

A CRIANÇA AUTISTA: POSSÍVEIS RELAÇÕES ENTRE ESTEREOTIPIAS E A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES EM TERAPIA OCUPACIONAL - ESTUDO DE CASO

Alexandre Cardoso da Cunha

Aluno do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar, Bolsista de Iniciação Científica (Pibic)

Thelma Simões Matsukura

Docente do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, Doutoranda em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

Resumo:

O presente trabalho discute as possíveis relações entre as estereotipias presentes no comportamento da criança autista, durante uma intervenção clínica em Terapia Ocupacional, com orientação psicodinâmica, as atividades e verbalizações que a criança realiza neste contexto. A pesquisa foi realizada através de um estudo de caso que acompanhou o tratamento da criança em um período de um ano e meio. Utilizou-se a metodologia de observação direta do comportamento para o levantamento das estereotipias apresentadas pela criança. Discute-se a presença de comportamentos estereotipados quando a criança apresenta comportamentos mais elaborados. Nota-se também que nos momentos de total "ausência" da realidade a criança tende a utilizar todo o repertório de estereotipias ao mesmo tempo.

Palavras-chave: autismo, estereotipias, terapia ocupacional

AUTISMO INFANTIL

Crianças Autistas são descritas desde o final do século XVIII, mas somente em 1943, num artigo publicado por Leo Kanner que a síndrome obteve um nome

(Bettelheim, 1987). Neste artigo, intitulado "Distúrbios autísticos do contato afetivo" (Autistic disturbances of affective contact), Kanner analisava 11 crianças, que foram caracterizadas portadoras da síndrome por apre-

sentarem duas características principais: inaptidão para estabelecer relações normais com as pessoas (“o isolamento autístico”); e a necessidade de imutabilidade (Leboyer, 1987).

O autismo infantil é “um transtorno invasivo do desenvolvimento (...) que se manifesta antes da idade de 3 anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo” (CID-10, 1993, p.247).

Como relata Grünspun (1992) “Os casos foram inicialmente considerados como “débeis”. As pesquisas provaram, entretanto, que se tratavam de quadros esquizofrênicos. Como característica, não aparecia discrepância entre o desenvolvimento motor e o intelectual, mas sim, uma perturbação grave, nas crianças, como ser social, uma vez que a socialização destas crianças era impossível; quase não falavam, o que evidenciava perturbação na linguagem, brincavam isoladamente e não conseguiam estabelecer os primeiros contatos, quer com adultos, quer com outras crianças.” (p.302).

A terapeuta ocupacional americana Zissermann (1991) coloca que as crianças autistas têm tato defensivo (tactielely defensive) em resposta a alguma estimulação. Isto pode levar à ansiedade, confusão e possivelmente, auto-estimulação para substituir a falta de contato tátil com outras pessoas. Partindo deste pressuposto ela utilizou em uma criança autista, durante as sessões de Terapia Ocupacional, luvas bilaterais de baixa pressão, do cotovelo à região metacárpica, na tentativa de suprir a falta de contato tátil. Em seus resultados, obteve a diminuição de 11,8% destes movimentos repetitivos e auto-estimulatórios.

Aparentemente, os comportamentos estereotipados não aparecem apenas como uma auto-estimulação, como

nos descreve Kaplan, Sadock e Grebb (1997), “elas frequentemente giram, batem com a cabeça, e alinham objetos” (p.981).

Seguindo uma outra linha de tratamento, Gordon e outros (1993), Lewis e outros (1995) e Zingarelli e outros (1992), nos atentam para a utilização de clomipramina, um antidepressivo com forte ação bloqueadora de receptores de serotonina, para diminuir o aparecimento dos comportamentos estereotipados. Entretanto estas pesquisas que tentam relacionar as estereotipias com o déficit de neurotransmissores, não apresentaram ainda, resultados uniformes.

