

O “MILAGRE” DA PSICOMOTRICIDADE

Marta Guedes
Especialista em Psicomotricidade IBMR/RJ.
Professora de Educação Física. Professora da
Rede Municipal e Estadual (RJ), atuando em
Comunidades Carentes e Educação Especial.
Atriz Profissional e Diretora Teatral.

Introdução

Maria Helena. Uma mulher de 77 anos, vítima de um AVC (acidente vascular cerebral) isquêmico. Diagnosticada pela medicina como caso irreversível de vida vegetativa.

Mediante o relato desse caso procura-se, neste artigo, demonstrar a condição primordial do diálogo-tônico-afetivo como possibilidade de ressignificação da imagem e esquema corporal que leva à consciência de si e resgata uma vida.

Após três dias do acidente vascular cerebral (que deixou Maria Helena em coma), a família foi reunida e recebeu o diagnóstico do neurologista, que dava o caso como perdido, encerrava a conta e informava ter sido Maria Helena acometida por um AVC isquêmico que a deixara na condição de “vegetal”, pois a conexão entre o cérebro e o corpo havia sido cortada. Segundo o médico era como se ela tivesse sido “decapitada”. O AVC tinha atingido os tálamos e cerebelo e eliminava qualquer possibilidade de comunicação. Estava clinicamente bem e poderia permanecer anos a fio nesse estado vegetativo; jamais acordaria do coma. A medicina não podia fazer nada; só um milagre.

Em contraponto ao diagnóstico fechado, ao coma irreversível havia o conceito de plasticidade neural. Maria Helena estava viva, porém sem nenhum tipo de reação. Aparentemente inerte para sempre. Era preciso cuidar de um corpo que pulsava, somente pulsava. Tamanha impotência desafiava nossa inteligência. Foi a fé que nos deu esperança e nos fez acreditar que era possível. Resolvemos aplicar a psicomotricidade, sob o enfoque da reabilitação psicomotora.

O presente relato será descrito sob uma ordem temporal do processo terapêutico.

Primeiro Passo - Contraponto ao “Rótulo”

Falar com ela, talvez escutasse... Foram 50 dias de CTI (centro de tratamento intensivo), traqueostomia, gastrostomia, sonda vesical, médicos e enfermeiros falando que não estavam ali para cuidar de vegetal... Os seis filhos se revezavam nos limitados horários de visita do CTI e falavam com Maria Helena, falavam, falavam, tentando uma comunicação. Uns conseguiam mais do que outros; uns acreditavam mais do que outros; uns choravam mais do que outros; alguns não conseguiam falar e então abriam os olhos dela, deitavam a cabeça em seu colo! Outros pediam incessantemente para que ela abrisse os olhos. Todos investiam de alguma forma naquele corpo que continuava a pulsar.

Falar com alguém que não fala, não se movimenta, não abre os olhos, não é tarefa fácil. A arte nos incentivava. Lembrávamo-nos do filme **Fale com ela**, de Almodóvar. Será que ela escutava? Às vezes, ela mexia um pé, uma perna; os médicos, céticos, repetiam: -“ É puro reflexo”.

Surgiu então a questão do “rótulo”, do diagnóstico fechado, do prognóstico absoluto. Quem poderia avaliar com tanta certeza e fechar toda e qualquer porta? Seria justo fixarmo-nos nesse rótulo de vegetal e desistirmos da luta? Por que brigam os médicos para ser os únicos detentores do direito de diagnóstico?

A neurociência vem constatando que as terapias psicomotoras também atuam no cérebro, alterando circuitos neuroquímicos. A psicanálise, negada como ciência no século XX, é comprovada por neurologistas cognitivos. Por meio de exames do cérebro em laboratório se confirma que as estruturas cerebrais essenciais para a formação da memória consciente não funcionam durante os primeiros dois anos de vida. As vivências desse período não ficam registradas no cérebro, mas sim no corpo: “O eu é antes de tudo um eu corporal” (Freud, 1923, 1976:40).

