

Contribuições à clínica da Terapia Ocupacional na área da intervenção precoce em equipe interdisciplinar¹

Dani Laura Peruzzolo^a, Luciéle Dias Oliveira^b, Magali Filheiro^b,
Ana Paula Ramos de Souza^{c,d}

^aDepartamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

^bUniversidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

^cDepartamento de Fonoaudiologia, Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

^dPrograma de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana,
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM, Santa Maria, RS, Brasil.

Resumo: Introdução: O atendimento a bebês considera que quanto mais cedo se intervém no risco/sintomas, maior a probabilidade de melhores resultados. **Objetivos:** Narrar o processo de intervenção precoce oferecido por um programa de extensão dos cursos de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia. Discutir os caminhos teórico-práticos para a clínica com bebês e para a terapia ocupacional. **Método:** Estudo de caso, com amostra de conveniência. Conta com avaliação interpretada, por meio de observação em sessão, considerando aportes teóricos psicomotores, terapêuticos ocupacionais e fonoaudiológicos. A intervenção se deu por um terapeuta ocupacional, em equipe interdisciplinar, nos meses de agosto/2011 a janeiro/2012; e março a julho/2012, uma vez por semana. A análise dos dados deu-se comparando a avaliação de ingresso e avaliação ao final do tempo de pesquisa. **Resultados:** O menino não havia elaborado conceitos de esquema e imagem corporal que o sustentassem na relação com objetos, com espaço e com o outro. Apresentava pouca evolução linguística. Considerando os aportes da terapia ocupacional na clínica psicomotora em intervenção precoce, o menino reconstruiu seu lugar familiar. O funcionamento de linguagem sintonizado às demandas do menino permitiu seu acesso ao simbolismo e apropriação linguística. **Conclusão:** A proposta de intervenção precoce com terapeuta ocupacional como terapeuta único, com suporte de equipe interdisciplinar, foi eficaz para ultrapassar os obstáculos estruturais e instrumentais ao desenvolvimento do menino.

Palavras-chave: *Intervenção Precoce, Terapia Ocupacional, Comunicação Interdisciplinar, Desenvolvimento Infantil.*

Contributions to clinical Occupational Therapy in the area of early intervention in interdisciplinary team

Abstract: Introduction: Specialized care for infants considers that the sooner the intervention in risk and symptoms occurs, the greater the possibility of obtaining better results. **Aims:** To describe the process of early intervention provided by an extension program of graduate studies in Occupational Therapy and Hearing, Speech and Languages Science courses and also discuss the theoretical and practical paths in the care for infants and in the Occupational Therapy area. **Method:** Case report with convenience sample. The study was carried out through an assessment interpreted in light of psychomotor, occupational therapeutic, and speech, hearing and language contributions. The intervention was under the responsibility of an occupational therapist supported by an interdisciplinary team. It occurred once a week from August 2011 to January 2012 and from March 2012 to July 2012. Data analysis was carried out by comparing the entry assessment test and the final assessment test. **Results:** The boy had not developed

concepts of body schema and body image that could sustain his relationship with objects, space and other persons. He presented little linguistic evolution. Considering the contributions of occupational therapy in psychomotor clinic, the boy reconstructed his family place in early intervention. The possibility of language functioning connected to the boy's demands allowed access to symbolism. **Conclusion:** The proposal of early occupational therapy intervention with a single therapist supported by an interdisciplinary team was able to overcome the structural and instrumental obstacles to the boy's development.

Keywords: *Early Intervention, Occupational Therapy, Interdisciplinary Communication, Child Development.*

1 Introdução

O atendimento clínico de bebês está alcançando status de fundamental importância no Brasil. O acolhimento durante a gestação, o estímulo ao parto humanizado e as técnicas de humanização nas unidades hospitalares, além de estratégias de seguimento de prematuros até idade mais avançada, têm levado os profissionais a diagnosticarem e encaminharem mais precocemente os bebês a atendimentos especializados. Essas ações fazem parte do Pacto Nacional para a Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, assinado pelo Brasil, em março de 2004. A Terapia Ocupacional, além de estar compondo com outros profissionais na detecção de risco de atraso ou transtorno no desenvolvimento de bebês prematuros, também está inserida nas equipes que oferecem tratamento específico, denominado em alguns setores da saúde como intervenção precoce (PERUZZOLO et al., 2014). Essa intervenção tem defendido conceitos que estão mudando alguns paradigmas do atendimento clínico de bebês com idade entre os primeiros dias até os quatro anos de vida, sendo, atualmente, considerada uma alternativa de tratamento especializado para um grupo tão fragilizado, que por um longo tempo sofreu as consequências da aplicação de técnicas elaboradas para aplicação em adultos.

Esses conceitos sustentam que os pais devem estar presentes no atendimento e são sujeitos da cena clínica, sujeitos da intervenção do terapeuta (FRANCESCHI; PERUZZOLO, 2011); e que o terapeuta deve compreender o desenvolvimento global do bebê e não somente um eixo de seu desenvolvimento. Por isso, a defesa de um terapeuta único sustentado por uma equipe interdisciplinar. Nas equipes interdisciplinares que compõem a clínica em intervenção precoce, o terapeuta ocupacional tem sido convocado ao atendimento, principalmente de crianças cujo obstáculo ao desenvolvimento tenha características psicomotoras (PERUZZOLO, 2009).