Parece haver divergências entre as intervenções que compreendem como positiva a diminuição das estereotipias e outras que a consideram um comportamento necessário, Bettelheim (1987) por exemplo, nos explica que “por estranhos e mesmo ineficazes que esses sintomas possam ser, representam, não obstante, a realização mais espontânea da criança” (p.183). O autor também coloca que é importante não interferirmos nas estereotipias da criança, pois representam a máxima capacidade delas interferirem na realidade. Embora seja positivo ajudá-la a progredir para interferir na realidade de outras maneiras, devemos, também respeitar “o maior esforço da criança, se a encorajarmos, por exemplo, a desistir dele, também não poderemos transmitir nosso respeito pela própria criança. Estaremos simplesmente confirmando as únicas convicções que possui: que para nós ela não é nada, e que seus esforços espontâneos para adquirir uma certa relevância e mesmo algum controle sobre suas tensões são desprezados por nós. Pior ainda, a faz sentir que ignoramos sua comunicação - e todo comportamento sintomático contém uma comunicação - e que desejamos que comunique de acordo com nossos termos, visto não a desejarmos fazê-lo segundo os dela” (p.183).

TERAPIA OCUPACIONAL

A prática da Terapia Ocupacional com orientação Psicodinâmica nasceu com o surgimento da psicanálise, psicoterapia e práticas grupais, que consideram que os sintomas estão vinculados diretamente a uma dinâmica inconsciente (Fernandes, 1988).

Também descrevendo sobre a prática psicodinâmica, Nascimento (1990) nos esclarece que a importância da relação intersubjetiva no processo terapêutico foi descoberto pela psicanálise, mas que se expandiu para a Terapia Ocupacional, além de outras modalidades psicoterápicas. Portanto, “É através da compreensão dinâmica das atividades e da relação que o terapeuta ocupacional se aproximaria das necessidades do paciente” (p.20). O instrumental psicodinâmico permite perceber as necessidades emocionais e as que dizem respeito ao relacionamento interpessoal (que são projetados ou transferidos para a relação com o terapeuta).

Refletindo sobre isto, é muito oportuna a colocação de Benetton (1994) nos explicando que a Terapia Ocupacional tem como objetivo a saúde mental, pois “para reabilitar, tratar ou prevenir distúrbios e/ou deficiências de origem física e/ou mental e/ou social, a intervenção se fará no sentido de objetivar a saúde mental, base imprescindível para a socialização” (p.6). Apenas não podemos confundir objetivo com objeto (o objetivo é a saúde mental, o objeto é o Homem). Seguindo a mesmo raciocínio, Shirakawa (1992) nos explica que a Terapia Ocupacional tem como objetivo final a busca de condições, cada vez maiores, da participação social de seu cliente.

A função do terapeuta ocupacional, numa abordagem psicodinâmica, com crianças autistas, segundo Copley & Forryan (1987), não envolve a exploração do mundo interno desta criança na profundidade de um tra-

balho psicanalítico intensivo, que oferece um insight dos impulsos inconscientes dos relacionamentos infantis num nível primitivo, mas auxilia a desenvolver a sua receptividade para uma forma de comunicar seus problemas e ansiedades.

Durante o processo de Terapia Ocupacional, geralmente, as interpretações verbais relativas à criança não fazem parte da dinâmica estabelecida na sessão, como explica Matsukura (1995). Benetton (1993) nos coloca ainda que é necessário existir um silêncio no programa de Terapia Ocupacional com a criança autista. O silêncio do terapeuta ocupacional. “O silêncio de seus próprios desejos, anseios, do saber antecipado, da ansiedade e da angústia.” (p.66) Este silêncio pode ser demonstrado através da economia de palavras e proliferação de gestos provocados como e para resposta deste terapeuta.

“A criança autista que experimentou raros ‘momentos de liberdade’ acerca de si própria como pessoa não pode transferir esse conceito de si mesma para o objeto. Consequentemente, não pode conceder ao objeto o que não lhe foi concedido através da experiência da vida” (Bettelheim, 1987, p.481). Porém, Fernandes (1988) em relação à atividade em Terapia Ocupacional numa abordagem psicodinâmica, nos coloca que “a atividade deve possibilitar a expressão do mundo interno” (p.31) e permitir “estabelecer uma comunicação não-verbal. A expressão só tem sentido terapêutico se implica uma comunicação, e comunicação sempre inclui o outro” (p.32).

