

O MITO DE TÉSPIS



ORIENTAÇÃO EDITORIAL:

Fátima Deitos

INTEGRANTES:

Dalva M. D. Londero

Leris B. Haeffner

Evelyse M. de Verney

Herton X. Corseuil

Claudia M. Trevisan

Fernando Copetti

Maria Helena S. Ramalho

Zenite Machado

Vera M. da Rocha

Janice Sityá Padoin

O MITO DE TÉSPIS

ORIENTAÇÃO EDITORIAL

Fátima Deitos

INTEGRANTES:

DALVA M.D.LONDERO

LERIS B.HAEFFNER

EVELYSE M. DE VERNEY

HERTON X. CORSEUIL

CLÁUDIA M. TREVISAN

FERNANDO COPETTI

MARIA HELENA S.RAMALHO

ZENITE MACHADO

VERA M.DA ROCHA

JANICE SITYÁ PADOIN

SUMÁRIO

PREFÁCIO.....	3
INTRODUÇÃO.....	5
CAPÍTULO 1.....	9
CAPÍTULO 2.....	13
CAPÍTULO 3.....	17
CAPÍTULO 4.....	23
CAPÍTULO 5.....	31
CAPÍTULO 6.....	44
CAPÍTULO 7.....	51
CAPÍTULO 8.....	65
CAPÍTULO 9.....	76
CAPÍTULO 10.....	86
CAPÍTULO 11.....	91

PREFÁCIO

Mais uma vez a procissão em homenagem a Dioniso, deus do vinho, dirige-se ao lugar do culto. Todos cantam. Comovidos com a própria melodia, celebram aquele que lhes ensinara a exaltação dos sentidos.

Solenemente, no altar, o sacerdote prepara a cerimônia: o sacrifício é oferecido. Todos esperam o momento de ingerir a carne santificada.

Próximo dali, caminha Téspis jovem com uma grande missão: desdobrar-se em vários seres, transmitir outras imagens, outros rostos. O povo ainda não o vê, imerso que está. De repente, Téspis abre sua carroça e dela retira vários objetos: máscaras, cabeleiras, túnicas e sandálias. Depois se veste e arma a carroça como se fosse um altar. O povo volta-se para ele que está vestido de Dioniso, e afirma ser o deus.

O povo envolve-se, exulta e encanta-se. Nos céus Dioniso sorri, pois apenas a figura mascarada domina a cena: nascera o primeiro ator da história.

Porque escolhi Téspis como símbolo de nosso trabalho?

Porque aqui em casa, nos seminários das quintas à noite, também tivemos que viver vários papéis até formarmos um grupo coeso.

Como tudo começou?

De uma conversa informal do Ruy e minha em uma banca de exames, durante um intervalo. Talvez pudéssemos juntar os pediatras mestrando, com os mestres e mestrando da Educação Física e quem sabe outras pessoas que tivessem interesse em Pediatria Comportamental em uma mesma turma. E, assim foi.

Primeira quinta à noite, começam a chegar prontos para, não se poderia dizer, para um sacrifício, mas com olhos expectativos, cada um em seu papel, e... aos pouquinhos... o milagre foi acontecendo. A cada quinta à noite começamos a projetar-nos no universo infantil, e na medida que os capítulos se sucediam, nossas características, os diversos papéis que havíamos vivenciado apareciam.

Nossa temática era rica como um festim, tínhamos que ver a criança, a família, a escola, a doença, a limitação física, a sociedade, os processos de socialização, e, em minha sala, rodando pelo ar, bailando na luz, iam desfilando as crianças que tínhamos sido. As meninas e meninos que fomos na escola, as características de nossos pais e nós como filhos. Nossas dificuldades na escola, nossos percalços na socialização, nossa estranheza em relação a novos papéis que

outras pessoas poderiam um dia ter que viverão bebê de proveta, o embrião congelado que é nosso irmão de laboratório.

Nossos processos de socialização, nossos rituais de passagem, nossos namorados e namoradas nossos filhos bailavam em nossas bocas e palavras e palpitantes ilustravam nossas aulas. Vejam então, porque, escolhi Téspis, porque nós pobres mortais como êle, mas um pouco deuses, por nossa imaginação e fantasia, temos esta maravilhosa capacidade de: juntar algumas pessoas e pela nossa criatividade transformar um bando, em um elenco coeso que consegue elaborar uma obra linda como o Mito de Téspis; porque ela é linda, porque todos nossos filhos paridos de nossas cabeças, são sempre lindos.

Fatima, inverno de 1995.

INTRODUÇÃO

Quem são os atores de Téspis? Quem são os componentes da noite das quintas-feiras?

Dalva, nossa pneumologista, com seu jeito rápido e irrequieto, com sua fala sonora e sua competência, sempre atenta aos mínimos detalhes, é médica, prata da casa da UFSM, realizou sua residência médica em Santa Maria na área de Pediatria. Especializou-se em Pneumologia Pediátrica, em Porto Alegre no Hospital de Clínicas e é nossa mestrandia em Medicina na sub-área de Pediatria da UFSM. Seu trabalho sobre a asma é absolutamente sintético, é típico da especialista precisa que ela é. Seu enfoque psicossomático é um dos meus maiores prazeres dentro de minha carreira de mestra. Ver uma especialista clínica do seu gabarito, utilizando o enfoque holístico, é uma realização para o que sonho da profissão médica, e, que tenho pautado, por ensinar e manter.

Sua contribuição para nosso filho comum, é sobre a temática que mais a ocupa no nictêmero: a respiração, e neste capítulo, um assunto que envolve pneumologistas, família, pediatra, psiquiatras e psicólogos que é a asma brônquica. Yvelise, nossa cirurgiã, de fala mansa, motricidade controlada e distinta, como uma castela inglesa. Seu estilo é inconfundível e é extremamente agradável vê-la perguntar com uma curiosidade e misto de tranquilidade temas de Psiquiatria.

Seu trabalho versa sobre um tema no qual ela é exímia: cicatrizes, só que o seu enfoque, como não poderia deixar de ser, é o da cirurgia da nova era, a que se preocupa além da cicatrizes do corpo, das cicatrizes da alma.

Yvelise é especialista pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica, e tem uma trajetória já plenamente reconhecida, dentro de uma área polêmica para o mundo médico, que é o da mulher cirurgia. E como ela executa este papel com maestria, o de unir o charme, porque não o veneno da mulher, associados a uma competência especial da cirurgia.

Léris, uma das nossas docentes pediatras, ou diria melhor, pediatra docente ou diria ainda melhor pediatra-criança, uma especialidade maravilhosa de ser humano, que conserva pintado nos olhos e nas faces esse carisma da criança. Léris com sua simplicidade, seus exemplos práticos, sua vivência do cotidiano, é sempre lembrada pelos nossos all.

nos graduandos da Medicina, pois encarna o médico, aquele médico de cabeceira e que acalmou e acalma nossas noites febris de criança.

Seu trabalho, como não poderia deixar de ser, reflete seu estilo: que constrangimento, que complicação ter que tirar a roupa para ser pesado.

Ser pesado, sob todos os aspectos, ser avaliado já é complicado, imaginem, ainda mais tirar a roupa para um estranho, justo quando não estamos seguros de nosso corpo, pois nem sequer sabemos o que está se desenvolvendo.

Léris é pediatra, especialista em pesquisa do Desenvolvimento Humano, mestranda em Ciência do Movimento Humano. Como comentei no início exerce a função de professora auxiliar do departamento de Pediatria e Puericultura da UFSM. Janice dos Sityá, agora Padoin. Para caracterizá-la, precisamos partir da origem: da família excepcional do ponto de vista afetivo que ela provém. Em vinte anos de exercício médico que tenho, quantas vezes colaboramos juntos eu e seu pai para o bem estar de tantas e tantas mulheres. Recebê-la aqui com seu jeitinho preocupado com aquelas coisas gostosas do adultos jovens foi uma delícia. Vê-la dia após dia vibrar com seu apartamento, com suas conquistas e do esposo, insere-a definitivamente no grande papel da família de nossa época, tão sequiosa destes valores.

Janice também é prata da casa, e, realizou especialização em Intensivismo Pediátrico no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Seu trabalho é absolutamente baseado em seu dia a dia e insere-se na linha de dar, colocar no seu verdadeiro papel, o paciente, o pequeno, indefeso e não verbal paciente da UTI Pediátrica e a todo universo de emoções contraditórias, que envolve estes ambientes. Quanto temos e aprender nesta área, a do enfoque psicossomático da UTI, e sei que com este trabalho, Janice envereda por uma senda promissora e gratificante de pesquisa nesta área. Ela é nossa mestranda em Medicina, sub-área de Pediatria.

Maria Helena das Minas Gerais, da fala rápida, da cultura vasta, misto de ratinha de biblioteca com felina das planícies, e, em doses bem combinadas. Conhecer-la foi um acréscimo sob todos os aspectos. Ela veio de longe, de formação diferente, de sotaque distinto com todo seu papel composto, e conosco revelou-se uma esplêndida criadora, sempre crítica, com perguntas incisivas e atenta nas respostas, até que a satisfizessem.

Ela é licenciada em Educação Física pela Universidade federal de Juiz de Fora, mestra em educação Física e doutoranda em Ciência do Movimento Humano

da UFSM. É docente, professora adjunto da faculdade de Educação Física e Desportos da Universidade federal de Juiz de Fora.

Seu trabalho é uma delícia de ser lido e ouvido, ela leva-nos pela senda da crônica poética, com um sabor coloquial, que tem embutida toda uma cientificidade, o universo infantil desfila por sua câmara com a beleza com que os personagens da Comédia humana desfilavam para Balzac.

Herton dos Corseuil, rebento sólido, de fala pausada, do meu primeiro professor de Pediatria, o Porf. Telmo. Ambos, pai e filho tem es-tampada nos olhos a alegria de viver. Os olhos do Herton são pícaros e a medida que ia vivendo seus papéis, ia revelando todo um rico universo de afetividade que existe detrás daquela barba séria. Papai Noel gostaria de tê-lo em sua equipe, pois dentro dele, existe, nos doze meses do ano o Espírito do Natal.

Sua contribuição leva-nos ao início da educação formal, as vezes tão sofrida, ou tão desejada, mas sempre polêmica.

Cláudia da Fisioterapia, tão gentil, tão educada, tão gente. Cláudia é o nosso bambú, flexível, produtivo, capaz de produzir um papiro macio, mas, como é resistente contra o vento. Debaixo daquela fala suave daqueles traços delicados de boneca rococó, esconde-se uma guerreira de aço, capaz de enfrentar com arrojo qualquer desafio.

Cláudia é fisioterapeuta formada pela UFSM, é especialista em métodos neuro-evolutivos mestranda em Ciência do Movimento Humano e Professora de Fisioterapia Aplicada em Neurologia II, do Departamento de Fisioterapia e reabilitação

Vera, nossa educadora física e fisioterapeuta, da risada clara, dos grandes olhos, das chispas bem-humoradas, do tempero bem dosado das raças. Sua formação é de alguém totalmente voltada para as lides do movimento e esquema corporal. Sua facilidade em ser afetiva, sua afetividade de pele digna da admiração de um Ajurriqueria, que nela realizar-se-ia, por ver uma profissional tão próxima que pretendia para trabalhar com seus pacientes.

Seu “encaixo tudo, sono e incorporo” é atestado de formação e das preocupações que tem com suas vivências. Vera é professora de educação física pela Universidade de Passo Fundo, fisioterapeuta pela UFSM, professora de Fisioterapia Preventiva na Universidade da Região da Campanha, Urcamp, Bagé. E nossa mestranda em Ciência do Movimento Humano na UFSM.

Fernando dos Copetti, dos olhos claros, triste em um momento de uma perda importante e tão digno e sóbrio para contá-la. É o docente do século XXI, executivo, correto, apropriado, e, detalhe: sempre no fundo dos olhos, um ar de menino malandro pronto para fazer-nos rir. Seu papel de pai com que convivemos mostrou-me os ricos detalhes de seu interior.

Ele é professor de Educação física pela UFSM, especialista em Ciência do Desenvolvimento Humano pela mesma Universidade. É nosso mestrando e docente da Universidade de Cruz Alta.

Redescobrir o Corpo e o Movimento: Caminho Necessário e Inevitável é absolutamente próprio Fernando, é o mesmo projetado em um artigo.

Zenite, a pequena Grande mulher, do elenco de Téspis, que emoção causou em seus colegas e em mim, ao ler seu trabalho, interpretando com toda a veracidade seus sentimentos, e angústias interiores. Nos nossos papéis foi a mãe, com suas fraquezas e forças, seu afeto e suas dívidas, e espero que um dia seu filho possa ler com toda profundidade a riqueza do sua mão escreveu, não para nós, não para os outros, mas para ele, numa catarse sem limites. Seu trabalho é ela, e, ela é seu trabalho.

Nossa pequena é graduada em Educação Física pela UFSC, especialista em Recreação e Ocupação do Tempo Livre por essa Universidade, da qual também é docente do Centro de Educação física e Desportos
mano.

E nossa mestranda da UFSM em Ciência do Desenvolvimento HI

E assim iniciamos.

Foi um pouco difícil fazer os atores de Téspis projetarem-se no papel. Talvez um pouco pela dificuldade, que temos de falar de nós mesmos. Mas assim foi feito e olhem com carinho e deleitem-se com nosso filho.

CAPÍTULO 1

QUE SUFOCO: A REALIDADE DA ASMA

Dalva Maria Dalla Barba Londero

A função primária do sistema respiratório é oxigenar o sangue arterial dos pulmões e retirar o dióxido de carbono do organismo. A oxigenação é obtida pelo movimento do ar da atmosfera para os alvéolos, transferência do oxigênio através da membrana alvéolo-capilar e então sua combinação com a hemoglobina. A remoção do dióxido de carbono é a via inversa deste processo.

Os mecanismos respiratórios são essencialmente uma análise das forças estáticas responsáveis pela estabilidade do pulmão e parede torácica e das forças dinâmicas que resultam no movimento dos gases para dentro e fora do pulmão.

O funcionamento do aparelho respiratório aparece ao nascimento, no momento da passagem do recém-nascido da vida intra-uterina para o meio externo. A Asma Brônquica é um aspecto muito importante dentro dos problemas respiratórios. Asma - em grego Asthma - significa sufocação.

A asma é a doença crônica mais comum em crianças - situando-se em torno de 10%. Ela é uma doença complexa caracterizada por hiper-reatividade da árvore traqueobrônquica a vários estímulos, manifestando-se por um estreitamento generalizado das vias aéreas que pode melhorar espontaneamente ou somente após terapia intensiva. Os sintomas variam desde paroxismos recorrentes de tosse até dificuldade de respirar, podendo durar algumas poucas horas ou persistir por longo tempo, como meses ou mesmo anos. O padrão da asma varia consideravelmente.

Doente de indivíduo para indivíduo e até em um mesmo indivíduo, e severidade e frequência dos episódios podem variar sensivelmente em um determinado período de tempo. Embora a asma seja uma causa rara de mortalidade entre crianças, permanece como a maior causa de ausência escolar, restrição de atividades físicas e hospitalização.

Acredita-se que fatores psicológicos não sejam a causa primária de asma, mas podem afetar profundamente a severidade da condição e o sucesso do tratamento. Em algumas crianças, os sintomas da asma podem ser desencadeados por estímulos emocionais tais como excitação, medo, raiva, tristeza, frustração ou aborrecimento.

Algumas crianças podem representar novamente sua asma como forma de buscar a atenção ou ter ajuda em atividades desagradáveis.

Os problemas psicossociais como o fracasso escolar, sentir-se diferente das outras crianças e a depressão, podem levar a uma manutenção insatisfatória, subestimar os sintomas e conflitos interpessoais, e até a morte por asma em crianças.

As ansiedades e preocupações experimentadas por muitos pais e seus filhos são principalmente devido aos seguintes aspectos: a natureza e as consequências da doença; os efeitos que a asma produz na saúde de seus filhos e nas atividades sociais e escolares; o tratamento da crise e o reconhecimento de quando procurar ajuda; a prevenção das crises e 05 efeitos colaterais da medicação a longo prazo.

Uma importante atitude do médico é encorajar os pais dos asmáticos a falar sobre o que eles entendem sobre asma e como eles imaginam os atos que podem afetar seus filhos, fornecendo um meio dos pais revelarem suas ansiedades, dúvidas e medos, e proporcionando ao médico a possibilidade de dar aos pais o entendimento do conceito, etiologia, história natural, tipos de medicações e suas ações na asma, como forma de resolver ou minorar estas ansiedades. O medo da sufocação ou o risco de morte representam maior ansiedade. Outro medo de muitos pais, especialmente da mãe, é a perda do sono à noite devido a tosse e sibilância de seus filhos. O controle efetivo desses sintomas quebra frequentemente o ciclo vicioso sendo muito benéfico, ajudando a aumentar a tranquilidade em casa, com isso diminuindo o cansaço dos pais devido ao sono inadequado.

Outros dados importantes a serem relatados são os falsos conceitos sobre asma que são formulados por amigos, lidos em artigos de jornais ou revistas e que podem acarretar maiores angústias, tais como: "A medicação vicia.", "A medicação afeta o coração." Algumas crianças asmáticas são proibidas de realizar exercícios ou educação física com medo de que estas atividades possam piorar os sintomas, mas esta atitude só prejudica o desenvolvimento psicológico e social da criança.

A longo prazo, as crianças com asma e suas famílias têm que enfrentar alguns fatores estressantes tais como: a incerteza sobre futuros episódios de asma, o medo de admissão em salas de emergências e a interferência da doença na frequência escolar, sono, e atividades físicas e de lazer.

A manutenção efetiva da asma deve incluir considerações de ajustes psicossociais da criança asmática e da família. A intervenção do psiquiatra e psicólogo é indicada para casos selecionados de crianças asmáticas que deixam de apresentar melhora no seu estado clínico. Esta intervenção tem contribuído grandemente para o entendimento da dinâmica psicológica da relação da criança com sua família. A terapia de família mostra substancial ajuda no tratamento psicológico. Droga psicotrópicas raramente são indicadas.

Na tentativa de superar esses problemas emocionais, reduzir a morbidade causada por medos não reais, e melhor concordância com a terapia, têm sido desenvolvidos programas de educação formal. Ou de material escrito sobre a asma e sessões curtas para grupos de crianças asmáticas e seus familiares pode contribuir para um melhor controle da doença.

É importante deixar a criança ter liberdade de fazer as coisas que outras crianças não asmáticas fazem, tendo a mãe ao seu lado, nem superprotetora e nem indiferente; com isso não se tratando de desvalorizar a doença, mas de tranquilizar o ambiente no qual a doença se desenvolve, porque a "angústia do respirar" é vivida não somente pela criança, mas por todas as pessoas que a cercam, que podem contribuir para manter a doença.

O respirar é, ao mesmo tempo, o início e o fim da vida.

BIBLIOGRAFIA

1-Phelan, P.D., Landau, L.I., Olinski, A. *Respiratory Illness in Children* - Blackwell Scientific Publications, Melbourne - Austrália, 3 ed.,1990.

2-Loughlin, G.M, Eigen, H. *Respiratory Disease in Children- Diagnosis and Managemen* - Wilians & Wilkins, Baltimore - USA.

3- Ajuriaguerra, J. de *Manual de Psiquiatria Infantil* - Livraria Atheneu - Brasil, 2ª ed.

4-Stempel, D.A., Szeffler, S.J. *The Pediatric Clinics of North America* - W.B. Saunders Company, Philadelphia - USA, Vol. 39, N° 6, Dec-1992.

5-Kendig, Jr. E.L., Chernick, V. *Disorders of the Respiratory Tract in Children* - W.B. Saunders Company, Philadelphia - USA, 5^a ed., 1990.

CAPÍTULO 2

POR QUE EU TENHO QUE TIRAR A ROUPA PARA SER PESADO?

Leris B. Haeffner

O desenvolvimento humano engloba muitas áreas do conhecimento humano, todas preocupadas com as etapas ou os passos que ocorrem desde o nascimento de uma criança, e alguns autores desde a concepção, até a velhice, passando pelas diversas fases da vida: recém nascido, lactente, pré-escolar, escolar, adolescente, adulto jovem, etc.

Em cada fase destas é observado várias facetas do desenvolvimento como a que se observa num simples olhar, o aumento do tamanho físico do corpo ou a mudança na maturação assim como a capacidade de realizar tarefas cada vez mais complexas como o desenvolvimento motor, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento verbal, desenvolvimento da personalidade, desenvolvimento social, e outros, todos juntos formando um indivíduo completo e complexo. Bom seria se pudéssemos estudar ao mesmo tempo todas estas facetas, mas isto se torna quase impossível visto a grande complexidade de se analisar de forma adequada todas elas. Então se estuda, no geral separadamente cada parte do desenvolvimento conforme a especialidade ou o interesse de cada autor.

Dentro desta filosofia venho trabalhando com uma das partes do desenvolvimento humano que é o crescimento, na vida profissional, durante o curso de Especialização em Pesquisa do Desenvolvimento Humano e no curso de Mestrado em Desenvolvimento Humano. A primeira vista parece ser muito simples e fácil a realização de pesquisa nesta área, no entanto, exige além de crianças que estejam a disposição, técnica e precisão nas medidas para realmente ter valor científico. Quem deseja ser um pesquisador nesta área de conhecimento deve ter um bom conhecimento dos instrumentos necessários para sua prática, bem como a técnica correta para uma boa avaliação.

Os instrumentos utilizados para verificação do crescimento humano no geral são: para o peso a balança e para a estatura o antropômetro. Existe dois tipos de

balanças a tipo infantil onde o beta fica deitado ou sentado e está graduado em 10 gramas, e que pode ser utilizada até a criança pesar 16 Kg, por volta dos 3 anos de idade e a balança tipo adulto que tem diversas apresentações ou marcas sendo a mais utilizada a com plataforma e antropômetro acoplado, graduada em 100 g e que é utilizada a partir dos 2 anos de idade. O antropômetro que pode ser chamado de infantômetro quando medimos a criança deitada e de preferência até os 5 anos de idade, ou propriamente antropômetro quando medimos a pessoa verticalmente, crianças com mais de 3 anos pelo menos. Como comentado anteriormente existem balanças com antropômetro acoplado, no entanto esta é uma haste estreita que não permiti uma técnica realmente adequada, o melhor são antropômetros adaptados para este próprio fim, onde o indivíduo pode encostar a cabeça, as espáduas, as nádegas e os calcanhares.

