

PONTÍFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

COGEAE

Marina Linhares Geraldo

A PSICOMOTRICIDADE NA INCLUSÃO DA CRIANÇA AUTISTA

SÃO PAULO

2013

Marina Linhares Geraldo

A PSICOMOTRICIDADE NA INCLUSÃO DA CRIANÇA AUTISTA

Monografia apresentada no curso de Especialização em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Cogea, como pré-requisito para a obtenção do título de Especialista em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual orientada pela professora Doutora Darcy Raica.

São Paulo

2013

MARINA LINHARES GERALDO

A PSICOMOTRICIDADE NA INCLUSÃO DA CRIANÇA AUTISTA

Monografia apresentada no curso de Especialização em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – Cogea, como pré-requisito para a obtenção do título de Especialista em Educação Inclusiva e Deficiência Intelectual orientada pela professora Doutora Darcy Raica.

Data da apresentação: 28 de novembro de 2013.

Resultado: _____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que se mostrou criativo ao dar dom da vida, nos tornando diferentes uns dos outros, e assim permitindo o crescimento.

À minha mãe com seu zelo eterno. Meu pai com sua segurança, sempre me esperando chegar. Ao meu irmão pelo pontapé inicial no início desse curso.

Ao Marcelo, amor, amigo, pessoa com quem amo compartilhar minha vida. O meu maior incentivador nessa trajetória. Obrigada pelo carinho, pela paciência, pelos livros e por me trazer a paz.

Aos professores do curso, que foram responsáveis por enriquecer e aprimorar esse estudo sobre a Educação Especial.

Dedico este trabalho a todos os meus alunos, que com suas dificuldades me mostraram que sempre são capazes de se superar, mesmo quando eu não acreditava. Ensinaram-me a ver o mundo autista deles, o meu mundo eles já conheciam.

Dedico também a todas as pessoas que são excluídas da vida em sociedade por suas dificuldades e diferenças, e assim perdem o direito a vida.

Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota de água no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A psicomotricidade objetiva por meio da experimentação, do conhecimento do próprio corpo e da vivência prática a educação do movimento, colocando a prova às funções da inteligência. A partir daí, é possível observar a íntima relação das funções motoras cognitivas, e que também por meio da afetividade, encaminha o movimento. O homem busca o equilíbrio e por meio da psicomotricidade, da tonicidade, é capaz de equilibrar seus movimentos. A criança autista possui prejuízo acentuado no uso de diferentes comportamentos não-verbais, como contato visual direto, expressões faciais, gestos repetitivos, postura corporal. Não fazem gestos ou mímicas. Criam laços objetos estranhos como pedras, papel, pedaço de pau. Objetos redondos e giratórios oferecem um prazer especial. Há situações que parecem ausentar-se do lugar onde estão. Alguns casos (os mais graves) apresentam uma diminuição da sensibilidade a dor (morder o próprio corpo, bater a cabeça propositalmente). Desenvolvem o desejo de cheirar pessoas e objetos. Com mudanças e avanços nas técnicas de educação, o objetivo é trazer para essas crianças conceitos básicos para que possam viver em sociedade, e uma das ferramentas que a ser utilizadas junto à criança autista é a terapia da psicomotricidade, que juntamente com profissionais (neurologistas, psicólogos, fonoaudiólogos) auxiliarão no processo de reconhecimento de um mundo exterior, por meio do uso de jogos com o próprio corpo dessa criança.

Palavras-chave: autismo – psicomotricidade – aprendizagem – inclusão.

ABSTRACT

The psychomotor allows, through experimentation, body selfknowledge and practical living the education for movement, putting to test intelligence functions. From this point, it's possible to observe the close relation of cognitive motor functions, and also through affectiveness, forwards movement. Man searches ballance and through psycomotricity, tonicity, he's able to ballance his movements. The autistic child has marked impairment in the use of different nonverbal behaviors such as eye contact, facial expressions, repetitive gestures and body posture. They can make no gesture or mimics, create bonds with other kinds of objects, such as stones, paper or wooden sticks. Round and rotating objects offer a special pleasure. There are situations that they seem to be absent from the place where they are. Some cases (the most severe), show a decreased sensitivity to pain (biting his body, hitting his head on purpose). Develop the desire to smell people and objects. With changes and advances in education techniques , the goal is to bring these children basic concepts so that they can live in society, and one of the tools to be used with the autistic child's psychomotor therapy, which together with professionals (neurologists, psychologists, speech) will assist in the process of recognition of the outside world, through the use of games with the actual body of the child.

Keywords: Autism - psychomotor - learning - inclusion.

SUMÁRIO

Resumo	6
Introdução	10
CAPÍTULO I	12
PSICOMOTRICIDADE	
CAPÍTULO II	23
AUTISMO	
CAPÍTULO III	34
INTERVENÇÕES FRENTE AO AUTISMO	
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43
APÊNDICE A	46
ANEXO	47

INTRODUÇÃO

Desde a infância me insere a vontade de ajudar e ensinar, mas além de tudo, de realizar uma tarefa que cabe a poucas pessoas. Recordo-me dos meus dias na escola, quando brincava no pátio do colégio, que havia uma aluna, dentre as que brincavam comigo, que nunca se incluía com o grupo, não participava das brincadeiras, fazia “birra” quando era contrariada, e se jogava no chão, mas não entendíamos o porquê. Minha lembrança mais forte decorre do dia em que ela estava tendo um desses “ataques”, e as crianças jogaram suco no cabelo dela. Não me recordo de ter ouvido a sua voz alguma vez. Ela saiu da escola no final do ano. Talvez esse tenha sido o caso de uma criança autista, sem diagnóstico, ou mesmo com um diagnóstico que não foi explicado a mim e nem aquelas outras crianças da classe, gerando conflitos entre a turma com preconceito, pela falta de conhecimento.