Em relação ao tratamento de crianças autistas em Terapia Ocupacional com uma abordagem psicodinâmica, Matsukura (1995) nos explica que existem três aspectos importantes: o primeiro é o estabelecimento do vínculo terapêutico (talvez o mais difícil e básico para o

tratamento); o segundo é o de clareza dos limites e espaços que podem ser utilizados pela criança e terapeuta; o terceiro é o que refere-se à busca de qualquer aproximação ou possibilidade de uma situação de “brincar”.

MÉTODOS

O material utilizado para esta pesquisa foi o mesmo da dissertação de mestrado de Thelma Simões Matsukura, denominado “A aplicabilidade da Terapia Ocupacional no tratamento do Autismo Infantil - Estudo de caso”, realizada com uma criança do sexo masculino de uma prole de dois que encontrava-se com oito anos de idade no início da pesquisa.

As filmagens utilizadas foram registradas de maneira à ficarem divididas em três blocos com três filmagens cada. Em cada uma das filmagens observou-se os quinze primeiros minutos de cada sessão, que tinham duração de trinta a quarenta minutos.

A coleta de dados, portanto, realizou-se num período de um ano e meio (iniciando-se em outubro de 1990 e finalizando-se em maio de 1992).

Nas sessões em que aconteceram as realizações das filmagens, basicamente as atividades realizadas foram as mesmas que vinham ocorrendo nas outras sessões, podendo ocorrer, apenas a introdução de um novo material/atividade ou a utilização de um material que já havia sido abandonado.

Nas seis primeiras sessões filmadas, os materiais utilizados foram, basicamente: massa de modelar, para confecção de bonecos e carros, e objetos já modelados anteriormente. As sessões sete, oito e nove foram marcadas, principalmente pela utilização de atividades estruturadas para a montagem de uma casa de isopor, tendo portanto, como material, uma placa de isopor, tesoura,

estilete, durex colorido, cola e tinta para pintura a dedo. Em nenhuma dessas três últimas sessões, houve o abandono do primeiro material (a massa de modelar), sendo utilizado conforme solicitação da criança, provavelmente para manter a rotina já estabelecida de tirar os objetos da caixa onde se encontravam guardados. Na última sessão (nona) houve também, a atividade de pintura à dedo em papel sulfite.

A seguir, a título de ilustração, apresentaremos algumas das atividades que a criança realizou durante o período que encontrava-se em tratamento.



