



Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

# Anais

## IV Seminário Internacional Sociedade Inclusiva

*Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços*

Belo Horizonte  
17 a 20 de outubro de 2006

*Sessões de Comunicações*

---

Realização:



## A CLÍNICA PSICOMOTORA NA ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS (APAE) DE BETIM-MINAS GERAIS

***Paula Ângela de Figueiredo e Paula***

PUC MG Unidade Betim

Rua Bambuí, 170, apt 101, Serra, Belo Horizonte, MG

Celular: (31) 91716479

pauladepaula@uol.com.br

### **RESUMO**

Este estágio de Psicomotricidade foi inicialmente pensado para agilizar o fluxo da “fila de espera” da APAE, que carece de profissionais para atender a toda a demanda que recebe. As estagiárias atenderam crianças e familiares de Portadores de Necessidade Especiais (PNEs), contribuindo para a obtenção de uma sólida formação epistemológica nesta especialidade, na qual contamos apenas com 9% de psicólogos no Brasil. A formalização de uma Clínica Psicomotora também foi um dos objetivos do projeto que ampliou o tipo de modalidade de atendimento oferecido pelo curso de Psicologia da PUC Betim, ao voltar-se para um público que sofre de síndromes neurológicas raras e problemas graves e desenvolvimento. Atendemos crianças e seus pais na clínica da APAE mas, por uma demanda da APAE-Escola, fizemos uma intervenção semanal em duas turmas com 16/18 alunos, onde foram desenvolvidas atividades lúdicas para trabalhar o esquema corporal, a lateralidade, as coordenações específicas e demais conceitos da psicomotricidade. Realizamos também 3 seminários de capacitação com todos os professores, pessoal de apoio, orientadores, psicóloga e a própria diretora, todos dispostos a discutir mensalmente temas de seus interesses. O corpo docente trabalhou em torno de identificar o lugar

da APAE-Escola em relação à escola regular, definindo seu papel na rede de atendimento para PNEs. Outro assunto que mobilizou os professores diz respeito ao tempo de permanência do aluno na instituição e a importância de se construir um projeto pedagógico que possa ser compartilhado pelos pais, contribuindo com a escola formal para a inclusão destas crianças na sociedade.

### **Palavras – chave: Clínica Psicomotora, necessidades especiais**

#### **INTRODUÇÃO:**

Desde o início de 2004, a PUC MG oferece um estágio de extensão em Psicomotricidade na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) em Betim, atendendo crianças desde a mais tenra idade até adolescentes de 15/16 anos, tanto na escola quanto na clínica da instituição. Toda a clientela da APAE já peregrinou por várias especialidades da clínica médica na busca da etiologia de suas doenças, nem sempre contando com um diagnóstico claro. Tanto para os casos orgânicos de paralisias e acidentes isquêmicos cerebrais, síndromes genéticas e a surdez periférica, quanto para os distúrbios globais do desenvolvimento – tais como o autismo ou os “*déficits de atenção e hiperatividade*” em que a etiologia é duvidosa – não temos uma indicação simples de tratamento (AJURIAGUERRA, J. e MARCELLI, 1986).

Independentemente de o diagnóstico estar definido ou não, sabemos que este tipo de patologia dificulta aos seus portadores, a sustentação de uma posição propriamente subjetiva no laço social, o que, muitas vezes, faz recrudescer os sintomas ou mesmo impedir a pessoa de superá-los. Esta condição, na maioria das vezes, cristaliza estas crianças na posição eterna de objeto de cuidados dos adultos que se responsabilizam por elas (VORCARO, 2004).

Sabemos que os profissionais que atendem a este tipo de clientela costumam negligenciar com a função clínica do diagnóstico, fazendo com que o tratamento acabe se direcionando para uma “re-educação psicomotora”. O alibi para a limitação teórico-clínica efetivamente implicada na proposta da “re-educação” vem da idéia

tradicional de que “o tratamento depende do paciente” e nestes casos específicos, não há o quê se fazer a respeito.