Numa rápida descrição dos instrumentos podemos verificar que as duas medidas importantes para avaliar o crescimento são o PESO e a ESTATURA, a primeira, ou seja, a verificação do peso exige para sua técnica que a crianças esteja totalmente despida em lactentes e quase que totalmente despida, isto é, com roupas íntima (calcinha ou cueca) em crianças maiores. A partir de uma certa idade, no geral, maiores de 3 anos a retirada da roupa gera constrangimento por parte da criança, e isto, deve-se ter o bom senso de respeitar. A causa deste fato provavelmente se deva a convenções sociais e culturais incutidas pelos pais e pela própria sociedade à criança desde a mais tenra idade. Quanto mais velha a criança mais problemas são enfrentados na pesagem. Parece que temos uma exacerbação deste fenômeno na pré-adolescência e no início da adolescência quando a criança não quer se despir parecendo ser uma etapa da vida onde a sentimento de "vergonha" se exacerba. A adolescência caracteriza-se por mudanças importantes no tamanho do corpo (crescimento rápido em altura e aumento de peso e na forma do corpo com alargamento do quadril nas meninas e alargamento dos ombros nos meninos, mas principalmente no aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Nos meninos os pêlos pubianos e axilares, a barba, aumento de volume dos testículos, aumento do pênis em comprimento e na circunferência e nas meninas aumento das mamas, o aparecimento dos pêlos pubianos e axilares e a menarca.

Na prática diária em consultório, onde a rotina do exame é semelhante a usada na escola, para verificar o crescimento e a maturação, não observo

problemas de constrangimento ou vergonha, no entanto, verifiquei que foram bem mais difíceis as avaliações realizadas no ambiente escolar. Em relação a esta diferença, um ponto a ser comentado é a privacidade que o consultório permite, e não só porque é um único paciente a ser atendido individualmente, muitas vezes avalei uma criança sozinha também na escola (alguns preferiam entrar na sala com outros colegas), mas principalmente por não existir um grupo de colegas no outro lado da porta esperando para ridicularizar. Observei que há um sentimento de prazer em inventar situações fantasiosas e naturalmente inverídicas no intuito de atemorizar os colegas como por exemplo: "que se exigia que a pessoa ficasse totalmente nua, e até o absurdo, que era observado se a menina era virgem ou não". Por um bom motivo se ouviu com certa frequência após o exame, onde muitas meninas (com mais frequência que os meninos) perguntavam "é só isso?" Os meninos muitas vezes tapavam os olhos com as mãos ficando então bem mais tranquilos, na inocência de estar escondido. Outros num primeiro momento não permitiam o exame e voltavam mais tarde pedindo para serem examinados.

A dificuldade maior realmente foi em se examinar os meninos, em que para se verificar a maturação sexual deve se medir os testículos e penis. De todas as turmas avaliadas, de primeira a oitava série a que mais fantasiou e a que mais foi rebelde ao exame foram as quintas séries, o que corresponde mais ou menos a idade de 11 anos, portanto, um pré-adolescente ou no início da adolescência. Após uma primeira uma mudei a tática para examinar os escolares da quinta série, iniciava sempre pelos meninos e após as meninas, pois quando iniciei pelo sexo feminino tive dificuldade de examinar os meninos, porque as meninas inventavam histórias para os meninos, no entanto, os meninos também inventavam histórias para os meninas, mas, como quem examinava era do mesmo sexo delas, não se preocupavam, provavelmente se fosse do sexo oposto o problema seria exatamente o contrário. Na segunda escola iniciei os exames pelas quintas séries e pelos meninos.

Tivemos nossos contratempos na avaliação dos escolares, embora tivéssemos procurado ter o máximo de cuidado ao fazê-los, como por exemplo não se solicitou em nenhum momento a retirada de toda a roupa, e para verificação da maturação ficavam vestidos com a camiseta e com a calça e ainda assim eram cobertos com um lençol auxiliar.

Observei que o lençol auxiliar é uma boa ferramenta de trabalho e realmente tem muito valor pois quando usado, houve maior tranquilidade do examinado, com isso melhor avaliação pode ser feita.

O escolar sempre foi um pouco relegado inclusive pela Pediatria, é uma faixa de idade em que temos com menor frequência doenças, e não se tem no geral consultas regulares, pelo menos uma vez. a0 ano como seria o ideal, portanto, não temos uma cultura em saúde do escolar, talvez este seja o motivo de tanta preocupação e rebeldia com o exame médico.

Para quem deseja pesquisar crescimento e naturalmente maturação na faixa etária do escolar, deixo como conclusão de meu trabalho, que faça um bom treinamento, que avalie cada criança em separado, e que procure adaptar o ambiente para que se torne semelhante a de um consultório. Quanto as próprias crianças e adolescentes muita compressão, orientação sobre o exame e não exigir ou obrigar as crianças que realmente não querem ser examinadas a fazê-lo. Um bom trabalho!

BIBLIOGRAFIA

1. BARROS, F. C. & VICTORA, C. G. *Epidemiologia da Saúde Infantil*. 1a. ed. Hucitec-Unicef, São Paulo, 1991.
2. NELSON, W. E. et all. *Tratado de Pediatria*. 14a. ed., Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1994.
3. SMITH, D.W. *Growth and its Disorders*. w. B. Saunders Company, Chicago, 1977.

CAPÍTULO 3

AS "CICATRIZES NA INFÂNCIA

Kvelisede Verney

A cirurgia tem persistido ainda neste final de século, como uma grande angústia para o homem. A experiência de entregar-se à anestesia, inconsciente do que está sendo feito no seu corpo e o medo de não acordar, reavivam preocupações que são inerentes ao desenvolvimento humano, relacionadas à ansiedade de castração e sentimentos de separação e morte. As consequências da cirurgia poderão trazer mudanças consideráveis no desenvolvimento da vida do paciente, tanto fisiológicas como psicológicas.

«A criança é o pai do homem», diz o ditado. Logo, a cirurgia em crianças pode deixar "cicatrices " na vida psíquica do indivíduo. Tem sido observado em crianças, reações emocionais negativas em resposta à cirurgia, como regressão, terrores noturnos, negativismo, ansiedade e hostilidade. A cirurgia pode ser vista como um ato de represália, punição ou castração, provocado pelos pais, e, a atitude dos pais demonstrando ansiedade e falta de informação sobre o assunto, como a origem da ansiedade da criança.

A cirurgia em órgãos sexuais em crianças pode ser potencialmente danosa, especialmente naquelas que tem medo da castração, punição e retaliação. Distúrbios psiquiátricos tem sido mais encontrados em crianças que tiveram cirurgia genitourinária do que em pacientes pediátricos submetidos a cirurgia otorrinolaringológica, por exemplo. Meninos com criptorquidia (ausência de um ou ambos testículos da bolsa escrotal) podem apresentar distúrbios de comportamento, como brigar, isolamento e problemas escolares, ou tornarem-se ansiosos e depressivos, e ter este quadro piorado mesmo após a cirurgia. Homens adultos com diagnóstico de hipospádia (meato uretral fora da posição normal) operados na infância podem manter sentimentos de inferioridade e inadequação sexual decorrentes de sua anomalia congênita, os quais se refletirão socialmente na procura de profissões menos competitivas e menos responsáveis, apesar de possuírem capacidade intelectual similar a de seus colegas. A hipospadia também

pode suscitar nos pais ansiedade sobre a masculinidade do seu filho e isto é percebido pela criança. Apesar de ser uma condição física não visível, tornando-se geralmente um segredo familiar, a cirurgia faz com que a manutenção deste segredo fique mais difícil, e isto pode piorar o comportamento de meninos no pós-operatório, com agressividade e isolamento, trazendo problemas familiares e relacionamentos turbulentos com a equipe médica.

A criança com deformidade pode tornar-se uma criança sadia com um self não deformado, pois a percepção que tem do seu próprio ser baseia-se na vivência enquanto pessoa aceita.

As distorções do ego podem se originar das atitudes daqueles que cuidam da criança. O self, o sentimento que dele provém e a organização do seu Ego podem manter-se intactos quando a criança durante o seu período formativo percebeu seu corpo como normal.

O impacto da cirurgia nos vários estágios do desenvolvimento humano tem sido investigado na busca de atenuar as possíveis cicatrizes psicológicas desencadeadas pelo evento cirúrgico. Foi observado que crianças de idades diferentes reagiam de modo diverso à cirurgia. Crianças com menos de 5 anos ficavam mais assustados com a hospitalização do que com a cirurgia em si. O medo da cirurgia aumentava até os 10 anos e depois diminuía lentamente. Crianças com menos de três anos, na época em que não haviam salas de pré-anestesia com permanência da mãe, apresentavam mais sequelas emocionais do que crianças mais velhas. As respostas destas crianças comumente manifestavam-se como medos e terrores noturnos.

Deve ser considerada a perspectiva do desenvolvimento humano ao se estabelecer a época da correção cirúrgica de patologias eletivas, principalmente na área genitourinária, pois crianças de determinadas idades e estágios podem ser psicologicamente mais suscetíveis a um dado evento do que outras.

Dentro da linha do desenvolvimento emocional, os primeiros nove meses de vida representam uma ligação intensa do lactente com a mãe, formando uma unidade psicobiológica; o lactente não tem consciência individual ainda. Um ambiente psicológico saudável torna-se importante na recuperação de lactentes frente a situações de stress temporário. Na segunda infância, dos 12 aos 36 meses de vida, a criança melhora o seu desenvolvimento motor e a deambulação da criança representa uma das maneiras de separar-se psicologicamente da mãe. A

criança desenvolve a permanência do objeto, isto é, é capaz de manter uma imagem psicológica de uma pessoa na ausência desta, sendo possível tolerar a separação física da mãe sem pânico. Dos 15 aos 24 meses de vida, considera-se um período crítico no desenvolvimento de um self coesivo, com a 'separação incompleta'. A criança pré-escolar, dos três aos seis anos de vida, atravessa um período edipiano. Nesta fase, as crianças desejam que sua genitália seja normal e ficam assustadas com tudo aquilo que elas percebem como ameaça a sua integralidade física - corpo - e, especialmente, aos seus órgãos genitais. Estas ameaças são interpretadas como castigo e punição por sentimentos sexuais inadequados.

O entendimento do desenvolvimento emocional da criança frente a uma cirurgia salienta a importância do papel dos pais na resposta psicológica resultante da interação criança-pais-patologia. Sentimentos de negação, aversão, culpa, raiva e mágoa dos pais frente ao «bebê que não é perfeito poderão prejudicar psicologicamente a criança. O processo de ligação bebê-mãe é essencial nas primeiras seis semanas de vida. As separações da criança e da mãe neste período, quando possível, devem ser evitadas. Nos casos de malformações congênitas, os pais devem ser informados e aconselhados para que possam se sentir seguros sobre a etiologia e evolução da patologia, tornando-os cooperativos no tratamento. Na idade de 15 a 24 meses, a cirurgia pode representar na mente da criança uma situação na qual ela é forçadamente afastada de sua mãe por muito tempo, o que pode ser resolvido facilmente com a permanência da mãe no momento da pré-anestesia. A correção de anomalias nos órgãos genitais antes dos 3 anos de idade assim como evita comparações sexuais com companheiros e colegas também ajuda a limitar o tempo em que os pais tem uma criança anormal. A cirurgia neste período pode ser vista como uma punição.

Outra linha de desenvolvimento humano a considerar é o ponto de vista de imagem corporal ou seja, a representação mental do corpo físico. A percepção que a criança tem do seu corpo em relação ao meio deve ser valorizada nos casos de defeitos congênitos. A imagem corporal é uma variável psicossocial que acompanha o desenvolvimento psicomotor e, desta maneira, é influenciada pela atitude dos pais ou responsáveis pelo cuidado da criança. Quanto mais precoce for o reparo da patologia, possivelmente melhor será o desenvolvimento da imagem corporal. O aconselhamento dos pais é importante. O desenvolvimento sexual afeta a imagem

corporal. A imagem corporal sexual da pessoa é uma função da socialização, em grande parte. Nas crianças com problemas de intersexo, isto é, o sexo genético não se define bem na aparência da genitália externa, o tratamento terá mais sucesso se começado antes dos 2 anos e meio de vida. Outras patologias cirúrgicas urogenitais, como hipospádias, devem ser reparadas preferencialmente antes dos 30 meses. Após esta idade as oportunidades para comparação dos genitais, por ex. creches e escolas, provavelmente ocorrerão e a reação social dos colegas e companheiros será inevitável. No período de 30 meses até 5 anos e meio de vida, o medo da mutilação é ativado pela cirurgia.

O desenvolvimento cognitivo, por sua vez, é a linha de desenvolvimento humano que considera as mudanças do modo e da capacidade de pensar da criança em crescimento. Os esquemas, segundo Piaget, são sequências bem definidas e repetidas de ações, as quais serão aplicadas pela criança ao vivenciar novos objetos e situações. O período pós-nascimento até os 18 meses de vida corresponde a uma fase em que a criança não distingue entre ele próprio e o mundo externo. Suas ações são a fonte e a causa de todos os eventos. Objetos não familiares oferecem pouca surpresa e não tem permanência. Entre 18 e 24 meses, as funções simbólicas aparecem, incluindo a linguagem, jogo simbólico e imitação, e permitem a internalização de ações dentro do pensamento.

Na criança pré-escolar, estágio pré-operacional, o pensar está baseado no ponto de vista individual da criança, projetando os seus próprios valores na solução de problemas. No pensamento pré-operacional, a criança não consegue distinguir fenômenos físicos e psíquicos, animado do inanimado e isto contribui para o nível de crença na justiça imanente - “o mau comportamento traz automaticamente a punição”. O ponto de vista da criança sobre a doença pode depender do ponto de vista que a mãe tem da doença, da sua própria história médica e do seu nível de desenvolvimento cognitivo. O conceito de saúde é muito abstrato para ser compreendido por crianças menores de 10 anos, comparando-se o modo no qual é utilizado para adultos.

Em relação à cirurgia, é importante observar então que no período sensório-motor (até os 18 meses de vida), a criança não pode compreender porque a mãe a deixa sozinha numa sala. Palavras, como a mãe volta em um instante não tem significado para ela. Isto é ainda mais verdadeiro no ambiente hospitalar, onde dentro dos poucos esquemas infantis, a criança não encontra nenhuma

familiaridade. É importante manter a mãe com a criança em exames e até o momento da pré-anestesia em cirurgias. Na fase pré-operacional, a separação da mãe é menos dolorosa devido à permanência do objeto já ter sido consolidada nesta fase, mas a comunicação pela linguagem é defectível e as palavras usadas pela criança não tem correspondência no significado delas para o adulto, no entendimento de uma mesma situação. A linguagem permite memórias a longo prazo, que relembradas, influenciarão mais facilmente eventos posteriores. A idade entre 2 a 7 anos é o período mais difícil para hospitalizações porque o raciocínio da criança é ilógico, na visão do adulto, e egocêntrico. Estudos sobre a importância da preparação de pacientes pediátricos para cirurgia mostram que a criança deve ser alertada de maneira aberta e honesta pelos pais e outros adultos de confiança sobre a natureza do procedimentos que serão efetuados e duração do tratamento. As explicações devem ser simples e consistentes. Pode ser importante conhecer antes o hospital e a equipe de saúde. As crianças com mais de 7 anos, com capacidade para pensamento operacional, são capazes de entender versões mais adultas, porém, ainda podem ligar cirurgia à punição de modo inconsciente.

Se a separação da mãe é inevitável, sua duração e objetivo devem ser bem explicados à criança. Se a criança se encontra em um período edipiano, o medo de castração deve ser considerado. Crianças mais velhas tem medo da morte e deste modo, da anestesia, elas devem ser estimuladas a falar sobre os seus medos. Os pais necessitam educação e informação sobre estes processos psicológicos para ajudar a criança a superar sua cicatriz. O problema de patologias genitais e a identidade sexual deve ser abordado com cuidado, assegurando ao menino a sua masculinidade e contornando a ansiedade dos pais. Encaminhamento para a terapia deve ser estimulado quando ansiedade e preocupações irreais persistentes estiverem encobrendo sentimentos de culpa dos pais.

A criança anormal é outra criança, diferente das demais. Sentir-se diferente significa que será diferente na organização social feita para crianças inteiras e normais. Em um tempo em que ainda existem tabus envolvendo cirurgias em crianças pequenas, o atraso nas indicações cirúrgicas e o despreparo dos pais e da família tem propiciado o aparecimento de cicatrizes na infância. O reconhecimento dos aspectos do desenvolvimento humano aplicados à cirurgia pediátrica dependerão do processo contínuo de educação da equipe multidisciplinar que atua

nesta área e da divulgação destes conceitos na prática médica diária. Provavelmente, muitas cicatrizes poderão ser evitadas.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. *Manual de Psiquiatria Infantil*. Editora Toray Masson, Barcelona, 1975 3ª Edição

BERG,R.; SVENSON,J.; ASTROM,G. *Social and sexual adjustment of men operated for hypospadias during childhood: A controlled study*. J. Urol. 1981; 125:313.

KELALIS,P; KING,L.; BELMAN A. *Clinical Pediatric Urology*. 3rd ed. W.B Saunders, 1992.

MANLEY,C.B.; EPSTEIN,E.S. *Early Hypospadias Repair*. J. Urol. 1981; 125:698.

MANLEY,C.B. *Cirurgia Genital Eletiva com Um Ano de Idade. Considerações Psicológicas e Cirúrgicas*. Clin. Cir. Am. Norte Dezem-bro 1982; 6:1015.

SCHULTZ,J.R.; KLYKYLO,W.M.;WACKSMAN,J. *Timing of Elective Hypospadias Repair in Children*. Pediatrics 1983; 71:342.

CAPÍTULO 4

A CRIANÇA E A ESCOLA: O INGRESSO NA EDUCAÇÃO FORMAL

Herton Xavier Corsevil

1. Introdução:

Trabalhando a 8 (oito) anos em Escolas de Primeiro Grau com aulas de Educação Física Curricular, pude presenciar e acompanhar a chegada de crianças neste ambiente (novo para elas), trazidas por seus pais para iniciarem mais uma etapa em suas vidas: a da Educação Formal. E este é o tópico sobre o qual pretendo fazer algumas considerações, através deste texto, com base bastante empírica e, obviamente, com base em leituras, estudos e discussões com o Grupo de Estudos da Área de Desenvolvimento Humano, do Programa de Mestrado em Educação Física, da Universidade Federal de Santa Maria, e também com os colegas da Disciplina Pediatria Comportamental, ministrada pela Prof. Dra. Fátima Deitos.

2. Desenvolvimento:

O ser humano ao nascer recebe uma intensa carga de características que determinam seus traços físicos externos e sua personalidade (interna). Na interação com o ambiente ele definirá sua maneira de agir, isto é, na interação com a família, seus pais, vizinhos, colegas de escola e meios de comunicação ele deverá alcançar o seu desenvolvimento pleno como indivíduo de uma sociedade com cultura própria. Este processo pelo qual o homem passa é denominado processo educativo, e em todas as suas fases deve-se criar condições para que o indivíduo adquira os padrões de seu grupo, para atingir o máximo de suas potencialidades promovendo o fortalecimento de seu ego.

Psicólogos e estudiosos do Desenvolvimento Humano relatam que na faixa etária dos 6-7 anos as crianças estão com os potenciais cognitivos, motores e

afetivo-sociais em fase madura o suficiente para absorverem toda estimulação advinda do meio, com vistas para a sua plena adaptação, sendo a vizinhança e a escola os mais importantes agentes socializantes nesta fase de desenvolvimento, desde que consigam fazer parte destes grupos sem, contudo, se sentirem isoladas ou improdutivas. E a fase na qual tentam ganhar reconhecimento social através de sua capacidade e preparação para produzir no mundo adulto de sua sociedade, desenvolvendo habilidades e conhecimentos que vão além daqueles necessários ao sucesso no seio familiar, e sabendo que o reconhecimento pessoal virá de sua capacidade de realizar tarefas consideradas como desejáveis pelo seu grupo social. (Lindahl, 1988).

O desenvolvimento da consciência da criança está ligado a internalização de valores culturais propiciada pelo nível de maturação e pela capacidade de aprendizagem em dependência recíproca com o ensino da conduta social e das práticas culturais de sua sociedade. Os potenciais de ajustamento, amadurecimento e compreensão do ambiente se adaptam a suas características inatas promovendo a aquisição e o desenvolvimento da linguagem herdada na sociedade, modos de proceder, atitudes e valores.

O ambiente familiar estabelece os padrões de convivência, a percepção do certo e do errado, valores e atitudes para si e para com os outros. Ele exerce a primeira e a maior influência sobre a aprendizagem e o desenvolvimento social da criança (Garrison, 1979), sendo os pais os fomentadores de traços culturais e éticos advindos de sua sociedade e cultura, antes de seu ingresso na fase escolar.

Neste momento da vida, as crianças são levadas a participarem deste novo ambiente: a Escola. Esta serve como a primeira instituição que as diferenciara em função de suas realizações, o que estabelece uma aceitação condicional; no lar elas foram aceitas incondicionalmente, sem necessariamente terem feito contribuições próprias e através de laços de afeição (com os seus) necessários ao seu ajustamento emocional.

O ingresso na escola implicará na separação do meio familiar e na (re) adaptação social a um novo grupo, um novo mundo onde responsabilidades concretas vão tomando o espaço dos momentos de sonhos e fantasias, estabelecendo um processo de transição. Por estas características, o início da escolarização pode se tornar difícil em função dos novos ajustamentos que se fazem necessários por parte da criança.

Estes novos ajustamentos geram conflitos relacionados a própria escola, seu ambiente físico, os professores, os colegas, confeccionando uma "inadaptação que geralmente se revela por queixas do tipo recusa em ir à escola, agressividade, passividade, desinteresse, instabilidade emocional, comportamento desordeiro, somatizações, etc." (Marcondes, 1985, p.70)

O ambiente físico da escola diferencia-se amplamente do lar. Neste a criança circula livremente, podendo explorá-lo conforme seus interesses e necessidades (é o SEU ambiente), já na escola, o espaço físico fica delimitado a uma única sala e casualmente ao pátio, em horários pré-determinados, o que pode gerar ansiedades e incompreensões na criança. O tipo de sala de aula, a disposição do mobiliário, a posição dos alunos, são características típicas que, por mais que a criança tenha sido alertada, informada, podem evocar sentimentos temerosos, pois é uma estrutura organizada de forma completamente diferente de seu ambiente habitual (lar).

Podemos considerar também, alguns transtornos decorrentes da própria escola, como por exemplo, a incapacidade desta de adaptar-se com a agilidade necessária em relação a sua organização material e em relação a própria estrutura de seu currículo, isto é, de seus conteúdos e métodos oferecidos, que muitas vezes não são condizentes com as mec. todos e aspirações dos educandos; o número elevado de crianças em cal de aula, não permitindo atenção individualizada por parte do pro. fessor, também é um fato que pode gerar ansiedades em crianças com comportamento egocêntrico, dentre outros fatores também influentes e interagentes.