Foto 1

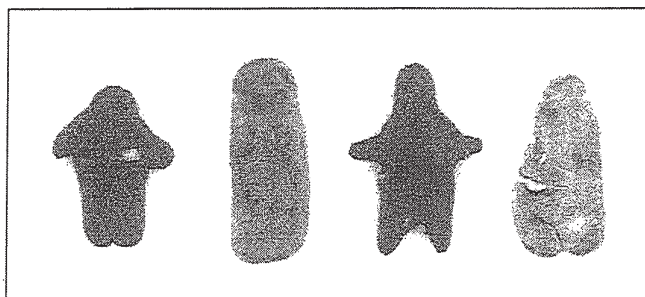


Foto 2

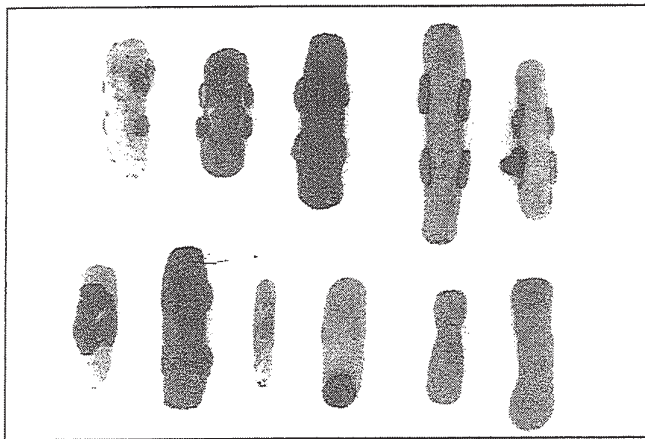


Foto 3

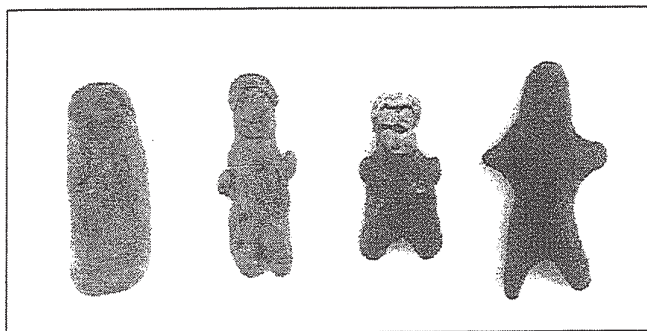


Foto 4

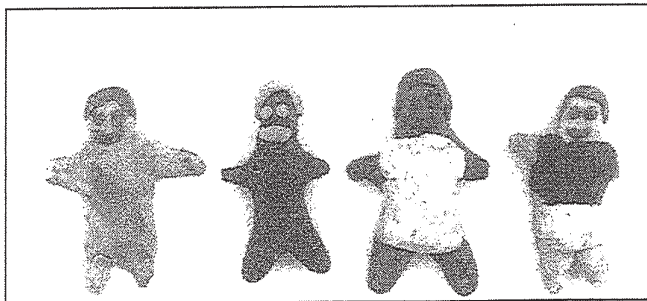


Foto 5

Podemos notar através destas ilustrações como a criança modificou os personagens e carros modelados durante o período de tratamento em Terapia Ocupacional.

Inicialmente, os carros não eram caracterizados (foto 1), mas ao final eles já eram mais definidos como

objetos, possuindo não só as rodas, como também, as calotas (foto 3).

Quanto aos objetos modelados que representam pessoas, notamos que apenas alguns dos primeiros tinham os braços, pernas e cabeças, enquanto outros se pareciam ainda, com os carros (objetos-pessoas) (foto 2). Na foto 4, podemos notar que as pessoas modeladas começam a apresentar características humanas, como boca, olhos e cabelos, enquanto que na foto 5, as pessoas já apresentam roupas e todas têm braços e pernas, diferenciando-se claramente dos objetos (carros).

CATEGORIAS OBSERVADAS

Com a observação das filmagens foi possível identificar seis tipos de estereotipias, sendo cinco não-verbais e uma verbal. Após a categorização, optamos pela utilização de “juizes” para averiguar a descrição das mesmas. Estes juizes assistiram a uma filmagem, que foi escolhida de forma aleatória. Acabamos então, por reformulá-las nos pontos que se fizeram necessários. Deste processo surgiu o catálogo de comportamentos estereotipados, que se encontra no **Quadro 1**.

Quadro 1. Categorias de comportamentos estereotipados

Estereotipias não-verbais
• Bater dedos em objetos (BatDO)
• Bater dedos em si mesmo (BatDSi)
• Andar em círculo (AndCirc)
• Movimentar dedos próximo ao rosto/corpo (MoDe)
• Junção de dedos (JD)
Estereotipia Verbal
• Fala Sololóquio (Fso)

Como o aparecimento dos comportamentos estereotipados ocorrem de maneira diferenciada em relação à

freqüência de ocorrência que chega a variar de 0 a 63 em minutos diferentes, em uma mesma sessão (sessão 6), ou de 0 a 19 em outra (sessão 3), optamos por estabelecer alguns critérios para a transcrição das verbalizações.

Dessa forma analisaremos as transcrições das verbalizações, considerando um aparecimento acima da mediana da freqüência de aparecimento das estereotipias, em cada uma das nove sessões. Como nos explica Vieira (1991), "A mediana dá o valor da abscissa do ponto que delimita a metade dos dados" (p.34). Como nossa amostra contém 15 (quinze) minutos, a mesma autora nos esclarece que "Se a amostra é constituída por um número ímpar de dados, a mediana é o valor que fica no centro dos dados ordenados" (p.34). Por exemplo, na sétima sessão, consideram-se os minutos que apresentaram freqüência de ocorrência igual ou superior que 7 (sete), pois a mediana desta sessão é 6 (seis).