A Pedagogia é uma ciência que possibilita ao professor a prática do ensino, da alfabetização, da educação, no entanto, não uma educação para todos. Não é na faculdade que se aprende a ensinar o Braille, nem a Libras, e não aprendemos também como entrar no mundo dos autistas. Foi no curso de especialização em Educação Inclusiva que conhecemos inúmeras realidades por meio da vivência dos professores e suas experiências, e assim fomos capazes de compreender o autismo e suas enormes vertentes, entendendo os autistas como pessoas iguais a todo mundo, mas ao mesmo tempo tão peculiares.

O autismo é uma síndrome que tem como característica principal o prejuízo na interação social da pessoa, como a comunicação restrita e dificuldades motoras. As manifestações variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e da idade. Nem sempre o autismo vem associado ao Retardo Mental, segundo CID 10, aproximadamente 75% das crianças possuem dificuldades no desenvolvimento cognitivo.

A psicomotricidade traz a vivência e o sentir na prática. “Dupré, em 1909, utilizou pela primeira vez o termo Psicomotricidade, quando introduziu os primeiros estudos sobre a debilidade motora” (COSTALLAT, p. 21). A fim de tornar a inclusão do autista real e mais do que isso, possível, a psicomotricidade pode auxiliar no tratamento dos diversos sintomas trazidos por essas crianças. Para a psicomotricidade, o movimento é uma parte integrante do comportamento, que é a maior dificuldade do autista.

A inclusão da criança autista na sala regular torna-se muitas vezes difícil e traumática. O profissional que recebe esse indivíduo autista deve estar preparado e ser criativo na formulação de atividades práticas para a vivência da criança. Surgem então dúvidas e

dificuldades do que se trabalhar para que proporcione-se o desenvolvimento pleno das capacidades dessas crianças, e é a partir da adaptação de exercícios psicomotores que pode-se auxiliar então o desenvolvimento pleno dessas crianças.

Neste trabalho tenho o objetivo de apresentar os benefícios do uso da psicomotricidade para o avanço cognitivo, social e motor na criança autista a fim de proporcionar sua inclusão na sala de aula regular de ensino, facilitando e otimizando o trabalho de diferentes profissionais que estão presentes no tratamento da criança autista e proporcionando o seu pleno desenvolvimento.

1 PSICOMOTRICIDADE

1.1 Breve histórico

O estudo do desenvolvimento humano tem em suas propostas iniciais o esforço de compreensão do ser humano em todos os seus aspectos, desde o momento do nascimento até o seu grau mais completo de maturidade.

O homem é o ser vivo que nasce sem a capacidade de sustentar-se e sobreviver sozinho, sendo que sem o auxílio do meio externo, esse sujeito estaria destinado à morte. Mesmo com essa desvantagem, o ser humano encontra-se como animal mais evoluído no topo da escala filogênica, pois à medida que se desenvolve, ascende a mesma, fortalecendo sua capacidade de raciocínio, cognição e afeição.

O ser humano nasce com atributos de adaptação ao meio ambiente e aos outros seres. No entanto, alguns de seus atos são inatos, ou seja, são habilidades que podem ser conquistadas, mas nem sempre são suficientes para realizar essas adaptações para a vida cotidiana. “Dupré, em 1909, utilizou pela primeira vez o termo Psicomotricidade, quando introduziu os primeiros estudos sobre debilidade motora” (GALVANI, 2002, p. 21).

Assim o termo psicomotricidade surge pela primeira vez no vocabulário médico neurológico para explicar regiões do cérebro ligadas a coordenação motora. É a partir da necessidade médica de entender sobre uma área que explique alguns casos clínicos, que se usa pela primeira vez o termo psicomotricidade.

A história da psicomotricidade, ainda recente no Brasil, segue no encaixe da Escola Francesa. No pós-guerra, percebeu-se as dificuldades psicocognitivas e motoras consequentes das mudanças sociais que a guerra trouxe. O Brasil também foi tomado por estudos na Psicologia e Pedagogia. “Os franceses conscientizavam-se da importância do gesto e pesquisavam profundamente os temas corporais” (LOUREIRO, 2002, p. 13).

André Thomas e Saint-Anné Dargassie iniciavam estudos sobre tônus axial, conduzindo suas pesquisas assim para o que seria, futuramente, a palavra-chave para a psicomotricidade.

Henri Wallon, médico psicólogo, cita originalmente o termo “tônus” e “relaxamento”, para ele o tônus é considerado a fonte da emoção, já que esta é considerada primordial para as diversas manifestações do tônus, ou seja, a função tônica dá suporte a

manifestação da emoção. O Dr. Ajuriaguerra e a Dra. Giselle Soubiran utilizaram-se dos estudos de Wallon para realizar suas pesquisas e práticas.

É somente em 1972, que Dalila de Costallat traz à Brasília seus trabalhos em deficiência mental e inicia trocas com as precursoras do assunto no Brasil. Em 1977 é fundado o GAE, Grupo de Atividades Especializadas, e o tema psicomotricidade começa a ser então difundido pelo país.