Em minha perspectiva, a escola deveria realmente ser uma continuidade do ambiente familiar em todos os seus aspectos, um espaço onde a criança tivesse a mesma liberdade de expressão e exploração. Deveria atuar como um grande suplemento da família na promoção do desenvolvimento intelectual e social das crianças. Deveria proporcionar segurança, estabilidade, ordem; deveria recebê-las mostrando-lhes como poderão assumir responsabilidades e aprender sobre a aceitação do mundo, sobre as complexidades da vida humana, sobre os relacionamentos interpessoais. Deveria organizar seu Currículo de forma a respeitar os direitos de participação das crianças começando pela organi zação dos horários de matrícula, pela discussão de princípios filosóficos norteadores de sua praxis, pelo acompanhamento do processo ensino-aprendizagem através da participação

coletiva da comunidade de modo a não vir a decidir sobre a vida das crianças isoladamente, e sim construir conjuntamente a busca da cidadania, preparando-as (as crianças) para uma carreira de aprendizagem que dura a vida toda.

Deve-se assumir hoje, a possibilidade da inadaptação da escola às atuais estruturas sociais, antes de considerar a criança como inadaptada.

Mais corretamente seria reconhecer a existência tanto de causas estruturais quanto educacionais, tanto de fatores intra-escolares quanto extra-escolares das possíveis desadaptações infantis.

O professor também é um dos importantes elementos do ambiente escolar que pode gerar ansiedades e temores na criança. Ele é o adulto no seio desta nova sociedade e representa o conhecimento e a autoridade diante dos alunos, de maneira bastante diferenciada das figuras materna e paterna. Os pais foram os primeiros "mestres" e as primeiras figuras de autoridade na vida da criança, e o sentimento de respeito advindo desta relação é naturalmente aprendido. Porém, o sentimento de respeito na relação professor-aluno é inicialmente impregnado pelo próprio medo deste indivíduo desconhecido, como também pelo medo de não receber aceitação por parte dele, em função de possíveis desvios de conduta. No ambiente familiar o "erro" até poderia ser aceito, desde que não exagerado. Agora, na escola, as atitudes não condizentes são percebidas e corrigidas pelo professor e observadas e até rejeitadas pelos colegas de sala, elucidando uma situação bem mais controlada e repressiva do que a própria atmosfera familiar.

Visando minimizar o impacto desta transição ambiental, os professores devem agir com muita compreensão, amizade e disponibilidade.

Devem criar condições que visem a colaboração, a compreensão mútua e a comunicação produtiva. Devem estabelecer um diálogo sem falsidades, com objetividade e muita justiça. Quase sempre a compreensão e a amizade são qualidades as quais as crianças valorizam mais do que as próprias habilidades didáticas ou as características pessoais do professor, favorecendo o ajustamento escolar.

"Ao reconhecer e aceitar seus alunos, ao se comunicar diretamente com eles, compreendendo suas necessidades e motivações tem possibilidades maiores de aumentar a qualidade interativa de sua relação, pois num conjunto funcional há complementaridade de papéis no processo da socialização, assumindo-se

sentimentos, emoções, lideranças, preferências, antagonismos, que estão sempre presentes na dialética da identidade-alteridade.” (Novaes, 1994, p. 193)

Os colegas de sala de aula também poderão ser componentes geradores de comportamentos conflituosos, por parte da criança que chega. O grupo de crianças de uma sala de aula é caracterizado por possuir uma quantidade expressiva de diferentes comportamentos, devido a própria quantidade e individualidade dos sujeitos que formam este grupo. Cada uma delas lá chegou com sua própria bagagem de experiências, com suas capacidades, habilidades e interesses próprios, expressando-os e externando-os muitas vezes sem medir consequências, gerando temores nas crianças menos extrovertidas. A própria diversidade nos modos de criação familiar de cada criança geram estas diferenças de comportamentos, e estas diferenças individuais explicitam formas de comportamentos que vão desde o isolamento até o extremo da extroversão, passando por atitudes agressivas e hostis, sentimentos de liderança, boa ou baixa aceitação no grupo, etc, sendo estas "desigualdades necessárias e integrantes do contexto das interações sociais, promovendo trocas e ampliações nas capacidades cognitivas, através da própria busca de soluções aos possíveis conflitos gerados." (Davis et ali, 1989).

Considerados todos estes fatores **extra-criança** (o ambiente engendrando os comportamentos apresentados) convém discutir também a possibilidade da existência de fatores **intra-criança**, os quais seriam considerados como possíveis transtornos psíquicos evidenciados pela própria expressão do comportamento temeroso demonstrado pela criança, suas reações negativas frente ao ambiente.

Estes transtornos são devidamente estudados e discutidos por diversos autores de áreas como psiquiatria, psicopedagogia, psicologia, etc, que descrevem as características particulares, etiologias, prognósticos e tratamentos mais utilizados na busca de resoluções cabíveis.

A juriaguerra (s/d) emprega o termo fobia escolar ao grupo de crianças que por motivos irracionais recusam-se a ir à escola e resistem com reações de ansiedade muito intensas ou de pânico quando se tenta forçá-las." Comenta que ela aparece devido a uma situação de dependência não resolvida entre mãe e filho, e pela existência de fatores precipitantes geradores de ansiedade na criança. Este autor faz algumas citações de outros estudiosos em sua obra, as quais levantam

como possíveis causas da fobia escolar a própria ansiedade de separação da criança. O medo de ficar "sozinha" na escola pode ser gerado pelo elevado nível de apego da criança com os pais, o qual gera algum grau de angústia quando ela se encontra afastada dos mesmos.

Atitudes de super proteção por parte dos pais colaboram para a dificuldade de separação demonstrada pela criança, pois viriam reforçar a sua vontade de permanecer em casa. E esta questão pode demonstrar que uma relação "patológica" entre pais e filhos, isto é, uma relação de apego excessivo, pode dificultar o desenvolvimento de condutas normais na criança, seus hábitos e atitudes, desencadeando possíveis transtornos posteriores, conforme o seu crescimento e desenvolvimento.

Talbot et ali (1992) conceituam esta atitude de negação frente ao ambiente escolar de **absenteísmo escolar**. Comentam que uma variedade de etiologias determinam este comportamento, mas que a causa principal é o transtorno de ansiedade de separação. Estes autores ainda relatam que o absenteísmo escolar pode ser visto em crianças com depressão ou transtorno de pânico, e que talvez não estejam evitando ou recusando-se a ir para a escola. Elas podem ser incapazes de ir, por motivos como imaturidade emocional ou intelectual.

Estudiosos afirmam que quando as crianças demonstram este comportamento fóbico em relação à escola poderão apresentar alguns problemas acadêmicos, evitação social e possibilidade de enfrentar o desemprego na idade adulta, pois, assim como existe a dificuldade de ir para escola, esta poderá ser transferida para o ambiente de trabalho, também, na forma de ansiedade e falta de adaptabilidade.

A estas considerações, Waldrom et ali, citados por Talbot et ali (1992), acrescentam: " Na idade adulta, estes indivíduos são altamente sintomáticos com somatização e problemas com agressividade), dependentes, orientados ao lar, frequentemente não se mudam de suas vizinhas originais e tendem a ter proles com problemas semelhantes."

O reconhecimento precoce por parte dos pais e da instituição esco. lar, da possibilidade da recusa em participar ativamente das atividades escolares vir a constituir-se em riscos psicopatológicos e psico evolucionários mais amplos, poderia, e assim se pretende, reduzir a magnitude com a qual suas consequências nas fases posteriores da vida são experimentadas.

3. Conclusão:

O conhecimento e a compreensão da situação e a busca de soluções para o problema aqui discutido serão as estratégias pelas quais pais e educadores deverão concentrar esforços, objetivando reconduzir as crianças às linhas ou canais normais de desenvolvimento, isto é, reconduzir as crianças a comportamentos direcionados para sua independência crescente e para a ampliação de suas capacidades de enfrentar frustrações e ansiedades que surgem durante o próprio crescimento da sua autonomia.

A etapa da educação formal é imprescindível a todos os sujeitos que compõem ou desejam compor uma sociedade. Mesmo que o nível de ensino de determinada instituição seja baixo ou que as possibilidades materiais sejam poucas ou inexistentes, o ambiente em si, desde que bem administrado, pode ser muito rico e possibilitador de trocas sociais altamente favoráveis aos ajustamentos das crianças "facilitando a transição para estilos de vida de uma adolescência sadia e, posteriormente, para a formação de uma identidade adulta participativa."(Corseuil, 1993).

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, J. de, & MARCELLI, D.; *Manual de Psicopatologia Infantil*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1986.

AJURIAGUERRA, J. de; *Manual de Psiquiatria Infantil*, São Paulo, Atheneu, S/D.

LIDZ, T.; *A Pessoa: Seu Desenvolvimento Durante o Ciclo de Vida*, Porto Alegre, Artes Médicas, 1983.

CORSEUIL, H.X.; *Perfil Psicossocial de Escolares de 4ª Série das Redes de Ensino Particular e Pública do Município de Agudo - RS*. Monografia não-publicada, CEFED/UFSM-RS, 1993.

DAVIS, C.; SILVA, M.A.S.S.; ESPOSITO, Y.; *Papel e valor das interações sociais em sala de aula*, IN: Caderno de Pesquisa, São Paulo, Novembro de 1989.

NOVAES, M.H.; *Distúrbios Psicossociais do Escolar*, IN: CONCEIÇÃO, J.A.N.; *Saúde Escolar: A Criança, a Vida e a Escola*, São Paulo, Sarvier, 1994.

GARRISON, K.C.; KINGSTON, J.A.; BERNARD, H.W.; *Psicologia da Criança*, São Paulo, Ibrasa, 1979.

LINDAHL, N.Z.; *Personalidade Humana e Cultura: aplicações educacionais da Teoria de Erik Erikson*, IN: Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos, Brasília, Setembro/Dezembro de 1988.

MARCONDES, E.; *Pediatria Básica*, São Paulo, Sarvier, 1985, V.1.

CAPÍTULO 5

CONHECER A CRIANÇA, CIÊNCIA OU ARTE?

Claudia Moraes Trevisan

1. Introdução

Como uma travessura, utilizando a arte - o dom, habilidade, o saber ou perícia em fazer..., vimos acontecer a ciência - o conhecimento, o saber adquirido. Ao mergulharmos através de flashes da arte e da poesia em conhecimentos da Pediatria Comportamental, revelou-se uma ínfima parte do que constitui o universo psicológico da criança, com a psiquiatria fetal, a criança e sua família, o ambiente escolar, a limitação física e a doença na criança, a criança sob o enfoque psicossomático, a criança com doença psiquiátrica até chegarmos na criança e a adolescência.

Creio que os participantes sentiram-se envolvidos de alguma forma, ao participar na construção deste amplo campo de conhecimentos, sendo assim fui movida a tecer algumas considerações em relação à experiência prática no tratamento e supervisão de crianças com atraso no desenvolvimento motor e Paralisia Cerebral.

Ao aportar essas experiências, espero traduzir algumas das angústias que são colocadas no transcorrer da atividade terapêutica e propôr referências possam que nortear a conduta do terapeuta frente a situações comuns em nossa prática diária, quando nos envolvemos com crianças portadoras de necessidades especiais. Esta reflexão constitui-se portanto em uma amostra de uma série de crianças/pacientes que possibilitaram a formação prática dos futuros fisioterapeutas; profissionais, estes para os quais, em relação à recuperação dos transtornos neuromotores, o entendimento do movimento e toda a sua complexidade, constitui-se na ferramenta básica.

2. Desenvolvimento

A relação terapêutica envolvendo a criança ocorre de forma diferenciada. A criança apresenta-se como um ser que necessita ser conquistado, onde a formação

do vínculo criança/terapeuta é imprescindível, a fim de que aconteça a sua participação e envolvimento na proposta terapêutica. Este envolvimento acontecendo de forma contextualizada através da interação criança/terapeuta nas atividades construídas em uma situação lúdica, envolvendo a afetividade e sendo demonstrado em suas intenções, expressões e diferentes formas de comunicação, possibilita ao terapeuta a evolução do simples ato mecânico, descontextualizado do mundo da criança para uma alternativa terapêutica mais compromissada com suas vivências. Essas premissas são as mesmas encontradas no relacionamento mãe/filho, onde a forma como a mãe percebe sua criança, ocorre através de seu corpo, da forma como este se movimenta, organizada ou desorganizadamente, pelo choro, pelo sorriso, pelos sons emitidos.

A importância da estimulação natural e espontânea providenciada pelos pais é referida por Coriat e Jerusalinsky (1983), como fonte e produto, causa e efeito, de um circuito de retroalimentação entre as crianças, seus pais e o meio. Os mesmos autores consideram que um ambiente pleno de afeto é a condição básica para que a criança estimulada por seus pais, de acordo com sua idade, encontre motivação para a ação e possa desenvolver a personalidade e o mundo que a rodeia. Vemos que o desenvolvimento da criança alimenta-se de todos os aspectos das relações vinculares com os pais e o ambiente diário.

A enorme importância aos desejos e esperanças dos pais em relação dos filhos é enfatizada por Dühress (apud Ajuriaguerra, 1980). As atitudes diferentes, se o nascimento da criança foi desejado pelos pais, apenas por um, contra a vontade dos dois ou de um deles, e segundo a atitude do resto da família em relação à ela e às crianças próximas.

A função materna é caracterizada por Coriat e Jerusalinsky (1983), como o vínculo mãe-filho, sendo o ponto importante no início da vida do bebê. Possibilitando à criança condições para interessar-se pela vida, brindando-lhe o alimento, o afeto, a comunicação. A função paterna por sua vez caracterizaria a continuidade da vida mais além da mãe, proporcionando autonomia suficiente para o bebê crescer com suas próprias forças.

As condições verificáveis na situação parental para Herren e Herren (1986), influenciam as relações mãe-filho. Ao serem vividas como insatisfatórias, são capazes de induzir a ansiedade, aspereza, e frieza. Certas atitudes e práticas, induzidas pelos pais, tornam-se pouco favoráveis ao desabrochar de relações

calorosas com a criança. Os pais geralmente conseguem não se deixar dominar por variáveis de ecologia sócio-afetiva pouco satisfatória.

Diante do nascimento de uma criança com problemas, Brandão (1985), comenta que ocorrem habitualmente alterações vinculares nas famílias, determinando prejuízos importantes para o desenvolvimento, além daqueles que a própria doença pode determinar, potencializando e agravando os sintomas criando dificuldade para a criança optar por viver. Os possíveis prejuízos devidos às alterações vinculares iniciais na vida de uma criança, gerados pelo enfraquecimento ou mesmo ruptura da função materna, mostram-se em alterações observadas no desenvolvimento infantil.

Resgatando a primeira colocação o "conhecer a criança" constitui-se em ciência ou arte? Acredito que o somatório dos dois enfoques possa explicar melhor a forma da abordagem terapêutica com a criança. O "ser terapeuta de criança" mesmo com suas limitações físicas, associadas ou não a distúrbios visuais, auditivos, cognitivos e afetivos entre outros, significa entrar em um mundo onde a criança se envolve na atividade e, somente desta forma ocorre o seu desenvolvimento.

Ao trabalharmos com a criança não devemos deixar de observar alguns aspectos, os quais Guimarães (1994) considera como importantes 20 desenvolver ao desenvolver a abordagem terapêutica com a criança, seu mundo, seus sonhos, suas expectativas, realizações e relações, seus direitos bem como o aspecto familiar.

As crianças aprendem e se desenvolvem através das brincadeiras, conforme comenta Finnie (1980). É um dos primeiros passos, nesse processo de aprendizagem acontece quando a criança torna-se consciente de si própria, aprende sobre si mesma e em relação aos outros, e compreende como funciona o mundo em torno dela.

As preferências nas brincadeiras, dependendo da idade e do grau de desenvolvimento de cada uma, também se modificam. No início, a observação dos pais, irmãos e outras pessoas é a tônica, expressada na repetição de sons, o bater de palmas. Logo vemos a iniciação ser substituída pelo desejo de realmente se tornar a pessoa, mas o amadurecimento emocional, estabelece o limite entre a ficção e o mundo real.

Com o desenvolvimento, à medida que os conhecimentos e as experiências se ampliam e o poder de imaginação da criança aumenta, aparece a simbolização nas brincadeiras. Com a simbolização mais sianetecida, a criança brinca com fantasias mais abstratas sem necessitar tanto de objetos. Na fase de pré-adolescência, quando a imaginação não é mais expressada em jogos de faz-de-conta, a criança começa a querer sua privacidade. Nesta fase os jogos e brincadeiras apresentam regras pré-estabelecidas, pois são formas de obterem maior segurança e controle preparando-se para as grandes mudanças na adolescência.

Vemos que os meninos e meninas diferem muito na escolha de suas fantasias, nas brincadeiras de uma maneira geral, os meninos gostam mais de interpretar super heróis ou personalidades ligadas a ação, enquanto as meninas preferem planejar suas brincadeiras.

Guilherme, 08 anos, com quadriparesia espástica grave à direita, e comprometimento na fala, constitui-se em um bom exemplo dessa preferência. Apesar de sua limitação física, a mãe lhe proporciona vivências que correspondiam a sua faixa etária e, o menino durante a terapia deixava terapeuta atônito, ao iniciar uma série de movimentos desorganizados, que assemelhavam-se a golpes. Ao questionar a mãe, esta respondeu que o menino estava interessado em assistir, no momento, a seriados japoneses na televisão, os quais reproduzia posteriormente quando em contato com o terapeuta. Guimarães (1994), ilustra esta situação quando afirma, "Não é possível ser real o tempo todo, ela precisa ser criança! Deixe-a sonhar. Sentir essa liberdade".

Notamos como é importante ao realizar a abordagem terapêutica, oferecer à criança o tipo de fantasia que mais se adequa a sua faixa etária, acreditando ser através do brinquedo que a criança começa a enfrentar os seus temores e adquirir domínio sobre as situações. A capacidade de percebermos a criança torna-se uma tarefa complicada quando estamos diante de um desenvolvimento que não é considerado normal. A existência de alterações de tônus postural, de atividade reflexa anormal, de padrões de movimento patológicos dificultam ou impedem a interação da criança com o meio. Além disso, a condição de estarmos nos deparando, pela primeira vez, com a deficiência na criança, pode gerar um sentimento de impotência por parte do terapeuta. Pois este deve explorar/conhecer como a criança, a partir de sua carga genética evolui em interação com o seu

ambiente interpessoal. Observamos a dificuldade do terapeuta em observar as pessoas, não isoladamente, mas dentro dos ambientes interpessoais, sociais, culturais em que vivem e dos quais podem obter apoio e direção.

A proposta terapêutica atinge seus objetivos quando baseia-se não apenas no referencial teórico que o terapeuta apresenta, bem como na forma como as atividades são propostas. A pessoa com quem o terapeuta se relaciona no tratamento deve ser vista como uma pessoa integral, com uma história de vida única e relacionamentos com os outros que dão sentido à sua existência.

O terapeuta aprende com seus pacientes e a tarefa nunca poderá ser terminada no espaço de uma vida, isto é o que acredita Lidz (1983). O paciente, e não a doença, é o foco de atenção, constituindo-se em outro ponto no quadro referencial para organizar as atividades terapêuticas.

Seu olhar, sua forma de comunicação, seus gestos demonstram se poderemos chegar à tocá-lo, e perceber como este toque poderá trazer modificações em suas respostas. Shaiene, 06 anos, apresenta uma quadriparesia espástica moderada à esquerda, com comprometimento visual, devido a um estrabismo, no manuseio, ao ser facilitada a reação de extensão protetora dos membros superiores à esquerda, a menina girou a cabeça e questionou com seu olhar, apesar de toda a dificuldade de fixá-lo, o que estávamos fazendo com ela. Observamos, que a situação terapêutica não deve resumir-se a uma movimentação passiva ou mecânica, desprovida de afeto, onde a intenção da criança na atividade não é considerada, ou esta se constituirá simplesmente em uma “invasão” no corpo do bebê ou da criança, sem respeitar a sua condição de pessoa.

O mais importante não é considerar a idade cronológica, conforme Bonamigo e cols. (1983), mas conhecer a criança nas suas potencialidades e limitações, adequando-se ao seu ritmo próprio de desenvolvimento. Aceita-se como pressuposto, que a evolução da criança depende tanto da maturação como da aprendizagem. Suas condições internas determinam o quando e o quanto ela é capaz de fazer, todavia o tipo de ambiente material e social no qual a criança cresce adquire grande importância, uma vez que ele constitui uma fonte de estímulos e experiências que acarretam um desenvolvimento normal ou desviado, já que a criança é responsiva ao tipo de estimulação que recebe. A estimulação deve proporcionar condições para que a criança desenvolva-se adequadamente em cada estágio maturativo.

Todavia não basta organizar o ambiente e oferecer os estímulos para que a criança se desenvolva normalmente. O valor e a eficácia da estimulação dependem basicamente do contexto afetivo em que esta se insere e da qualidade do relacionamento do adulto com a criança. Uma estimulação somente será eficaz se realizada sobre a base do vínculo afetivo e de trocas amorosas: sua execução mecânica e desvinculada de afeto, por mais tecnicamente adequada que seja, não surtirá efeitos benéficos sobre a criança.

Observamos que o movimento baseia-se na percepção sensório-motora, sendo esta para Flehmig (1987), compreendida como o sistema regulador de extero e propriocepção mediante conexões entre a pele (tátil), os tendões, os músculos, as articulações, os ossos, o aparelho visual; e conexões também, por exemplo com o sistema auditivo e visual. Em todos estes sistemas, existe uma interação externa e automedicação, cuja influência diversificada não se pode menosprezar, pelo fato de haver uma relação imediata com a *terapêutica*, isto é, com a estimulação ambiental e a reação que esta suscita na criança (comportamento, *psi-que*).

A infância é caracterizada pela mudança, conforme Herren e Herren (1986), observamos que a maturação, o meio ambiente, o exercício, e as potencialidades transmitidas geneticamente interagem, e o campo destes agentes ou fatores de desenvolvimento revela-se considerável quando nos esforçamos para definir as variáveis que permitam explorá-lo.

O desenvolvimento individual não pode ser adequadamente entendido, sem considerarmos o papel crítico da família no processo de desenvolvimento da criança. Lide (1985), comenta que os bebês não se transformam em adultos apenas através da evolução de sua herança genética, os mesmos exigem cuidados prolongados a fim de se desenvolverem como indivíduos capazes de viver em uma sociedade com seus pares.

Em geral, as famílias são uma parte no contexto da vida das crianças desconsideradas em sua importância pelo terapeuta, que talvez por vícios em sua formação, na tentativa de obter a condição de dominar a ciência, esquece por vezes que está sempre envolvido com a pessoa. E pessoa é o todo indissociável.