VERBALIZAÇÕES

A necessidade de categorizarmos as verbalizações que a criança apresentava, se fez presente para tentarmos relacioná-las com o aparecimento dos comportamentos estereotipados. Pudemos então, identificar estas verbalizações em doze categorias, que são apresentadas no **Quadro 2**.

Quadro 2. Categorias de verbalizações

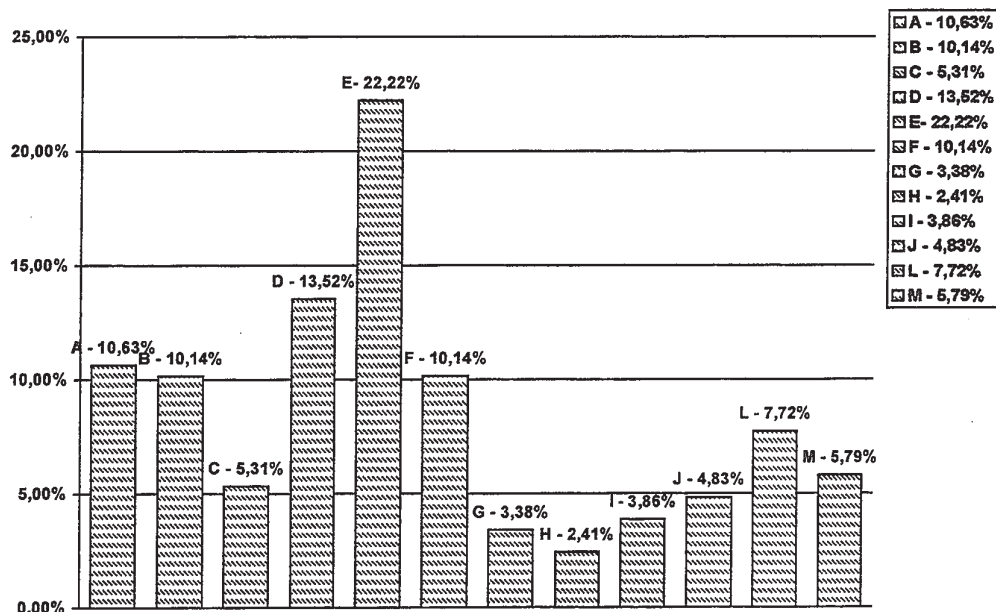
Categorias de Verbalizações
1. Relaciona objetos modelados com "donos" ou "quem são"; ex: "O carro amarelo é da mamãe." "O tio G tirou a calota do chevette dele."
2. Solicita confecção, modificação (conserto) de objeto; ex: "Faz o Tio J." "Arruma o chevette do tio G."
3. Indiferenciação/diferenciação entre objetos e pessoas; ex: "O carro veste calça." "Chevette marrom toma banho no banheiro dele."

-
4. Referências à realidade (da casa, da escola, da sessão, etc);
ex: "Mamãe morreu."
"Não tem aula na escola."(férias)
 5. Dá fala e/ou atos aos bonecos e carros (objetos);
ex: expressa sentimentos: ("J está com medo.")
dá comandos: ("G vai a padaria.")
 6. Fala de "faz-de-conta";
ex: criança cochicha para terapeuta responder por boneco
criança responde como se fosse um personagem
 7. Traz novos personagens ou modifica os personagens;
ex: muda o nome de um boneco
 8. Dá ordens para terapeuta;
ex: "Tira da caixa."
 9. Faz perguntas para terapeuta;
ex: "Pode pegar?"
"Ela tem um chevette cinza?"
 10. Dá instruções e/ou comentários sobre material;
ex: terapeuta pede para criança cortar, ela responde
"Pouquinho"
 11. Se nega a falar ou responder;
ex: fica em silêncio quando é perguntado
 12. Faz opções de cores nas atividades.
ex: "Agora o azul."
-

RESULTADOS

Pudemos, a partir da análise estatística, observar que algumas categorias de estereotipias, apresentaram alto índice de correlação. São elas: Bater dedos em si mesmo (BatDSi), Andar em círculo (AndCírc) e Movimentar dedos próximo ao rosto/corpo (MoDe).