A memória está nos olhos, na boca, nas vísceras. São as zonas erogenizáveis pela relação da mãe com o bebê (diálogo tônico-afetivo). Nessa fase, o cérebro não tem ainda a mielinização das fibras nervosas, e a memória se mantém no corpo; o psíquico é corporal. Os mapeamentos neurológicos recentes combinam com as concepções de Freud. Sem uma linguagem afetiva que dê acesso à memória corporal, não há tratamento possível. Mesmo com todos os avanços tecnológicos fundamentais para o desenvolvimento das neuroimagens, existe algo do subjetivo que permanece um mistério para ciência; um enigma da existência.

Baseando-nos nesses parâmetros decidimos investir na relação afetiva, desafiando o atestado do “coma irreversível” e apostando em um caminho possível para reabilitação. Lembrávamo-nos de que a alegria e a fé nos aproximavam da ação, enquanto a tristeza nos trazia a impotência.

Segundo Passo - Diálogo Tônico-Afetivo

Aproximava-se o dia de Maria Helena regressar ao lar. Ela iria em sistema de internação domiciliar **homecare** pago pelo plano de saúde. Todos os dias de CTI falávamos para ela agüentar firme, pois o regresso ao lar se daria logo. Ao entrar no seu quarto, velho conhecido de tantos anos, Maria Helena abriu os olhos pela primeira vez. Foi breve mas percebemos que ela entendia estar em casa.

Tudo muda o tempo todo. Começava uma nova fase, agora havia a certeza de que ela escutava. Alguns médicos permaneceram céticos por um longo tempo, continuando a afirmar que era reflexo... Talvez fosse mesmo reflexo a princípio, possivelmente estimulado pelo filho mais novo, que sem conseguir falar com ela, lhe abria delicadamente os olhos durante todos os dias de permanência no CTI; tendo sido o primeiro a observar alterações na dinâmica do movimento dos olhos e na qualidade expressiva do olhar. O fato é que Maria Helena começava a comandar a abertura dos olhos voluntariamente. Tinha consciência!

O que seria possível ter de relação com alguém cuja única via de comunicação eram os olhos?

Resposta 1: pouco, se olharmos apenas o que não se pode, a “descapacidade”, a limitação, o rótulo.

Resposta 2: muito, se olharmos a janela, o canal, à ponte, à via que está aberta.

A partir daí, desenvolvemos um diálogo tônico com piscar de olhos para o sim e o não. Começou um novo ciclo, ela podia, novamente, manifestar sua vontade.

Maria Helena podia ver filmes, novelas, missa pela TV, fotos. Foi aberto mais um canal de comunicação com ela. Fotos, fotos grandes, recentes, lugares e pessoas novas... Fotos antigas, preto-e-branco, lugares e pessoas do passado, lembranças...

Essa idéia surgiu a partir de uma viagem da psicomotricista, que ao retornar, resolveu mostrar as fotos para Maria Helena, explicando os pormenores dos personagens e dos lugares. As fotos foram ampliadas e trabalhadas nos mínimos detalhes, estimulando a imaginação e as recordações. Colocou-se um móbile suspenso no leito e, posteriormente, um mural ao pé da cama. As fotos se renovam de tempos em tempos... Todos aderiram à idéia.

Maria Helena podia ouvir! Podia ouvir música, podia ouvir conversas, podia ouvir leitura de livros que ela havia comprado recentemente e não tivera tempo de ler. Podia até mesmo ouvir segredos...

Nossa comunicação agora era outra. Pensamos que seria excelente para ela, que não podia quase nada, poder conhecer profundamente o íntimo de seus filhos. Começamos a contar nossos desejos, nossas paixões, nossos medos e angústias, nossa fé, nossas alegrias e tristezas, nossos sentimentos e esperanças em relação ao estado dela e também nossa felicidade em partilhar dessa nova forma de relação íntima que se estabelecia.

Muitas vezes nos emocionávamos, ela conseguia chorar, que maravilha! Havia mais canais abertos; a cada dia que passava, a relação se estreitava e a comunicação se tornava mais fácil; nos entendíamos a cada piscar de olhos...

Os corpos se distinguem por relações, e não por formas. As formas são efeitos das relações. O homem tem uma existência que é igual ao seu grau de potência ou de intensidade. Seu grau de potência corresponde igualmente ao seu grau de “ser afetado” e de “se afetar”. O “ser afetado” leva a agir, o “se afetar” leva a reagir, ou seja, agir novamente repetindo situações anteriores que nos cegam para o que está acontecendo, impossibilitando-nos de ser afetados e conseqüentemente de agirmos.