A importância da família como primeira célula da qual a criança faz parte, constituindo-se em seu único universo na fase inicial da vida é comentada por Regen (1989). Vários autores como Schartzman (1993), Brandão (1985), Regen (1989), comentam sobre as dificuldades emocionais que o nascimento de uma

criança portadora de algum problema traz aos genitores, geralmente ocasionando um desequilíbrio na dinâmica do relacionamento familiar, sendo necessário muitas vezes auxiliá-los nessa fase.

Em uma investigação sobre a qualidade de vida de pais de crianças com paralisia cerebral, na Noruega, Sjobu (1995) relatou que, um menor grau de qualidade de vida foi relacionado ao cuidado e a preocupação com as crianças deficientes, ou devido a "fatores ambientais". A criança prematura, fisicamente deficiente, trissômica, induz, segundo comentam Herren e Herren (1986), com muita frequência a uma série de conflitos em seus pais e, principalmente, em sua mãe: ferida narcísica e culpa por não ter concebido uma criança conforme aos modelos culturais do bebê sadio e belo, ambivalência entre a repulsa da deficiência e a atração pela vida emergente a ser confortada. Esses sentimentos conflituosos convergem facilmente ou para a rejeição, ou para uma mescla de agressividade e de amor, a superproteção, com a recusa inconsciente de ver o bebê evoluir, manifestada através de práticas contraditórias. A condição de enfermidade quando prolongada ou definitiva interfere de várias maneiras nos sentimentos e nas expectativas dos pais em relação à recuperação da criança, bem como suas reações frente à terapêutica instituída.

Quantas vezes, na orientação da atividade terapêutica, escutamos comentários como "... puxa, *fulano* estava impossível durante a terapia, mas também a mãe, a irmã... insistiu em ficar junto ", esquece o terapeuta, que romper este vínculo, de acordo com a idade da criança, pode inviabilizar completamente a realização da orientação terapêutica. Rafael, com 03 anos e, atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor agravado por um distúrbio visual, não aceitava realizar a terapia, ao perceber que sua mãe se afastava durante alguns momentos. Sua presença foi necessária até o momento em que a criança sentiu-se organizada o suficiente para iniciar o vínculo com o terapeuta. A conscientização da mãe, de que sua presença é importante para a criança a fim de que a terapia possa ser realizada é função do profissional que manuseia a criança. Deve-se compreender sua ansiedade frente às reações apresentadas pela criança e propiciar que a mãe ou o substituto da função materna, seja integrado no processo terapêutico, como agente facilitador das atividades a serem executadas.

Ao lidarmos com a criança doente devemos prestar atenção ao aspecto família, pois conforme Guimarães (1994), a criança está incluída em uma família:

pais, irmãos e criança que de uma hora para outra tem que enfrentar a situação de doença ou mesmo de doença prolongada. São situações diferentes, nas quais cada família funciona de uma maneira. "Se seu filho é como este ... então você fará assim ..." esta tentativa de orientações específicas sobre as dificuldades e o manuseio de vários tipos de criança, proposta por Finnie (1980), para Bobath e Bobath (1980), são uma nova forma de ensinar o problema que não havia sido tentada anteriormente junto aos pais, professores e todos os que cuidam destas crianças. Observamos a gratificação da família de Murilo, 06 anos, ex. prensada pelo depoimento da avô materna, ao receber a orientação domiciliar, a fim de obter o melhor posicionamento da criança, nas atividades de carregar, higiene, vestuário, alimentação, entre outras e inibir a atividade reflexa postural anormal apresentada pelo menino. Frequentemente são encontradas dificuldades em obter apoio e cooperação dos pais de crianças deficientes nas atividades destinadas a favorecer o crescimento e desenvolvimento dessas crianças, como referido por Tyler e Kogan (1977), e este lento desenvolvimento afeta a interação mãe-filho.

Observamos dentro desta perspectiva que todo terapeuta que trabalha com a criança deve procurar agir como um ser integrador da criança e da família independente do seu ambiente físico profissional. Kolobe (1992), relata que os fisioterapeutas estão geralmente entre os primeiros a proporcionarem intervenção preventiva nas famílias e na criança e tendem a trabalhar um longo período de tempo, sendo compreensíveis sobre as condições médicas da criança. Na orientação de Angélica, 01 ano, percebeu-se que a mesma além do atraso do desenvolvimento não respondia aos estímulos sonoros. O encaminhamento para supervisão com a fonoaudiologia, sugeriu após a realização de uma audiometria, a necessidade de acompanhamento da criança, devido à uma possível deficiência auditiva. Creio que a descoberta de distúrbios associados (visuais, auditivos, cognitivos, etc.), a quadros aparentemente leves, ou não, a sensibilidade do terapeuta será colocada à prova, pois muitas vezes não está amparado por uma equipe, devendo ele mesmo comunicar à família suas suspeitas principalmente quando deve justificar os encaminhamentos necessários.

O contato do terapeuta com a família facilita saber com qual criança se está lidando, assim como conhecer os sentimentos surgidos na criança diante de novas situações. Em algumas situações ocorrem tantas e tão importantes alterações na dinâmica familiar e na rotina da criança que o terapeuta menos acostumado a isso

pode nem perceber a importância desses fatos, mas se ele estiver atento, poderá e deverá permitir um certo tempo para que ocorra uma organização interna da criança auxiliando esse processo.

A motricidade possibilita ao homem o confronto com o meio ambiente. Para a criança, a melhora constante das capacidades motoras significa a aquisição de sua independência e a capacidade de adaptar-se a fatos sociais. Segundo Flehmig (1987), o desenvolvimento motor normal, por sua vez tem repercussões sobre o ambiente e estimula a criança a reagir similarmente. Deste jogo de ação nasce o horizonte mental e psíquico da criança, sendo o passo decisivo nesta ampliação de horizonte o assumir a posição ortostática. Observamos ser esta aquisição uma das expectativas mais comuns da família na criança com deficiência.

Em relação às expectativas da família Kolobe (1992), relata que as famílias tendem a expressar metas para seus filhos, tais como "aprender a caminhar "ir à escola regularmente", etc. metas que representam os valores da família e, além disso, não podem ser desconsideradas, sendo assim os terapeutas deverão ajudar a família a dividir a meta em tarefas sequenciais e observáveis. Bleck (1975), concorda que uma das questões mais frequentemente formuladas pelos pais, é no sentido de saber se a criança com paralisia cerebral vai andar de forma independente e quando. Os achados de seu estudo sugerem que: 1º) parece ser prudente não fazer um prognóstico de marcha em qualquer criança até a idade de doze meses; 2º que a possibilidade da criança com paralisia cerebral andar depois da idade de sete anos é remota;e, 3º) que a cirurgia ortopédica designada a melhorar a função atrasa a marcha, sendo que o melhores resultados foram obtidos quando a criança já havia estabelecido um padrão de marcha.

Segundo o raciocínio de Bleck, vemos como o prognóstico locomotor na paralisia cerebral afeta o planejamento da abordagem de criança PC e a compressão dos pais, exemplificando no caso de Carlos 08 anos, com quadriparesia espástica moderada à direita onde sua família resistiu à insistência da indicação terapêutica de órteses de posicionamento, a fim de prevenir deformidades nos membros inferiores. Com a evolução do quadro, ao desenvolver as alterações em flexão de membros inferiores, este foi encaminhado ao cirurgião ortopédico, mas somente após uma segunda consulta, ocorreu a decisão da família pela cirurgia, que poderá possibilitar ao menino a marcha independente. No caso de Paula, 15 anos, com diparesia espástica moderada, sinais de retardo mental, bem como

contraturas em flexão nos membros inferiores, a solicitação de uma supervisão com o cirurgião ortopédico para uma possível intervenção cirúrgica, visava uma maior independência na atividades de vida diária e facilitar seus deslocamentos, vemos que apesar do prognóstico não ser tão positivo, a família optou pela realização do procedimento cirúrgico, entendendo as suas finalidades.

Observamos como as expectativas da família interferem e forma positiva ou negativa na abordagem terapêutica, propiciando ou impedindo o desenvolvimento da criança. Entendemos que essas expectativas devem ser respeitadas, desde que não prejudiquem o desenvolvimento da criança.

As épocas estressantes para as famílias, segundo Kolobe (1992), incluem os períodos de transição (diagnóstico inicial, a procura de serviços de intervenção, a transição da criança na pré-escola ou perda de um membro significativo da família), sendo que o lutar é considerado um produto positivo do stress, devendo os profissionais aumentarem as habilidades de luta das famílias com crianças com incapacidades.

Os pais naturalmente querem uma criança que, apesar de fisicamente e ou mentalmente deficiente, seja capaz de ler, escrever, contar e fazer maiores progressos na educação formal. Mas o comportamento social é muito mais importante que a meta intelectual, tanto para pessoas normais quanto deficientes.

As dificuldades específicas de ordem neurológica e intelectual se associam às perturbações de caráter, o que para Cambier (1980), resultam da dificuldade encontrada pela criança em assumir sua enfermidade em um ambiente composto por indivíduos normais.

Este comportamento social, influenciado pela dinâmica familiar, desde a estruturação das relações vinculares entre a criança e a mãe e, posteriormente, a família, interfere no processo terapêutico de acordo com o comportamento e a conduta da criança frente ao terapeuta, que determina algumas vezes a interrupção da terapia, quando não ocorre o envolvimento da família nas alternativas de apoio sugeridas.

Ajuriaguerra (1980) relata que o psiquismo da criança com paralisia cerebral encontra-se alterado por diversos motivos como dificuldades pessoais para adquirir conhecimentos, dificuldades para estabelecer relações humanas, necessidades afetivas particulares de sentir a confiança da família e do meio, de ser levada em consideração por seus amigos, pelos adultos, de receber e dar afeto, de sentir-se

rodeada por um contexto estável e firme e submeter-se a uma disciplina pessoal, entre outros. O menino Diego, 07 anos, com diparesia espástica moderada, apresentava na sessão terapêutica, dificuldade de atenção, hiperatividade, alterações emocionais e comportamento exploratório agressivo, envolvendo uma exploração enérgica de novos lugares e coisas, tocando e subindo nos móveis e manuseando grosseiramente os objetos. Seu comportamento social agredindo-se e ao terapeuta, interferia no desenvolvimento da terapia. Como resultado da reunião de equipe, foram feitos contatos com a família e encaminhamento à supervisão com o psicólogo. Devido à descontinuidade do envolvimento familiar no acompanhamento sugerido e, frente a persistência das respostas apresentadas pela criança, estas determinaram a interrupção do atendimento fisioterápico e um novo encaminhamento para supervisão psicológica tornou-se necessário. A criança deficiente deve desenvolver um comportamento social apropriado como qualquer outra criança o que para Finnie (1980) requer muita pouca inteligência para ser aprendido, mas requer um consistente acompanhamento por parte dos adultos que estão ensinando a criança.

A hiperatividade com ou sem déficit de atenção constitui-se em um dos comportamentos mais comuns em crianças com transtornos neurológicos, conforme relata Popper (apud Talbot e cols., 1992), descrevendo comportamentos não patológicos. Entre uma variedade de etiologias neuroclínicas de transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, incluem-se dano cerebral, transtornos neurológicos, baixo peso ao nascer e exposição à neurotoxinas. Sendo que para o mesmo autor, os transtornos neurológicos mais comumente declarados, como convulsões e PC, são diagnosticados em 5% dos casos com transtornos de déficit de atenção e hiperatividade.

O transtorno de conduta é visto em 70% destas crianças e, a agressividade, os transtornos comportamentais, e subsequente transtorno anti-social de personalidade podem se associar ao quadro. As características parentais de cuidadores e "microambientais" do lar tem sido relacionadas ao aparecimento deste transtorno.

Vemos que a aceitação social começa no grupo familiar, onde a criança estabelecerá suas primeiras e mais importantes relações, as quais, se forem satisfatórias, facilitarão a evolução de sua personalidade.

3. Conclusão

Os pais de crianças incapazes assim como de crianças normais como menciona Kolobe (1992), deveriam ser encorajados a tomar decisões sobre seus filhos sem a interferência de profissionais, assim o papel do terapeuta seria o de proporcionar à família informações necessárias para tomar as decisões adequadas.

Espero ter tornado claro alguns dos aspectos que permeiam a abordagem terapêutica nas crianças com problemas de desenvolvimento, desde o estabelecimento das relações vinculares, entre a criança e o terapeuta, baseado no vínculo mãe/filho; a importância da atividade no processo de desenvolvimento, a necessidade do lúdico na situação terapêutica, bem como o respeito necessário às expectativas da família assim como o encaminhamento às supervisões necessárias.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURRIAGUERRA, J. - *Manual de Psiquiatria Infantil*. 2ª ed. Masson do Brasil, Rio de Janeiro, 1980.
2. BLECK, E.E. - *Locomotor Prognosis in Cerebral Palsy*. Med. Child. Neuro.(17):18-25. 1975.
3. BONAMIGO, E. e cols. - *Como ajudar a criança no seu desenvolvimento* Editora da Universidade. Porto Alegre. 1983.
4. BRANDÃO, P. - *Considerações sobre a evolução das relações vinculares em Estimulação Precoce*. In Anais do 7º Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Neuro- Psiquiatria Infantil. Canela. vol.2.7 a 11 de Setembro de 1993.
5. CAMBRIER, J. e Cols. - *Manual de Neurologia*. Masson. Rio de Janeiro. 1980.
6. CORIAT, L. e JERUSALINSKY, A. - *Estimulação Precoce e Função Materna*. In Anais do 7º Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Neuro-Psiquiatria Infantil. Canela. vol.2.7 a 11 de Setembro de 1993.
7. FINNIE, N. - *O manuseio em casa do bebê com paralisia cerebral*. Manole. São Paulo. 1980.
8. FLEHIG, I. - *Desenvolvimento Normal e seus desvios no lactente*. Atheneu. Rio de Janeiro. 1987.
9. GUIMARÃES, M. L. - *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*. 2ª ed. Sarvier. São Paulo. 1994.

10. HERREN, H. e HERREN, M.P. - *Estimulação Psicomotora Precoce*. Artes Médicas. Porto Alegre. 1986.
11. KOLOBE, T. - *Working with families of children with disabilities*. *Physical Therapy*. 4(2):57-63. Summer. 1992.
12. LIDZ, T. - *A pessoa seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. Artes Médica. Porto Alegre. 1983.
13. POPER, C. In TALBOT, J. e YUDOFKY, S e HALLES, R.- *Tratado de Psiquiatria Infantil*. Artes Médicas. 1992.
14. SCHARTZMANN, S. - *Paralisia Cerebral*. Temas de Desenvolvimento. 3(13):4-20. 1993.
15. TYLER, N. E KOGAN, K.L. - *Reduction of stress between mothers and their handicapped children*. *The American Journal of Occupational Therapy*. 31(3):151-55. March. 1977.

CAPÍTULO 6

REDESCOBRIR O CORPO E O MOVIMENTO: CAMINHO NECESSÁRIO E INEVITÁVEL

Fernando Copetti

Somos seres essencialmente de movimento. Todos os movimentos desportivos, ou não, que executamos hoje, têm sua origem nos movimentos naturais de nossos antepassados. A importância da prática da atividade física tem sua fundamentação arraigada e transmitida culturalmente de geração para geração, não sendo, portanto, criação contemporânea, embora cada época refletirá o modo de ser dos sujeitos que a constroem.

Historicamente a atividade física expressava um sentido de sobrevivência, ou seja, o homem movia-se e adquiria forças e habilidades de forma natural. Atacar e defender-se implicavam na busca da sobrevivência, a qual só poderia ser conquistada pela prática de atividades essencialmente físicas.

O aperfeiçoamento corporal, segundo Romero (1993), desenvolveu-se num contexto voltado às necessidades de subsistência do homem. O corpo, como instrumento de sobrevivência, já mostrava pelo simples fato de manter-se vivo, sua adequação ao movimento. Trabalhar com o corpo era contínuo, cotidiano e inevitável.

De uma forma evolutiva cultural, vários foram os significados atribuídos ao corpo e ao movimento. Com o sentido de exaltar as virtudes e o vigor físico, o corpo movimentava-se não mais como meio ou instrumento, mas como um fim; o poder manifestava-se através da força física preservação da raça, corpo bonito e moradia da alma. A deficiência e a fraqueza do corpo refletiam na deficiência e fraqueza de uma cultura e de seu povo.

Em uma era marcada por significativas modificações culturais. homem, e com ele seu corpo, iniciaram sua marcha rumo à civilização.

Em consequência, parou de mover-se para iniciar o processo cultural tão necessário ao progresso, quanto perverso para si mesmo. A estagnação do corpo dentro da

vida "moderna" marca a distinção entre o homem primitivo e o homem civilizado. O corpo, como instrumento para produção padronizada do bem material, desvinculado de seu imperativo natural, "o movimento em seu sentido de globalidade".

Progressivamente, o homem distancia-se cada vez mais do seu corpo movimento. Os avanços da tecnologia industrial tomam espaço, facilitando e agilizando a própria vida do homem, mas ao mesmo tempo vai tornando-o um instrumento cada vez menos necessário ao sistema vigente.

Quando chegamos à contemporaneidade em um momento em que a ordem parece-nos ser ficarmos parados, ressurge como forma de equilíbrio natural, um dos fenômenos essenciais da humanidade, a necessidade do movimento. O importante é alcançar a ordem da natureza, o que é bem distinto de impor uma ordem à natureza.

Assim, o movimento visto sobre uma perspectiva humana, pode ser conceituado como atividade. O movimento executado pelo homem e conceituado como atividade, apresenta geralmente uma conotação que o restringe a forma de atividade física, porém é preciso considerar que a atividade compreende o movimento humano possibilitado pela interação de sua unidade corporal e desta com o meio.

Da unidade corporal é imprescindível considerarmos o ser humano em todas as dimensões que formam esta unidade. Um ser biopsicossocial, ou seja, que manifesta através da atividade física, não só suas características e necessidades biológicas, mas também suas manifestações psicológicas e suas relações sociais. Uma noção muito aceita hoje em dia pela grande maioria das pessoas, é que a atividade física oferece uma influência benéfica sobre o bem estar físico e mental do homem.

Seria contraditório às aspirações anteriores, enfatizar isoladamente as contribuições da atividade física para uma harmonia corporal. Entretanto, é preciso considerar que é através do Corpo e de sua aceitação, que o homem se faz presente no mundo. Podemos dizer assim, que o aspecto físico ou biológico é o elo de ligação entre todas as demais dimensões do indivíduo, podendo justificar com isso, a devida consideração ao aspecto biológico.

Podemos assim, dimensionar a função vitalizadora e reabilitadora que a prática de uma atividade física pode proporcionar ao homem.

Seja qual for a idade e a condição física do indivíduo, é tão possível, quanto necessário, que este se mova e se exercite regularmente, desde que adequadamente ajustado às suas características biológicas.

Através de uma prática qualificada, de conhecimento do próprio corpo e de suas possibilidades, o indivíduo é capaz de adequar-se em seu processo evolutivo.

A não ativação do organismo, em última instância, poderá levar o homem a um processo de involução física. Tal perspectiva delineia um caminho semelhante a um túnel, na qual a única perspectiva de saída é a incapacitação e estagnação física, psíquica e social, que poderá acabar com sua própria existência.

Estamos falando, entretanto, da integridade do ser humano enquanto praticante, não podendo o movimento ser visto somente dentro da concepção de comportamento motor. Nesta perspectiva, a prática não se concebe como um ato isolado, sendo claras e relevantes as suas repercussões psicossociais. A atitude das pessoas que participam de atividades físicas deve ser de maneira autônoma, abdicando práticas que exijam apenas uma execução automática e descontextualizada, partindo para uma prática alicerçada na reflexão “fazer e pensar”. Esta ideia é reforçada por Santin (1987), quando este fala que o movimento ultrapassa os limites da simples motricidade ou da atividade mecânica, o que não pode ser reduzido a apenas deslocamentos físicos, articulações motoras, ou a gesticulações produtivas.

Assim a atividade feita com o corpo pode ter um certo interesse fisiológico, que não deve ser descartado, porém, pode não abranger aspectos inerentes ao sentido global do ser humano, ou seja, não apresentar nenhum interesse de relacionamento social ou afetivo. É preciso conscientizar que seus efeitos vão além, podendo assumir valores psicológicos intensos, tanto a nível individual como social. Percebe-se contudo, que o aspecto biopsicossocial da atividade física se manifesta através da linguagem do corpo, mas indica infinitas possibilidades em diversos planos: físico, mental, afetivo, emocional, social, maneira pela qual pode-se alcançar objetivos propostos pela prática da atividade física.

Com base nas perspectivas abordadas até então, pode-se considerar as várias intenções existentes para a prática das mais diversas formas e manifestações da atividade física. Uma execução vinculada diretamente com estereótipos de beleza, é um fator cultural que está presente em práticas padronizadas, onde a busca de uma alteração estética que considera o corpo enquanto reprodutor do

movimento, desconhece as individualidades e as ligações diretas com os sentidos. São práticas em grupo, onde o indivíduo não possui um papel social.

A busca do social, por sua vez, pode estar relacionada em atividades individuais através do fator espaço, como forma de estar presente dentro de um sistema, como visto através de observações quotidianas em um espaço comum a todos. Esta visão nos mostra a fuga de uma cópia estereotipada de movimento e a busca de manifestações conscientes, reconhecidas e adaptadas ao seu eu.

A prática onde o corpo se manifesta de forma consciente como meio de ligação da atividade com as necessidades comuns de ampliar e modificar comportamentos, está expressa nas várias dimensões de diferentes indivíduos integrados num único ato. Neste sentido, o movimento não segmenta o indivíduo e ao mesmo tempo, mantém sua forma de reflexão do homem e a relação entre o indivíduo, meio e ação.

Independente do fator que leva o homem à prática, está o fato do movimento manifestar-se e atingir, em diferentes níveis de intensidade, a composição multidimensional do ser humano. Em uma perspectiva da atividade física que relaciona o movimento corporal com as demais dimensões do indivíduo, o aspecto psicológico releva-se com a conquista, descoberta ou superação de seus objetivos. Muitas vezes a prática, antes prevista com um alcance menor do que o experimentado, mostra-se altamente decisiva à modificações comportamentais do indivíduo. Esta alteração, quando constatada, pode ser expressa por reações de auto-estima, reapropriação do corpo às suas reais possibilidades, autonomia e confiança de atitudes, induzidas pelo movimento e transferidas às atitudes cotidianas, individuais ou sociais.

A realização de programas de atividades físicas que visem a promoção da saúde, cujo conceito expande-se em bem estar biológico, psicológico e social, viabilizam além da prevenção de doenças a melhoria da qualidade de vida, também uma importante sociabilização. Devemos, portanto, considerar enquanto observadores de uma sociedade que realiza atividades físicas, independente de suas razões, a grande relevância social que esta atividade expressa.