É exatamente em torno das conseqüências éticas do abandono da função clínica do diagnóstico por parte do profissional psicólogo, que o estágio procura se contrapor, apresentando uma clínica que aposta na aparição do sujeito como condição necessária para a reorientação, ou mesmo, superação dos constrangimentos impostos pelo sintoma. Para que esta pessoa possa sustentar, no campo simbólico, seu lugar de “especial” e não de incapaz, caberá aos pais ou responsáveis a intervenção no tratamento, visando mudar o discurso do Outro.

É curioso observar que este público de sindrômicos e portadores de paralisia cerebral não encontra tratamento psicológico na saúde pública em vista de a saúde mental ter uma política clara de desinstitucionalização do paciente psiquiátrico e os centros de reabilitação nem sempre terem incluído, em seus quadros, o profissional psicólogo, como no caso da cidade de Betim, em Minas Gerais. Muitas vezes este paciente é assistido pela Previdência Social, recebendo o “Benefício de Prestação Continuada” do Governo Federal e não é atendido por nenhuma unidade de saúde, pelo fato de ser tachado como um caso “perdido”, sem recuperação.

A história da Psicomotricidade nos permite identificar a influência da Psicanálise em um determinado momento da sua evolução teórico-clínica, embora a incorporação dos conceitos psicanalíticos muitas vezes tenha ocorrido de forma deturpada do sentido original concebido por Freud. (LEWIN, 1995)

O termo psicomotricidade aparece pela primeira vez com o neuropsiquiatra francês Dupré (1920), quando este percebe que há problemas motores que não mantêm uma correspondência ponto a ponto com os problemas neurológicos. As descobertas da neurologia – especialmente da fisiologia nervosa – em meados do século XIX permitiram dar início à diferenciação e localização das diferentes funções dos centros corticais. Em fins do século XIX e início do XX, com o auge do enfoque empírico-positivista, surge a demanda de que se saiba curar aquilo que a neuropsiquiatria diagnosticava como problemas psicomotores com causas orgânicas ou não.

A psicomotricidade desta época traz consigo o conceito de corpo instrumental, ou seja, uma máquina de músculos que não funcionam

adequadamente e que portanto devem ser reparados. Traz também a crença de que na medida em que isto é realizado, também melhoram “paralelamente” (doutrina do paralelismo mental-motor) a inteligência e o caráter/personalidade da criança. (LEWIN, 1995)

Em um segundo momento da história da psicomotricidade, esta foi influenciada pelas teorias psicogenéticas, que dão à emoção, à expressão e à afetividade uma visão interacionista observada na expressão “ente bio-psico-social”. Estas concepções totalizadoras do ser humano deram respostas tautológicas frente às perguntas relativas às causas das doenças, deixando vazia a demanda que o sujeito manifesta em sua perturbação psicomotora.

A clínica psicomotora da qual compartilhamos implica ocuparmo-nos do sujeito do desejo e não mais da pessoa, ocuparmo-nos da transferência e não mais da empatia tônica, do vínculo ou da comunicação corporal. Buscamos nos ater à vertente simbólica do sintoma e não da expressiva, o que faz com que nos detenhamos na estrutura dos transtornos psicomotores e não apenas nos signos.

A contribuição da Psicanálise freudo-laciana funda, portanto, a possibilidade de uma clínica centrada no corpo de um sujeito desejante, sem mais funcionar como uma terapêutica fundamentada em objetivos e técnicas. A inclusão do inconsciente no âmbito psicomotor trouxe conseqüências teórico-clínicas, de maneira tal, que o movimento humano passou a ter valor na clínica só enquanto significante.

É importante justificar que a proposta de nosso estágio, na clínica e na escola da APAE, difere portanto das abordagens psicomotoras mais conhecidas em nosso meio, pelo fato de buscar resgatar o caráter original dos conceitos da Psicanálise tal como pensados por seu fundador. Acreditamos ser impossível conciliar em uma mesma práxis as noções de pessoa e empatia com os conceitos de sujeito e de transferência, tal como teorizado por Freud e Lacan, sem sofrermos eticamente a iatrogenia que representa na clínica esta equivalência conceitual.

O campo das práticas corporais configura, atualmente, uma “torre de Babel”. O que vale dizer que, além de termos no mercado diversas abordagens de origem ocidental, temos sido diariamente apresentados às místicas orientais – algumas já verdadeiramente conhecidas – outras, absolutamente estrepantes.