Se houvéssemos apostado no rótulo de “vegetal” e não tivéssemos investido na relação, considerando aquele corpo apenas uma “massa” que pulsava, o resultado teria sido o mesmo? Será que Maria Helena foi afetada pelo amor, pela relação de investimento, pela fala, pelo afeto, pelo desejo de seus entes queridos, realizando assim a grandiosa tarefa de abrir os olhos (no início com grande dificuldade) e se dar na nova relação que se estabelecia? Teria sido ela afetada a ponto de agir?

Se tivesse sido abandonada a sua própria sorte, levando em conta a “descapacidade”, o “rótulo”, estaria ela viva e se comunicando? Teria ela se afetado por esse descaso e teria desistido de investir na vida e na relação afetiva tal qual ocorre com as crianças abandonadas, que apesar de alimentadas, sofrem pela falta de afeto, de investimento, e muitas vezes se deprimem, podendo até mesmo ser levadas à morte.

Maria Helena passou a ser vista por nós como um recém-nascido cujo comportamento só tem reações descontínuas, esporádicas e sem outro resultado que não fosse o de liquidar as tensões de origem orgânica. Os movimentos reflexos que às vezes esboçava não tinham para ela, a princípio, nenhuma utilidade prática. Era indispensável assistência integral; era manipulada todo o tempo pelos outros (médicos, enfermeiros, terapeutas e família), e era no movimento dos outros que as suas atitudes iriam tomar forma.

Quais seriam os sinais de êxito? Ao abrir os olhos, Maria Helena nos contagiava com a possibilidade de comunicação, nos agregava ao seu redor, buscando uma maior interação; fato que também a estimulava a permanecer mais tempo com os olhos abertos e atentos, piscando-os, possibilitando assim, uma troca prazerosa. A emoção nos contagiava unindo e misturando nossos desejos, perturbações e anseios.

Poder-se-ia comparar o primeiro estado da consciência a uma nebulosa onde estariam sem delimitação própria ações sensitivo-motoras de origem exógena ou endógena. Na sua massa acabaria por se desenhar um núcleo de condensação, o eu, mas também um satélite, o sub-eu, o outro. A repartição da matéria psíquica não é necessariamente constante. Ela pode variar segundo os indivíduos, segundo a idade deles e mesmo perante certas alternativas da vida psíquica. Entre o eu e o outro, a fronteira pode ter novamente tendência para desaparecer em certos casos de choque ou de obnubilação mental. O que era atribuído ao outro pode ser novamente reabsorvido pelo eu. Enfim, a preponderância pode passar do eu ao outro. (Wallon, 1946:157)

Que Maria Helena interagira conosco, era fato, mas muitas vezes os limites entre o que vinha dela ou era nosso ficavam na interpretação que cada um fazia das manifestações que surgiam...

Mesmo no estado normal, um adulto pode ter momentos em que se sente mais deliberadamente ele mesmo e outros em que se sente sujeito a um destino menos pessoal e mais submetido às influências, vontades, fantasias dos outros ou as necessidades que fazem recair sobre ele as situações em que está empenhado perante os outros homens(...) As pessoas do seu meio não são em suma se não ocasião ou motivo para o sujeito se exprimir ou se realizar. (Wallon, 1946: 158)

Dadas as circunstâncias em que Maria Helena se encontrava, os outros de suas relações eram a possibilidade permanente de expressão dela. Eram a afirmação do seu eu, e essa influência que exerciam sobre os pensamentos, os atos e os sentimentos, é que poderia estender-se aos órgãos, resignificando seu esquema e imagem corporal e alterando sua organicidade: “O sócio ou o outro é um parceiro perpétuo do eu na vida psíquica” (Wallon, 1946:159).

A imagem corporal é um processo contínuo, que vai do nascimento até a morte, moldando-se pelas relações, pelo meio, pelas circunstâncias; pode na verdade já começar a existir antes mesmo da concepção do indivíduo, pois já vem inscrita no desejo de seus pais. Essa imagem corporal (fruto das sensações e percepções relativas ao próprio corpo integradas aos sentimentos) pode ser resignificada, mesmo em contextos adversos, dependendo da qualidade da relação afetiva investida.