A atividade física pode ser um meio de socialização e identificação de um grupo social que se comunica e se inter relacionam, caracterizando tradições, costumes e formas de expressão. Assim como o homem, toda a sua atividade tem

uma origem e nela encontramos sempre um simbolismo ligado às vidas concretas da comunidade, representando a expressão de maneira peculiar de sentir e viver.

A atividade humana é um fator que se processa condicionada a aspectos históricos e culturais e modifica-se, de períodos em períodos, conforme o desenvolvimento social. No contexto em que vivemos e presenciamos como profissionais do movimento humano, cabe fazermos uma abordagem do ambiente cultural que caracteriza a nossa sociedade enquanto comunidade específica.

Neste sentido, não pretendemos perder a evidente modificação que os meios de comunicação e os progressivos intercâmbios culturais trazem a uma sociedade enquanto única, tomada de características peculiares.

Porém, essa mudança é um processo natural e especialmente em nossa sociedade, podemos constatar que esses avanços tornaram-na uma comunidade mundial mais homogênea.

É preciso, porém, retratar nossa forma de ver esse processo vinculado a toda reflexão histórica até então abordada. Consideramos o corpo em movimento, realizando uma atividade específica e contextualizando-o em um momento e um espaço atual.

São vários os fatores que podem levar à opção pela prática de atividades físicas. Expressando a relevância de fatores sócio-culturais, podemos presenciar uma fuga generalizada da falta de qualidade de vida.

Porém todos os esforços para conscientizar o que está provavelmente determinado como fator preponderante nesta conquista: a prática de atividade física regular no dia a dia das pessoas parecem não atingir a globalidade pretendida.

Embora o sedentarismo seja uma característica inerente a realidade atual, atingindo, segundo Rezende (1995), 70% da população brasileira, não é difícil verificar o engajamento da prática no cotidiano de alguns grupos com objetivos diferentes. A busca do corpo perfeito é que mais caracteriza uma prática massificada. As atividades em grupo que, não necessariamente, buscam uma integração social, poderão superar as expectativas de seus praticantes desde que esses a realizem conscientes das aquisições que dela podem obter.

Um fenômeno que se verifica hoje é a homogeneidade encontrada na idade de seus praticantes. Se olharmos nas academias, a grande maioria de seus adeptos são adolescentes ou adultos jovens que procuram a estética do corpo, enquanto meio de vender um visual, pertencer e alcançar um status junto a seus grupos.

Embora essa forma de atividade física não seja a mais coerente de atingir a totalidade do indivíduo é a que podemos presenciar hoje com um número mais elevado de participantes. Por outro lado, a prática de atividades realizadas em locais públicos e de livre acesso, onde os objetivos parecem levar à busca da promoção da saúde e do bem estar psicológico e social, apresenta-se caracterizada por indivíduos cuja faixa etária mostra-se mais elevada.

Referiu-se a dois grupos distintos onde a valorização da atividade física mostra-se bastante diferenciada quanto a seus objetivos e também a seus praticantes. Porém não poderíamos deixar de mencionar a ausência de pessoas de meia idade (adultos), vinculadas a práticas de atividade física. A razão principal é a imposição de um sistema capitalista onde a meta é a produção e a atividade física não passa de uma mera atividade casuística realizada esporadicamente, na maioria das vezes com significado de lazer e recreação, mas sem preocupações e compromissos com o corpo.

O desafio que se coloca, é a academia suficiente para comportar as necessidades de todos os indivíduos que buscam melhorar sua qualidade de vida através do movimento? Onde está a integração multidimensional do indivíduo? É certo que para os conscientes dessa prática, a realização poderá ocorrer, mas por quanto tempo ela será suficiente? Onde está o espaço para as pessoas que buscam a integração permanente consigo, com o grupo e a sociedade? Não é intenção neste momento, criticar o trabalho realizado nas academias, mas apenas trazer à tona formas diferenciadas de trabalho, exaltando esta ou aquela e expondo fatos que devem ser pensados e refletidos por todos aqueles que delas se utilizam, bem como de seus profissionais.

Bento (1995) coloca-nos a necessidade de se integrar nas cidades o desporto, o jogo e o movimento, como elementos da vida e da cultura quotidiana, pensando a cidade de maneira ecológica. É preciso também, levantarmos a importância de outros espaços que possam ser ocupados por pessoas que buscam a atividade física como um meio e não como fim em si mesma. Entra aqui, uma nova conotação de consciência e oportunidades para a prática.

As evoluções tecnológicas e as induções da mídia são imprescindíveis na conscientização para a prática de atividades físicas, sejam elas individuais ou coletivas, porém não basta apenas conscientizar, mas dar oportunidades e

diversificações de formas e locais. Diferentes objetivos e metas a serem alcançadas devem ter acima de tudo a noção do porque, para que e como fazer.

A preocupação com a prática de atividades físicas manifesta-se em grupos e classes específicas, apresentando-se de várias formas e intenções. Isso mostra que o homem começou a redescobrir seu corpo e a atividade física como parte de sua vida e que muitas conquistas poderão ser ainda alcançadas através da vivência corporal. Precisamos então lutar pelo fio evolutivo humanizador perdido no espaço-tempo, reconquistando o valor e o significado que o movimento exerce sobre nós.

BIBLIOGRAFIA

Bento, J.O. (1995). *O outro lado do Desporto*. Campo das Letras - Editores, S.A - Porto.

Rezende, L. (1995) *Fim do verão, volta ao sedentarismo*. Âmbito Medicina Desportiva. Ano 1, nº 5. Ambitos Editores Ltda. São Paulo.

Romero, E. (1993). *O corpo no século XVIII: elementos para a compreensão das atividades corporais e redimensionamento de uma práxis para o 3º milênio*. Ensaios: Educação Física e Esporte. vol.1, UFES.

Santin, S. (1987) *Educação Física: uma abordagem Filosófica da Corporeidade*. Livraria Unijui Editora. Coleção Ensaios - Política e Filosofia. IJUÍ - RS.

CAPÍTULO 7

UM RECORTE DO RECREIO: O MOVIMENTO ESPONTÂNEO E O IMAGINÁRIO INFANTIL

Maria Helena da Silva Ramalho

I- Introdução

Não é meu objetivo apresentar neste artigo dados precisos de uma exercitação científica cuidada. Necessito aqui deixar preocupações soltas e polêmicas, sentidas na minha própria experiência subjetiva e constatações cotidianas, suas interações interpessoais e os papéis desempenhados na vida de movimentos espontâneos das crianças. Este estudo reside numa análise dos movimentos espontâneos de crianças Pré-escolares, durante o recreio, e a utilização de materiais fixos e móveis, enquanto mediadores de atividades significantes. Compreendemos o recorte do recreio, como sendo o conjunto de cenas que aconteceram durante uma semana. Os movimentos espontâneos, como a interação do corpo de cada criança em movimento e o imaginário infantil, como a expressão das crianças nas atividades espontâneas realizadas no recreio, considerando os elementos fundamentais da Teoria da Ecologia do Desenvolvimento Humano, de Bronfenbrenner (1979), as atividades Molares, as Interações Interpessoais, nas díadas de observação, participação conjunta e primária e os papéis expressos nas atividades espontâneas no recreio.

A Teoria de Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner (1979), visualiza a criança em desenvolvimento dentro de um sistema complexo de relações, afetado por diferentes níveis dentro do ambiente.

Em relação às atividades espontâneas, é necessário, segundo Neto (1992), assumir sua dimensão ecológica, onde estejam presentes elementos como a aventura e a descoberta no meio físico e social. Se as experimentações durante o brinquedo e o jogo são importantes no desenvolvimento infantil, por que não são criadas melhores condições de espaço e materiais no Playground? Neto & Piéron

(1993), enfatizam que as habilidades motoras são formadas e desenvolvidas através do jogo. E se Frost (1992a), citado por Neto (1994), demonstra que as experiências lúdicas na infância são consideradas como um passo fundamental para as tarefas acadêmicas na escola, por que então as crianças, durante o recreio, têm somente se utilizado do Playground e do espaço livre correndo?

Considerando as conclusões no estudo "O Playground e o movimento infantil", por Ramalho e Finger (1994), quando relacionaram a estrutura das praças públicas e os movimentos que as crianças realizam quando se utilizam destes espaços, demonstraram que o mundo de movimento e as necessidades atuais das crianças não estão sendo viabilizadas pelas estruturas e construções destes locais. Parece ser necessário uma maior reflexão sobre a quem as praças atendem, quais são seus objetivos e quais serão as possibilidades de movimento das crianças ao utilizá-las, para serem beneficiadas no seu desenvolvimento motor através da realização de movimentos espontâneos, nos materiais fixos das praças, suas relações com outras pessoas e/ou objetos. Suspeita-se que os materiais fixos estejam inibindo e impossibilitando estas crianças a exercitarem-se de forma ativa, criadora e construtora, sugestionando-as a utilizarem seus corpos de maneira passiva, quando realizam suas habilidades de movimento. A inexistência de movimentos estabilizadores, os quais são básicos para a aprendizagem do mover-se, observados durante o brincar das crianças investigadas, é um fator preocupante, quando sabe-se que esta categoria de movimento é uma dimensão na qual as crianças ganham e mantêm um ponto de origem para a exploração do espaço. É esta que dá suporte para a progressão das outras categorias de movimentos locomotores e manipulativos, viabilizando assim, um desenvolvimento harmônico entre as habilidades de movimento.

II - Metodologia

Este estudo caracteriza-se pelo trânsito do nível descritivo, típico do empírico-analítico, à compreensividade do fenomenológico-hermenêutico, para, em caráter de síntese crítico-reflexiva, característico do pensamento dialético, apresentar sugestões transformativas. As atividades espontâneas foram gravadas em VI, durante cinco dias consecutivos. Na segunda e terça-feira a movimentação das crianças pré-escolares, foram observadas como acontecia na sua rotina diária, sem nenhum material ou objeto, além dos brinquedos no Playground. De quarta a

sexta-feira foram introduzidos no espaço físico utilizado para o recreio, materiais e objetos existentes na escola, tais como bolas de couro, bolas de frescobol, arcos, corda, saquinhos de areia, bastões, trave de equilíbrio e giz. As atividades foram gravadas durante todo o tempo de recreio, pela própria pesquisadora. Foram descritas em cenas, considerando a realização dos movimentos em cada dia e em momentos de acontecimentos. A interpretação das atividades espontâneas foi simultânea à descrição.

III - Descrição, Análise e Interpretação dos recreios

2.1 - Descrição do espaço físico:

É uma escola particular, do Pré ao 3º grau, com aproximadamente 3500 alunos. Está situada no centro da cidade de Juiz de Fora, MG. A Pré-Escola, com aproximadamente 600 crianças com status financeiro de classe média-alta entre 2 e 6 anos de idade, de ambos os sexos. Dentre os vários ambientes externos que a escola possui, o recreio das crianças Pré-Escolares é em local reservado, só para os pequeninos. Existe um pátio com piso de cimento, com dois bancos de jardim, um grande quadro de desenho na parede esquerda da entrada, um corredor que de nomeiei lateral do pátio de um lado, no meio um quiosque, e do outro lado um Playground todo colorido cercado por uma grade também de cores vibrantes e, ainda, um portãozinho por onde as crianças têm acesso ao parque em horários pré determinados. Lá dentro existem duas rodinhas (carrossel), um escorregador, dois balanços, sendo um com duas cadeiras e outro coletivo que cabem seis crianças. Tem também uma casinha "muito engraçada, com janelas, porta" e no seu interior pneus e objetos do cotidiano de uma casa de verdade.

A descrição do recreio será apresentada por dia e em cenas, as quais não aconteceram separadamente, mas dinamicamente, como são as brincadeiras de crianças.

Primeiro dia: existe uma pessoa estranha no recreio

Cheguei mais cedo que o horário do recreio, eram 8h e 30min da manhã e o sol estava presente. Observei as posições necessárias para começar as minhas observações. Eu havia lecionado doze anos nesta escola, mas não me envolvia

com ela por mais de nove anos. Eu estava naquele instante voltando a vivenciar rotinas que fazia há oito anos atrás.

Eu me sentia uma pessoa estranha, que iria observar a magia que acontece quando crianças se reúnem para colocar espontaneamente seus corpos ávidos pela dinâmica do movimento. Considero este, no ambiente da Instituição escola, os momentos preciosos que merecem de muitos educadores uma atenção especial.

Cena 1:

As crianças de cinco e seis anos desceram as escadas de acesso ao pátio. Perceberam-me, algumas vieram em meu encontro, fizeram perguntas, se exibiram diante da câmara e se afastaram para aproveitar seu horário de descanso. Eram aproximadamente trinta crianças. Elas distribuíram rapidamente. O recreio faz parte da rotina de vida escolar.

Totalizando trinta e cinco crianças, doze permaneceram no pátio, vinte e três se dirigiram para o Playground. No pátio, desrespeitando as regras da escola, um menino havia trazido uma bolinha de tênis e com ele estavam mais cinco crianças. Ele escolheu três colegas para brincar e dois ficaram olhando o jogo iniciar. Outras seis crianças caminhavam e corriam, alternando seus movimentos. No Playground, as crianças se distribuíam, por opção própria, onde ficar. Oito sentaram numa rodinha, três foram para dentro da casinha, três no balanço coletivo, nove caminhando, observando os colegas nos diferentes materiais. Uma das rodinhas estava abandonada, e ao lado dela o escorregador também não recebeu ninguém.

Cena 2:

Passaram caminhando quatro meninas em direção ao quadro de desenho na parede. Os grupos dos quatro permanecia jogando a bola, e os dois colegas a olhar. Quatro meninas correram em direção a parede e mudando várias vezes de direção. Mais seis crianças também começaram a correr por toda a área disponível. Era uma correria só! Quinze crianças permaneciam no Playground. Estão em uma rodinha, nos balanços, e na casinha. Na pátio, duas das crianças sentam para ver o jogo que acontecia. Quando era interrompido pelo próprio grupo, eu sabia, mudanças iriam acontecer. Meninos corriam e empurravam, caminhavam, e corriam. Pareceu-me claramente o fazer por fazer, pois seus corpos pediam movimento. Eles

já haviam ficados sentados desde às 7h e 15 min da manhã, precisavam reduzir as energias acumuladas naquelas duas horas passadas.

Cena 3:

O carrossel recebeu mais gente, agora eram sete que o faziam rodopiar. Parou por um instante e mais duas crianças sentaram para participar naquela sensação de "ver o mundo girar". Quatro corriam no parquinho, duas entraram na casinha, duas se balançavam sentadas nas cadeiras do brinquedo, três sentadas no balanço coletivo, na outra rodinha uma criança sentada colocava em movimento impulsionando um dos seus pés no chão. Elas não se emudeceram em instante algum. Eu desloquei a câmara rapidamente de um lado para o outro, e a movimentação era fantástica. Crianças por todos os lados.

Cena 4:

Era como se eu estivesse olhando o que acabara de gravar. A cena se repetia, foi como estivéssemos ensaiando um teatro, e tivéssemos que passar e repassar cada fala, cada ação. Acredito que as opções de brinquedo já haviam terminado. Não havia mais possibilidades de exploração, não havia o novo, a surpresa, as crianças não tinham mais o que inventar. Elas já dominavam os movimentos e a impressão que tive ao analisar este momento, foi que, para a criação, a construção de uma nova brincadeira não se limita ao conhecido e diversas vezes experienciado, é necessário o impacto, o desafio, o confronto e o conflito para que as emoções mais fortes possam emergir e acontecer o novo.

Segundo dia: A rotina continua, vai começar o recreio.

Cena 1:

As portas foram abertas e as crianças descem apressadamente as escadas. Oito iniciam suas movimentações correndo, param conversam, não sei o que falaram, e se colocaram a correr novamente. Outras três corriam também, mas suas corridas eram diferentes. Elas estavam nitidamente brincando de pique e pega-pega. Corriam, se esquivavam, gritavam, em câmara lenta, pude observar quantos movimentos as partes do corpo executavam. Quando não conseguiam coordená-lo, lá ia a criança no chão. Eram constantes modificações no centro de

gravidade, e denominei estes instantes como sendo a dança dos planos e eixos do corpo. Eram gritos que passavam soando nos meus ouvidos tão intensos quanto eram os movimentos das corridas daquelas crianças.

Cena 2:

O parquinho era o mesmo de ontem. Parecia-me que estas crianças não gostavam do escorregador e de uma rodinha. Não sei se era pela posição que estes brinquedos ocupavam ou se existia uma predileção pelos objetos que dão a sensação do corpo em movimento, o preferido pelo grupo do Playground.

Cena 3:

Pareceu-me que o pique é o jogo principal e mais emocionante para estas crianças que não paravam de correr. Foi a atividade principal do dia, e não eram um grupo apenas brincando, mas vários conjuntos com quatro crianças cada, no mesmo tipo de jogo, no mesmo momento, mas cada conjunto separadamente. Às vezes as trombadas aconteciam, era um cai e levanta e um grito mais forte, um espaço altamente organizado pelas corridas sem direções determinadas, foi o que observei naquelas pequeninas grandes criaturas.

Cena 4:

Tudo começa a se repetir. Já se passaram mais da metade do recreio, e as crianças mais uma vez pareciam não ter o que fazer. O jeito era deixar o tempo passar e repetir cada vez mais rápido os mesmos movimentos, os mesmos jogos, as mesmas brincadeiras.

Terceiro dia: os materiais móveis aparecem como mágica.

Os objetos e materiais móveis foram depositados por mim, à esquerda da escada de acesso ao pátio. Eram oito bolas de couro, 12 bolinhas de frescobol, 10 arcos, 15 saquinhos de areia, cordas, bastões. Eles estavam encostados na parede. É chegada a hora do recreio, parecia-me que as crianças viveriam um momento único e mágico. Eu não imaginava quais seriam as suas reações diante de uma novidade. Nesta escola a utilização de objetos e materiais móveis não era permitida.

Existia uma regra na Pré-escola: recreio, o momento de brincadeiras, só utilizando o pátio, o quadro para desenho na parede e os brinquedos no Playground.

As crianças da turma de 5 anos chegaram. A "tia" os soltou no início da escada de acesso ao pátio. As crianças descem a escada correndo e disparam em direção ao Playground. Algumas retornam correndo pela lateral oposta a escada do pátio, mas nenhuma delas percebeu a existência dos objetos. Eles não lhes chamaram a atenção, acredito ter sido porque esta não era a rotina do recreio destas crianças.

Cena 1:

Seis crianças, meninos, percebem os objetos imóveis encostados na parede. Caminharam em direção a eles. Pararam e olharam para a senhora que os cuida no recreio. Um deles perguntou: "Pode pegar?" A cuidadora após dirigir seu olhar para mim, respondeu: - "Sim, pode, são para vocês". Dentre as oito bolas de couro ali depositadas, uma criança, de um grupo de meninos, pegou uma delas, logo a seguir mais dois pegaram uma bola cada. O grupo inicialmente com quatro crianças começam a chutá-la, a driblar os outros companheiros. A seguir, dois outros que estavam segurando as bolas, as soltaram quando perceberam a brincadeira dos outros e se integraram ao grupo, e o jogo continuou.

Alguns minutos depois, eles interromperam o jogo e um deles segurou a bola e conversaram. Determinaram após o pequeno colóquio, a regra do jogo, demarcaram a goleira e o jogo continuou. Enquanto o jogo corria solto, uma menina correu em direção aos materiais, pegou uma bola, fez esta quicar, segurou-a, e após depositá-la imediatamente no chão, correu rapidamente, desviou da bola que os meninos chutavam e continuou a correr em direção ao Playground. Na "rodinha" estavam outras crianças se divertindo, e a menina que descobriu os materiais trouxe com ela suas coleguinhas. Agora eram mais cinco meninas que depois de parar, olhar os objetos, pegaram alguns arcos, cada uma escolheu um para si e os manusearam. A exploração com os objetos se iniciou.

Cena 2:

Enquanto as cinco meninas estão olhando os materiais, a turma de 6 anos chegou ao recreio. Em uma questão de segundos, os materiais que estavam depositados no chão, imóveis, foram colocados em movimento. A explosão nas

explorações das crianças manipulando, locomovendo, gritando e sorrindo foi contagiante. Eu, enquanto observadora, estudiosa da motricidade infantil, voltei a ser criança. Era como se o meu presente voltasse ao passado, a lente da câmara que eu focava, fazia com que eu voltasse no tempo e relembresse as brincadeiras que um dia realizei. Eram bolas que subiam em direção ao céu, arcos que rodopiavam em volta da cintura, dos braços, do pescoço de cada criança, eram lançados e recuperados com sucesso ou não. Agora eram mais de trinta crianças a se movimentarem desenvoltamente no pátio. O playground, que a dois dias atrás tinha sido o centro das interações criança-ambiente, ficou abandonado. Lá, permaneceram apenas seis crianças. Duas no balanço de cadeiras, uma no balanço coletivo, e duas meninas correndo atrás de um menino. No pátio, a exploração era manifesta pela interação criança-material, criança-espaco-tempo-objeto. O que naquele momento acontecia, era não só visto, como também era ouvido. As conversas entre elas foram transformadas em movimento, em atividades que persistem durante um determinado tempo, que apresentavam continuidade e progresso na complexidade. Passavam de movimentos simples e segmentares, para a globalidade, a criança mesmo introspectiva, preocupada em descobrir suas capacidades e limitações, manuseava cada vez mais e com mais intensidade os objetos. Eram sorrisos, gritos que me pareciam expressar a alegria no movimentar-se. As bolas não passavam a ser só chutadas, começaram a aparecer, os arremessos, os lançamentos, o soltar e pegar, o quicar. As crianças vivenciavam seus corpos não só na corda, mas com o material. As corridas não diminuíram, mas percebia-se o correr por algo. A exploração espacial e temporal estava explicitada num correr com objetivo, a intenção, a continuidade e a diversificação das direções eram complementadas com a própria criança, com o outro e com os objetos. A corda que em momentos atrás, era explorada, passou a ser manipulada não por uma criança, mas por duas. Era necessário que uma dupla utilizasse a mesma corda e passasse por um período de exploração conjunta, a corda era boleada em diferentes velocidades, com alturas diversificadas. E chegou a terceira criança, naquele instante, as crianças deixavam seus papéis de intrasubjetividade e conjuntamente passavam a atuar, interagindo e necessitando do outro para que a atividade pudesse acontecer.