Além disto, sabemos que o campo da “reeducação” esteve sempre dividido entre os fisioterapeutas, fonaudiólogos, terapeutas ocupacionais e até professores de educação física, mas que após a resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2001, a Psicomotricidade passou a se constituir uma especialidade da Psicologia. O estágio cumpre, portanto, com o compromisso de formar psicólogos capacitados para tratar deste tipo de paciente, já que foi comprovada em pesquisa (pelo CFP em 2002) que apenas 9% de psicólogos estavam inscritos nesta especialidade no Brasil.

O olhar psicomotor que aqui se enuncia inaugura um espaço que convoca a reflexão e discussão dos graves problemas que o desenvolvimento psicomotor de uma criança apresenta, privilegiando a todo momento o sujeito que se põe em cena na operação clínica, diferenciando-se de outros postulados psicomotores que só se ocupam do corpo como um “instrumento biomecânico” – ou, um “ente emocional”.

Em meados de 2004 foi-nos proposta uma demanda para estender nossa intervenção, que a princípio se destinava apenas à clínica da APAE, para a escola que a instituição mantém. Reorganizamos a agenda para atender a este pedido. Incluímos a educação psicomotora em nossos objetivos, por termos analisado esta demanda como o reconhecimento de que a psicomotricidade poderia dar à escola uma contribuição na construção de um projeto clínico para a instituição, considerando a necessidade emergente de estas “escolas” pensarem sua função na rede de serviços que fortalece a proposta da Escola Inclusiva. Afinal a APAE-Escola não pode mais ser considerada uma proposta de ensino regular (como de fato já o foi, no passado), pois isto tornar-se-ia um paradoxo no interior de uma sociedade que busca incluir a diferença.

A proposta do estágio foi divulgada em um seminário específico a todos os profissionais da escola que, aos poucos, foram se apropriando dele ao longo do ano. São duas as frentes de trabalho na escola da APAE. Uma se refere ao atendimento semanal de duas salas diferentes de crianças e a outra, consiste na realização mensal das “Oficinas Temáticas”, abrangendo todos os funcionários da escola, além do corpo docente. Estes espaços têm contribuído na resolução de soluções para problemas comuns, acolhendo a angústia vivida por todos os trabalhadores na instituição e incentivando a superação dos desafios impostos aos professores em sua missão educacional.

## METODOLOGIA

O estágio conta com duas estagiárias selecionadas mediante concurso publicado em edital da PUC MG e que irão trabalhar, cada uma, 10 horas por semana, ao cabo de um ano. Elas têm dividido o tempo com as supervisões, com o atendimento das duas salas na escola e dos casos na clínica. Na entidade desenvolvem trabalhos semanais abordando os conceitos principais da psicomotricidade, tais como: esquema corporal, lateralidade, todas as coordenações específicas (ritmo, óculo-manual, óculo-pedal, a marcha etc.), utilizando materiais estruturados (bolas, cordas, colchões etc.) e não estruturados (panos, barbantes, caixas de papelão e sucatas), sempre se valendo de técnica lúdica e não diretiva.

Em alguns momentos as estagiárias trabalham em dupla, com o objetivo de se beneficiarem nas atividades na sala de aula – e para darem conta de registrar os animados pelos professores – utilizando filmagem e fotos.

A supervisão é semanal e as estagiárias devem registrar seus atendimentos nos prontuários dos pacientes, além de apresentar relatórios das sessões gestadas na escola – material que servirá para subsidiar a formalização teórica dos casos clínicos e da intervenção junto dos professores – para futuras publicações.

O estágio se destina ao atendimento de crianças e suas mães e/ou responsáveis, que estão na fila de espera da APAE Betim, não raramente, a única instituição na comunidade que atende esta clientela. A APAE-Clínica dispõe de duas salas equipadas com materiais específicos ao atendimento das crianças, embora a proximidade com o Núcleo de Referência em Psicologia (NUPSI) do curso da PUC MG possibilite também o encaminhamento de outros casos para lá – embora os limites de uma Clínica Escola como o NUPSI reduza a capacidade de atendimento dos casos mais graves. Evidencie-se que desta limitação escapam ao interesse do presente trabalho.

