiliza a recuperação do paciente neurológico, ainda que parcialmente. E principalmente, que a interação com o ambiente é capaz de provocar transformações estruturais e funcionais no SNC.” (ANUNNCIATO E OLIVEIRA, 2004, p. 84).

A importância do conhecimento sobre as causas, características, classificação, tratamento e prognóstico da paralisia cerebral é inegável. Porém, somente isso não fará com

que o portador de paralisia cerebral sinte-se uma pessoa completa, que faz parte de uma sociedade. Torna-se parte preponderante do tratamento a valorização das vivências próprias da infância e juventude, a participação em atividades laborais, familiares e/ou de lazer. Todas essas atividades seriam adequadas e compatíveis com suas potencialidades e com sua capacidade “*de aprender e de exercer um papel na sociedade em que vive.*” (SOUZA, 2004, p.212).

É necessário que o portador de paralisia cerebral, apesar das suas limitações e dificuldades, vivencie seu corpo, tenha experiências com o corpo do outro e com o ambiente. A partir dessas experiências, suas sensações serão reorganizadas, tornando-o capaz de adquirir novas habilidades, aperfeiçoar algumas já vividas, enfim, construir – ou reconstruir – o seu eu e relacionar-se com o mundo.

4 PRÁTICA PSICOMOTORA

A Sociedade Brasileira de Psicomotricidade define Psicomotricidade da seguinte forma:

“É a ciência que estuda o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo.

Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. É sustentada por três conhecimentos básicos: o movimento, o intelecto e o afeto.

Psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para uma concepção de movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização”¹.

No trabalho com deficientes, nem sempre é possível conseguir um movimento organizado, correto, pois as limitações físicas e/ou mentais não permitem um movimento “perfeito”.

O importante é buscar o movimento que o paciente consegue realizar, independentemente de como ele o realiza. É necessário entender o que o paciente deseja e auxiliá-lo na execução do mesmo. Muitas vezes, esse entendimento se passa pelo olhar ou por um movimento de cabeça.

¹ Sociedade Brasileira de Psicomotricidade. Disponível em: <http://www.psicomotricidade.com.br>. Acessado em: 13 jun. 2010.

Uma das abordagens que percebe o corpo, independentemente de suas limitações, como veículo de comunicação e intercâmbio com o mundo interno e externo é a *Psicomotricidade Relacional*. “A *Psicomotricidade Relacional busca num novo espaço instituinte, a expressão da criança em sua plenitude*” (CABRAL, 2001, p.68).

A *Psicomotricidade Relacional*, criada por André Lapierre na década de 70, utiliza do jogo livre, espontâneo e desculpabilizante. Trabalha com materiais pouco estruturados (bolas, papéis, almofadas, panos, bambolês, espaguete, caixas, etc.), o que permite à criança utilizar sua criatividade. O psicomotricista modula e decodifica a brincadeira, contendo e permitindo que fantasias se projetem e sejam vivenciadas de modo simbólico, num jogo corporal, que se desenrola gradativamente de forma espontânea.

“De fato é o nosso corpo o “objeto” mais importante. É ele o local da projeção de todas as fantasias da criança, símbolo polivalente de todas as suas angústias, de seus medos e de seus desejos; objeto de amor e objeto de destruição, local em que deve penetrar ou do qual deve libertar-se, síntese de todas as ambivalências e de todos os conflitos.” (LAPIERRE E LAPIERRE, 1987, p. 97).

A função da relação psicomotora, dentro de uma sessão de *Psicomotricidade Relacional*, é intervir no jogo lúdico, na cena que se estabelece entre psicomotricista e cliente. Essa intervenção corporal é feita nesse espaço transicional, que delimita uma zona intermediária entre o eu interno e o ambiente externo, entre o subjetivo e o objetivo, entre o esquema corporal (meu corpo) e a imagem corporal (como me vejo e como sou visto pelo mundo).

A *Psicomotricidade Relacional* fala, então, de um enfoque não exclusivo nos sintomas psicomotores que comprometem a adaptação do sujeito ao mundo, mas de dar vida, na cena psicomotora, a um espaço de projeção que se torna terapêutico.

Outro aspecto que surge em uma sessão de *Psicomotricidade Relacional* é a importância do limite corporal, da noção de integração do sujeito. Muitas vezes, é necessário retomar, simbolicamente, esse contorno corporal, para que o sujeito possa lidar com suas angústias e reescrever seu corpo, sua história.

Esse aspecto é importante para todas as crianças, principalmente para as que apresentam algum tipo de deficiência. Na maioria das vezes, as mães têm muita dificuldade em aceitar esse bebê “defeituoso, não perfeito”. Muitas vezes, elas cuidam da doença e dos sintomas do filho ao invés de cuidarem e reconhecerem o filho. O contato é realizado de forma mecânica, técnica, deixando faltar o afeto, o cheiro, o olhar. A *Psicomotricidade* trabalha essa relação, fazendo com que a criança recrie e ressignifique esse contato. É a partir

dessas primeiras relações que as noções de corpo, de sujeito vão se formando. O sujeito se constitui a partir do outro. É esse outro que nomeia, limita e contorna o indivíduo, dando a ele um significado, tornando-o sujeito.

De acordo com Vecchiato (1989), o psicomotricista deve buscar comunicar-se com a criança, a partir do modo de comunicação da mesma, independentemente da forma como ela se expressa, de maneira socialmente aceitável ou não.

A partir do momento em que a relação transferencial é estabelecida na relação psicomotora entre terapeuta e paciente, a criança se torna capaz de reviver situações conflituosas de sua infância. A possibilidade de recriar essas cenas junto ao psicomotricista faz com que a criança modifique sua percepção das situações e de como elas podem ser escritas de outra forma, de maneira mais positiva. Essa carga afetiva positiva é importante para a dinâmica do sujeito. É a partir dela que surge o desejo de se comunicar com o mundo, de ver e ser visto.