Nessa perspectiva, para a Terapia Ocupacional, os conceitos psicomotores são um campo de saber importante para qualificar ainda mais sua intervenção. Autores como Levin (2011) e Kupfer e Bernardino

(2009) defendem uma clínica psicomotora como uma prática que tem como eixo central o movimento e o corpo de um sujeito desejante.

Nesse sentido, a intervenção do terapeuta ocupacional junto a um sujeito em constituição é construída a partir do que afirma Jerusalinsky (2009, p. 48) quando diz que o “trabalho de reabilitação não é o de um músculo, senão de reabilitação do desejo que inerva, envolve e significa nosso corpo”. A Terapia Ocupacional pode acrescentar a esse desejo, como sendo produzido a partir da vivência do bebê, de seu lugar no cotidiano familiar. Nessa perspectiva, Takatori (2012, p. 41) afirma que as atividades do bebê e sua família podem ser tomadas como “produtoras de cultura e criações que dizem respeito à sua história e a apreensão de si e do mundo”.

Considerando o acima exposto, apresenta-se, neste estudo de caso, o processo de intervenção precoce realizado por uma aluna bolsista e uma docente do curso de Terapia Ocupacional oferecido por um programa de extensão dos cursos de Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia de uma universidade federal do interior do Rio Grande do Sul e a discussão de alguns caminhos teórico-práticos sobre esse espaço relativamente novo tanto para a própria clínica com crianças quanto para a Terapia Ocupacional.

2 Método

Trata-se de estudo de caso, com amostra de conveniência de um menino em risco ao desenvolvimento, identificado no projeto de pesquisa CAEE n. 0284.0.243.000-09 Funções parentais e risco para aquisição da linguagem: Intervenções fonoaudiológicas (FLORES; BELTRAMI; SOUZA, 2011) e encaminhado ao programa de extensão GAP/UFSM 028955, Detecção e Estimulação Precoce: uma Perspectiva Interdisciplinar, vinculados a uma universidade federal de cidade do interior do Rio Grande do Sul.

A intervenção precoce iniciou quando o menino tinha um ano e sete meses. Os três primeiros encontros foram de entrevista com a mãe e a irmã mais velha, as quais assumiram a terapia. No quarto

atendimento foram apresentados e discutidos os dados da avaliação e o plano terapêutico. Os atendimentos a serem considerados para análise neste estudo de caso aconteceram nos meses de agosto de 2011 a janeiro de 2012 e março a julho de 2012, uma vez por semana.

A avaliação do menino foi qualitativa e apresentou como foco os distintos aspectos estruturais do desenvolvimento infantil (biológico, psíquico e cognitivo) e instrumentalização na linguagem, psicomotricidade e em atividades de vida diária. O referencial teórico utilizado constituiu-se a partir de autores do campo da intervenção precoce (JERUSALINSKY, 2009), da psicomotricidade (LEVIN, 2011) da Terapia Ocupacional (BRUNELLO; MURASAKI; NÓBREGA, 2010; TAKATORI, 2012; PERUZZOLO, 2009) e da linguagem (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013; RECHIA; SOUZA, 2010). Os aspectos biológicos foram avaliados por meio de acompanhamento médico pediátrico do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos da UTI Neonatal do hospital universitário no qual o menino nasceu.

Para possibilitar a análise dos aspectos citados, foram realizadas observações e filmagens, não somente durante o período de avaliação, mas também durante o processo terapêutico. Além das interações da criança com o terapeuta, foram avaliadas as suas interações com a mãe e com a irmã.

A análise dos atendimentos e da evolução do caso deu-se na mesma linha metodológica, via observação das interações da criança com seus familiares (mãe e irmã), por meio de registros escritos, de filmagens e do processo de entrevista continuada com os familiares que acompanhavam os atendimentos.

3 Relato do caso

Gabriel (nome fictício) foi avaliado pela equipe do programa de extensão, composta por fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional. A equipe indicou o terapeuta ocupacional para o atendimento, pelo fato de entender ser esse o profissional que conduziria melhor, naquele momento, a intervenção, considerando os sintomas psicomotores que estavam dificultando o desenvolvimento do menino, associados à hipótese de possíveis fatores biológicos e prematuridade. Posteriormente, foram descartadas possíveis patologias orgânicas, por meio de investigações neurológicas e com a observação do próprio desenvolvimento de Gabriel.

A avaliação de Gabriel concentrou-se no discurso familiar, na avaliação quanto ao desenvolvimento do

menino, na instrumentalização da linguagem (sob os cuidados da fonoaudióloga interdisciplinarmente responsável pelo caso) e nos aspectos psicomotores. Os aspectos biológicos foram avaliados por meio de acompanhamento médico pediátrico do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos da UTI Neonatal do hospital universitário.