(Aplicar imagens “Fig 01”, “Fig 02” e “Fig 03” e legendas da p.11.)

Terceiro Passo - ZDP (zona de desenvolvimento proximal) - Vygotsky

Se a recuperação depende de um processo evolutivo neuronal, a resignificação da condição de Maria Helena não depende dele para nada; ao contrário, ao prender-se a essa organicidade corre-se o risco de ficar a reboque dela, fazendo limite à recuperação. Esse processo evolutivo não pode condicionar ou determinar a terapia psicomotora.

Cada nova conquista leva a uma outra. Agora era possível provar aos médicos que Maria Helena tinha consciência. Finalmente eles se renderam às evidências e passaram a prescrever duas fisioterapias diárias, em vez de apenas uma sessão com fins exclusivos de prevenção cardio pulmonar. O objetivo agora seria trabalhar além de articulações e mobilizações, os comandos voluntários. Essas intervenções fisioterápicas tornaram-se essenciais para a recuperação de Maria Helena, ao interferir na zona de desenvolvimento real (que se refere às etapas já conquistadas) e o nível de desenvolvimento potencial (o qual se refere à etapa na qual o indivíduo é capaz de realizar tarefas com a ajuda do outro). Assim sendo, a ZDP ou zona de desenvolvimento proximal apresenta-se em constante transformação, e é pela mediação (do outro, dos instrumentos) que ocorrem a construção e reconstrução de conceitos -no caso de Maria Helena, de processos neurológicos-que impulsionam o desenvolvimento do indivíduo mediante o processo ensino-aprendizagem.

A prática repetida de comportamentos desejados estimula a adaptação e reorganização do sistema nervoso. Maria Helena está reaprendendo a movimentar-se; já movimenta os dedos da mão, os ombros e o pescoço para responder sim e não. O que no início ela fazia com a ajuda motora da fisioterapeuta, agora já faz só. Pode ser que Maria Helena não volte a falar nem a andar, mas nem por isso será menos sujeito de desejo do que outras pessoas que gozam de todas as habilidades corporais.

Quarto Passo -Resiliência

Precisávamos lidar com o preconceito a respeito do idoso. Alguns achavam que pela idade de Maria Helena não valia a pena tanto investimento...A imagem do idoso na nossa cultura se dá pela contraposição à identidade de jovem. Não há espaço para um olhar que leve em consideração a história pessoal, as vivências e relações sociais, habilidades e interesses. A população idosa torna-se então descartável e ideologicamente alijada. O idoso é discriminado e excluído por não ser mais produtivo e consumidor em potencial, e por não integrar-se aos padrões de beleza e juventude culturalmente valorizados. É comum o desrespeito de todo o tipo, principalmente na família.

Maria Helena parecia ter a capacidade que permite a uma pessoa minimizar ou dominar os efeitos nocivos da adversidade. Teria ela as características de uma pessoa resiliente? A noção de resiliência foi criada pelas ciências exatas, que a definiram como a energia de deformação máxima que um material é capaz de armazenar sem sofrer alterações permanentes. Quando adaptada para as ciências humanas e médicas a resiliência é relativizada e entendida dentro de um conjunto amplo de fatores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo por considerar os aspectos emocionais do ser humano. Na medicina, o termo representa a capacidade de uma pessoa resistir a doenças, infecções ou intervenções, com ou sem ajuda de medicamentos. Na saúde pública, esse conceito ganha uma conotação voltada para a promoção da saúde, do bem-estar e da qualidade de vida.

Desde o final da década de 70, o conceito de resiliência começou a ser estudado com mais afinco pela psicologia e pela psiquiatria, designando a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para saúde mental estabelecer-se durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. É a habilidade de se acomodar e de se re-equilibrar constantemente frente às adversidades. A resiliência tem um caráter construtivo. Não nasce com o sujeito, nem é uma aquisição exclusiva de fora para dentro, mas sim um

processo interativo entre a pessoa e seu meio, o qual capacita e fortalece o indivíduo para lidar positivamente com a adversidade.

Maria Helena estava desenvolvendo novas formas de ser, fazer e pensar por meio da capacidade de reiniciar do zero, da tolerância com suas amplas limitações, da abertura ao novo, da disposição em superar obstáculos, da sua enorme fé e determinação e principalmente das trocas afetivas.

