

A criança com atraso psicomotor

EMÍLIO GUERRA SALGUEIRO *

I

Dupré define em 1905 a *psicomotricidade* como a associação estreita, que existe até aos 3 anos de idade, entre o desenvolvimento da motricidade, da inteligência e da afectividade (Heuyer, 1967).

A ideia de desenvolvimento liga-se à de estruturação; à de mudança de qualidade mais do que de quantidade (crescimento); e implica processos maturativos que se desenrolam em interacção com um ambiente.

Gesell (1947) e Piaget (1969) ensinaram-nos haver uma estrutura motora potencial que aguarda para a sua actualização a existência de um ambiente que facilite o exercício reflexo e a construção dos esquemas sensori-motores.

Freud (1905), Spitz (1965) e Mahler (1975) demonstraram que o desenvolvimento psicomotor se processa na dinâmica da relação próxima com personagens significativos.

As linhas de desenvolvimento da motricidade incluem a organização da postura e do equilíbrio; da preensão e da coordenação, por fim da locomoção.

No entanto, a hominização da psicomotricidade dá-se com o *aparecimento da intencionalidade*.

A passagem do sugar ao chuchar, ou do estender reflexo do braço ao estendê-lo dirigindo-o na direcção de um objecto, exemplifica o emergir do acto intencional (Wallon, 1970), acto e intenção reforçando-se mutuamente.

Surge o *gesto, exploratório e de apropriação* a princípio, *semi-simbólico* em breve («onde põe a pitinha o ovo»; «cu-cu», espreitando entre os dedos).

Aperfeiçoam-se *praxias simples* (beber de um copo, levantar uma tampa, tirar objectos de um recipiente, atirar objectos para longe) e a criança aprende a usar o *gesto como um meio de comunicação* (apontar, pedir, recusar).

A elaboração do gesto conseguido através do jogo (na relação com os outros e com os objectos), a maturação afectiva e cognitiva, acabam por conduzir ao *gesto simbólico*, contemporâneo da linguagem verbal simbólica.

A capacidade de simbolização (brincadeiras de «fazer de conta») e o adestramento prático permitem a construção de brinquedos (*play-things*) de que o «jogo do carrinho-de-linhas», descrito por Freud (1920), constitui o primórdio.

Freud observou a brincadeira, repetitiva, de um familiar de 18 meses, que consistia em fazer rolar um «carrinho-de-linhas» amarrado a um

* Psiquiatria Infantil e Psicanalista. (Comunicação apresentada no encontro «A Prevenção da Deficiência na Criança», em 26 de Março de 1981, no Porto.)

cordel, de que não largava a ponta, para baixo de um móvel, fazendo-o reaparecer, momentos depois, puxando pelo cordel. A repetição do jogo, efectuado na ausência temporária da mãe, representaria uma tentativa de *elaboração da separação mãe-filho* (desaparece mas reaparece). Assim se consolidaria a *formação do objecto interior* (conceito de permanência do objecto), se reforçará a *construção do espaço interior* e o *controle da angústia perante o estranho* (o não-mãe).

II

A gestualidade assenta na psicomotricidade e conduz à simbolização e à linguagem verbal. Isto se houver uma correcta *integração/intrínscção* dos processos perceptivos, motores, afectivos e comunicativos. Caso contrário haverá *atrasos e disarmonias maturativas*.

Adiante procuraremos fazer ressaltar que estes atrasos e disarmonias são sempre *estruturais* e de natureza *multidimensional*.

Propomos a seguinte «arrumação» para os *atrasos psicomotores*:

1. Atraso psicomotor simples.
2. Atraso psicomotor em perturbação motora.
3. Disarmonia psicomotora.
4. Disarmonia evolutiva.

III

1. Atraso psicomotor simples

Observa-se nos *deficientes sensoriais puros*, em especial nos cegos.