3.1 A história de Gabriel

Gabriel nasceu no sexto mês de gestação. O menino é o quinto filho. A família é composta pelos pais e quatro irmãos mais velhos, três meninas nas faixas etárias de 4, 12 e 19 anos, e um menino de 14 anos. Devido à prematuridade ficou internado em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), por cerca de três meses. Sua mãe também esteve internada no mesmo hospital em coma induzido, devido a hemorragias provocadas pelo desprendimento da placenta; a paciente permaneceu 42 dias hospitalizada, sendo 28 deles na UTI.

Após a recuperação de ambos, a mãe refere não se lembrar da gravidez, do período de internação e nem da filha mais nova, que tinha três anos na ocasião. Relatou pensar que Gabriel fosse filho de sua filha mais velha. O menino e a mãe haviam ficado internados sob o acompanhamento da irmã mais velha e do pai por todo o tempo de hospitalização.

A mãe relata que esteve sob efeito de antidepressivos e que não conseguia realizar as atividades domésticas quando retornou para casa. Conta que resolveu por conta própria parar de tomar a medicação, pois estava triste de ver a filha resolvendo tudo e ela “sem conseguir reagir” (sic). Foi nesse momento que a mãe assumiu novamente seu papel como mãe e esposa na família.

3.2 A avaliação da Terapia Ocupacional a partir das considerações da equipe interdisciplinar

Gabriel compareceu às avaliações trazido pela mãe e pela irmã mais velha. Nessas ocasiões, apresentava uma grande agitação psicomotora, não parando nos lugares. Pegava brinquedos, mas não explorava, não testava e rapidamente jogava longe. Circulou pela clínica com certa autonomia, parecendo não estranhar o lugar e as pessoas diferentes. Possuía um olhar atento, porém triste. Mantinha a boca aberta, com a língua para fora, o que provocava sialorréia, e possuía pouca evolução linguística. Quando chamado pelo terapeuta e até mesmo pela

mãe não respondia. Respondia sim às ordens da irmã. A mãe mantinha um tom de voz baixo, sorrindo com amargura enquanto olhava as abordagens não produtivas dos terapeutas.

Durante as entrevistas com a mãe, ela por várias vezes solicitou que a filha mais velha respondesse, pois dizia não lembrar muito das datas. A mãe informou que tomava medicações muito fortes e que não conseguia reagir. “A filha mais velha tinha que fazer tudo” (sic mãe).

Com isso fazíamos a primeira detecção: o menino foi cuidado por uma irmã e um pai preocupados com a sua saúde mas também com a saúde da mãe. Um menino que sofreu as intercorrências advindas dos cuidados clínicos exigidos pela prematuridade e de ter estado também em colos tensos, tristes, cansados como foram os da irmã e do pai. Como a mãe também não se lembrava da filha mais nova, manteve-se a ideia de que a falta de memória estava relacionada ao quadro clínico da mãe e não a uma possibilidade de negação do filho.

A mãe também relatava que toda família entendia o menino como “estranho, diferente e perigoso” (sic). Que ele se parecia com crianças com síndrome de Down, que era um menino “ruim” (sic). Ele quebrava, estragava, sujava, feria a si, seus familiares e animais de estimação. Só parava por meio de contenção física. A palavra parecia não fazer efeito. Esse relato era apresentado com um sorriso, tanto da mãe quando da irmã.

A fala e a postura da mãe, somada às atitudes durante as intervenções do terapeuta, já descritas acima, anunciam o lugar do menino, segundo momento importante da avaliação. O menino era reconhecido como quem corre, se bate, bate nos outros, derruba, quebra. E ele se entendia possuidor desse lugar. O lugar de um estranho, diferente e perigoso, afinal, “continuava tentando acabar com o que tinham em casa: primeiro foi a mãe, agora tudo” (sic mãe).

Quanto ao menino, Gabriel apresentava uma pobreza em termos de expressão facial, além da pouca evolução linguística (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013). Considerando-se os mecanismos enunciativos, a Fonoaudiologia observou que o preenchimento de turno pelo outro (mãe) não buscava uma interpretação das motivações, por exemplo, do choro de Gabriel. Ao não identificar as demandas do filho, a mãe não conseguia atribuir sentido (via linguagem) e, com isso, não enunciava para o menino o que acontecia.

Também se observava que o brincar simbólico não estava organizado e durante a avaliação

compreendeu-se que reproduzia sua agressividade através dos brinquedos: todos jogados fora ou feridos. A mãe relata que ele era sempre muito agressivo.

E, como terceiro ponto, compreendeu-se que Gabriel não possuía conceito corporal. Seu corpo se misturava com os objetos ou não era considerado na cena como, por exemplo, seguia caminhando por cima de um tatame mesmo quando esse já havia acabado. Chorava com a queda, porém não demonstrava ter entendido o porquê da queda e não pedia ajuda. Olhava para a mãe, mas não a convocava para ajudá-lo. Outro exemplo que pode ser citado é que se erguia sem temor mesmo estando embaixo de uma mesa. Seguia empurrando um objeto mesmo que no meio do caminho existisse uma cadeira que impedisse a trajetória.

O nó da questão desenrolou-se quando o menino apertou seu dedo em um brinquedo, chorou, mas de forma alguma conseguiu sinalizar o que estava acontecendo ou pedir ajuda. Só foi compreendido o que aconteceu quando a irmã o pegou no colo, depois de um pedido de ajuda da terapeuta, em que percebeu-se o brinquedo preso em seu dedo.