Cada estagiária não deve atender a mais de 4 pacientes por semana, uma vez que os atendimentos se estendem para o acompanhamento das famílias e/ou responsáveis, para a interlocução com a professora das crianças e a formalização teórico-clínica dos casos o que, sem dúvida, reclama tempo para leituras e escrita. As alunas aprenderam a se utilizar dos inúmeros aparatos para avaliar o

desenvolvimento e distúrbios psicomotores, identificando os efeitos de subjetivação que tais procedimentos podem produzir na vida destas crianças.

A escolha dos casos atendidos são sempre definidos pela coordenadora da instituição e a supervisora do estágio, considerando a urgência do caso ou o tempo de espera na fila da instituição. Para os primeiros passos no atendimento, as estagiárias fazem uma anamnese com a mãe ou responsável pela criança, estudam o caso através do histórico clínico da criança e pesquisam sobre a patologia apresentada.

A clínica psicomotora não é um programa de “exercitação”. A criança começa a habitar o espaço que lhe é oferecido sem saber o que vai acontecer ali, nem do que vai brincar quando se põe a brincar. Mas, é exatamente neste espaço de *não-saber* oferecido pelo estagiário que se encontra a possibilidade de aparição do sujeito inconsciente. A Clínica Psicomotora é uma aposta na possibilidade de despertar o desejo e fazer advir, daí um sujeito – mesmo quando o que se consegue é a constituição rudimentar de um “eu corporal” que possa fazer um laço imaginário com o Outro.

Para isto, as estagiárias se equiparam de um grande número de atividades de estimulação sensorial, não só para iniciar um vínculo transferencial com a(s) criança(s), como para utilizá-las como estratégia na direção do atendimento, pois trata-se do exercício de habilidades necessárias, a instauração de um jogo simbólico em situação lúdica (ANDRADE, 1984). É necessário que o estagiário consiga lidar com as pulsões de sua própria criança na busca de satisfação de seus desejos, fundamentalmente no caso de atender “crianças especiais”, que nem sempre correspondem ao que delas se espera, nas respectivas fases de seu desenvolvimento; e, por isto será incentivado(a) a trabalhar em sua própria análise.

As supervisões do estágio são semanais, enquanto a discussão dos casos com os técnicos da instituição se realiza mês a mês. Os registros dos pontos mais relevantes de cada caso são anotados no prontuário das crianças para que a equipe que as assiste acompanhe mais de perto o tratamento.



## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Pudemos observar que a princípio a psicologia não desfrutava de credibilidade na clínica e na escola da APAE, reflexo da crença de que a Psicologia só pode contribuir enquanto tratamento, quando a pessoa fala – o que não é o caso de grande parte dos pacientes que sofrem de problemas neurológicos. Muitas vezes os atendimentos clínicos foram desmarcados sem prévia comunicação, não tanto porque os atendimentos são gratuitos, mas porquanto as mães priorizavam qualquer outro atendimento ao da psicomotricidade. A própria instituição parecia não entender nossa proposta de sair de uma clínica do déficit para uma clínica onde a aposta no sujeito se faz sob transferência, ou seja, de maneira pouco estruturada e nada ortodoxal. Isto começou a mudar com a aparecimento dos primeiros sinais de que tanto na intervenção na escola quanto nos atendimentos individuais, as pessoas demonstravam interesse pela atividade, dando claras mostras do estabelecimento de vínculo com as estagiárias.

Na clínica psicomotora, o diagnóstico sobre o déficit nada diz acerca do sofrimento da criança, já que o sofrimento é “dado a ver” em seu corpo e só assume sentido num encadeamento discursivo. A criança não sabe que há um dizer quando “dá a ver” a ausência do gesto ou um gesto grotesco, bizarro ou desarmônico. Na clínica psicomotora é o psicomotricista que analisa, lê e interpreta um dizer neste gesto ou em sua ausência, fazendo com que este deixe de ser puramente imaginário, para transformar-se em significante pela articulação que libera em uma cadeia simbólica. Apesar de haver dois corpos, há um só sujeito em jogo: o sujeito da transferência. Desta maneira o psicomotricista passa a fazer parte do discurso corporal da criança que se desdobra, dando-se a “ver” na transferência (LEWIN, 1997).