Cena 3:

Com os arcos, foi diferente. Os movimentos eram pessoais, às vezes imitativos e não proporcionavam atividades em comum. Eram vários arcos que eram movimentados, mas as possibilidades de continuidade ainda não aconteciam. Com os bastões, os primeiros movimentos eram reproduções de lutas, depois a integração com mais um material, eram crianças que rebatiam a bola rolada pelo outro. Uma precisando da outra, enquanto uma controlava a velocidade e direção da bola, o outro ia ao encontro dela, não para interpretá-la, mas para colocá-la novamente em movimento, devolvendo-a ao companheiro. Cordas e arcos se uniam para compor um novo objeto. A construção de um novo brinquedo aparecia, novas atividades foram realizadas. O arco amarrado à corda era lançado em direção ao muro e a intenção, que antes pareceu ser envolver um outro, passava a ser imitar um alpinista. Sem escalar o muro, pois a tensão do arco que prendia a corda pareceu ser percebido pela criança e ele teatralizava o escalar sem alcançar o topo do monte. O que me chamava a atenção era o fato de tantas crianças estarem ocupando o mesmo espaço sem invadirem o espaço do outro. A organização realizada pelas crianças nas múltiplas atividades desempenhadas, sem se confrontarem, sem se agredirem e interromperem as brincadeiras dos outros, mostrava a condição daquelas pequenas criaturas a respeitarem e interagirem mesmo que em muitas vezes paralelamente.

Para quem olhava de fora parecia ser uma "bagunça" altamente organizada.

Quarto dia: E a magia continua..... Os materiais estavam no pátio outra vez

Cena 1:

Nenhuma criança perguntou se poderia pegar os materiais. A partir daquele dia, os pequenos tinham certeza que aqueles objetos eram para eles. Somente uma criança, quando a turma foi deixada pela professora no topo das escadas se dirigiu ao parquinho, as outras se dirigiram aos materiais. Naquela manhã havia uma novidade, além de ter aparecido uma trave de equilíbrio com altura que se aproximava do chão, quebrou-se uma regra pré-determinada pela escola. Aparecerem objetos e brinquedos pessoais que antes ficavam retidos na sala de aula. A exploração, com e nos materiais, continuava, era como um retroceder 20

ontem para talvez progredir no amanhã. Foram apresentados aos olhos da lente da câmara, tentativas de reproduções de movimentos especializados. Existiram entre duas crianças a realização de saques, toques e uma aproximação da manchete do esporte voleibol. Três meninas transportavam as duas traves de equilíbrio, uma ajudava a outra, colocaram-nas uma dando continuidade a outra, construindo uma extensa trave. Pararam, conversaram, deixando uma trave na posição anterior e tornaram a transportar a outra: agora uma estava paralela à anterior. Um arco foi colocado entre as traves, sendo apoiado sobre as tra-ves. A nova brincadeira começou. Eram saltos dentro e fora do arco, uma criança de cada vez. Depois dos saltos vieram a combinação mais refinada, corrida com saltos passando por dentro do arco, variando a velocidade. Depois de tirar o arco e caminhar equilibrando com um pé sobre uma trave e o outro sobre a outra, modificou-se a estruturação dos objetos. Percebi que esta movimentação era fácil demais, pois as traves foram colocadas na mesma direção e com uma extremidade sobre a outra . Elaboraram um plano inclinado e o construíram e começaram caminhando, subindo e descendo nele. Após as experimentações, as atividades eram modificadas até uma menina vir por um lado e a outra pelo oposto. Encontraram-se, abraçaram-se e tentavam, após o contato afetivo, desequilibrar a colega. Foram balanços e mais balanços até uma delas perder o equilíbrio. A construção foi deixada de lado e dois meninos, aproveitando a engenhoca das meninas, com bastões nas mãos, pareciam que lutavam, equilibrando-se.

Cena 2:

O jogo de futebol continua entre os meninos. O interessante, é que não existia somente um grupo jogando bola. Eram várias crianças, compondo vários times distintos, com suas regras determinadas, cada qual com sua bola, entretanto o espaço de jogo era o mesmo. Era constituído pelo mesmo pátio que já estava sendo dividido entre todos os jogos e todas as outras brincadeiras. O Playground, este, estava quase que solitário. Algumas meninas agora ainda permaneciam em brincar na rodinha.

Mas eram por um tempo muito curto, elas iam e viam, pareciam indecisas na opção de que local, e de que brincar. Caminhavam para o balanço de duas cadeiras, mas não se fixavam lá. Saíram do Playground e ele ficou literalmente

abandonado, era como se para ele o recreio ainda não tivesse iniciado. As crianças voltavam para ele, mas utilizavam seu espaço, não os seus brinquedos.

Cena 3:

Dentro do quiosque, aconteceram movimentos diferentes. As crianças que ali permaneciam brincavam com objetos pessoais, como bonecas, carrinhos e caminhões. Estavam calmas no meio daquele barulho alegre de crianças no pátio, pareciam não se impressionar com os acontecimentos lá de fora. Àquelas do quiosque conversavam, trocavam ideias, compartilhavam dos brinquedos dos outros, cooperavam com os colegas, sentadas ou em pé, se locomoviam mais pausadamente. Havia crianças que seguravam um arco, estas simplesmente observavam o que as outras realizavam, era um outro mundo que se desenvolvia dentro do mesmo pátio.

Cena 4:

A lente da câmara descobre, num canto oculto do pátio, um outro grupo de crianças que se movimentavam num estreito espaço com objetos variados enquanto forma e tamanho, diferenciados enquanto tipo.

Naquele pequeno canto estavam doze crianças entre idades de cinco e seis anos. Com eles arcos amarrados a cordas, a mesma construção do dia anterior. Eram as mesmas crianças, acredito que o término do recreio passado não tivesse conseguido apagar as sensações do que acontecera ontem. Voltou o recreio, e reiniciou a mesma brincadeira. O escalar as paredes da escola continuava a ser algo que prendia o tempo daquelas três crianças. Na cintura de uma outra criança, estava amarrada uma corda, e esta num arco. Ele corria de um lado para o outro e olhava para trás em direção ao arco que parecia ser o prolongamento do seu corpo. Dois meninos sentados no chão conversavam entre si e brincavam com um carrinho. Era como se não nada acontecesse ao redor deles.

Eles estavam concentrados no que faziam, estavam em dia de participação conjunta.

Cena 5:

A composição das traves de equilíbrio permaneciam no mesmo lugar. Nenhuma daquelas criaturinhas foi capaz de desmontar a construção elaborada anteriormente pelas outras crianças. Três meninos se aproximaram da trave com

arcos nas mãos. Subiam sobre a trave e impulsionaram o arco para que este rolasse sobre o plano inclinado. Uma fazia, o outro repetia, e cada arco a seu tempo descia rampa a baixo. Após o controle deste jogo, modificaram-no, fazendo com que, impulsionando o arco, ele subisse a rampa. E, em todas as vezes, o arco não obedeceu e foram feitas várias tentativas, até que a criança encontrasse uma maneira de descobrir como fazer aquele objeto de forma arredondada executar o que ela havia intencionado. E tentaram por algumas vezes e nada.

Aumentaram a impulsão das mãos sobre o arco e ele saía da direção.

Veio um após o outro e não conseguiram resolver o grande problema que eles mesmos tinham inventado. Desistiram, e saíram a se integrar em outras brincadeiras. Um foi chutar bola, outro pegou um bastão e o terceiro sentou-se no banco.

Cena 6:

A correria no início do recreio havia diminuído, talvez as cabecinhas pensantes estavam procurando o que fazer. Só o futebol não diminuiu de intensidade. Os apaixonados pelo jogo não queriam perder o tempo precioso na disputa pela bola. Eram incansáveis, não paravam um segundo sequer, penso que estes pequeninos jogadores não interrompem seu brinquedo significativo por nada. O tempo do recreio já estava por terminar e imaginei ser como o último momento para fazer o que adoram, jogar bola. Passei pelo quiosque e as crianças que lá estavam permaneciam a executar as mesmas tarefas escolhidas anteriormente. A imitação dos jogos e movimentos acontecia entre outras crianças. Era chegada a hora de guardar os materiais. O sino bateu para avisar que a brincadeira chegou ao fim. Era hora de voltar à sala de aula e continuar outro tipo de alfabetização, a preparação para a escrita, leitura e cálculos. A auto-alfabetização do movimento naquele momento havia terminado.

Quinto dia: A mágica não terminou.

Tomada geral:

Neste dia, quase não existiram crianças brincando individualmente. Os pequenos grupos eram formados e os gritos diminuíram de intensidade. Não havia silêncio, muita conversa se escutava. Não haviam grandes grupos e a

turminha do futebol resolveu trocar de atividade. As bolas foram deixadas de lado. Havia arcos, cordas, bastões, trave de equilíbrio. Havia também muitas construções com pelo menos dois objetos. Arco com corda, bastão e bola, bastão com bastão, arco na cintura de criança sentada, uma bola em movimento apreciava novamente. O grupinho do futebol realmente não queria saber de mais nada além daquela gorduchinha, redondinha: a amiga bola. Este quinto dia não surpreendeu por atividades diferentes, entretanto, o que foi notado de significativo: muita interação interpessoal, díadas de observação e participação conjunta; papéis sociais, afetivos, tais como a cooperação, o auxílio, a intersubjetividade muitas vezes foi transformada em intersubjetividade. Neste dia, crianças que iniciaram seu imaginário infantil em movimentos individuais passaram a realizá-los no ambiente, com os outros. No parquinho, especificamente nos balanços e na rodinha, existiam a permanência de meninas. No pátio, os arcos apareciam em maior número, parecendo estimular com mais intensidade as crianças.

Os bastões ficavam mais na lateral, ocupados por meninos ou dentro do quiosque, numa conversa animada com um adulto. De repente, as bolas voltaram a ocupar e aparecer no espaço. Eram três grupos distintos a disputarem, além da bola, o espaço em comum, mas tudo na mais perfeita ordem de criança. Acredito que os adultos não seriam capazes dentro de um espaço só participarem em tantas atividades simultâneas sem incomodar ou implicar com os outros. Crianças resolvem problemas quando brincam, os adultos criam os problemas e durante atividades lúdicas muitas vezes não conseguem resolvê-los, pois seus jogos transformam a ludicidade em competitividade. Parece que na vida cotidiana os adultos necessitam comprovar suas competências, concorrendo com o outro, anulando, desta forma, qualquer possibilidade do lúdico.

IV - Conclusão

Parece que o Playground e o espaço físico existente na escola são inadequados quanto à localização, estrutura e modelo, e orientados para objetivos distorcidos. Isto nos leva a pensar que a predominância do comportamento nas atividades livres gera o jogo de repetições, sendo um sinal de diminuição de atividades criativas.

Quando se introduziu os diversos materiais e objetos no recreio, observou-se o aumento de jogo de imitação, de construção e agrupamento, e o surgimento de mais atividades criativas.

Num mundo onde existe uma enorme variedade de objetos e como eles apresentam um significado real, é necessário colocar à disposição das crianças materiais e objetos, cujas estruturas permitam o desenvolvimento da condição construtiva e representativa e maior liberdade imaginativa.

Parece que, durante a realização de atividades espontâneas, no recreio, quando houve a possibilidade das crianças utilizarem os materiais colocados à disposição, os papéis, principalmente durante o quarto e quinto dia, passaram da intersubjetividade para intersubjetividade. A colaboração, a cooperação, os contatos, a verbalização através, não só de gritos alegres, mas de diálogos que emergiram na interação de criança-objeto-ambiente e o outro, quando surgiram como passo de mágica, os materiais.

BIBLIOGRAFIA

Bronfenbrenner, U. (1979) *The Ecology of Human Development: experiments by nature and design*. Harvard University Press, Cambridge.

Neto, C., A. (1992) *Tempo e espaço para brincar. O dilema das crianças dos nossos dias*. Actas do V Congresso Nacional de Ludotecas do Porto, 149-150

Neto, C., A. (1992a) *The Present and Future Perspectives of the play and playground in Portugal*. Ludens, 3-4,83-39.

Neto, C., A. & Piéron, M. (1993). *Apprentissage et comportement d° habites motrices fondamentales*. Revue de L'education Physique, 1, 27-36.

Neto, C. A. (1994). *A família e a Institucionalização dos tempos livres*, Ludens, vol 14, 1, 5-10.

Ramalho, M. H. S. & Finger, S. (1994) *O Playground e o movimento infantil*. In: Seminário de Educação Física. Universidade de Caxias do Sul.

CAPÍTULO 8

Meu Brinquedo? Meu Irmão? Meu Filho?!!!!

Zenite Machado

Introdução

À porta dos quarenta anos de idade, nossos encontros às quintas à noite me forçam a abrir a marretadas o baú no qual havia encerrado minha adolescência, e que, após haver cuidadosamente fechado, intencionalmente joguei a chave fora, na vã expectativa de que as experiências que a marcaram tivessem encontrado em mim a última protagonista.

Porém tendo trabalhado por quase duas décadas como professora de Educação Física, profissão que por característica favorece um contato próximo, portanto a formação de um vínculo mais forte do que o alcançado pelos professores que atuam em sala de aula, em muitas ocasiões fui solicitada a contracenar em momentos da vida de muitas de minhas alunas, então adolescentes. Curiosamente via, segundo seus relatos, a reedição dos momentos difíceis que eu mesma, tempos atrás, havia experimentado. Muito embora nesses momentos me visse refletida na angústia e incerteza de seus olhos, e apesar de oferecer apoio e orientação, meu eu relutava e dava um passo para trás, na tentativa de recuperar um espaço de segurança para que não revivesse como meus, esses momentos, pois enquanto não tivesse a certeza de que seria possível olhar para o passado sem sofrimento, não havia em mim coragem suficiente para reabrir o baú. Os conteúdos da Disciplina Pediatria Comportamental criaram então o momento para que me deparasse com a necessidade de resgatar as experiências mais marcantes de minha adolescência, e avaliar agora, sob a ótica adulta, não apenas as minhas, mas as experiências de um grande número de jovens que como eu, viram-se diante da responsabilidade de gerar e Criar um filho, antes de estarem totalmente criadas.

1-A Gravidez Adolescente e Suas Implicações

Apesar de contar-se atualmente com um número razoável de méto. dos anticoncepcionais seguros, o que de certa forma vem garantindo uma redução das taxas de natalidade da população mundial como um todo, paradoxalmente temos assistido a um aumento significativo do número de adolescentes que se deparam com a gravidez, diga-se de passagem, não planejada ou sequer desejada. Segundo Hendrixson (1979) esta é uma tendência observada tanto nos países desenvolvidos como nos sub-desenvolvidos. Berk (1994) baseado em estudos realizados em 1985 por Jones e colaboradores, a respeito da taxa de gravidez adolescente em seis países industrializados, adverte para o aumento alarmante da mesma principalmente nos Estados Unidos, país em que esta se apresenta duas vezes maior que a Inglaterra, Canadá e França, três vezes maior que na Suécia e seis vezes maior que na Irlanda.

Embora não disponha de dados numéricos que reflitam a real situação brasileira a respeito dessa problemática, um simples passeio pelas ruas das cidades ou mesmo o volume de discussões levado a cabo pelos meios de comunicação, mostram não apenas que não fugimos da tendência observada em outros países, mas também de que está havendo uma diminuição progressiva da idade cronológica em que esta gravidez adolescente acontece.

As causas que atuam no acentuado crescimento da ocorrência de gravidez adolescente, segundo Bolsanello & Bolsanello (1987), seriam o aumento do número de adolescentes na população geral, antecipação da idade da menarca e a conseqüente precocidade da fecundidade, e a liberdade sexual mais evoluída, as quais acrescento o não uso ou uso inadequado de medidas anticoncepcionais quando do início da atividade sexual, bem como o sentimento de que **comigo não acontece**, que tão marcadamente caracteriza essa e outras condutas adolescentes.

Detalhando, o aumento do número de adolescentes na população geral explica a princípio o número absoluto de adolescentes grávidas, porém não explica o valor relativo deste novo fenômeno em relação ao número de nascimentos advindos de mães com vinte ou mais anos de idade.

A antecipação da idade da menarca leva naturalmente ao abaixamento da idade da fertilidade pois, como salienta Perez (1987), esta última se dá entre 12 a 18 meses após a primeira menstruação. Como consequência, observa-se um amadurecimento corporal sem que este seja seguido necessariamente pelo

amadurecimento psicológico, e mesmo não o é, pois o amadurecimento psicológico programado para conduzir o indivíduo da infância à fase adulta é um processo relativamente longo, com finalização prevista em idade superior aos 20 anos. Observa-se atualmente que tendo em vista uma necessidade de tempo cada vez maior na fase de preparação para a atividade profissional, representada por um período mais longo de escolarização que redunde em maior tempo de dependência familiar, o ingresso à fase adulta e a seus papéis vem sendo cada vez mais tardio. Como resultado, temos um corpo que amadurece cada vez mais cedo, num psiquismo cada vez mais imaturo.

Quanto mais infantil, menos capaz de lidar com os novos apelos libidinais impostos pelos hormônios sexuais que transformam num curto espaço de tempo seu corpo infantil num modelo quase adulto.

Nesse momento, a transformação corporal ocorrida e o novo modelo estabelecido, esteticamente atrativo, representa para o jovem uma armadilha da natureza que, cumprindo seu papel na perpetuação da espécie, impulsiona a aproximação íntima entre as polaridades sexuais.

Sem a consciência de que se trata de um impulso puro para a procriação, o jovem inexperiente não consegue fugir do apelo imposto.

Embora este fator por si só também não explique o aumento do número de adolescentes grávidas, a liberdade sexual mais evoluída traduzida por uma maior permissividade faz a ponte entre a capacidade latente e a efetivação da prática da atividade sexual em idades cada vez mais precoces.

A liberdade sexual mais evoluída resulta de uma série de mudanças culturais, muitas das quais facilitadas pelo advento da pílula anticoncepcional como método seguro de contracepção, e da dita conquista de direitos iguais (2) pelo sexo feminino que em última análise enfatizam, principalmente na sociedade ocidental, a busca a qualquer preço, de satisfação pela via da sexualidade. Porém a maior liberdade sexual não implica necessariamente em maior conhecimento dos mecanismos da sexualidade, nem tampouco das consequências possíveis da atividade sexual. Isto comprova-se facilmente diante do elevado número de adolescentes que apesar da existência de métodos seguros e acessíveis de contracepção engravidam anualmente, bem como da grande incidência de doenças sexualmente transmissíveis entre os jovens. Apesar da ignorância a respeito de medidas preventivas ser apontada comumente como a principal causa do não uso ou uso

inadequado de medidas contraceptivas ou preventivas de doenças venéreas, discordamos de que esta suposta ignorância resulte especificamente do seu desconhecimento.

A falsa idéia de que é imune a acontecimentos desagradáveis e até trágicos como morte no trânsito, mesmo que tenha por hábito dirigir em alta velocidade, tornar-se viciado em drogas, mesmo sendo usuário contumaz, e tornar-se soropositivo ao HIV, mesmo associando vários fatores de risco, é traduzida por Voydanoff & Dornnelly citados por Berk (1994) pela crença de que são únicos e invulneráveis ao perigo, crença esta que atinge também a esfera da sexualidade adolescente. Embora seu círculo familiar, ambiente escolar, e grupo de amigos ofereçam seguidos exemplos de casos de gravidez adolescente, tanto o rapaz quanto a moça julgam essa situação improvável ou mesmo impossível de ser experimentada a nível pessoal, até que se deparem com o atraso da menstruação ou outros sinais e sintomas da gravidez.

1.1 - Implicações biológicas da gravidez adolescente

Mesmo considerando o ponto de vista de Eisensten & Souza (1993) de que a gravidez adolescente não se constitui necessariamente em uma situação de risco, opto por uma postura mais radical defendida por Bolsanello & Bolsanello (1987) que incluem a gestação neste período na categoria de alto risco, em decorrência da maior incidência de patologias que acometem esta faixa etária, e que somam consequências para a saúde do bebê.

Resumindo os autores acima citados, a falta de maturidade ginecológica necessária e específica para a reprodução estaria representada não somente pelo grau de insuficiência de desenvolvimento dos ossos da pelve, como também por condições próprias do útero tais como forma cilíndrica e não ovóide como em uma mulher adulta, e maior força de contração de suas fibras musculares, sendo responsável a princípio pela ocorrência maior de partos prematuros (apesar de fatores nutricionais e psicológicos concorrerem igualmente para a prematuridade).

A desproporção céfalo-pélvica, principalmente em menores de 15 anos, associada à imaturidade uterina leva ao aumento da duração do trabalho de parto propiciando, na ocorrência de parto natural, maior propensão às hemorragias, laceração do trajeto do parto, e maior incidência de rupturas de colo, vagina e períneo. Esses fatores elevam consideravelmente a necessidade de cesarianas.

O fator de maior risco tem sido considerado a toxemia gravídica que, embora não acarrete tantos prejuízos para o bebê, é passível de acarretar sérios problemas renais e hipertensivos para a mãe, em gestações posteriores.

O aspecto nutricional deve ser levado em consideração principalmente em função da grande demanda exigida pelo próprio crescimento materno que se encontra em um período de grande expansão, e o adicional exigido pelo bebê, o que contribui muitas vezes para o pequeno aumento de peso da gestante, resultando em nascimento de bebês com menos de 2500g, limite inferior de peso ideal apontado pela literatura médica. A prematuridade, é bom que se esclareça, caracteriza-se por dois aspectos distintos: nascimento em idade gestacional inferior a 38 semanas, fato comum em se tratando de gestantes adolescentes, e peso ao nascimento inferior a 2500g (Santrock, 1994).

Além do já exposto, a incidência de quadros anêmicos entre as gestantes adolescentes é relativamente elevada, tanto em função da subnutrição nos grupos de baixa renda familiar, como da má alimentação em termos qualitativos nos grupos mais favorecidos economicamente.

Em função do reconhecimento tardio da gravidez ou de condições socioeconômicas desfavoráveis, o início tardio ou a inexistência de acompanhamento pré-natal contribuem para o agravamento da influência desses condicionantes biológicos.

Sobre a taxa de mortalidade materna decorrente da gravidez e suas complicações, Hendrixson (1979) acrescenta que a mesma é 60% mais alta em jovens abaixo dos 15 anos e 13% mais alta em jovens com idade entre 15 e 19 anos, quando comparadas com mulheres na faixa dos 20 anos.

O mesmo autor a respeito das consequências para o bebê salienta que, além do baixo peso ao nascer ser mais evidente entre bebês nascidos de mães com idade inferior a 20 anos, as taxas de nascidos mortos e da mortalidade infantil até o final do primeiro ano de vida são maiores, como são maiores as probabilidades de ocorrência de retardo mental, problemas respiratórios, deformidades da coluna vertebral e epilepsia.

1.2-Implicações psicossociais da gravidez adolescente

Comumente atribui-se a eclosão da gravidez adolescente a fatores psicossociais desfavoráveis os quais determinam sua maior frequência entre jovens

da raça negra, ou pertencentes a classes sociais mais baixas, ou ainda advindas de meio familiar que apresenta algum desajustamento. Valendo-se de dados obtidos pelo Centro de Controle de Doenças dos Estados Unidos relativos ao ano de 1992, Berk (1994), salienta o papel do grupo étnico. Os indicativos de 60%, 47% e 45% como taxas de atividade sexual entre adolescentes femininas respectivamente para as raças negra, branca e hispânica, e a consideração de que aproximadamente metade delas se depara com o evento da gravidez indesejada Estes dados nos possibilitam ainda a extrapolação para o fator classe social mais baixa, tal é a realidade do negro norte americano.