O menino não sabia onde e o que estava doendo. Não olhou para o dedo machucado, não o mostrou e muito menos ofereceu o dedo para ser acariciado. A irmã, por sua vez, dizendo “não foi nada”, mantinha-o no colo, mas não falava ou tocava no local da dor. Não acolheu seu corpo machucado e não deu um lugar de valor a ele, pois não explicou o porquê e como isso aconteceu.

Lançaram-se as primeiras hipóteses sobre o menino e a sua família na avaliação, para daí iniciar o tratamento: o menino, colado nas primeiras informações sensorio-motoras e nas relações especulares de tristeza e tensão familiar, reproduz em seu quadro psicomotor e em sua frágil linguagem a agressividade necessária para manter-se nesse lugar, retroalimentando sua família a seguir esperando dele a única coisa que sabia fazer: “machucar e destruir”.

3.3 A proposta terapêutica ocupacional e a evolução de Gabriel

A partir da avaliação e da discussão em equipe, o terapeuta ocupacional, considerando seus aportes teórico-práticos, associados aos conceitos da clínica em estimulação precoce e psicomotora em transferência (LEVIN, 2011), pautou o tratamento em dois eixos: a construção de esquema corporal e a elaboração de uma nova imagem corporal para o menino, sob a óptica da construção subjetiva de um novo lugar no

cotidiano familiar. Coube ao terapeuta oferecer ao menino um olhar, uma fala, um gesto, um convite que o descolasse da posição de “destruidor”.

Por um bom tempo de atendimento os brinquedos que eram jogados fora ou postos em perigo conversavam com Gabriel, reclamando da dor, dizendo que não queriam aquilo e convidando para fazer outra brincadeira. O corpo ferido de Gabriel também era marcado com a fala, com massagens e remetido à mãe como um pedido de socorro. Contávamos a ele o que havia acontecido a cada tombo, mesa derrubada, cadeira virada etc.

O olhar de interrogação do terapeuta ocupacional sobre o porquê da atitude de Gabriel e o pouco caso feito sobre as cenas agressivas despertaram no menino o interesse pelas propostas oferecidas. Ao invés de recriminá-lo ou contê-lo, o terapeuta ocupacional dava voz aos acontecimentos. Falava em nome do menino para a mãe e a irmã, pedindo ajuda para diminuir a dor das batidas, com um acolhimento carinhoso.

As reuniões com a mãe e a irmã (apesar dos convites, o pai nunca veio) foram espaços para que principalmente a mãe recontasse sua história e reconstruísse um novo lugar para o filho na relação familiar. Foi dessa forma que, ao longo do tratamento, o menino foi construindo conceitos importantes de esquema e imagem corporal.

A cada sessão Gabriel demonstrava maior tranquilidade, escolhendo brinquedos e aceitando a oferta de brincadeiras curtas, com início, meio e fim; ou maior concentração, prestando atenção na forma de brincar como, por exemplo, quando aprendeu a tocar um saxofone de brinquedo; e quando cuidou para não se machucar, tirando a mão no tempo certo do brinquedo; e deixou de jogar fora os brinquedos ou destruí-los, construindo brincadeiras de “reformá-los” ou de “namoro” entre eles.

Essas novas atitudes do menino eram sempre remetidas à mãe ou a irmã para que brincassem, aprovassem ou parabenizassem o filho/irmão pelas conquistas ou pela nova atitude. Isso foi produzindo na mãe reações de carinho e afeto. Ele pedia mais o colo dela, principalmente quando estava com medo ou quando se machucava. Esse sentimento informava ao terapeuta ocupacional que Gabriel estava conseguindo antecipar algumas situações que até então não aconteciam, pois antes tudo era imediato. A mãe acolhia com carinho, fazia cafuné e dava beijinhos carinhosos no rosto do menino.

Atualmente Gabriel tem controle sobre seu corpo, cuidando de si na relação com os objetos, com o espaço e com os outros. Aceita as brincadeiras

propostas pela terapeuta, cumprindo pequenas regras, e acompanhando as sequências de espaço e tempo dos jogos. Nos últimos atendimentos construiu histórias por iniciativa própria, as quais envolviam personagens namorando, animais sendo transportados e jogos de futebol. Quando estragava alguma brincadeira ou brinquedo, fazia semblante de estar chateado e solicitava ajuda para “consertar”. Gabriel convocava a mãe ou a irmã para consolá-lo quando se machuca e as mesmas acolhiam seus pedidos com carinho.

A questão da linguagem também alcançou avanços significativos. Gabriel produzia onomatopeias como au-au (para o cachorro), mó (para a vaca), cotó (para cavalo), sinalizava que estava passando um avião pedindo que todos parassem de brincar e escutassem. Chamava o pai e a mãe, além de palavras e combinações de palavras, como: tem, trem, bah, boi, ah não, pode, não pode. Já construía sons para interpretar suas sensações de medo e de força. Dizia “ó” para mostrar algo que estava acontecendo.