Em especial, é importante ressaltar que MoDe e AndCírc têm a mais alta correlação entre todas as categorias. Isto significa que em 82,99% das vezes que a categoria AndCírc ocorria a categoria MoDe também estava presente, o que nos levou a observar que em alguns momentos a criança utilizava mais de uma categoria de estereotipia ao mesmo tempo. Nesse caso, pudemos constatar através das filmagens, que esses momentos coincidiram com os períodos de "ausência" da realidade que a criança apresentava durante a realização das sessões.



Gráficos: Verbalizações

Legenda:

A - Relaciona Objeto modelado com “dono” ou “quem são”;
B - Solicita confecção, modificação de objeto;
C - Indiferenciação/diferenciação entre objetos e personagens;
D - Referências à realidade;
E - Dá fala e/ou atos aos bonecos e carros (simbolização);
F - Fala de “faz-de-conta”;
G - Traz novos personagens ou modifica personagens;
H - Dá ordens para terapeuta;
I - Faz perguntas para terapeuta;
J - Dá instruções e/ou comentários sobre material;
L - Se nega a falar ou responder;
M - Faz opções de cor nas atividades.

Como podemos observar no gráfico acima, durante os minutos com frequência de ocorrência acima da média, a maior parte das verbalizações que a criança realiza, está relacionada ao fato de dar atos e falas aos bonecos e carros confeccionados (simbolização) durante as sessões (22,22%). Esta categoria é a que predomina, pois nota-se que a categoria que apresenta maior frequência de ocorrência após esta, é a categoria em que a

criança faz referências à realidade (13,52%), mas aparece muito menos que a primeira categoria citada.

Há outras categorias que aparecem com frequência de ocorrência relativamente alta, como a que a criança relaciona objetos modelados com “dono” ou “quem são” (10,63%), a categoria “solicita confecção, modificação de objeto” (10,14%) e também a categoria Fala de “faz-de-conta” (10,14%).

CONCLUSÕES

Poderíamos dizer que este estudo contribui para a compreensão da utilização das estereotípias pela criança autista durante o processo de tratamento em Terapia Ocupacional. Os dados nos apontam que a criança utiliza-se de tais comportamentos em dois momentos bastante distintos, ou seja, enquanto tenta se desenvolver através de brincadeiras que envolvem sua prática de simbolização (comportamento bastante elaborado) ou quando está completamente ausente da realidade (comportamento bastante primário). O que nos leva a hipotetizar que a criança necessita desses atos como forma de estar/vivenciar situações ainda extremas dentro de seu repertório de atitudes, que possam ser, ambas, geradoras de muita angustia e ansiedade.

Quanto à utilização de estereotípias nos momentos em que brinca de forma mais elaborada, levantamos a suposição de que a criança faz uso de um comportamento bem conhecido e dominado (seguro) por ela quando está vivenciando situações que ainda lhe são novas e praticamente desconhecidas, como se esse repertório (estereotípias) pudesse de certa forma, trazer-lhe mais segurança para experimentar situações pouco conhe-

cidas e que fogem de seu restrito mundo de rotinas bem delimitadas.

Tais observações nos levam a duas considerações para a reflexão e possivelmente, posterior investigação.

A primeira delas, se refere, ao fato das estereotípias ocuparem um importante lugar na gama de comportamentos apresentados pelas crianças autistas, e como ressalta Bettelheim (1987) estas estereotípias têm um significado no pequeno mundo vivenciado pela criança, que ela necessita trazer consigo, talvez como uma das poucas coisas que "a represente" (faça parte de seu frágil "eu").