Uma das grandes características desse princípio da resiliência é o afeto. Na maioria dos casos de relatos de pessoas que deram a volta por cima em situações limite há sempre alguém significativo. Uma mãe, um filho, um amor, um professor, um terapeuta, um psicomotricista... “O caso Bruno”, em **Lapierre & Aucouturier** (1986), é um bom exemplo.

A resiliência é um atributo emocional que se desenvolve ao longo da vida e seu reconhecimento é mais difícil pelo seu alto grau de subjetividade, onde cada indivíduo traz em sua história de vida uma maior ou menor capacidade de superar as dificuldades. É também um atributo relacional, caracterizado pela capacidade de resolução de ações, presença de valores e sentido na vida, fé, independência e determinação, autoconfiança e capacidade de superação frente aos problemas; atributos esses que foram sendo construídos nas trocas relacionais entre o sujeito e seu meio desde a vida intra-uterina, ou até mesmo antes dela.

A imagem que primeiro fazemos de nós mesmos se constitui a partir do outro; existimos na troca, na relação. A princípio, a maioria das publicações e estudos a respeito da resiliência tratava de crianças e adolescentes, porém não faltaram exemplos de pessoas resilientes em sua infância, cuja resiliência se reforçava com a idade, pelo aumento de recursos internos, à medida que superavam provações.

Maria Helena já havia superado com sucesso algumas situações adversas em sua vida, como a perda do marido (vítima de um acidente de trânsito) que a deixou viúva aos 40 anos com seis filhos, tendo a mais velha 15 anos e a caçula apenas 3 anos de idade, na época.

Quinto Passo - Afirmação do Eu

Maria Helena também conseguia fazer expressões faciais; era preciso não só a estimular com atividades e conversas variadas, como também tentar fazê-la entender essas conversas. Dar a oportunidade a Maria Helena de poder fazer algumas escolhas tornou-se essencial para vencer invasões que podiam ocorrer devido à grande limitação. Por exemplo: às vezes falava-se com ela enquanto assistia à TV, ou escolhia-se a programação aleatoriamente. Sua resposta era crisar o rosto ou fechar os olhos demonstrando contrariedade.

De acordo com **Lapierre** (1984), o corpo não se cala jamais: diante de um olhar, no contato com o outro, ele não cessa de emitir mensagens. Quando desaparece, sua própria ausência constitui ainda uma linguagem.

Manter alguma independência e autonomia, respeitando suas escolhas e procurando entender seus sinais, era poder contribuir para a motivação e manutenção do desejo em viver. O processo de ressignificação depende do outro que, desejante de Maria Helena, adote-a, respeitando suas vontades, para que ela possa ocupar um lugar em sua cadeia significativa.

O destino de Maria Helena traz a marca simbólica que a afeta, seja para tratá-la como vegetal (como o primeiro discurso técnico dizia)- subtraindo toda possível elaboração de relacionamento que a medicina não sabia como encaminhar, seja para

descobrir novas possibilidades, canais, janelas que permitam a afirmação do eu Maria Helena, na condição em que se apresenta. Nesse lugar fugidio é que age o psicomotricista, propiciando a modificação da imagem e esquema corporal.

(Aplicar imagem “Fig04” e legenda da p.11)

Sexto-Passo -Fusionalidade

Uma importante característica da função tônica é a concomitância entre as contrações e a sensibilidade a ela correspondentes, ou seja, o indivíduo sente suas variações tônicas tão logo elas ocorrem. Assim, a modelagem do corpo realizada pela atividade do tônus muscular permite, além da exteriorização dos estados emocionais, a tomada de consciência desses estados pelo sujeito.

Ao deitar no leito junto com Maria Helena era possível sentir sua tonicidade e trocar sensações com ela. Já era possível observar modulações tônicas e alguns pequenos movimentos de membros. Ao colocar a cabeça em seu colo e a mão dela por cima, era possível sentir a pressão de seus dedos como que a acariciar...

A primeira relação da criança com o mundo é uma relação afetiva que passa pelo contato e tensões tônicas de seu corpo com o outro e com o objeto, contatos e tensões geradores de prazer ou desprazer. Esta é a primeira “comunicação”, a mais profunda e a mais primitiva. É daí que nasce, em grande parte, o interesse da criança pelo outro e pelo objeto. (Lapierre, 1986 :41).