Conforme análise da Fonoaudiologia sobre os mecanismos enunciativos, observou-se que Gabriel apresentava o primeiro mecanismo enunciativo na apresentação do eu (Gabriel) de estruturas sonoras indistintas a partir da convocação do tu (mãe, irmã ou terapeuta). Apresentava também evidências do segundo mecanismo enunciativo de correferência verbal. Em outro momento, ao espelhar a fala da mãe ao enunciar “taaa” e “catá”, suas produções para “sentar”, anunciavam algumas incursões pelo terceiro mecanismo enunciativo pela instanciamento do nome, quando olhou para o espelho e disse “Ata” para seu nome (verdadeiro).

Gabriel passou a utilizar de modo produtivo os recursos linguísticos que possuía da língua. Assim, verificou-se que o paciente estava em processo de desenvolvimento do domínio semiótico e semântico da língua de modo sintonizado, ou seja, mobilizava seus recursos vocais em favor de uma riqueza de veiculação de sentidos os quais são interpretados e partilhados por seus interlocutores usuais: a mãe e a irmã.

Quanto à família, também se percebeu diferença a partir da terapia. Afirmaram, em uma reunião, que o menino estava conseguindo brincar, havia parado de babar e que mudara inclusive seu semblante. “Ele não tem mais cara de extraterrestre, hoje tem cara de homenzinho”, nas palavras da mãe. Nos atendimentos, no lugar da família calada estava uma mãe que falava em tom infantil e participava das brincadeiras com o menino.

4 Discussão

O atendimento em estimulação precoce é uma especialização na área da saúde que está sendo compreendida como uma intervenção clínica não só para o tratamento das patologias já instaladas no bebê por questões relativas a síndromes, malformações ou acidentes vasculares cerebrais (paralisia cerebral), por exemplo. Atualmente também possui caráter promocional, na prevenção da instalação de sintomas psíquicos que complicam o desenvolvimento do bebê. O público acolhido nessa modalidade de atendimento sempre foi o bebê diagnosticado com alguma questão orgânica e a abordagem terapêutica focava o desenvolvimento motor, a comunicação e a inclusão social que, normalmente, estava restrita a escolas especiais ou inclusivas.

Porém, recentemente alguns estudos de detecção precoce têm identificado outro bebê que necessita de intervenção o mais cedo possível (KUPFER et al., 2010). O bebê que sofre as consequências de um tipo de relação armada no cotidiano familiar que diminui seu potencial interativo com o outro materno (LAZNIK, 2013). Estudos considerando o protocolo dos IRDIs (KUPFER; VOLTOLINI, 2005) demonstraram que estados emocionais maternos depressivos e ansiosos (BELTRAMI; MORAES; RAMOS, 2013) associados a falta de apoio familiar e ao não planejamento da gestação produzem riscos ao desenvolvimento em 30% da população infantil, verificáveis na interação da díade mãe-bebê (FLORES; BELTRAMI; SOUZA, 2011).

Mesmo com resultados positivos quanto ao uso desse teste, anunciando a possibilidade de detecção precoce de risco ao desenvolvimento identificado já a partir dos quatro meses, a pouca divulgação e formação profissional para sua aplicação fazem com que ainda seja comum o encaminhamento tardio das crianças sem questões orgânicas mas com atraso no desenvolvimento. Foi o caso de Gabriel.

A partir das avaliações no programa de Estimulação Precoce, observou-se que os sintomas sobre o que o menino fazia com seu próprio corpo e os objetos e de linguagem indicavam e representavam risco a sua constituição subjetiva. É nessa perspectiva que o estimulador precoce deve conduzir sua leitura e sua intervenção sobre o paciente. Quando a equipe interdisciplinar lança a pergunta que sempre norteia a avaliação e a busca do terapeuta único para o atendimento, qual seja: o que está efetivamente “obstaculizando” (JERUSALINSKY, 2009) o desenvolvimento do bebê, deve poder considerar as questões motoras, cognitivas mas também psíquicas e sociais.

Para a terapia de bebês é necessário compreender o lugar subjetivo oferecido pelo espaço social e também estar atento à percepção sobre a capacidade de esse bebê utilizar seus recursos pessoais a fim de interagir com esse meio, para sua constituição como sujeito: da filiação (LEVIN, 2011), da cultura (VIGOTSKI, 1991), de direitos (BRASIL, 1990).

Sob a óptica da constituição do bebê, estudos dão ênfase às influências das intervenções maternas e paternas e destacam a forma como ele reage, respondendo de formas muito particulares (FRANCESCHI; PERUZZOLO, 2011; BARBOSA; PARLATO-OLIVEIRA, 2010). Atualmente, também a neurociência vem confirmando a defesa de inúmeros teóricos e clínicos em relação às evidências sobre o quanto “as vivências prévias exercem impactos decisivos na citoarquitetura do cérebro e na natureza das capacidades do adulto” (GONÇALVES, 2009, p. 112), destacando ainda mais as hipóteses sobre a possibilidade de o meio interferir também na qualificação das “competências do bebê logo ao nascer” (LAZNIK, 2013, p. 93).

Lévy (2008) aponta o termo “sintomas”, para discutir a forma como um sujeito responde às intervenções do meio. Para a terapia de bebês é necessário compreender o lugar constituinte desses sintomas na díade mãe-bebê e na tríade mãe-bebê-pai.