As crianças cegas (sem qualquer lesão motora, nem periférica, nem no sistema nervoso central) não se orientam para os sons antes dos 9-10 meses; gatinham com atraso, apesar de terem maturidade postural; não se interessam pelos brinquedos, e durante longos meses parecem ter um conceito insuficiente de objec-

tivos; não andam, de um modo independente, antes dos 2-3 anos (Freyberg, 1977).

Há, também, casos de atraso psicomotor simples por *estimulação insuficiente*. São as descrições magistrais do «hospitalismo» de Spitz (1965); são as crianças, referidas por Freedman (1977), que não sabem o que é tentar aproximar um objecto delas próprias, ou aproximarem-se elas de um objecto: embora sem qualquer lesão no sistema nervoso central, nem a prensão manual chegam a desenvolver.

2. Atraso psicomotor em desordem motora

É tipicamente o caso das crianças com *paralisia cerebral*, em que ao lado dos problemas na locomoção há sempre questões na postura, no equilíbrio, na aparição dos esquemas motores apropriados, na desapareição dos reflexos primitivos, nas coordenações perceptivo-motoras, nas praxias, etc. (Lévitt, 1977).

3. Disarmonia psicomotora

Abrangeria alguns casos de *crianças instáveis*, e as chamadas *crianças desajeitadas* (*clumsy children — developmental clumsiness*) (Gubbay, 1975).

Talvez aqui também se pudesse colocar o controverso quadro da *disfunção cerebral mínima*, e certas crianças com *dificuldades na aprendizagem escolar*, sobretudo as relacionáveis com *dificuldades grafomotoras* (discaligrafias, certas disortografias, certas dislexias).

4. Disarmonias evolutivas

São quadros de um modo geral mais graves, em que a desintração entre as diversas linhas evolutivas é mais marcada (processos perceptivos, motores, afectivos, cognitivos e comunicativos).

Estas crianças apresentam, em regra, um rendimento intelectual insuficiente, e constituem o grosso dos alunos das instituições de ensino reeducativo.

Com ou sem *componente orgânica*, poderá distinguir-se nestas disarmonias quadros de (a) *evolução «neurótica»*, constituindo um contingente importante das crianças com dificuldades de aprendizagem escolar, de (b) *evolução cognitiva deficitária com expressão psicomotora*, e de (c) *evolução psicótica precoce com expressão psicomotora*. O quadro (b) poderia evoluir para o (c), assim como do (c) se poderia passar para o (b) (Misés, 1975).

IV

Ressalta de tudo isto a *complexidade do quadro* apresentado nas chamadas *debilidades mentais*.

Sublinhamos, neste contexto, os importantes trabalhos do grupo do Centro de La Vallée, impulsionado por Roger Misés (1975).

Puseram em causa a unidade estrutural das «debilidades», defendendo serem o resultado de um *processo evolutivo multidimensional*.

Mesmo as debilidades mentais de maior «carga orgânica» (trisomia 21, por exemplo) mostram-se de forma diferente de criança para criança: há mongolóides sem linguagem, há mongolóides escolarizáveis. Porquê esta diferença, se o «estigma orgânico» não fosse apenas um factor entre outros?

Defende Misés (1975) que há um movimento evolutivo global da personalidade do «débil» onde se inscrevem *factores relacionais* (perturbações em momentos evolutivos graves) e *factores sócio-culturais* (não investimento dos mecanismos cognitivos, muitas vezes como protecção contra traumatismos afectivos poderosos). A fixação deficitária final seria sempre precedida por uma estrutura disarmónica de estrutura variável, *potencialmente alterável*.

Continua Misés (1975): «O débil tem uma originalidade individual que não permite reduzi-lo à dimensão deficitária»... «Mesmo a debilidade ligeira deve ser apanhada na sua complexidade, e não encarada como simples variação estatística em relação a um potencial genético».