E a segunda, numa visão mais ampla, quando oferecemos à criança outras formas de se expressar, de se conhecer, de se referenciar, podemos estar lhe dando mais instrumentos que passem a representá-la e a fazer parte do seu "eu". Nesta perspectiva, ela teria uma gama de comportamentos e afetos mais diversificados do que as estereotípias, para fazer uso frente aos seus, cada vez mais amplos, contatos com os objetos e com a "realidade". O que talvez venha de encontro ao fato das frequências de ocorrência das estereotípias estarem diminuindo ao final do período da intervenção considerada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BENETTON, Maria José. **A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental.** Campinas: UNICAMP. Tese de Doutorado - Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 1994. 189p.

BETTELHEIM, Bruno. **A fortaleza vazia.** Tradução da Livraria Martins Fontes Editora Ltda. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 503p.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTOS DA CID-10 - DESCRIÇÕES CLÍNICAS E DIRETRIZES DIAGNÓ-

- TICAS. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- COPLEY, Beta; FORRYAN, Barbara. Play therapy and counseling work with children. **British Journal of Occupational Therapy**. 1987, vol. 50, n. 12, p. 413-416.
- FERNANDES, Sylvia Ribeiro. Reflexões sobre a Terapia Ocupacional, o uso de atividades e a psicose. **Boletim de Psiquiatria de São Paulo**. Vol. 21, n.1/2, p. 31-32, janeiro/dezembro 1988.
- GORDON, C T; STATE, R C; NELSON, J E; HAMBURGER, S D; RAPOPORT, J L. A double-blind comparison of clomipramine, desipramine, and placebo in the treatment of autistic disorder. **Arch Gen Psychiatry**, vol.50, p.441-447, junho 1993.
- GRÜNSPUN, Haim. **Distúrbios psiquiátricos da criança**. 3.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1992. 521p.
- LEBOYER, Marion. **Autismo infantil: fatos e modelos**. Tradução de Rosana Guimarães Dalgalarondo. Campinas, SP: Papirus, 1987. 192p.
- LEWIS, M; BODFISH, J; POWELL, S B; GOLDEN, R N. Clomipramine treatment for stereotypy and related repetitive movement disorders associated with mental retardation. **American Journal on Mental Retardation**. vol. 100, n.3, p.299-312, 1995.
- MATSUKURA, Thelma Simões. **A aplicabilidade da Terapia Ocupacional no tratamento do autismo infantil**. Ribeirão Preto: USP, 1995. 145p. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação.
- NASCIMENTO, Beatriz Ambrósio do. O mito da atividade terapêutica. **Revista de Terapia Ocupacional - USP**. Vol. 1, n. 1, 17-21, 1990.
- SHIRAKAWA, Itiro. **O ajustamento social na esquizofrenia**. 2.ed. São Paulo: Lemos, 1992. 160p.
- VIEIRA, Sônia. **Introdução à bioestatística**. 2ed. Rio de Janeiro: Campos, 1991. 203p.
- ZINGARELLI, G; ELLMAN, G; HOM, A; WYMORE, M; HEIDORN, S; CHICZ-DEMET, A. Clinical effects of naltraxone on autistic behavior. **American Journal on Mental Retardation**. vol. 97, n.1, p.57-63, 1992.
- ZISSERMANN, Leonore. The effects of deep pressure on self-stimulating behaviors in a child with autism and other disabilities. **The American Journal of Occupational Therapy**. vol.46, n.6, p.547-551, junho 1992.

ABSTRACT:

This text discusses the possible relationship between the stereotypes and the activities and verbalizations that were observed during an Occupational Therapy intervention with an autistic child. The observations were taken during a period of one year and a half through the use of the behavioral direct observation methodology. Besides presenting theoretical discussion about the stereotypes movements in infantile autism and about the use of activities in psychodynamics Occupational Therapy. The text discusses the possible presence of stereotypes when the child performs more elaborated behaviours during the sessions. It is also hypothesized that even during the absence periods the autistic child tends to make use, at the same time, of all its stereotypical repertoire.

Key words: autism, stereotypics, occupational therapy