Deve-se considerar que em razão de seus determinantes, a maioria das adolescentes se vê diante de uma gravidez que não é desejada, o que de alguma forma influencia suas formas de agir perante a situação.

Quanto mais jovem mais carente de mecanismos de ajustamento, o que a leva a adiar consciente ou inconscientemente a determinação da causa exata do atraso menstrual. Quando à essa pouca plasticidade soma-se a desinformação, maior se torna a dificuldade em discriminar a existência de uma gravidez das outras causas que podem levar ao atraso menstrual, irregularidade comum no início da maturidade das funções ovarianas.

Com pouco mais de idade e experiência, suas reações dirigem-se mais à expectativa de reação da própria família, protelando ao máximo a revelação da gravidez até o ponto em que as modificações corporais passam a impor por si só, o enfrentamento da realidade. Poucas são as que, sentindo-se seguras em relação à resposta familiar, revelam a gravidez desde o seu início. Para o tipo de reação apresentada contribuem ainda a própria aceitação, e a qualidade do relacionamento mantido com o pai do bebê.

A intercorrência desses fatores gera uma grande diversidade de possibilidades de solução do problema dentre as quais não podemos desconsiderar a procura pelo aborto provocado ,prática desprovida de implicações legais em países como Canadá e Estados Unidos, sendo que neste último, conforme observa Hayes citado por Berk (1994),a procura por adolescentes se encontra na faixa de 40% como alternativa de solução da gravidez indesejada.. Em outros países como Alemanha, Japão, França, Inglaterra, Porto Rico e Cuba, o aborto é permitido até um limite de semanas de gestação, embora estes limites apresentem-se diversificados. A lei brasileira, permitindo o aborto somente em caso de estupro ou

se a gravidez representa perigo para a saúde da mulher, leva a procura por esta prática de forma clandestina, cujos riscos são salientados por Meyer (1995 : 8) quando afirma:

O aborto inseguro traz sérias complicações de saúde às mulheres. Praticado em locais insalubres, com instrumentos próprios como caule de mamoeiro ou agulhas de tricô e ainda por médicos e parteiras incompetentes, pode deixar sequelas graves e levar à esterilidade e até à morte.

Minha experiência com adolescentes que provocaram o aborto tem mostrado que, longe de ser uma solução adequada, mesmo se não descoberto pelas demais pessoas envolvidas, representa ao longo dos anos um processo de culpa que interfere no equilíbrio psicológico, refletindo-se inclusive em tentativas posteriores de relacionamento íntimo. A nível pessoal muitas relatam um processo de luto pelo filho não nascido, e uma insatisfação profunda que se acentua por ocasião do que seria seu aniversário, por não terem jamais visto seu rosto, afagado seus cabelos, e ouvido sua voz.

Uma outra questão relevante a ser considerada é que a gravidez se constitui em uma das causas que leva a adolescente a abandonar os estudos, fato que propiciará o futuro agravamento de suas condições sócio-econômicas. Segundo Berk (1994), apenas 50% das moças que se tornaram mães antes dos dezoito anos terminaram o segundo grau, comparadas com 96% das que aguardaram para tornarem-se mães. Mesmo se a mesma advém de um ambiente que mantenha e estimule sua permanência na escola, o final da gestação, o nascimento do bebê e os cuidados que o mesmo necessitará nos primeiros anos de vida farão com que ocorra uma redução no ritmo de suas atividades, o que implicará em atraso ou mesmo desistência, comprometendo consideravelmente suas condições de concorrência no mercado de trabalho.

Apesar da complexidade da questão, o tornar-se mãe na adolescência pode ser uma experiência positiva enquanto promotora de desenvolvimento. O contexto em que a situação se desenrola pode propiciar a passagem repentina para a fase adulta, com a urgência de novos papéis a assumir, de forma mais ou menos suave. Neste ponto, a família e o pai da criança por nascer representam os eixos em torno dos quais os ajustamentos necessários se tornam possíveis.

Porém uma grande parcela dessas adolescentes experimenta junto com a expectativa de se tornarem mães, o abandono por parte de seus parceiros, co-responsáveis pela gravidez que enfrentam.

2- A Mãe-Solteira

Quando chego neste ponto o ato de vasculhar o baú põe-me diante do ponto central da ferida. Mesmo percebendo que a quase totalidade da área recuperou sua integridade, um ponto central teima em apresentar vestígios de tecido, tal qual uma casquinha, que precisa ser removido. E é a expectativa do que possa encontrar abaixo dela que me faz diminuir o ritmo de sua remoção.

O ser mãe ou ser solteira se considerados como papéis isolados, são condições que por si só não trazem a reboque estigmas sociais. Ao contrário, dependendo da ótica em que são observadas, constituem-se em condições absolutamente louváveis cumprindo cada qual uma expectativa específica do grupo social a que pertencem.

O ser mãe, como sempre o foi, encerra em sua natureza um toque sublime que dispensa qualquer outro comentário. O ser solteira por sua vez, na maioria das sociedades atuais vem ganhando significado enquanto condição opcional que possibilita à mulher maior dispêndio de tempo para sua formação profissional e consequente exercício da profissão escolhida. Deixando de ser o casamento um objetivo primeiro da mulher, some do horizonte a figura da mulher solteira com uma idade razoável, e esta condição passa a ser vista com grande naturalidade.

A associação dos papéis de mãe e de solteira porém, principalmente durante a adolescência, gera um quadro de conflitos a nível pessoal e familiar agravados por discriminações sociais que atingem não só a figura materna, como a criança que a mesma ousou gerar fora do casamento, afronta imperdoável às normas estabelecidas. Esta situação é tão característica que muitas famílias aceitam a atividade sexual ado-lescente, desde que não resulte em gravidez.

Especificamente para os nascidos sob estas condições, Furstenberg, Levine & Brooks-Gunn citados por Berk (1994), advertem que é grande o número dos que desenvolvem condutas anti-sociais, além de tenderem a repetir, em sua geração, a gravidez adolescente.

O abandono por parte do parceiro, no momento em que a gravidez se efetiva, provoca uma reviravolta nos sentimentos da adolescente, e uma grande confusão a

nível de seus pensamentos. O envolvimento emocional com o pai do bebê resulta de imediato uma rejeição a ele por ter sido o agente direto da gravidez, e o gostar (amar) e o odiar se misturam em doses iguais, gerando uma ambivalência de sentimentos difícil de ser administrada. Por outro lado, a rejeição paterna da gravidez dirige a rejeição materna para o bebê, pois o mesmo se torna nesse momento, e não a fragilidade da relação, a causa direta da separação do casal. Ocorre portanto, sob a ótica da jovem, uma troca injusta. De um lado perde o ser conhecido e amado em função da expectativa da chegada de um ser desconhecido, muitas das vezes não planejado, tampouco desejado.

Apesar do tempo propiciado pela gestação, o momento do parto se faz acompanhar ainda por essa turbulência. A apatia instalada nos dias que antecedem o parto se intensifica com os primeiros sinais de que o momento enfim chegou. Acompanhada ou não por familiares, a ausência do parceiro faz com que esse momento seja de extrema solidão. Desperta a sensação de ter treinado meses seguidos para um concerto a quatro mãos, e ser comunicada na estréia da ausência do par, ficando com a responsabilidade de dar conta sozinha da tarefa. Após a expulsão do bebê, a apatia assume a forma de um grande vazio. Agora, fato concretizado, crescem as dúvidas de ter ou não condições de assumir a criação e educação do recém-nascido que chora a seu lado, pois tem consciência de que seu próprio processo de criação e educação ainda está se desenrolando. Quanto menor a idade da mãe, maior a força do impacto do parto, e o momento de voltar para casa com a criança confirma o inevitável: nada será como antes.

Famílias com características mais tradicionais tendem a oferecer casa e comida, mantendo-se distantes do apoio afetivo tão necessário.

Sobre a mãe solteira fazem recair o peso não só de sua atitude, mas dos demais problemas que já vinham afetando o equilíbrio das relações internas ali mantidas. Como consequência imediata cai sobre a mesma, e de forma abrupta, toda a responsabilidade adulta, estando fadada a expurgar, ao longo de sua vida, o delito que julgam cometido. Sua vida social, por força das pressões encontradas, resume-se a partir daí a frequência a lugares e a contatos que possam se efetivar estando acompanhada pelo filho, o que na maioria das vezes não permite a extrapolação dos próprios limites familiares. As novas possibilidades de relacionamento afetivo assim dificultadas, ou não acontecem, ou encontram ambiente pouco favorável e se desfazem prematuramente.

Como produto tem-se mães que se utilizam da super-proteção como couraça que esconde uma grande revolta contra sua situação. Não podendo devolver à família a agressão que sofre, em função de sua dependência emocional ou econômica, desloca para o filho um cuidado excessivo que reflete sua impossibilidade de viver os demais papéis que gostaria. É natural que ao final, a super-proteção resulte em crianças inseguras nesta ou nas etapas posteriores da vida.

Por outro lado, famílias com características mais liberais tendem a retirar da adolescente suas responsabilidades, permitindo-lhe a continuidade de sua vida como se a gravidez não passasse de um episódio sem maiores consequências. Assumindo todas as suas funções e obrigações absorvem o papel de pai e mãe, o que além de gerar confusões no pensamento infantil, prejudicam a formação do vínculo afetivo necessário entre a mãe real e seu filho. Este fato tende a agravar-se na vigência de um casamento, que normalmente marca a posse absoluta dos avós em relação a criança pois esta, nessas condições, não acompanha a mãe que se afasta.

Sobre a relação parental da mãe solteira Bru e colaboradores citados por Ajuriaguerra (1991:362) observam que:

5% são oriundas de famílias estáveis e compreensivas, 50% tem uma família perturbada, mais ou menos desunida, 28% tem apenas um dos pais, havendo o outro desaparecido ou morrido, 15% não tem nenhum dos pais ou viveram longamente em instituições.

Ao aspecto acima levantado Ajuriaguerra (1991) acrescenta o nível profissional modesto, quando existente, passado marcado por carências e fracassos múltiplos e equilíbrio afetivo pobre, condicionantes que se constituem em fatores de risco para o filho.

Na verdade o contexto que determina ou facilita a existência da adolescente grávida e mais especificamente daquela que se mantém solteira em decorrência da gravidez encerra maior abrangência do que a pretendida nesta breve explanação.

Conclusão

O caráter com que as questões foram colocadas visou sobretudo alertar para o fato de que tratando-se de acontecimento cuja ocorrência vem aumentando,

principalmente nas duas últimas décadas, a gravidez na adolescência corre o risco de passar a ser considerado como absolutamente normal, desconsiderando-se totalmente as consequências para a mãe ou para a criança.

Esta leitura simplista da realidade não traduz com exatidão a sorte de problemas que extrapolam os meses de gestação e o momento do parto e que, vinculando-se a continuidade do tempo, marcam sensivelmente a vida de quem os experimenta diretamente.

E são de tal sorte essas marcas que muitas mulheres como eu podem precisar de quase vinte anos para parar, sentar e analisar de frente as coisas que guardamos com todo o cuidado no fundo do baú. E o pior, constatar que mesmo depois desse tempo e apesar de todo o cuidado em retirar a casquinha que teima em cobrir o ponto central da ferida, esta volta a sangrar.

BIBLIOGRAFIA

AJURIAGUERRA, Julian de. MARCELLI, Daniel. *Psicopatologia Infantil*. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BERK, Laura E. *Child Development*. 3 ed. Allyn & Bacon: Massachusets, 1994.

BOLSANELLO, Aurélio. BOLSANELLO, Maria Augusta. *Análise do Comportamento Humano em Psicologia - Conselhos*. 12 ed. Curitiba: Editora Educacional Brasileira, S.A, 1987.

HENDRIXSON, Linda L. *Pregnant Children: A Socio-Educational Challenge*. In: ANUAL EDITIONS HUMAN

DEVELOPMENT. *Anais*. Connecticut, 1982/1983, p.215-217.

MEYER, Denise Costa. *Lei proíbe as laqueaduras: riscos com o aborto*. *Diário Catarinense*, Santa Catarina, 28jun. 1995. p.8.

PEREZ, Luiz Miguel Ruiz. *Desarrollo Motor y Actividades Fisicas*. Madrid: Gymnos SA, 1987.

ROOSA, Mark W., FITZGERALD, Hiran E. & CARLSON, Nancy A. *What do We Know About Teenagers as Mothers?* In: A N U A L

EDITIONS HUMAN DEVELOPMENT. *Anais*. Connecticut, 1983/1984; p. 205-206.

SANTROCK, John W. *Child Development*. 6 ed. Brown & Benchmark, Dubuque: 1994.

CAPÍTULO 9

*"Uma parte de mim é todo mundo.
Outra parte é ninguém, fundo sem fundo.
Uma parte de mim é multidão, outra parte estranheza e solidão.
Uma parte de mim pesa e pondera..
Outra parte delira...
Uma parte de mim, almoça e janta;
Outra parte se espanta.
Uma parte de mim é permanente, Outra parte se sabe, de repente..
Uma parte de mim é só vertigem
Outra parte linguagem.
Traduzir uma parte na outra outra parte
Que é uma questão de vida e morte,
Será arte?
Será arte?
Será arte?
Será arte?
(Traduzir-se, Ferreira Gullar)*

ENCAIXO TUDO, SOMO E INCORPORO*

* Oswald de Andrade: Literatura Comentada(1988)

Vera Maria da Rocha

O fato de que um indivíduo normal ter, em todo momento uma consciência mais ou menos clara não só de seu próprio EU pensante, senão também de seu EU físico e fisiológico, de seu corpo em movimento ou imóvel, de sua posição no espaço, da posição respectiva de seus segmentos e de suas relações com o mundo exterior, desde Head é designado com o termo esquema corporal. Em outras palavras, de acordo com MOOR (1972), esquema corporal, apesar de ser um

fenômeno psíquico de consciência e de conhecimento, procede das aportações dos sentidos.

É lentamente, a partir das impressões sensoriais acumuladas desde a infância, que se constrói uma imagem própria, que permitirá a constituição da experiência fundamental de se sentir único, diferenciado dos demais, tendo, em todo o momento, o sentimento de ser ele mesmo. Ao referir-se a consciência que o homem tem de si próprio, MAY (1994) utilizou o termo self, afirmando que a procura de tornar-se consciente de si constitui uma aventura, que inicia por volta dos dois anos de idade, quando surge no ser humano a mais importante e radical ocorrência no processo evolutivo, isto é, a autoconsciência. A criança começa a perceber que é um "eu", distinta de seus pais, sentindo-se como um indivíduo independente, capaz de se opor-se a eles, se necessário. Esta notável ocorrência constitui o nascimento da pessoa no animal humano. Para chegar a autoconsciência, precisa-se recuperar a consciência do próprio corpo.

Murphy apud MAY(1994) enfatiza que "podemos chamar ao corpo, segundo o sente a criança, primeiro âmagô do self. Um bebê adquire seu primeiro senso de identidade pessoal pela percepção de seu corpo.

Ele segura as pernas e, mais cedo ou mais tarde, ocorre a experiência:

"isto é uma perna; eu a sinto e ela pertence a mim

A forma como a criança tem consciência de que é um conjunto suficientemente unificado e delimitado, que é ele próprio, e as etapas que segue para consegui-lo, tem grande importância na edificação de seu sistema de interpretação do mundo. Wallon e Piaget apud DOLTO (1978) evidenciaram que experiências vividas pelas crianças, estreitamente ligadas ao comportamento do corpo, são importantes na organização do caráter. A partir de dados perceptivos (musculares, articulares, labirínticos), da atividade cinética e da atividade tônica a criança experimenta seu corpo, e a pele participa desta vivência, constituindo uma fronteira entre o meio interno da criança e o meio que a rodeia. A pele tem, pois, um importante papel como plano de transmissão das mensagens cinestésicas e especialmente articulares que as mães comunicam à criança, ao cuidá-la, vesti-la e manipulá-la. Wallon apud MOOR(1972) já afirmava que "o universo sensível da criança é criado e condicionado pelos braços da mãe" (pág.22).

Ao considerar que a imagem do corpo humano é o modo pelo qual o corpo se apresenta para a pessoa, SCHILDER (1994) estabelece que a imagem do corpo é a

figuração do corpo formada na mente, a partir de sensações que são dadas, considerando impressões táteis, térmicas e de dor; sensações que provêm dos músculos e seus invólucros, sensações provenientes da inervação dos músculos (sensibilidade e energia); e sensações provenientes das vísceras. Além disso, afirma que existe a experiência imediata de uma unidade do corpo. Esta unidade é percebida; porém, é mais do que uma percepção. Pode ser chamada de esquema do corpo, esquema corporal, de modelo postural do corpo. Apesar de trabalhar com o corpo do outro, o profissional fisio-rapeuta, na maioria das situações, não possuem clareza sobre os conceitos aqui abordados, e, conseqüentemente, deixam de perceber algumas informações dadas pelas pessoas sobre a não percepção de seu corpo, de seu esquema corporal, de seu "eu" corporal. Mesmo quando há esta percepção, falta-lhe instrumentação para lidar com esta estrutura.

*"... a mãe é que me incomoda: toda hora
manda eu me endireitar.... mas eu não me
sinto torta..."*

*(C, 15a, cifoescoliose estrutural,
hiperlordose cervical)*

O esquema do corpo é a imagem tridimensional que todos têm de si mesmos. Não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é mera representação. Existe sempre uma personalidade que experimenta a percepção e, personalidade é um sistema de ações e tendências para a ação.

Provavelmente, o desenvolvimento do esquema corporal se dá, em grande parte, paralelamente ao desenvolvimento sensório-motor. Luquet, Goodenough, Piaget são estudiosos citados por SCHILDER (1994) em sua análise da construção da imagem corporal, e que forneceram elementos para o autor afirmar que o modo como as crianças desenham as figuras humanas realmente reflete o conhecimento e a experiência motora que têm da imagem corporal: "No mínimo expressam a imagem mental que possuem do corpo humano, e a imagem corporal é tanto imagem mental quanto percepção. (SCHILDER, 194, p 95).

Por volta dos 8 anos, a criança começa a socializar seu corpo, estabelecendo nítidas relações com o mundo exterior. Um perfeito conhecimento da orientação de

seu corpo e dos demais só se estabelece por volta dos 12 anos. Durante a adolescência, as trocas rápidas que se produzem requerem uma revisão da imagem do corpo, no mesmo momento em que o adolescente está em plena evolução emocional. Existe uma correlação bastante elevada entre as dificuldades de adaptação social e um interesse exagerado do adolescente em relação ao seu corpo.

Afinal, ele toma uma forma cujo resultado final ainda não é conhecido, porém, naquele momento, percebe-se desproporcional...

O conhecimento corporal segue um desenvolvimento progressivo no qual cada estágio representa um momento que contém e integra os precedentes. No transcurso deste desenvolvimento, os diferentes componentes, sensorio motricidade (com suas prolongações gestuais e perceptivas), socialização (apreensão da realidade exterior, relações entre o EU e os outros), vida instintiva afetiva, estão estreitamente intrincados. Resultado das interações do indivíduo com o mundo exterior, a integração da somatognosia é um elemento essencial na formação da personalidade.

Outros elementos contribuem para a construção da imagem corporal, entre eles podemos citar as primeiras sensações sexuais que são, segundo MAY (1994), particularmente significativas por se encontrarem entre as primeiras que a criança pode referir diretamente a si mesma. Infelizmente, no passado, e, talvez até no presente, tais sensações e as ligadas à excreção tornaram-se tabu em nossa cultura e a criança aprendeu que são "más". Como constituem parte de sua maneira de identificar-se, o tabu sugeria claramente "Sua autoimagem é suja". Isto constitui, sem dúvida alguma, parte importante da origem das tendências a desprezar-se, manifestas em nossa sociedade.

SCHILDER (1994) faz uma análise da estrutura libidinal da imagem corporal, citando Freud e seus estudos sobre os estágios de desenvolvimento da libido e as mudanças na estrutura global do esquema corporal, onde as zonas erógenas terão o papel principal. O fluxo libidinal de energia influenciará grandemente a imagem corporal. "Toda ação do ego "perceptivo", inclusive agarrar, apalpar e sugar, terá mais uma vez uma enorme influência sobre a estrutura da imagem corporal. Os sentidos influenciarão a mobilidade, e esta influenciará os sentidos, mas a mobilidade também é dirigida por pulsões, tendências e desejos e, é claro, que na

construção do esquema corporal, haverá uma interação contínua entre tendências egoicas e libidinais ou, em outras palavras, entre ego e id. "(p.111).

Se bem que a imagem corporal se elabore progressivamente, MOOR(19) supõe que uma vez constituída, permanece constante e indelével ao longo de toda a vida, independente das modificações que possam ocorrer, incluindo neste caso as amputações. O autor afirma: "O cirurgião pode separar uma parte de nosso EU físico com seu bisturi, mas não destrói a imagem deste segmento corporal" (p.23).

*"eu trago ele sempre escondido, acho melhor; o que
mais me impressiona é que já faz 5 meses que
aconteceu o acidente e eu continuo sentindo meu braço
e meus dedos,
será que é normal?
(V, 53a, amputação 1/3 proximal do antebraço)*

A aptidão para perceber o próprio corpo é de grande importância no decorrer de toda a vida. A nível clínico, utiliza-se desta percepção segmentar como forma de trabalho proprioceptivo, e surpreende, como a maioria dos adultos perdeu a tal ponto a percepção corpórea que se mostra incapaz de dizer como sente o próprio pé, perna ou tornozelo, ou qualquer outra parte do corpo, caso alguém lhe pergunte.

*"Eu não sei se há diferença entre uma
perna e outra; como é que eu sinto?... eu não sei o que
sinto... não, não estão iguais, mas como vou descrever esta
diferença?...não Sei
(C, 18a, recuperação de fratura em 1/3 proximal do fêmur D)*

Em nossa sociedade, a consciência das diferentes partes do corpo é em geral limitada a alguns esquizofrênicos, ou a um punhado de pessoas sofisticadas, que possuem essa consciência sob a influência da ioga ou outros exercícios orientais. De uma forma geral, a maioria age sob o princípio: "Que os pés e as mãos se sintam como bem quiserem, de qualquer modo preciso trabalhar." Como resultado de vários séculos a recalcar o corpo, transformado em máquina inanimada, subordinada às finalidades do industrialismo moderno, as pessoas

orgulham-se de não lhe prestar atenção. Falando por metáfora, a natureza abate a pessoa com um resfriado, uma gripe, ou uma dor ou doença mais séria, como se quisesse dizer: "Quando aprenderá a dar atenção ao seu corpo?"