“A Psicomotricidade, à luz de Wallon e de Ajuriaguerra, concebe os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento da criança como dialéticos e não como redutíveis uns aos outros. Daí a sua importância para elaborar uma teoria psicológica que estabeleça relações entre o comportamento e o desenvolvimento da pessoa e a maturação do seu sistema nervoso” (GALVANI, 2002, p. 22)

A psicomotricidade carrega em sua expressão literal um significado que implica na profunda relação existente entre a atividade psíquica e a atividade motora. Atualmente, a psicomotricidade no Brasil caminha construindo os seus próprios alicerces, orientando os trabalhos sobre as bases da escola francesa.

1.2 Conceitos

Para Saboya, (1998, *in* ASSIS, 2000), a psicomotricidade tem como sua ciência principal o conhecimento do homem por meio do seu próprio corpo em movimento, nas relações com seu mundo interior e exterior. Sendo assim, a psicomotricidade efetiva o estudo da teoria por meio da vivência, da prática. O estudo do conceito de psicomotricidade nos mostra a relevância que o corpo passou a ter ao longo da história.

Henri Wallon foi pioneiro e grande contribuinte para os estudos da psicomotricidade, pois suas obras tratam de tônus e de emoção, explicando a importância do movimento. “O conceito de Psicomotricidade ganha assim, uma expressão significativa, uma vez que traduz a solidariedade profunda e original entre a atividade psíquica e a atividade motora” (GALVANI, 2002, p. 22). Literalmente, psicomotricidade faz-nos compreender, por seu próprio nome, a função motora, o desenvolvimento intelectual e o desenvolvimento

afetivo, mostrando que todos estão intimamente correlacionados e fazem parte de um processo.²

A psicomotricidade objetiva a educação do movimento, colocando a prova às funções da inteligência. A partir daí, é possível observar a íntima relação das funções motoras cognitivas, e que também por meio da afetividade, encaminha o movimento. O homem busca o equilíbrio e por meio da psicomotricidade, da tonicidade, é capaz de equilibrar seus movimentos.

O indivíduo só será capaz de desenvolver-se intelectualmente se for trabalhado nos seguintes aspectos:

- Esquema e Imagem Corporal;
- Equilibração;
- Coordenação;
- Lateralização;
- Tonicidade.

Assim, a psicomotricidade educa o movimento, que coloca em jogo as funções da inteligência. O movimento, segundo Wallon, desde o início da vida é uma das principais formas de comunicação do corpo com o meio externo¹. “As primeiras realizações mentais da criança observam-se em seus movimentos que são, neste estágio, aquilo que se pode testemunhar da vida psíquica que a traduz inteiramente” (Tran-Thong, 1987, p. 174). O movimento é o fluxo de algo, mas na psicomotricidade o que realmente importa não é só esse fluxo, esse deslocamento, mas sim a ação corporal em si, o que fez com que esse movimento acontecesse.

Segundo Costallat (2002), a educação psicomotora é considerada uma técnica para permitir que a criança adquira noções indispensáveis para o desenvolvimento cognitivo, afetivo e corporal. O Prof. Dr. Júlio de Ajuriaguerra, a Prof^a. Dr^a. Dalila M. M. de Costallat e a Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz da Silva Loureiro, fundadora do GAE e do ISPE, conceituam e definem respectivamente a Psicomotricidade de seguinte modo:

“A Psicomotricidade se conceitua como ciência da Saúde e da Educação, pois indiferente das diversas escolas, psicológicas, condutistas, evolutistas, genéticas, etc. ela visa a representação e a expressão motora, através da utilização psíquica e mental do indivíduo

² A psicomotricidade está associada à afetividade e personalidade, porque o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente, e uma pessoa com problemas motores passa a ter problemas de expressão. (WALLON, 2000).

(AJURIAGUERRA *apud* ISPE-GAE, 2007).

Psicomotricidade é a ciência de síntese, que com a pluralidade de seus enfoques, procura elucidar os problemas, que afetam as interações harmônicas, que constituem a unidade do ser humano e sua convivência com os demais (COSTALLAT apud ISPE-GAE, 2007).

A Psicomotricidade é a otimização corporal dos potenciais neuro, psicocognitivo funcionais, sujeitos as leis de desenvolvimento e maturação, manifestados pela dimensão simbólica corporal própria, original e especial do ser humano” (LOUREIRO apud ISPE-GAE, 2007).

1.3 Tonicidade

Tratando-se de psicomotricidade, o elemento tonicidade é seu alicerce fundamental. “O tônus está ligado às funções de equilíbrio e regulação mais complexas do ato motor, através da estimulação e integração dos sistemas responsáveis pela elaboração, controle e execução do movimento” (GALVANI, 2002, p. 30). Tonicidade trata da tensão fisiológica dos músculos que garante constância estática e dinâmica, coordenação e porte em qualquer posicionamento adotado pelo corpo, esteja ele parado ou em movimento.

A tonicidade desempenha uma importante função, tanto no desenvolvimento psicomotor, quanto no desenvolvimento psicológico. Costallat (1984: 107) afirma que tônus, na tradução grega, significa tensão.

Wallon designou duas funções para o músculo: uma função clônica, que trata do encurtamento e alongamento de fibras, e uma função tônica, que diz respeito a manutenção da postura, quando os músculos estão em repouso. E quando não há equilíbrio nessas funções e sistemas, há também uma desordem psicomotora, que influencia na prática.

Segundo a Dra. Soubiran, para obter a qualidade no ato é preciso desenvolver o domínio motor por meio do controle da função tônica, que é quando o sujeito domina a capacidade de contração e relaxação, tanto em repouso como em ação, e pelo desenvolvimento dos impulsos.