A agitação psicomotora e dificuldade de falar apresentada por Gabriel foram compreendidas pela equipe como os sintomas (sinais) que ele construiu para anunciar sua interpretação sobre a história familiar. Lévy (2008, p. 29) diz que o sintoma é uma “resposta da criança construída a partir da angústia de um dos pais, ou dos dois”.

Ao mesmo tempo e sob a óptica dos pais, é frequente serem encontrados fragilizados, demandando muito pouco do filho, ou ainda pior, paralisando o filho no sintoma, pois na relação especular, a “criança vê a si mesma como é vista” pelos pais (PERUZZOLO, 2009, p. 21). Isso traz sérias consequências à construção da sua imagem corporal, a ponto de, segundo a autora, a criança não conseguir imaginar-se como capaz de responder de outra forma que não a antecipada pelo olhar do outro.

Nessa mesma perspectiva interpretativa, os conceitos psicomotores e suas aplicações clínicas contribuem como campo teórico para se pensar a prática terapêutica em crianças tão pequenas, ou seja, em constituição. E assumem uma vantagem sobre outras terapias, pois consideram o sujeito marcado no corpo, por sua história, sua cultura, sua interpretação sobre o mundo. Para um bebê que está atrasado em seu desenvolvimento, tomá-lo somente

como condição motora é deixar de lado seu aparato psíquico e cognitivo. Da mesma forma, tomá-lo só a partir da perspectiva cognitiva ou psíquica é deixar seu corpo sem a experiência necessária para desenvolver-se.

A psicomotricidade é uma ciência que galgou sua importância para o desenvolvimento humano avançando nos estudos que relacionam a influência da psique sobre o corpo em movimento, nas relações com o mundo interno e externo (LEVIN, 2011). Mesmo possuindo sua origem entre as fronteiras da Neurofisiologia e Psicologia hoje a psicomotricidade adquiriu status no campo dos estudos sobre o desenvolvimento humano, agregando a seu repertório conceitos fundamentais como o de imagem e esquema corporal e que, atualmente, estão sendo pensados também para o período de constituição do sujeito (OLIVEIRA; PERUZZOLO; SOUZA, 2013).

Considerando os aportes psicomotores, foi possível supor que Gabriel havia se constituído a partir de uma imagem de tristeza, medo e angústia dos adultos seus familiares. Essa era sua imagem corporal fundamentada a partir de sua história individual e das relações armadas com seus familiares. Segundo Paim e Krueel (2012) a imagem corporal se estrutura pela comunicação entre sujeitos desejantes em uma vertente simbólica. Funda-se na história individual do sujeito e nas relações construídas com outros. Para Gabriel, nesse contato tratava de ser aquele que o olhar dos familiares anunciava que era: alguém sem limites para destruir.

A imagem corporal vai estruturando a vivência que o homem tem de si mesmo e do mundo, unindo os aspectos fisiológicos com suas forças emocionais (LEVIN, 2011).

Gabriel estava muito ocupado em ser o que todos esperavam que fosse (imagem corporal), e com isso o conhecimento sobre seu corpo, sobre o espaço, o tempo, ou seja, a construção de seu esquema corporal não avançava. Considerando-se o conceito de esquema corporal como a condição humana de tomar conhecimento do corpo: seu tamanho, peso, seus membros, postura e coordenação espacial (PAIM; KRUEEL, 2012), compreendia-se que Gabriel não necessitava saber sobre seu corpo, principalmente porque, não sabendo, corria mais riscos, mantendo-se no lugar imaginário de destruidor.

Quando a equipe decidiu que, para esse menino, o estimulador precoce deveria ser um terapeuta ocupacional, traduziu a ideia de que, no campo psicomotor, é necessário oferecer ao paciente recursos do seu dia a dia, experiências de seu cotidiano e, desse lugar tão comum a ele, poder encontrar alternativas para

“reinventar-se na vida junto às amarras institucionais do cotidianizar-se” (LONDERO; PAULON, 2012, p. 12). Entenda-se “amarras institucionais”, para esse caso, a forma como a família de Gabriel toma sua condição de sujeito.

A elaboração de uma nova imagem corporal a partir da construção de um novo “ser/fazer” no cotidiano do menino passa a ser o ponto norteador do atendimento do terapeuta ocupacional. Para isso, foi oferecida a Gabriel a possibilidade de brincar livremente no espaço terapêutico, levando em conta as reflexões de Brunello, Murasaki e Nóbrega (2010, p. 99), os quais afirmam que o brincar deve ser considerado como uma “ação espontânea, livre, propulsora de energia criativa e de experimentação do novo [...] uma maneira de se sentir à vontade para lidar com o mundo, aprendendo aquilo que quer e interessa aprender”.

O *setting* armado pelo terapeuta ocupacional em uma relação interdisciplinar com a equipe, a partir do brincar livre, ofereceu ao menino condições de apresentar sua interpretação sobre o mundo que conhece (imagem corporal) e também seu conhecimento instrumental sobre ele (esquema corporal). Essas ações que até então eram interpretadas pelos outros como “ato de destruir” passaram a ser reconhecidas pelo terapeuta ocupacional como a “ação propulsora de energia criativa” defendida por Brunello, Murasaki e Nóbrega (2010).