O desejo do psicomotricista é o campo sobre o qual se efetiva a prática psicomotora, pois é o de que desperte o querer da criança na sua expressão corporal. Na Clínica Psicomotora, particularmente entre aqueles garotos com necessidades especiais, não se pode esquecer do sintoma em seu corpo, já que qualquer sintoma na infância ocupa lugar diferente do que no do adulto (OLIVEIRA, 1997). Deste modo o psicomotricista encara o sintoma enquanto um problema real e opera também no instrumental. Sabemos que há um caráter evolutivo na infância, de

maneira que, para a criança, sua deficiência torna-se um obstáculo, um impedimento para o desdobramento de seu brincar, de seu fazer, da sua produção corporal e, portanto, de seu “estar” no mundo. É por isto que intervir no campo da transferência na Clínica Psicomotora com crianças portadores de necessidades especiais nem sempre é interpretar. Muitas vezes têm-se que indicar certas posturas, movimentar a criança, ajudá-la na execução de movimentos, sustentá-la para que não caia ou emprestar-lhe seu corpo para que participe de atividades em grupo.

No entanto, isto é feito a partir da perspectiva daquilo que se apresenta na situação, ou seja, o psicomotricista empresta seu corpo para significar algo que faça parte de uma rede simbólica. Ele paga com seus gestos, suas intervenções, seus movimentos, com suas palavras, utilizando e oferecendo seu corpo como instrumento significativo, só para metaforizar o desejo da criança. Isto é ao que podemos chamar de “disponibilidade corporal” do psicomotricista (LEWIN, 1997).

A criança capturada em seu corpo e em sua motricidade pela repetição compulsiva, por seu padecimento, tende a montar a mesma cena repetidamente, com personagens, argumentos e cenários similares. Desmontar esta cena coagulada e montar outra é o que se propõe na Clínica Psicomotora, enquanto possibilidade dinâmica para que o corpo da criança ocupe outra posição em relação ao espaço, ao tempo, ao Outro.

Para se tratar do corpo, do movimento, do tônus muscular, dos gestos e das posturas de uma criança em que se encontra obstruído o desenvolvimento psicomotor, a formação do psicólogo deve possibilitar-lhe distinguir a diferença e a especificidade entre a sua prática com a de um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um fonaudiólogo ou um professor de educação física, para saber como contribuir, genuinamente, quando estiver trabalhando em uma equipe interdisciplinar.

Da perspectiva na qual nos colocamos enquanto agentes formadores, estaremos sim, ampliando o número de atendimentos de crianças portadoras de necessidades especiais, mas principalmente favorecendo ao estagiário deste projeto a aquisição de saberes relativos à leitura do corpo, do movimento, das posturas do tônus muscular e dos gestos. Ou seja, aquilo a que denominamos dizer corporal, do sujeito afetado por problemas neurológicos e/ou sindrômicos graves, potencializando assim sua formação teórico-clínica.

## REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. e MARCELLI, D. **Manual de Psicopatologia Infantil**. Trad. de Alceu Edir Filman. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ANDRADE, Maria Lúcia de A. **Distúrbios psicomotores: uma visão crítica**. São Paulo: EPU, 1984.

ARFOUILLOUX, J.C. **A entrevista com a criança: uma abordagem da criança através do diálogo, do brinquedo e do desenho**. R.J: Zahar Ed., 1983.

CIRINO, O. **Psicanálise e Psiquiatria com crianças: desenvolvimento ou estrutura**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

DOLTO, Françoise e NASIO, Juan D. **A criança do espelho**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Trad. de Julieta Jerusalinsky. Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **A Infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor**. Trad. de Lúcia Endlich Orth e Ephrain Ferreira Alves. Petrópolis: Vozes, 1997.

OLIVEIRA, G. de. **Psicomotricidade: Educação e Reeducação num Enfoque Psicopedagógico**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

VORCARO, A. **Quem fala na língua? Sobre as psicopatologias da fala**. 1ª ed. Salvador: Ágalma, 2004.