*“O tônus como princípio energético regulador de todo comportamento humano necessita do equilíbrio das três áreas:
- campo inteligente – saber fazer – cognitivo;
- campo fisiológico – poder fazer – corporal;
- campo emocional – querer fazer – emocional.” (GALVANI, 2002, p. 32)*

A Dra. Costallat classifica o tônus em dois aspectos, o primeiro trata do aspecto muscular, e o segundo trata do aspecto afetivo, que se subdivide em afetivo e mental. No

tônus afetivo, encontra-se a emoção, que diz respeito ao humor do indivíduo. A estabilidade no tônus estimula o equilíbrio emocional, enquanto que a sua instabilidade provoca o desequilíbrio. O tônus mental se refere às ações em si. A vontade no fazer leva à uma ação. Sem uma ordenação tônica e de suporte, a atividade motora não acontece, e nem a estruturação psicomotora desenvolve-se.

É possível relacionar primeiramente a construção do pensamento com o tônus por meio do movimento corporal conscientizado. Segundo Fonseca, o estado tônico traduz um equilíbrio entre a periferia e os centros nervosos, que tocam os níveis da personalidade profunda.

A mudança, dificuldade, alteração do tônus não afeta apenas a perda de execução do movimento, mas também dificulta o contato com o mundo externo, causando um isolamento. As relações que construímos com os seres humanos acontecem progressivamente, e estão relacionadas à uma evolução tônica.

A partir dessas conclusões é possível compreender a importância de um trabalho que enfoque o equilíbrio tônico-emocional, pois quando há uma consciência sobre as emoções que estamos sentindo, é possível um controle e o reestabelecimento do equilíbrio e controle.

1.4 Educação de pré-escolares e desenvolvimento

É na educação infantil que as atividades escolares iniciam-se, tendo como característica principal o caráter lúdico que possuem. É por meio de brincadeiras que as crianças são estimuladas ao crescimento, compreendendo melhor o mundo em que vivem e adquirindo novos conhecimentos.

Nas brincadeiras de roda, de casinha, ou mesmo nas atividades físicas como pular corda, amarelinha, a criança experimenta vivências que faz com que ela se desenvolva afetivamente, socialmente e cognitivamente. No entanto, nem todos se desenvolvem da mesma forma, visto que cada ser humano é uno, e essa singularidade está relacionada ao meio em que vive e a sua própria história de vida. É papel dos pais, professores e demais profissionais observar esse desenvolvimento, notando dificuldades, que possam até parecer simples, mas que podem ter um significado maior do que se imagina. Segundo Loureiro, a psicomotricidade pode agir como uma “terapia de resultados” nesses casos, que propiciarão avanços a essas crianças, capacitando-as para uma vida normal e com qualidade.

É por meio de atividades físicas que a psicomotricidade permite que a criança desenvolva-se. Estes estímulos ajudam a criança no conhecimento do próprio corpo, levando a uma harmonia e equilíbrio, permitindo que essa explore suas capacidades e habilidades. Aliando-se a diversas abordagens, a psicomotricidade consegue chegar a melhores resultados.

“Caso exemplar é o do PEI – Programa de Enriquecimento Instrumental. Foi baseado neste programa que Reuven Feuerstein, um pedagogo romeno, recuperou as crianças que sobreviveram aos campos de extermínio dos judeus. É um trabalho que chega a revolucionar o ensino, pois nega até mesmo o determinismo genético, recuperando crianças com Síndrome de Down” (LOUREIRO, 2002, p. 72)

Desde pequena a criança deve ser estimulada a pensar, a criar estratégias para a resolução de conflitos e a tomar iniciativas, no entanto, o seu tempo de exploração deve ser respeitado. Existe um binômio no desenvolvimento: a maturação e o treino. Mesmo atingindo uma maturidade neurológica, a criança não atingirá o movimento harmonioso, preciso se não houver treinamento.

Faz parte das estratégias adotadas na Educação Infantil atividades que englobem o conhecimento do próprio corpo, e isso é essencial dentro do contexto escolar. Portanto, é necessário também que o educador tenha em mente a necessidade do brincar, para que a criança consiga desenvolver-se globalmente, sendo a psicomotricidade uma grande aliada nesse processo complexo.

“Psicomotricidade: tantos são os conceitos ligados a esta área do conhecimento quanto são as correntes teórico-práticas existentes. Tais conceitos, contudo, deixam-se enfeixar pela ênfase dada ao corpo-lugar do ato voluntário ou, de quisermos, do agir intencional. Enquanto mediador da ação e instância central das relações do homem com o mundo, com os outros e consigo mesmo, o corpo é investido de importância nem sempre reconhecida pela escola” (FORTUNA, 1994, p. 5)

Já dizia Piaget que o ser humano é “autor de seu próprio conhecimento”, portanto, é por meio de explorações com seu próprio corpo que irá promover o seu desenvolvimento, sendo capaz de expressar suas emoções, sentimentos e reações cada vez melhor, e com a contribuição da psicomotricidade, esse desenvolvimento pode ser adquirido de modo pleno.

1.4 Intervenções psicomotoras precoces

Quanto mais precocemente notar-se dificuldades no desenvolvimento de uma criança, maiores serão as suas chances de recuperar qualquer atraso. Quando o tratamento for executado adequadamente, há a possibilidade de desenvolvimento normal.

É comum pensar que o desenvolvimento do bebê acontecerá de maneira natural, por meio de si próprio, sem que a mãe e outros participem. No entanto, é imprescindível o apoio da mãe e de todos, estimulando o corpo do bebê por meio de movimentos, estimulando-o.