"..não, não fiz nada que pudesse desencadear esta dor, que por sinal, não tem me deixado dormir... durante o meu dia a dia não cometo nenhum excesso. absolutamente... bem, a única coisa que faço é me firmar com este braço na beirada da mesa, para me aproximar com a cadeira de rodinhas e atender o telefone, que toca o dia inteiro, na mesa ao lado onde sento..." (M.A., 28a, contratura subescapular D)

A atitude impessoal e desligada em relação ao corpo, manifesta-se também no modo como reage a maioria das pessoas ao adoecer. Falam em voz passiva: "fiquei doente", como se o fato de adoecer fosse independente de si, imaginando o corpo como um objeto. Consideram que, indo para a cama e colocando-se inteiramente nas mãos de um profissional especializado ou de novas drogas milagrosas, estão fazendo sua obrigação. Utilizam assim o progresso científico como racionalização da passividade: algo lhes prejudica, mas algo lhes cura.

Quando uma pessoa abdica de sua autonomia expõe-se a todos os tipos de males psicossomáticos. Inúmeras perturbações das funções físicas, a começar por algo simples, como andar incorreto, uma postura defeituosa, uma respiração deficiente, são devidas ao fato de que as pessoas caminham durante toda a vida, para dizer apenas isso, como se fossem máquinas, não experimentando qualquer sensação nos pés, nas pernas, ou no resto do corpo. A falta de percepção de si, de seus movimentos e atitudes, compromete todo o organismo e favorece para que, este corpo cansado reaja, quase sempre com uma dor, uma limitação ou com a "doença". Assim, diariamente, as pessoas procuram tratamento, para "resolver" problemas que, certamente, vão além dos limites do corpo que o apresenta. São, de certa forma, manifestações de um "eu" que clama por atenção.

*" a maioria das vezes fico torta por falta de atenção;
outras, porque ficar reta me cansa; sempre quando fico
muito tempo na posição certa, dói meu pescoço...ai, eu
vou me encurvando."*

(C, 15a, cifoescoliose estrutural, hiperlordose cervical)

De forma geral, podemos afirmar que, o primeiro grito do corpo aparece em forma de dor. Ela é, para SCHILDER(1991), um dos dois fatores que tem uma participação especial na criação da imagem corporal. O outro é o controle motor dos membros. O autor que a dor, em si, representa um perigo para o organismo e é provável que, a concepção infantil de dor, seja anterior à de perigo, e que o significado deste último para a criança seja algo que mais cedo ou mais tarde infligirá dor e quebrará, desta forma, a unidade e a imagem de organismo.

É importante notar que os bebês apresentam reações muito incompletas à dor. O mesmo ocorre com os animais, o que pode pressupor estágios do desenvolvimento ontogenético nos quais a imagem corporal ainda não estaria desenvolvida. Não há dúvida que de que as sensações provenientes do interior do corpo não possuem nenhum significado intrínseco até serem conectadas à imagem corporal. A dor ajuda-nos a decidir o que desejamos ter mais perto de nossa personalidade, do centro de nosso ego, e o que desejamos manter o mais afastado possível dele. Esta decisão e opção deve ser intimamente relacionada às atividades motoras; mas isto vale para qualquer outra sensação. O problema da dor só pode ser solucionado estudando-se a relação das dores com o esquema. Temos que levar em conta que, em qualquer percepção, é preciso distinguir entre o objeto percebido, a sensação ligada a esta percepção e, a reação da personalidade como um todo a esta percepção. É óbvio que estamos lidando com um ato global, e que este tipo de análise é sempre artificial. Para SCHILDER(1994) este esquema geral não é suficiente, já que cada sensação só adquire sentido e significado em conexão com o corpo como um todo, de modo que o esquema geral deveria ser: (1) percepção; (2) sensação; (3) relação da sensação com o corpo como um todo (imagem corporal; (4) reação da personalidade como um todo. Quando sentimos dor, importamo-nos menos com a qualidade do objeto do que com a sensação; esta, como tal, tem uma tendência à irradiação. A dor precisa ser localizada e, assim, conectada com a organização da imagem corporal. Parece que quando há qualquer

dor na superfície do corpo, o modelo postural fica super enfatizado neste ponto específico, tornando-se distorcido. A estrutura libidinal do modelo corporal se modifica imediatamente. Segundo Freud e Ferenczie apud SCHILDER, neste momento todas as energias fluem para o órgão doente. O modelo postural do corpo fica sobrecarregado de libido narcisista na parte dolorida. É óbvio que as parestesias e as sensações físicas desagradáveis têm efeito similar ao da dor. Quando a dor não surge imediatamente, a pressão a provoca. Há sensação de inchaço, secura ou umidade na parte dolorida. (Claro que estas mudanças, como todos os demais fenômenos aqui descritos, não são meramente subjetivos, em todos eles há modificações vegetativas). O órgão dolorido torna-se em centro de renovada experimentação com o corpo, cumprindo um papel que normalmente pertence às zonas erógenas. Assim, a dor, a diestesia, as zonas erógenas, as ações de nossas mãos sobre o corpo, as ações dos outros em relação a nosso corpo, o interesse dos outros pelo nosso corpo e a dor provocada pelas funções de nosso corpo são fatores importantes para a estruturação final da imagem corporal.

Quando o conhecimento de nosso próprio corpo é incompleto e imperfeito, todas as ações para as quais este conhecimento particular é necessário também serão imperfeitas. Na proposição terapêutica que de praxe é instituída ao paciente, inclui-se o movimento como forma de trabalho. Precisamos da imagem corporal para iniciar os movimentos, especialmente quando as ações são dirigidas a nosso próprio corpo. A estreita relação entre o lado perceptivo (aférente-impressivo) de nossa vida psíquica e as atividades motoras (eferente-expressivo) devem ser enfatizados. Em consequência, as mudanças periféricas na sensibilidade levam a distúrbios das ações. O movimento humano está acima das enormes diferenças individuais de imaginação. É uma estrutura de outra ordem. Ela contém um plano, uma direção, e tem um significado que leva o corpo tanto a uma relação mais íntima com o objeto externo quanto com outras partes do corpo.

No plano de ações, o conhecimento de alguém sobre seu próprio corpo é uma necessidade absoluta. Deve sempre haver o conhecimento de que eu estou agindo com meu corpo, que tenho que começar o movimento com meu corpo, que tenho que usar determinada parte do meu corpo. Mas o plano também deve incluir o objetivo de minhas ações. Há sempre um objeto em direção ao qual a ação é dirigida. Este objetivo pode ser o próprio corpo ou pode ser um objeto no mundo externo. Para agir devemos saber alguma coisa sobre a qualidade do objeto de

nossa intenção e como queremos nos aproximar do mesmo. A fórmula contém, portanto, a imagem do membro ou da parte do corpo que está realizando o movimento, o objeto e o movimento. Falando em geral, o início de cada movimento depende do modelo do corpo. Deve haver, também, o conhecimento do objetivo do movimento, pelo menos se lidarmos com ações e não com movimentos puramente expressivos. De acordo com os princípios gerais levantados acima, os sentidos isolados não existem. Estamos sempre dirigidos para objetos que nos são dados através de suas qualidades tanto visuais quanto táteis e acústicas. Qualquer coisa que aconteça na área sensorial trará consigo uma motilidade específica. E, segundo SCHILDER(1991), apesar de não se saber qual a parte do projeto é atuada depois do início do movimento, não se deve crer que, o que acontece na área orgânica do movimento, não se reflita na consciência.

No trabalho dos profissionais que envolve especialmente o corpo, a sensação, a percepção e o movimento, como é o caso da fisioterapia, onde o corpo do outro passa a ser o objeto da atenção por suas manifestações "dolorosas, limitantes e/ou deformantes" . os conhecimentos sobre o esquema corporal e dos fatores que nele interferem, tais como foram apresentados, devem ser de domínio e aplicação junto aos procedimentos terapêuticos. A formação acadêmica com enfoque essencialmente técnico, com uma fragmentação "didática" que se perpetua no exercício profissional, favorece para que o paciente "conduza" até o fisioterapeuta o segmento lesado como a dizer: " eu trouxe meu pé, porque ele não sabia vir sozinho" ao que o profissional poderá responder: " deixe-o aqui que eu o trato; certamente ele ficará bom".

A experiência da nossa imagem corporal e a experiência dos corpos dos outros são intimamente interligadas. Assim como nossas emoções e ações são inseparáveis da imagem corporal, as emoções e ações dos outros são inseparáveis de seus corpos. A imagem postural do corpo precisa ser estudada, se desejarmos alcançar um insight mais profundo da psicologia social. Temos que estudar uma ampla gama de problemas.

De acordo com MAY (1994) a solução desses problemas é uma tarefa que foge ao alcance de um único estudioso e, aí, insere-se a fisioterapia, que, com uma nova abordagem, poderá oferecer sua contribuição para auxiliar o indivíduo a vivenciar seu "eu" corporal, que jamais esteve separado de seu "eu" psicológico. Não se trata aqui do estabelecimento de métodos terapêuticos específicos como

temos encontrado na literatura e nos cursos de capacitação, trata-se da compreensão do esquema como estrutura do ser, compreensão que deve estar na base da formação de qualquer profissional, que, como o fisioterapeuta tem como centro da atenção o outro.

É surpreendente quantas intuições, sugestões e orientações para a vida recebe a pessoa sensível, que sabe ouvir o que seu corpo está dizendo. Estar atento a estas reações, assim como aos próprios sentimentos nas relações emocionais com o mundo e com as pessoas que nos rodeiam, é estar a caminho de uma saúde que não sofrerá frequentes alterações. A tarefa que se impõe é a de possibilitar a vivência do todo que constitui o ser humano, e não somente unir as partes; é este "encaixar, somar e "incorporar" que chamamos de esquema corporal que precisamos traduzir. Se, ao paciente falta a compreensão e percepção de ser todo, ao profissional, falta a compreensão ou, porque não dizer, o saber, para uma abordagem mais globalizada das ações a serem instituídas. De certo ultrapassa o domínio técnico.

Será arte?..

BIBLIOGRAFIA

DOLTO, B. *O Corpo sobre a Acção das Mãos*. Lisboa: Centro do Livro Brasileiro; 1978.

MAY, R... *O Homem a Procura de Si Mesmo*. Rio de Janeiro: Vo-zes; 1994.

MOOR, L.. *Biopsicologia Del Comportamento: Aplicaciones a la Prática Médica*. Barcelona: Toray;

ROLF, I. P... Rolfing: *A Integração das Estruturas Humanas*. São Paulo: Martins Fontes; 1990.

SCHILDER, P. . *A Imagem do Corpo: As Energias Construtivas da Psique*. São Paulo: Martins Fontes; 1994.

SOUCHARD, P.E. *Reeducação Postural Global*. São Paulo: ícone Ed.; 1990

CAPÍTULO 10

URGENTE: UMA CRIANÇA NA UTI!

Janice Sityá Padoin

A doença faz parte da vida da criança, e fará surgir um personagem novo, com o qual deve estabelecer novas relações: o médico, e em alguns casos, ela será separada da família para entrar no contexto de uma instituição nova: o hospital.

A entrada da criança no hospital ocorre num clima de angústia sendo que a admissão a uma Unidade de Terapia Intensiva é uma situação de estresse na vida de uma criança previamente hígida e de sua família. Quando falo em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, estou falando em crianças gravemente enfermas, que subitamente são afastadas do cotidiano familiar para entrar num cotidiano de agitação, invasão, procedimentos dolorosos para investigação e tratamento intensivo.

Nesse artigo de revisão, abordar-se-à o impacto da doença aguda grave sobre a criança, sobre sua família e a própria equipe da UTI frente ao risco de morte.

.. Urgente: uma criança na UTI!

A CRIANÇA -

A criança quer o pai e a mãe, não basta explicar...

(depoimento enf. Husm)

A reação da criança frente a hospitalização vai depender de muitos fatores, incluindo sua idade, o estresse imediato que ela encontra em função da doença, da dor e de procedimentos, sua personalidade, as experiências anteriores e a reação da família e da equipe hospitalar frente a doença.

A hospitalização pode desencadear reações imediatas, no próprio momento da separação (gritos, choro, recusa de ficar no hospital), ou reações que surgem após a hospitalização (atitude de recusa ou regressão: problemas alimentares, distúrbios do sono e de conduta). Esses tipos de reações dependem, por um lado,

do grau de informação da criança sobre a internação e da atitude da equipe hospitalar, e por outro lado, da idade e da duração da internação.

De acordo com a idade, a criança pode ter diversos tipos de reações, como:

- lactente até 10 meses: nessa faixa etária não existe a angústia da separação propriamente dita, manifesta-se como uma atitude de alerta e vigília, com um comportamento desorganizado. A maneira de aliviar esse sentimento do bebê é a aproximação da mãe e seu contato físico, assim como a gratificação oral através da sucção (oferecer chupeta).

- até 4 anos: deparamo-nos com a angústia da separação. E nessa fase em que ocorrem os maiores efeitos emocionais da separação, determinados pela doença. Reações diversas como simples aflição até acessos de pânico, depressão, agitação, distúrbio do sono e conduta.

- de 4 a 6 anos: a ansiedade da separação é menos proeminente. São observadas defesas fóbicas e obsessivas. Ocorre medo de punição e ansiedade de mutilação. A interpretação errônea dos procedimentos é comum. Nessa idade é essencial a preparação da criança frente a condutas e procedimentos realizados. Em sua relação com o meio, costuma mostrar frequentemente um comportamento regressivo e agressivo quanto à mãe.

É importante informar a criança internada sobre os procedimentos e não minimizar esse fato, enganando-a sobre a não ocorrência da dor.

O uso de analgésicos, sempre que necessário, devem ser usados. Proporcionar à criança brincadeiras com objetos de uso do hospital, como seringas, tubos, podem auxiliar na elaboração de seus medos em relação aos procedimentos hospitalares.

Geralmente uma criança gravemente enferma, internada na UTI encontra-se monitorizada, podendo estar com cateteres para controle da pressão arterial, da diurese, drenos de tórax, tubos endotraqueais, impedindo-a de movimentar-se espontaneamente, e de reagir adequadamente à dor. Muitas dessas crianças, quando colocadas em ventilação mecânica (aparelho que auxilia na respiração), não podem expressar sua dor através da fala, fazendo-o apenas com o olhar. Esses procedimentos podem provocar dor, devendo ser usado sempre medicações analgésicas e sedativas para aliviar o sofrimento e trauma dessas crianças. É muito difícil para a família identificá-la como seu filho que outrora corria pelo pátio, falava, e agia como uma criança cheia de vida, provocando nos pais um sentimento de angústia, sofrimento e até de culpa.

A FAMÍLIA -

Para a família que tem seu filho internado numa UTI, o impacto com tal realidade desconhecida é muito forte. O próprio filho gravemente enfermo já não lhes parece o mesmo. O dia-a-dia da família é alterado abruptamente e a internação da criança em uma UTI é algo atemorizante e estranho. Os pais vivem a sensação de impotência, pois desta vez não puderam resolver o problema de seu filho, nem podem protegê-lo da dor e do perigo que o ameaça. Os sentimentos de culpa ganham força: se estivessem agido mais prontamente ou de outra forma talvez pudessem ter evitado o pior. O mundo familiar que criaram com tanto empenho não parece seguro como pensavam. Em que falharam? A fragilidade humana surge diante deles de um modo súbito e assustador.

Para os pais, a entrada num serviço especializado, pode impor, ao mesmo tempo que a realidade do diagnóstico, uma esperança na maior eficácia terapêutica. Nesse centros, o início do tratamento e o contato com outras crianças gravemente enfermas constituem um traumatismo, diante do qual a mãe sente-se tão ameaçada quanto seu filho; em geral, esta ameaça traduz-se, nos pais, por uma inibição intelectual, que prejudica o contato com a equipe médica e em um momento de particular importância, as mães precisam ser compreendidas à nível de sua regressão, de seu medo, através de sua revolta, negação e angústia.

A maioria dos familiares de crianças criticamente doentes experimenta uma sequência de sentimentos, descritos por Kübler-Ross como diferentes estágios ao ser humano frente a situações trágicas: (1) choque inicial e negação que se caracterizam por recusa ou incapacidade de aceitar a situação; (2) sentimento de raiva, fúria e inveja, perguntando-se várias vezes: Por que eu, por que meu filho?, (3) barganha ou tentativa de adiar o inevitável, (4) depressão, onde a raiva anterior dá lugar a um sentimento de tristeza e grande perda, e (5) eventual aceitação, que envolve uma redução da agitação prévia e um aumento no grau de expectativa tranquila.

Esses estágios manifestam respostas de luta contra a perda. Em geral as informações dadas aos pais ou familiares, durante o período de choque, têm que ser repetidas várias vezes. Após a fase inicial os pais começam a buscar explicações para as causas da doença.

A atitude dos pais frente à doença infantil é sempre notada pela criança. Devemos orientar os pais no sentido de manter uma conduta coerente, para que não gerem na criança confusão, fantasia e aumento da ansiedade.

*"Criança de 1 ano e 6 meses, previamente hígida, internou por meningite e veio a falecer nas vésperas de natal. Foi difícil dar a notícia do óbito, as lágrimas vieram à tona sem ao menos podermos esconder, ... a família estava mais preparada para a morte que nós funcionários, eles aceitaram o óbito e agradeceram.
(depoimento enf. Husm.)*

A EQUIPE DA UTIP-

O trabalho dentro de uma UTIP, por vezes, torna-se tenso e estressante. Admitir uma criança gravemente enferma, exige da equipe médica e enfermagem atitudes exatas, precisas e até corajosas, impedindo que o sentimentalismo seja mais forte que a razão. A ligação da equipe com a família tem que ao mesmo tempo confortar a família de seu sofrimento, e oferecer informações sobre a doença da criança.

No caso de internações prolongadas cria-se uma afinidade maior entre a equipe e a família, as vezes até uma verdadeira cumplicidade, sendo que ambos passam a temer o risco da morte. Muitas vezes, a equipe tende a lutar contra a sua própria ansiedade, isolando-se e assumindo uma atitude silenciosa. Essas reações podem dificultar sua atenção à criança que está morrendo e à sua família.

Uma boa equipe de terapia intensiva deve aprender a encarar suas próprias reações frente à morte, porque somente desta forma estará preparada para esse desafio.

*"Trabalhar em uma UTIP- com esperança é gratificante! !"
(depoimento de enf. Husm)*

CONCLUSÃO

Pensei em muitas palavras para concluir esse trabalho de revisão, mas só uma veio-me à mente: ESPERANÇA.

... E, acho que uma Unidade de Terapia Intensiva transmite isso: esperança de vida, de cura!

Apesar de todo o sofrimento sentido pela própria criança, pela sua família, e inúmeras vezes pela equipe da UTIP, devemos pensar que é através dessas Unidades de Terapia Intensiva podemos tratar com condições adequadas, permitindo com que a criança gravemente enferma retorne ao seu convívio familiar, ao seu dia-a-dia que anteriormente foi quebrado pela doença. É a esperança de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. AJURIAGUERRA. *Manual de Psiquiatria Infantil*.
2. FREITAS, PEF; COUTINHO, MF. *Morte, um novo conceito: do coração ao cérebro*. R. AMRIGS, 31(1):22-6, jan/mar., 1987.
3. HORTA, VMA. *A criança e o perigo da morte*. Jornal de pediatria, vol 52(5), 357-60, 1982.
4. PIVA, JP; CARVALHO, P; GARCIA, PC. *Terapia Intensiva em Pediatria*. 3ª edição, cap. 33, pp. 681-8, 1992.
5. TETELBOM, M; FALCETO, AG; GAZAL, CH; SHANSIS, F; WOLF, AL. *A criança com doença crônica e sua família: importância da avaliação psicossocial*. Jornal de Pediatria, vol. 69(1): 5-11, 1993.

CAPÍTULO 11

ÚLTIMO ATO: DA IMPORTÂNCIA DE SABER SAIR.

Como diretora do elenco de Téspis tocou-me o último ato: o do encerramento. É minha hora de sair, pois terminou meu tempo com estas criaturas maravilhosas. Porém como eu os inspirei para escrevessem livres, que colocassem suas experiências, saindo das referências bibliográficas, justo é, que eu faça o mesmo.

Decidi escrever sobre um tema que me chama atenção, que trabalho em psicoterapia e que passo a observar e perscrutar no ser humano: saber sair.

Mas vamos lá:

Sair, retirar-se, ir embora...

Pode ser algo natural, espontâneo: acabou a aula !!! Vamos embora.

Pode ser um alívio, um desafoço: acabou o trabalho da construção, que calor! que sufoco! que sujeira! Vamos embora.

Pode ser uma pena: que festa gostosa! que ambiente maravilhoso! que pena! Vamos embora...

Enfim, sair tem muitas conotações, mas a que me preocupa e ocupa no momento é a saída gretiana, ou diria eu, garbiana, ou ainda a "la Greta Garbo". Esta mulher foi um dos fascínios da minha juventude, sua maneira de retirar-se, de sair, é um marco na história do cinema. E na História existem alguns raros e ilustres exemplos que souberam realizá-lo. Poderia citar um Charles De Gaulle que me ocorre agora.

Mas como comentava tenho 47 anos de idade, 21 de Medicina, 18 de docência e 21 de consultório, e este monte de números fazem com que me preocupe com este assunto, especificamente a saída de relações afetivas.

Como é deprimente, triste ver alguém ser rejeitado e observar a pessoa, o ser humano implorando para ser aceito.

Como nestes instantes passa-se sobre um direito humano básico o de dizer não! Nestes momentos o respeito, o carinho deve ser expressado com a retirada, o deixar-se ir.

Quando os pais devem retirar-se de cena e deixarem seus pimpolhos agirem, que dificuldade!!!!

Quantas vezes o único detalhe que falta para um filho alçar voo é o sair de um pai ou mãe.

E os mestres? Os mestres que às vezes com carinho, às vezes por egoísmo, ou egocentrismo não independizam seus alunos, e os deixam na eterna posição de aprendizes de feiticeiro.

Então...devo ir embora.. saio de mansinho da vida destas pessoas, do eterno elenco de Téspis com o som de "Luzes da Ribalta" no fundo, agradecendo tudo o que me deram e dedicando este trabalho a algumas pessoas, por lições que me ensinaram:

João José, meu Zé, meu filho, que me faz mais gente todo o dia.

Ruy Krebs pelo carinho com que me acolheu.

Aos integrantes da obra pela confiança com que se deixaram orientar por mim.

À Alexandra, a filha que não pari, mas ajudei a crescer, por sua maneira de sair.

Aos meus pacientes pela lição de vida.

Aos que me querem bem, pois como dizia um sábio, experimentado e velho amigo, que um dia conheci em minha fantasia: sou dos que me gostam.

FÁTIMA, AOS 16 DE JULHO, INVERNO DE 1995.