Sublinha Misés (1975) a importância crescente da psicanálise na análise estrutural das

«debilidades». Aponta a contribuição dada por Melanie Klein, e afirma que o disarmónico faria mal a evolução pulsional que conduz à simbolização, e que estaria ligado ao domínio de angústia primária. A «energia psíquica» permaneceria ligada aos recalamentos primários, em vez de ser utilizada na mentalização: seria dissipada no controle e na anulação do mundo pulsional, em vez de permitir o acesso à mentalização. Ao lado destes pontos de fixação pré-genitais poderiam encontrar-se «ilhéus neuróticos»; a relação tornar-se-ia limitada a um objecto externo focalizado; haveria uma banalização e uma reportariação na relação objectal, e uma compulsão de repetição sem saída pela sua simbolização — impossibilidade de polise-mia (Misés, 1975).

Os quadros, complexos e evolutivos, acabariam por mostrar uma fixação deficitária dos instrumentos de integração, de adaptação e de comunicação, onde seria possível *descortinar um sentido e um desejo* (Misés, 1975).

V

Cada criança necessitará de uma atenta *avaliação médico-psicopedagógica*. O diagnóstico deverá desenvolver-se em três planos:

1. *Avaliação dos níveis maturativos* das diversas áreas de desenvolvimento.
2. *Avaliação da estrutura da personalidade* (incluindo as estruturas psicopatológica e metapsicológica).
3. *Pesquisa etiológica* (até onde for possível).

Não vamos desenvolver o modo de proceder a estas avaliações; sublinharemos apenas que a etapa de *diagnóstico estrutural*, muitas vezes menosprezada, é a que conduz a hipóteses de intervenções mais fecundas, como adiante veremos.

O diagnóstico correcto exige um *trabalho em equipa*, que poderá ter de abranger desde o obstetra ao pediatra (com formação em Desenvolvimento Infantil e Juvenil), do psiquiatra ao psicanalista infantil, do psicólogo à assis-

tente social, do geneticista ao terapeuta ocupacional, etc., conforme o caso.

Este trabalho em equipa só poderá ter lugar em *serviços apropriados de diagnóstico e orientação*, seja nos Departamentos de Desenvolvimento dos Serviços de Pediatria, seja nos Centros de Observação Médico-Psico-Pedagógica, de Saúde Mental Infantil, de Neurologia, Genética e Metabolismo Infantil, etc., também de acordo com as necessidades de cada criança.

VI

A «debilidade mental» é uma urgência em Psiquiatria Infantil, em Pediatria e em Saúde Pública.

A acção precoce, antes dos 3-4 anos, pode favorecer a elaboração dos rudimentos de vida fantasmática e de formação simbólica (Misés, 1975).

Ao lado da prevenção primária, centrada na etiologia destes quadros, há *toda a prevenção secundária importantíssima da fixação deficitária definitiva*.

Tal prevenção será feita por *intervenções de estimulação diferenciada*, após a análise estrutural, multidimensional, da criança.

Revela-se nociva a aplicação de teorias reducionistas (organicista ou psicogeneticista), mas muito mais nociva a organicista estrita, pois que despreza as possibilidades de intervenção precoce.

A terapia multidimensional adequada dará a maior ênfase à *introdução de novas experiências relacionais, educativas e pedagógicas*. Como diz Misés (1975), procura-se... «obter mutações progressivas, quer na organização mórbida, quer na rede que se lhe articula».

Professores, psicólogos e psiquiatras podem ajudar nesta estimulação (se acreditarem nela e a souberem fazer), ou, pelo contrário (como muitas vezes, infelizmente, se verifica), podem *contribuir para fixar o processo deficitário*.

Os medicamentos são ineficazes na grande maioria destas situações, pelo que não se devem criar falsas esperanças aos pais destas crianças

baseadas em remédios «miraculosos» (e, muitas vezes, caríssimos).

Nos casos em que há que introduzir medidas biológicas (dietas para corrigir defeitos metabólicos) ou farmacológicas (medicamentos anti-epilépticos, por ex.), *tal não basta para a necessária estimulação da criança*. Esta estimulação terá que ser escolhida no meio de uma panóplia de soluções possíveis: apoio mais correcto em casa, através de aconselhamento dos pais; estimulação fora de casa (individual — psicoterapia ou reeducação; colectiva — jardim-escola, escola normal, classe especial, escola especial, hospital de dia, etc.).