Contudo, alguns bebês, por fatores diversos, não se desenvolvem da maneira esperada, e nesses casos é necessário exercícios diários para estimular o seu desenvolvimento, auxiliando para a harmonia com o seu próprio corpo e movimento. O principal objetivo dessas intervenções psicomotoras é compensar e recuperar então possíveis dificuldades que esse bebê poderá ter no futuro.

Os chamados bebês de alto risco podem ser diagnosticados desde o momento da concepção do feto, a partir da história familiar ou materna, uso de drogas pela mãe, infecções, uso de medicamentos, desnutrição, dentre milhares de outros fatores. “Segundo Wajnsztein (1995), Rn de Alto Risco é toda criança que, por um ou mais fatores de risco, encontra-se na situação potencial de apresentar atrasos no seu desenvolvimento global e, eventualmente, instalação de deficiência” (PUCCA, 2002, p. 130)

1.4.1 Esquema corporal

A noção sobre o corpo e o movimento é formada durante toda a infância e evolui por toda a vida. De acordo com Cláudia Regina Pucca, essa noção inicia-se pela boca, que é a parte do bebê que mais tem contato com o mundo externo. É por meio da boca que o bebê sente prazer ou supressão. O momento da amamentação proporciona ao bebê a noção de totalidade e de mundo exterior. Futuramente, é tocando o seu corpo que esse bebê descobre-se, e passa então a ter noção sobre sua existência.

No entanto, uma criança deficiente que não é devidamente estimulada não terá todas essas aprendizagens, e não viverá todas essas situações que são importantes para a sua evolução e desenvolvimento.

Sem o conhecimento do próprio corpo, dificilmente a criança entenderá o que está ao seu redor, tendo dificuldades no esquema corporal espacial. O ser humano precisa conhecer a si próprio para se movimentar e agir adequadamente. “Problemas de caráter anatômico, funcional, social e afetivo podem levar a uma não-estruturação ou uma estruturação deficitária do esquema corporal” (PUCCA, 2002, p. 158)

De acordo com Campos (2001), a psicomotricidade é indispensável no processo de aquisição de conhecimentos do esquema corporal ou outra noção indispensável a seu desenvolvimento. Primeiramente, é por meio de exercícios motores que o corpo aprende a se deslocar, e percebe as diferentes noções internas, depois os exercícios sensório-motores se encarregam desse desenvolvimento, onde a manipulação de objetos possibilita a percepção de diferentes noções. E, por fim, mas não menos importante, é por meio de exercícios percepto-motores que o tato e a visão encarregam-se de completar esse desenvolvimento.

1.5 Orientação espaço-temporal

A orientação espaço-temporal explica-se como a competência de situar-se e orientar-se a si próprio, entendendo conceitos direcionais (direita, esquerda, frente, trás), de distância (longe, perto). Portanto, são as relações temporais e espaciais. Essas orientações desempenham um papel importante na adequação do ser humano ao ambiente físico e social, na medida em que o corpo ocupa um lugar no espaço.

As atividades da criança tem como referência o seu eixo corporal, e organizam-se de modo a organizar o meio a partir do seu próprio corpo. O conceito espaço é, principalmente, a diferenciação do ‘eu’ em relação ao mundo exterior.

É a partir dessa percepção do espaço vivido, que a noção do espaço proprioceptiva se apoia no que já foi vivido anteriormente. A partir daí surgem as noções de distância e de orientação de um objeto com relação a outro, de uma parte com relação ao todo, e a criança começa a transpor noções de um plano menor, para compreender, posteriormente, o que é mais abstrato, chegando ao grafismo. Também acontecem as noções de direita e esquerda pela participação do ‘eu’ corporal.

O tempo está, de início, extremamente ligado a questão espacial. O que separa um conceito do outro são apenas percepções espaciais sucessivas. Por fim, o entendimento do que acontece com o ‘tempo’ deve seguir a mesma evolução que a noção de espaço. A educação

buscará a relação entre o ritmo sonoro e o gesto, a visão e o tato, podendo ser desenvolvidas por meio de exercícios rítmicos.

1.6 Lateralidade

Diferentes estudiosos pesquisam, atualmente, a questão da lateralidade para o corpo humano. Segundo Peñalver, a lateralidade é a capacidade que todos os seres humanos possuem de utilizar mais um lado do corpo que o outro, estando esta dominância definida por três níveis: mãos, pés e olhos. O lado com maior dominância apresenta maior força nos músculos, destreza e precisão. O lado menos desenvolvido tem a função de auxiliar o lado dominante, sendo assim, os dois não funcionam isoladamente, um auxilia o outro.

A lateralidade é um reflexo de predomínio do lado esquerdo sobre o direito. Essa predominância aparece desde o início do desenvolvimento dos seres humanos, se manifestando por meio da experimentação.

“É necessário que a criança adquira, primeiro, um certo grau de consciência corporal antes que possa desenvolver a dominância manual e que a lateralidade é experimentada principalmente com o auxílio do sentido cinestésico reforçado pela visão. Isto leva a criança a distinguir a direita e a esquerda dentro de si mesma. A consciência da lateralidade e da discriminação de direita e esquerda ajudará a perceber os movimentos do corpo no espaço e no tempo. Assim, a lateralidade se estabelece a partir das estimulações proprioceptivas, em oposição à orientação espacial que se estrutura através dos estímulos exteroceptivos. A literatura tem mostrado que a afirmação definitiva da lateralidade começa por volta dos 6 anos até sua culminância por volta dos 10 ou 11 anos. Geralmente, verificamos a definição lateral ao nível do membro inferior, superior e olho” (FORTUNA, 1994, p.10)

Há um sério problema relacionado a lateralidade, que acontece quando uma pessoa tem lateralidade cruzada (quando utiliza-se a mão não-dominante ao invés da dominante) ou é mal lateralizada, que pode resultar em dificuldades no aprendizado da direção gráfica e em aprender os conceitos de direita e esquerda.