Cada ato de Gabriel, de jogar fora, pisar, amassar, o terapeuta ocupacional tomava como uma brincadeira e narrava ou fazia com que os brinquedos falassem com ele sobre outra coisa que não sobre sua agressividade. Os brinquedos se divertiam com os vãos, sentiam cócegas e até choravam quando eram quebrados. Mas todos queriam voltar a brincar com Gabriel. A partir desse lugar de não recriminação de um adulto sobre as ações do menino, inaugurado pelo terapeuta, foi possível oferecer uma nova forma de interpretar e vivenciar sua história, seu dia a dia.

Entendia-se que os gestos que pareciam ser somente “manipulação dos objetos/brinquedos” poderiam ser interpretados sob outra óptica e, desse lugar o menino poderia identificar uma nova lógica anunciativa. Num processo de releitura e reinterpretação sobre sua história e suas habilidades, surgiu também um espaço para a interpretação de manifestação de seus desejos a partir de criações pessoais.

O brincar foi tomado como “ação potencializadora” para tal, ofereceu potencial para o menino conhecer outros conceitos sobre seus gestos e questionar-se sobre sua posição no mundo, em sua história. Também, oportunizou espaço para a produção de prazer oriunda

da vivência dessa nova interpretação sobre seus gestos e, principalmente, o brincar foi o campo onde o menino pode construir, criar, experimentar seu novo lugar no mundo: tanto na interpretação sobre seu corpo quanto, na reinterpretação sobre sua história e, talvez, o mais importante, nas relações afetivas com sua família (KUPFER; BERNARDINO, 2009).

Aquele cotidiano marcado pela culpa, tristeza e angústia que se refletia em ações agressivas e destrutivas, pôde ser transformado, tanto pelo menino quanto pela mãe que participava dos atendimentos, em gestos de surpresa e carinho. Novas histórias foram sendo contadas e vivenciadas. Nesse momento foi possível compreender a importância de uma nova leitura sobre a imagem corporal reelaborada pelo menino. Conforme Levin (2011), é preciso existir um outro que dê condições para a criança ser alguém. Coube também ao terapeuta ocupacional ajudar Gabriel e a família a delimitar o corpo do menino. Falar sobre seu corpo e os lugares que ocupava. Tocá-lo, nomeá-lo e aconchegá-lo quando, por exemplo, se machucava. Assim, ajudando a mãe e a irmã a perceberem o quanto dar acolhida, também, ao corpo de Gabriel o ajudaria em seu processo de autoconhecimento. Para Levin (2011), o corpo também deve ser compreendido como um lugar de inscrição.

O fato de o menino passar a cuidar-se para não se machucar, demonstrando reconhecer partes de seu corpo, compreender o espaço e o tempo dos objetos na cena, anunciava para a mãe e para a irmã o quanto Gabriel tinha potencial para ser outro que não o destinado até o momento. Isso alimentava, principalmente na mãe, seu apaixonamento pelo filho, demonstrado por cafunés, colos de socorro, sorrisos de reconhecimento e diálogos de cumplicidade. Para a psicomotricidade, o toque no corpo, o gesto facial pode estar impregnado de significações que reordenam o movimento.

Nessa mesma ordem, compreendia-se que o espaço tomado integralmente pela família nas atividades diárias destinadas aos cuidados na alimentação, higiene, atendimentos clínicos e também na tarefa de evitar que destruísse coisas, ferisse familiares e animais de estimação ou se machucasse, o qual compunha um roteiro de investimento na manutenção da vida, agora se voltava à produção de desejo de viver e de ações criativas para alcançá-lo.

Na cena, não se tratava de oferecer um “novo roteiro de atividades” “orientando” ou “ensinando” a família. Para a Terapia Ocupacional, as atividades de vida diária devem ser compreendidas como ações que potencializem o sujeito em busca de seu processo transformador. Essas atividades ajudaram os pais

a compreenderem que o menino possuía potencial para mais do que eles acreditavam, e que, com esse reconhecimento, o menino também encontrava recursos para ser/fazer além do que era esperado.

Os atendimentos proporcionaram à mãe e à irmã a possibilidade de reconhecerem-se como sujeitos ativos na produção de um cotidiano familiar, estando diretamente relacionadas e envolvidas nas atividades criativas de Gabriel. Pois como aponta Takatori (2012, p. 131) “[...] para isso, o gesto necessita acontecer. E quando alguém pode ser reconhecido por seu gesto criativo, insere o diferente e novo”.

5 Conclusão

Os resultados alcançados possibilitam concluir que a estimulação precoce sustentada pelo terapeuta único e, principalmente, pela equipe em uma relação interdisciplinar, proporcionou a Gabriel um deslocamento de seus sintomas instrumentais e estruturais, oferecendo aos familiares a possibilidade de também reconhecê-lo desde o ponto de vista de outro lugar que não o de destruidor.

A definição da equipe pelo Terapeuta Ocupacional como terapeuta que reuniria e ofereceria os saberes necessários ao menino e a escolha pelo campo da Psicomotricidade contribuíram para que Gabriel encontrasse recursos pessoais no conhecimento de seu corpo e de seu potencial criativo, além do que sua interpretação sobre sua história estava lhe oferecendo até então.