Como exemplo, relato o caso de L., 19 anos, portador de paralisia cerebral, que apresenta grande dificuldade motora, não verbaliza, não anda. É um adolescente perceptivo, interage com os colegas e demonstra muita vontade de realizar as atividades que são propostas nas vivências psicomotoras.

L. participou de um projeto embasado na Psicomotricidade Relacional, com frequência semanal e duração de uma hora. Era atendido com outras 7 pessoas, todas portadoras de algum tipo de deficiência. O projeto contava com uma psicomotricista e uma co-terapeuta. O espaço da vivência permitiu a expressão de comportamentos, adequados ou não, de habilidades motoras, de desejos, o que permitiu ao psicomotricista modular o comportamento para ações mais socialmente adequadas. Além disso, as vivências possibilitaram aos seus participantes a ampliação de suas experiências motoras e relacionais, colocando suas potencialidades em evidência.

A psicomotricista, durante a vivência, buscou fazer com que o desejo de L. viesse à tona, dando suporte às suas experiências, para que ele participasse de cada momento da vivência, experimentando novas possibilidades corporais. Seus movimentos são delicados, vagarosos, difíceis, quase imperceptíveis, mas a psicomotricista fez com que ele se sentisse um sujeito capaz e que soubesse aproveitar cada sensação.

Durante as vivências, a psicomotricista e a co-terapeuta usam meias antiderrapantes e os pacientes ficam descalços. Em uma vivência, L. demonstrou desejar tirar a meia de uma das psicomotricistas. Mas como executar tal ação se esse corpo dificulta a realização de seu desejo? A psicomotricista, percebendo a intenção de L., ajudou-o na

execução do desejo. Emprestou seu corpo como suporte para o dele, para que ele pudesse ficar em uma posição que facilitasse o seu objetivo, retirar a meia da outra psicomotricista. Emprestou também seus braços e mãos, para sustentar os movimentos de L. Depois de muito tentar, finalmente L. conseguiu seu intento, retirou a meia da psicomotricista. Segurou-a como um troféu, no alto, com os braços esticados (não só em função da paralisia, mas sim do desejo de mostrar a todo mundo que conseguiu seu objetivo!) e sorriu muito.

Para a evolução do tratamento de L., esse momento teve extrema importância, pois ele pôde dizer que era igual a todo mundo, ou que todo mundo era igual a ele, “sem meias”. Pôde sentir que ele é capaz de realizar seus desejos, mesmo com dificuldades; que consegue “falar” do que quer, do que precisa. Enfim, dizer que é sujeito, com desejos e vontades.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A psicomotricidade busca instaurar ou recuperar a criatividade que pode ter sido perdida, ou não adquirida, devido a falhas no processo de troca do sujeito com o ambiente a partir da vivência corporal. Vale ressaltar que não se visa à execução perfeita do movimento, mas sim à expressão do movimento desejado pelo sujeito. Para isso, promove um espaço – físico e transicional – onde o indivíduo possa expressar e ressignificar suas dificuldades, limitações e potencialidades relacionais pela via do trabalho corporal. Dessa forma, interfere de forma positiva nas questões cognitivas, sociais, emocionais e psíquicas, levando-o a desenvolver suas habilidades de ação inteligente, seja seu potencial íntegro ou esteja ele afetado por deficiências de qualquer origem.

“A criança que se descobre e afirma, pode se expressar e criar as possibilidades de compartilhar emoções e de construir algo de modo produtivo. Pode relacionar-se com o grupo, em sociedade, e crescer enquanto indivíduo consciente. Tornar-se-á um sujeito mais livre e capaz de poesia, no sentido de enfrentar as exigências do trabalho a que sua vida pulsional e relacional o submete. A criança pode ser capaz de ir além das surpresas e dos cortes com os quais a vida necessariamente nos obriga a confrontar. Ela pode criar menos estruturas neurotizadas e encontrar a possível saída de ser feliz na vida, criando e trilhando seu próprio caminhar e seu caminho de sujeito.” (CABRAL, 2001, p.68)

REFERÊNCIAS

Sociedade Brasileira de Psicomotricidade. Disponível em:
<http://www.psicomotricidade.com.br>. Acessado em: 13 jun. 2010.

ANNUNCIATO, N. F.; OLIVEIRA, C. E. N. **Influência da Terapia sobre os Processos Plásticos do Sistema Nervoso**. IN: LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. **Paralisia Cerebral – Neurologia – Ortopedia – Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

BUENO, J. M. **Psicomotricidade Teoria & Prática: Estimulação, Educação e Reeducação Psicomotora com Atividades Aquáticas**. São Paulo: Lovise, 1998.

CABRAL, S. V. **Psicomotricidade Relacional: Prática Clínica e Escola**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001.

GAUZZI, L. D. V.; FONSECA, L. F. **Classificação da Paralisia Cerebral**. IN: _____. **Paralisia Cerebral – Neurologia – Ortopedia – Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

LAPIERRE, A.; LAPIERRE, A. **O adulto diante da criança de 0 a 3 anos**. São Paulo: Manole Ltda, 1987.

SOUZA, P. A. **Aspectos Motivacionais na Reabilitação da Paralisia Cerebral**. IN: _____. **Paralisia Cerebral – Neurologia – Ortopedia – Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

XAVIER, C. C.; NOCE, T. R.; MELO, R. P. **Paralisia Cerebral Diagnóstico Diferencial**. IN: _____. **Paralisia Cerebral – Neurologia – Ortopedia – Reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 2004.

VECCHIATO, M. **Psicomotricidade Relacional e Terapia**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul Ltda, 1989.