A criança tem em seu corpo uma referência para movimentar-se pelo espaço, e se ela confunde-se ou não conhece sua dominância, pode sentir dificuldades na localização espacial, e nas direções.

A importância da lateralidade se dá por promover a criança uma relação entre as coisas existentes em seu meio. A criança poderá ter dificuldades na escrita e leitura, por não

ter força e precisão necessários para um ritmo, além de má postura, dificuldades na coordenação motora fina, dificuldades de discriminação visual, perturbações afetivas, distúrbios de linguagem e do sono e um aparecimento maior de sincinesias.

Para que uma criança se torne ágil e habilidosa nas suas atividades, é necessário um trabalho entre a mão esquerda e a mão direita, ou seja, que ela tenha desenvolvido definitivamente sua lateralidade. A lateralização é a base da estruturação espacial e é através dela que uma criança se orienta no mundo que a rodeia.

1.7 Equilíbrio

Hurtado (2000) destaca que um equilíbrio correto torna-se base de toda a coordenação dinâmica geral e também de toda a ação diferenciada dos membros superiores. O equilíbrio certo é um conjunto de reações da pessoa com o peso, isto é, suas necessidades da postura em pé e deslocamentos na posição ereta. A falta de equilíbrio traz como consequência a perda da variabilidade de alguns aspectos do corpo, o que afetará a construção do esquema corporal.

Quanto mais imperfeito é o equilíbrio, maior energia e atenção são direcionados para outras atividades que irão suprir esse desequilíbrio. Um equilíbrio adequado propicia o direcionamento da atenção e constitui o traço de atenção entre a consciência do próprio corpo e da ação.

“Outro fator é o da atividade relacional da autonomia da criança. Quase todas as crianças que apresentam dificuldades em seu equilíbrio, são crianças tímidas, retraídas e excessivamente dependentes; talvez pelos inúmeros fracassos vividos em ocasiões que necessitou correr, saltar, subir etc., experiências que constituem a base física da capacidade de autonomia e iniciativa. No âmbito da personalidade e da caracterologia, fica demonstrado que o princípio básico da psicomotricidade está na identidade entre o somático e o psíquico pois podemos dizer que existem relações constantes entre o equilíbrio tônico-postural e o equilíbrio da personalidade” (HURTADO, 2000, p. 77)

1.8 A educação psicomotora

A educação psicomotora tem como papel fundamental englobar todas as aprendizagens da criança, realizando-se por etapas de acordo com o desenvolvimento individual de cada um. Essa educação tem a facilidade de passar por condições naturais e

prevenir assim distúrbios corporais. Deve acontecer na escola e na família, estando incluída no meio social. Le Bouch (1981) observa que “a educação psicomotora deve ser considerada como uma educação de base na escola elementar, ponto de partida de todas as aprendizagens pré-escolares e escolares”.

A partir do desenvolvimento da criança, a educação psicomotora tende a diferenciar-se, no percurso da primeira infância tem o papel fundamental de auxiliar no desenvolvimento da expressão, organização das relações lógicas e aprendizado, bem como auxiliar na formação da personalidade.

As diversas técnicas e exercícios que a psicomotricidade proporciona são capazes de desenvolver a consciência corporal, o domínio do equilíbrio, o controle e mais tarde a eficácia das diversas coordenações gerais e segmentares.

A educação deve ser direcionada e pensada de acordo com a faixa etária, necessidades e o interesse de quem se está atendendo, e não tenho um simples objetivo particular, como somente a aprendizagem da leitura e escrita, ou em razão de uma filosofia ou tradição. É preciso pensar em uma educação para todos, e atender a necessidade de cada um, possibilitando assim o seu pleno desenvolvimento.

Tão importante como a educação, que deve realizar-se em todos os momentos na vida da criança, a educação psicomotora também acontece constantemente, e precisa de momentos de maior atenção, onde é mais importante ensinar os gestos necessários, movimentos, e convidar a criança a agir sozinha, do que realizar as atividades por ela, como amarrar os cadarços.

2 AUTISMO

2.1 História do autismo

Os Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) tem atraído o interesse do público em geral e constituem um grupo com condições especiais. Sabe-se que o indivíduo considerado “diferente” é tido como louco e recebe atenção de observadores.

No final do século XVII a criança deixa de ser vista como um adulto em miniatura e passa a ser vista como criança, digna de interesse e pesquisas. Com isso, surgem observações de desvios, anomalias, os quais, entretanto, são confundidos com os dos adultos. É por volta do século XVIII e XIX que se acometem os primeiros relatos de crianças com distúrbios mentais, desenvolvimentos anormais durante a infância e até os chamados alienados da primeira infância. Diversos médicos e pedagogos descreveram crianças com TEA, e paralelamente diversos escritores descreveram crianças que não eram como as outras. Escritores britânicos inseriram a criança “idiota” na literatura, que etimologicamente quer dizer *idyos*, do grego, e significa “isolado à parte”.