As emoções podem ser consideradas sem dúvida, como a origem da consciência, visto que exprimem e fixam para o próprio sujeito, por meio do jogo de atitudes determinadas, certas disposições específicas de sua sensibilidade. Porém, elas só serão o ponto de partida da consciência pessoal do sujeito por intermédio do outro, no qual há fusão e do qual receberá fórmulas diferenciadas de ação; sem as quais lhe seria impossível efetuar as distinções e as classificações necessárias ao conhecimento das coisas e de si mesmo.

O papel do olhar, do toque, da voz e sua modulação, especificamente dirigidos a Maria Helena, eram sinalizadores insubstituíveis do seu lugar de sujeito em um contexto específico de sua vida, no qual as partículas lingüísticas não podiam dizer tanto. As manifestações afetivas eram visíveis nas alterações corporais sentidas pelo diálogoônico estabelecido.

Algumas barreiras tiveram de ser transpostas, como o excesso de assepsia imposto pela própria família; não lhes agradava muito a idéia de partilhar o leito de Maria Helena, mesmo que fosse por eles próprios. O papel do psicomotricista também se faz necessário não só com relação ao próprio paciente, mas também, no seu entorno, partilhando angústias e explicando cientificamente o propósito de seus atos.

Maria Helena começou a executar pequenos atos psicomotores como por exemplo: apontar, dar “tchau”, elevar um pouco os braços, e com isso tornou-se mais autônoma para agir sobre a realidade exterior, diminuindo a completa dependência do outro, que agora já podia intermediar sua ação sobre o mundo físico.

Sétimo Passo - Mediação

Era necessário explicitar para essa família a necessidade de dar o máximo de alternativas, recursos para a manifestação da vontade de Maria Helena. Diversificar atividades e sempre mediar suas “pequenas” escolhas. Poder recusar era para ela uma dádiva! Começava enfim a reafirmar sua identidade no mundo.

O processo de construção da personalidade que em diferentes graus percorre toda a psicogênese traz como necessidade fundamental a expressão do eu. Expressar-se significa exteriorizar-se, colocar-se em confronto com o outro, organizar-se. No caso de Maria Helena, mais do que necessário, tornava-se indispensável a mediação do outro para afirmação do eu, uma vez que as formas de relação convencionais estavam amplamente limitadas.

Quanto maior a diversidade e a qualidade das relações que experimentar, mais enriquecedoras serão as possibilidades de comunicação que virão a se manifestar.

Entra em ação a fonoaudióloga, a princípio julgada pelos médicos como desnecessária, uma vez que a paciente não podia falar nem se alimentar...Feito um exame clínico da capacidade de deglutição, ficou evidente a total preservação dos reflexos e a necessidade de trabalho intenso, visando a possível recuperação do comando voluntário. Passados alguns meses, Maria Helena já conseguia emitir sons vocais sob os estímulos e orientação da terapeuta.

O essencial, ao longo desses diversos modos de comunicação é a carga afetiva que se encontra por trás deles: é o vínculo. Pelo vínculo afetivo estabelecido é possível a mediação. Uma zona cerebral não pode funcionar de modo autônomo, separada do resto do organismo. É preciso colocar em jogo todo o conjunto do aparelho neurológico, incluindo os centros motores, de integração emocional e de regulação tônica.

(Aplicar imagens “Fig 05” e “Fig 06” e legendas da p.11)

Oitavo Passo - Resignificação

Maria Helena, com o trabalho de equilíbrio, de alinhamento corporal e de fortalecimento de tronco, indispensável para o ajuste postural, já tinha condições de sentar-se. A princípio o fizera apenas com a subida do encosto de seu leito; com a passar do tempo já realizava essa postura com as pernas para fora do leito (por duas vezes ao dia), nas sessões de fisioterapia. O próximo passo seria transportá-la para a cadeira de rodas, o que lhe permitiria locomover-se dentro de casa, tomar sol à janela; isso lhe aumentaria não só a autonomia como a motivação e a auto-estima.

Esbarrávamos novamente nas angústias familiares, perfeitamente compreensíveis. Existia o medo de uma possível queda nessa passagem do leito para a cadeira, da dúvida em relação à segurança da aparelhagem etc. Vencidos os obstáculos, Maria Helena pôde sentar-se e experimentar novamente alguma forma de movimento mais amplo.