Entende-se que tal abordagem teve sucesso em função não somente da formação interdisciplinar do terapeuta, mas da sustentação que a equipe interdisciplinar deu ao caso.

Referências

- BARBOSA, D. C.; PARLATO-OLIVEIRA, E. *Psicanálise e clínica com bebês: sintoma, tratamento e interdisciplinar na primeira infância*. São Paulo: Instituto Langage, 2010.
- BELTRAMI, L.; MORAES, A. B.; RAMOS, A. P. Ansiedade materna puerperal e risco para o desenvolvimento infantil. *Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 229-339, 2013.
- BRASIL, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Estatuto da Criança e do Adolescente*, Subchefia para assuntos Jurídicos, Brasília, DF, 1990.
- BRUNELLO, M. I. B.; MURASAKI, A. K.; NÓBREGA, J. B. G. Oficina de construção de jogos e brinquedos de sucata: ampliando espaços de aprendizado, criação e

- convivência para pessoas em situação de vulnerabilidade social. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 98-103, 2010.
- FLORES, M.; BELTRAMI, L.; SOUZA, A. P. R. O manhês e suas implicações para a constituição do sujeito na linguagem. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 143-52, 2011.
- FRANCESCHI, D. Z.; PERUZZOLO, D. L. A Intervenção em estimulação precoce com ênfase na relação mãe/bebê – estudo de caso. *Perspectiva*, Erechim, v. 35, n. 129, p. 113-120, 2011.
- GONÇALVES, F. S. Plasticidade cerebral e a clínica em estimulação precoce. In: HEIZ, M. M.; PERUZZOLO, D. L. *Deficiência múltipla: uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. São Leopoldo: Oikos, 2009. p. 112-114.
- JERUSALINSKY, A. O corpo na clínica. In: HEINZ, M. M.; PERUZZOLO, D. L. *Deficiência múltipla: uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. São Leopoldo: Oikos, 2009. p. 41-48.
- KUPFER, M. C. M. et al. Predictive value of clinical risk indicators in child development: final results of a study based on psychoanalytic theory. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 31-52, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142010000100003>.
- KUPFER, M. C. M.; BERNARDINO, L. M. F. As relações entre construção da imagem corporal, função paterna e hiperatividade: reflexões a partir da Pesquisa IRDI. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 45-58, 2009. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142009000100004>.
- KUPFER, M. C. M.; VOLTOLINI, R. Uso de indicadores em pesquisas de orientação psicanalítica: um debate conceitual. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, v. 21, n. 3, p. 359-364, 2005. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722005000300013>.
- LAZNIK, M. C. A. *Hora e a vez do Bebê*. São Paulo: Instituto Langage, 2013.
- LEVIN, E. *Clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Petrópolis: Vozes, 2011.
- LÉVY, R. *O infantil na psicanálise: o que entendemos por sintoma na criança*. Petrópolis: Vozes, 2008.
- LONDERO, M. F. P.; PAULON, S. M. A clínica enquanto acontecimento. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, n.14, p. 103-111, 2012.
- OLIVEIRA, L. D.; PERUZZOLO, D. L., SOUZA, A. P. R. Intervenção precoce em um caso de prematuridade e risco ao desenvolvimento: contribuições da proposta de terapeuta único sustentado na interdisciplinariedade. *Revista Distúrbios da Comunicação*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 187-202, 2013.
- PAIM, F. F.; KRUEL, C. S. Interlocução entre psicanálise e fisioterapia: conceito de corpo, imagem corporal e esquema corporal. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 158-173, 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100012>.
- PERUZZOLO, D. L. Espelho fotografado: a constituição subjetiva num caso clínico em estimulação precoce. *Correio da Associação Psicanalítica de Porto Alegre – AP-POA*, Porto Alegre, v. 16, p. 20-26, 2009.
- PERUZZOLO, D. L. et al. Participação da Terapia Ocupacional na equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar*, São Carlos, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014. <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.017>.
- RECHIA, I. C.; SOUZA, A. P. R. Dialogia e função materna em casos de limitações práticas verbais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 15, n. 2, p. 315-323, 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200010>.
- TAKATORI, M. *O brincar na terapia ocupacional: um enfoque na criança com lesões neurológicas*. São Paulo: Zagodoni, 2012.
- VIGOTSKI, L. S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

Contribuição dos Autores

Dani Laura Peruzzolo: responsável pela concepção do texto, organização de fontes e análises, redação do texto. Luciéle Dias Oliveira: responsável pela concepção e revisão do texto. Magali Filho: responsável pela organização de fontes e análises, redação do texto. Ana Paula Ramos de Souza: responsável pela concepção e revisão do texto. Todas as autoras aprovaram a versão final do texto.

Notas

¹ Este artigo relata a experiência clínica em intervenção precoce de um terapeuta ocupacional como terapeuta único apoiado por uma equipe interdisciplinar junto ao “Programa de Extensão Detecção e Estimulação Precoces: Uma Perspectiva Interdisciplinar”, vinculado à uma universidade federal do interior do Rio Grande do Sul. Todos os procedimentos éticos necessários foram realizados.