Contudo, a história oficial do Autismo Infantil começa em 1943, com um artigo publicado na revista *The Nervous Child* pelo Doutor Leo Kanner. A partir desse artigo, Leo Kanner iniciou um movimento pela comprovação de tudo o que havia publicado tão detalhadamente. Em seu estudo, Kanner descreveu a condição de 11 crianças (oito meninos e três meninas)³ consideradas esquizofrênicas. No entanto, essas crianças não demonstravam traços de esquizofrenia, mas sim uma incapacidade anormal de interagirem com o outro e com objetos, além de distúrbios de desenvolvimento e da linguagem.

Kanner, além de dar nome a síndrome, foi quem inspirou de modo decisivo critérios para o diagnóstico do autismo infantil nas modernas classes psiquiátricas. Em suas primeiras constatações, relacionou às crianças características semelhantes, como a incapacidade de estabelecer relações de maneira normal com as pessoas e situações desde o início de suas vidas, inabilidades na comunicação ou nenhuma linguagem, excelente memória

³ Oito das onze crianças adquiriram habilidade de falar na idade usual ou com pequeno atraso, mas não usavam a linguagem com o propósito de se comunicar. A incapacidade formar frases espontaneamente e a reprodução das frases de maneira ecológica permitiam o surgimento de um fenômeno gramatical peculiar: os pronomes pessoais eram repetidos apenas como ouvidos. Consequentemente, a criança falava de si sempre como “você”, e das pessoas como “eu” (inversão pronominal). Havia uma marcante dificuldade na criação de atividades espontâneas e o comportamento da criança era governado pela manutenção da “mesmice” que ninguém, a não ser a própria criança, poderia interromper em raras ocasiões. (AJURIAGUERRA, 2002)

mecânica, ecolalia (repetição das palavras), recusa de alimentação, horror a ruídos fortes, ao contato corporal, atitudes repetitivas. “Baseado em suas observações, Kanner designou estas crianças com o termo “autismo infantil precoce”, descrevendo um quadro diferente da esquizofrenia” (AJURIAGUERRA, 2001, p.98).

Cabe lembrar que as crescentes pesquisas que foram iniciadas nas universidades aconteceram com o apoio e incentivo de associações de pais de crianças autistas e organizações que foram fundadas no início dos anos de 1960, tendo como exemplo a associação fundada por Lorna Wing, na Inglaterra. No Brasil. A primeira associação em prol dos autistas foi fundada em 1980, a Associação de Amigos de Autistas – AMA – SP.

Nos anos 50, os autores, por pudor no uso do termo “psicose”, nomeavam essas crianças como atípicas ou possuidoras de um desenvolvimento atípico, ou excepcional. A síndrome, como é nomeada por Kanner, é aceita como um padrão psicopatológico com uma possibilidade diagnóstica sem equívocos.

As psicoses foram divididas em dois tipos, em 1966, pelo Grupo para o Avanço da Psiquiatria (GAP, 1990), sendo psicoses da primeira e da segunda infância, sendo o Autismo Infantil Precoce considerado problema primário. Portanto, foi compreendido como um transtorno primário, diferentemente de outros transtornos infantis secundários, lesões cerebrais ou retardamento mental.

Em 1976, é lançado o famoso livro de Ritvo sobre o autismo, onde acontece uma mudança completa. Sua visão é mais ampla e o autor considera que o autismo é fenomenologicamente diferente de outros tipos de esquizofrenia do adulto, sua caracterização é realizada, então, a partir da idade de aparecimento (já ao nascimento) e por suas características comportamentais.

A partir de 1980⁴, apesar da crescente evolução da psiquiatria para o biologismo, o cognitismo e a genética, nenhuma pesquisa conseguiu comprovar que o autismo seja de ordem puramente orgânica. É por meio de uma abordagem psicanalítica que permite-se a compreensão do mundo interno do paciente, abrindo a possibilidade de se atender crianças muito pequenas e/ou muito perturbadas.

A França, onde já se havia tradição no atendimento aos deficientes, é fiel à concepção do termo psicose, que diz respeito a um “defeito” de organização ou a uma

⁴ Em 1980, no DSM- III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), foi reconhecido como uma condição clínica distinta. Já as primeiras edições da CID (Classificação Internacional de Doenças) não fazem qualquer menção ao autismo. A oitava edição o faz como uma forma de esquizofrenia, e a nona agrupa-se a uma verdadeira revolução paradigmática no conceito, sendo o autismo retirado da categoria de psicose do DSM-III e do DSM-III R (AJURIAGUERRA, 2001)

desorganização da personalidade, incluindo o autismo nessa categoria, do mesmo modo que o CID, em sua nona revisão.

Na 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) (1993), inclui-se o autismo na categoria “*Transtornos Invasivos do Desenvolvimento*”, sendo caracterizados por anormalidades qualitativas no relacionamento social e nos padrões de comunicação e por repertório de interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas. Entretanto, diferentemente do DSM-III-R, ao tratar de autismo, exclui-se quadros que poderiam ser incluídos no mesmo diagnóstico, como a Síndrome de Rett ou Síndrome de Asperger.

“Assim, nos defrontaremos com um problema que consideramos crucial, uma vez que o diagnóstico se torna bastante difícil, quer pensemos etiológicamente quer pensemos clinicamente” (ASSUMPCÃO, 1995). Com todas essas tendências de classificação, impede-se uma especificidade diagnóstica.