Passado algum tempo dessa conquista, Maria Helena parece ter dado um “salto” em sua recuperação. Os braços e o pescoço ficaram mais livres e se movimentavam com maior amplitude. Ela já responde sim ou não com a cabeça, com os ombros e com as mãos. Já elevou os braços até o nariz e o coçou... Parece mais ativa e interessada, e permanecia mais tempo acordada e bem disposta. Participa com maior interação dos “papos familiares”, sorrindo ou chorando e fazendo alguns movimentos. Seu semblante se modificou, nos lembra o bebê que senta pela primeira vez e descobre o mundo.

O próximo passo foi então levá-la para rua, a princípio dar uma volta no quarteirão. Foi uma experiência emocionante para aqueles que dela participaram, ao sair da portaria do seu prédio Maria Helena deu um sorriso maravilhoso, sua fisionomia era de total felicidade e conquista. Infelizmente essa iniciativa da rua foi cancelada devido ao receio da família e do médico assistente com a possibilidade de cancelamento do **homecare** pelo plano de saúde, uma vez que poderia ser descaracterizada a internação domiciliar.

(Aplicar imagens “Fig 07”, “Fig 08”, “ Fig 09” e “fig 10” e legendas da p.11.)

Plasticidade Neural

De acordo com o artigo de Palmieri em **Psicomotricidade clínica** (Ferreira; Thompson & Mousinho, 2002), a plasticidade neural é a capacidade de modificação de algumas conexões sinápticas segundo certas circunstâncias. De acordo com a autora, uma das primeiras formas de plasticidade nervosa é com frequência denominada amadurecimento estímulo-dependente do sistema nervoso central. Uma outra forma de plasticidade em um organismo normal pode ser entendida como um processo de aprendizagem, no qual são considerados tanto o aprendizado motor inconsciente (automatismos) quanto o aprendizado consciente (memória). Os dois processos baseiam-se em mecanismos fisiológicos semelhantes e constituem base para uma organização normal do sistema nervoso, bem como para uma reorganização após processos lesionais.

Esses processos são direcionados por atividade neural e, por conseguinte, são influenciados por meio de estimulação periférica, uma vez que todas as percepções do nosso corpo e do meio que nos rodeia são captadas e conduzidas ao neuro eixo por meio dos sentidos.

A extensão, crescimento e multiplicação do processo neuronal não termina ao tempo do nascimento. O sistema nervoso maduro também é capaz de modificações e adaptações. Não são apenas os neurônios em desenvolvimento que têm capacidade inata de restabelecimento funcional, mas também os do sistema nervoso central. Neurônios avariados irreversivelmente não podem ser trocados, mas podem ser substituídos funcionalmente por circuitos e trajetos alternativos, em decorrência do brotamento massivo e da sinaptogênese reativa nos axônios inatos e não lesados que correspondem à degeneração axonal e sináptica adjacentes.

O paciente com lesão cerebral aprenderia então a substituir, com mecanismos alternativos, aquilo que perdeu. Segundo **Wall** (1992), as células nervosas mostram um tipo de homeostase que as leva, quando perdem parte de sua aferência, a ajustar sua excitabilidade para capturar, plenamente, os efeitos excitadores das aferências restantes.

A regeneração axonal acontece quando axônios comprometidos iniciam seus brotamentos. A sinaptogênese reativa, denominada brotamento colateral, permite a reaquisição da função perdida. A recuperação dessa função se deve muito provavelmente à ação de diversos mecanismos distintos, e não a qualquer mecanismo isolado, sendo, por isso, também, de vital importância à estimulação do meio.

Conclusão

A psicomotricidade encontra-se na base de toda e qualquer ação com propósitos educativos, terapêuticos e de reabilitação, pois situa o indivíduo como um todo, considerando o desejo como fonte necessária do desenvolvimento humano.

A cronologia de evolução de Maria Helena é a sua própria. O princípio fundamental sobre o qual é baseada a concepção dessa terapia psicomotora é a permanente adaptação à evolução da paciente. Os efeitos imediatos, por mais interessantes e espetaculares que sejam, não devem interferir no objetivo essencial, que é o de permitir a recuperação constante.