Podem ser necessárias terapias específicas, nomeadamente da psicomotricidade e da fala.

É o coordenador da equipa médico-psicopedagógica que tem de assegurar o *seguimento* do caso, promovendo reavaliação regular da evolução da criança.

É fundamental não esquecer o *apoio aos pais*, que pode ir do *reasseguramento ao aconselhamento*, e mesmo até à *psicoterapia*.

É curioso que Willis, já em 1672, no seu livro *De Anima Brutorum* tenha dito que: «Em relação ao tratamento desta doença, a imbecilidade, seja de origem congénita ou adquirida... podemos tentar cuidá-la, e acontece a doença retroceder. Mas este tratamento deve ser a obra conjugada de um médico e de um mestre-escola, para que a inteligência das crianças assim atingidas possa ser recuperada, e que sejam levadas, pelo menos, até ao uso da razão numa certa medida, e que assim sejam arrancadas do número dos brutos» (Misés, 1975).

RESUMO

O autor descreve a evolução do conceito de «psicomotricidade», desde Dupré (1905) à actualidade, e vinca a sua importância na compreensão do desenvolvimento afectivo, cognitivo e social da criança. Propõe uma classificação dos chamados atrasos psicomotores nas suas relações com as «debilidades mentais», e sublinha a sua complexidade, exigindo uma rigorosa análise estrutural. Descreve depois os passos diagnósticos e as estratégias para uma intervenção correcta.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit l'évolution du concept de psychomotricité de Dupré (1905) à nos jours, et rappelle son importance dans la compréhension du développement affectif, cognitif et social de l'enfant. Il propose une classification des «délais psychomoteurs» dans ses relations avec les «déficiences mentales» et souligne sa complexité qui exige une rigoureuse analyse structurale. Il décrit alors les pas nécessaires pour arriver à un diagnostic, et les stratégies possibles pour une intervention correcte.

SUMMARY

The author conveys the evolution of the concept of «psychomotricity» from Dupré (1905) up to the present, and refers its importance in the understanding of the cognitive, emotional and social development of the child. He proposes a classification for the so called «psychomotor delays» in its relations to «intellectual sub-normality» and stresses its complexity and the need for a careful structural analysis of each child. He describes next the steps leading to a diagnosis, and which are the strategies for the right kind of intervention.

REFERÊNCIAS

- FRAYBERG, S. (1977) — *Congenital sensory and motor deficits and Ego formation*. «The Annual of Psychoanalysis» (Chicago), VII:169-194.
- FREEDMAN, D. A. (1977) — *Studies in sensory deprivation*. «The Annual of Psychoanalysis» (Chicago), VII:195-215.
- FREUD, S. (1905) — *Three essays on the theory of sexuality*. S. E. VII, London: «The Hogarth Press».
- FREUD, S. (1920) — *Beyond the pleasure principle*. S. E. XVIII, London: «The Hogarth Press».
- GESELL, A. e AMATRUDA, C. S. (1947) — *Developmental diagnosis*. New York, Paul B. Hoeber, 1958.
- GUBBAY, S. S. (1975) — *The clumsy child*. London: W. B. Saunders.
- HEUYER, G. (1967) — *Introducción a la psiquiatria infantil*. Barcelona: Editorial Luis Miracle.
- LEVITT, S. (1977) — *Treatment of cerebral palsy and motor delay*. Oxford: «Blackwell Scientific Publications».
- MAHLER, M. S., PINE, P. e BERGMAN, A. (1975) — *The psychological birth of the human infant: symbiosis and individuation*. New York: Basic Books.
- MISÈS, R. (1975) — *L'enfant déficient mental*. Paris: PUF.
- PIAGET, J. e INHELDER, B. (1969) — *The psychology of the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- SPIZ, R. A. (1965) — *De la naissance à la parole*. Paris: PUF, 1971.
- WALLON, H. (1970) — *Do acto ao pensamento*. Lisboa: Moraes Editora, 1979.