O psicomotricista se situa não somente “atrás” do desejo da paciente no sentido de que a segue e a ajuda a expressar-se, mas também “na frente”, na medida em que sabe para onde quer conduzir esse desejo.

Não se trata de negar a organicidade, porém não se trata igualmente de “supervalorizá-la”, pois ambos os caminhos levam à inércia, à inação. A paciente está presente, com suas “descapacidades”, mas também com suas potencialidades. Toda “polarização” em torno do “déficit” tende a cristalizá-lo.

Maria Helena vem transcendendo de fato as condições nas quais se encontra dando a elas um novo sentido. Essa resignificação torna-se possível por meio da ação de seus entes queridos e de todas as pessoas envolvidas em seu processo de recuperação, que a estimulam constantemente com afeto e dedicação.

Se a dinâmica do desejo foi restabelecida em nível do ser, se Maria Helena reencontrou certa autonomia de seu próprio desejo, a evolução irá certamente prosseguir; pois no plano neurofisiológico, a plasticidade neural permite fazer novas mudanças conscientes.

Legendas das Figuras

Figura 1-Estimulação visual por meio de fotos (móvil)

Figura 2-Maria Helena assiste ao vídeo de casamento de seu neto mais velho

Figura 3-Maria Helena podia ouvir... Sua filha lê para ela

Figura 4-O corpo não se cala jamais. Maria Helena afirma seu eu por meio da expressividade

Figura 5-A importância do lúdico – ao brincar de enfermeira com a vovó, sua neta traz alegria e estimula o desejo pelo afeto

Figura 6-A constante mediação do familiar é fundamental para ressignificação

Figura 7-Primeira vez que Maria Helena senta com os pés para fora do leito. Família e equipe comemoram mais uma conquista

Figura 8-Aumento da autonomia. Maria Helena senta-se na cadeira de rodas. Os movimentos se ampliam

Figura 9-Ao receber o bolo de aniversário em comemoração dos seus 78 anos, Maria Helena se emociona

Figura 10-Maria Helena, por escolha própria, participa do aniversário de sua neta realizado em sua residência. Após escolher a própria roupa posa para a foto ao redor de sua família

Referências Bibliográficas

Ferreira, C. A. M. *Psicomotricidade: da educação infantil à gerontologia.* São Paulo: Lovise, 2000.

-----& **Thompson, R.** *Imagem e esquema corporal.* São Paulo: Lovise, 2002.

-----& **Mousinho, R.** *Psicomotricidade clínica.* São Paulo: Lovise, 2002.

Fonseca, V. *Manual de observação psicomotora : significação psiconeurológica dos fatores psicomotores.* Porto Alegre: Artmed, 1995.

Freud, S. *Além do princípio do prazer.* Rio de Janeiro: Imago, 1996.

-----*. Obras completas de Sigmund Freud. Vol IX.* Rio de Janeiro: Imago, 1976.

Galvão, I. *Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil.* Petrópolis: Vozes, 2003.

Jerusalinsky, A et al. *Psicanálise e desenvolvimento infantil.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Lapierre, A. *Da psicomotricidade relacional à análise corporal da relação.* Curitiba: Editora UFPR, 2002.

-----& **Aucouturier, B.** *Bruno: psicomotricidade e terapia.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

-----*. Fantasmas corporais e prática psicomotora.* Baueri(SP): Manole, 1984.

Levin, E. *A função do filho.* Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

-----*. A Infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor.* Petrópolis: Vozes, 2000.

Merleau-Ponty, M. *O visível e o invisível.* São Paulo: Perspectiva/Dinalivro, 2002.

Vygostsky, L. S. *A formação social da mente.* São Paulo: Martins Fontes, 2000.

-----*. Pensamento e linguagem.* São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Wallon, H. “O Papel do ‘Outro’ na Consciência do ‘Eu’”, *Journal Egyptien de Psychologie*, vol. 2, n.1, 1946.

Marta Guedes

Especialista em Educação Psicomotora pelo IBMR/RJ.

Professora de Educação Física.

Professora da Rede Municipal e Estadual (RJ), atuando em Comunidades Carentes e em Educação Especial.

Atriz Profissional e Diretora Teatral.

(Incluir nas páginas iniciais do livro).