O Transtorno Autista ou Autismo Infantil tem seu conceito modificado ao longo dos anos, mas seja qual for a abordagem dada ao tema, os méritos devem ser dados a Leo Kanner, que em 1943, que dedicou as primeiras pesquisas, trabalhos e ofereceu os seus esforços para explicar esses transtornos.

2.2 Conceitos e definições

O termo autismo, etimologicamente, vem do grego *autos*, significando “si mesmo”, “por si próprio”, e é usado para designar pessoas retraídas, com dificuldades de relacionamento. É reconhecida desde a década de 40 sob esta denominação, e é caracterizada por um comportamento único, priorizada pela dificuldade extrema em estabelecer relações interpessoais. A palavra autismo pode ser associada a diversas síndromes, e isso explica o porque atualmente refere-se ao autismo como um espectro de transtornos.

A partir das pesquisas de Kanner, uma série de leituras foram propostas para explicar o quadro clínico que se apresenta. Segundo Schwartzman, algumas particularidades fazem das pessoas com autismo ou com condições a ele associadas um grupo com características específicas, dentre as quais as respostas inconscientes aos estímulos, a tendência ao isolamento social, o perfil heterogêneo de habilidades e prejuízos, a presença de estereotípias, os distúrbios da comunicação etc.

O interesse pelo tema tem aumentado consideravelmente e isso acontece devido à suspeita de que o número de pessoas afetadas estaria aumentando de forma surpreendente.

Atualmente, o autismo é considerado um transtorno do desenvolvimento de causas neurobiológicas definido conforme critérios clínicos. Diferentes conceitos foram dados para o AI, sendo eles modificados ao longo dos tempos, perdendo o caráter de uma doença definida e com causas parentais para um conjunto de características e similaridades que foram nomeadas de Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD).

Segundo Kanner, o autismo teria causas parentais e seria “uma condição que afetaria crianças biologicamente normais, mas que, em decorrência de inadequações ambientais, se tornariam autistas” (SCHWARTZMAN, 2011, p.38).

O conceito de AI se modificou, não só no que se refere às suas possíveis causas, mas também em sua própria conceituação. Aumentou-se os tipos de condições clínicas, inserindo-se todas nos denominados TGD. Segundo o CID-10 (Código Internacional de Doenças), fazem parte dos Transtornos Globais do Desenvolvimento, além do Autismo Infantil, o Autismo Atípico, a Síndrome de Rett, Outros Transtornos Desintegrativos da Infância, Transtorno de Hiperatividade associado a Retardo Mental e Movimentos Estereotipados, a Síndrome de Asperger, Outros Transtornos Globais do Desenvolvimento e o Transtorno Global do Desenvolvimento Não Especificado.

Segundo os critérios adotados pelo CID-10 para o diagnóstico do Autismo, pelo menos 8 dos 16 itens especificados devem ser satisfeitos:

A) Lesão marcante na interação social recíproca, manifestada por pelo menos três dos próximos cinco itens: 1. Dificuldade em usar adequadamente o contato ocular, expressão facial, gestos e postura corporal para lidar com a interação social; 2. Dificuldade no desenvolvimento de relações de companheirismo; 3. Raramente procura conforto ou afeição em outras pessoas em tempos de tensão ou ansiedade, e/ou oferece conforto ou afeição a outras pessoas que apresentem ansiedade ou infelicidade; 4. Ausência de compartilhamento de satisfação com relação a ter prazer com a felicidade de outras pessoas e/ou de procura espontânea em compartilhar suas próprias satisfações através de envolvimento com outras pessoas. 5. Falta de reciprocidade social e emocional. **B)** Marcante lesão na comunicação: 1. Ausência de uso social de quaisquer habilidades de linguagem existentes; 2. Diminuição de ações imaginativas e de imitação social; 3. Pouca sincronia e ausência de reciprocidade em diálogos; 4. Pouca flexibilidade na expressão de linguagem e relativa falta de criatividade e imaginação em processos mentais; 5. Ausência de resposta emocional a ações verbais e não-

verbais de outras pessoas. 6. Pouca utilização das variações na cadência ou ênfase para refletir a modulação comunicativa. 7. Ausência de gestos para enfatizar ou facilitar a compreensão na comunicação oral. **C)** Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos dois dos próximos seis itens: 1. Obsessão por padrões estereotipados e restritos de interesse; 2. Apego específico a objetos incomuns; 3. Fidelidade aparentemente compulsiva a rotinas ou rituais não funcionais específicos; 4. Hábitos motores estereotipados e repetitivos; 5. Obsessão por elementos não funcionais ou objetos parciais do material de recreação; 6. Ansiedade com relação a mudanças em pequenos detalhes não funcionais do ambiente. **D)** Anormalidades de desenvolvimento devem ter sido notadas nos primeiros três anos para que o diagnóstico seja feito. **E)** O transtorno não é melhor classificado como transtorno de Rett ou doença degenerativa infantil.

Segundo o DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), o grupo é constituído pelo Transtorno Autista, o Transtorno de Rett, o Transtorno Desintegrativo da Infância, o Transtorno de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação.

Critérios de diagnóstico do autismo (DSM-IV) - Um total de seis (ou mais) itens de (1), (2), e (3), com pelo menos dois de (1), e um de cada de (2) e (3):

(1) Marcante lesão na interação social, manifestada por pelo menos dois dos seguintes itens: a. Destacada diminuição no uso de comportamentos não-verbais múltiplos, tais como contato ocular, expressão facial, postura corporal e gestos para lidar com a interação social; b. Dificuldade em desenvolver relações de companheirismo apropriadas para o nível de comportamento; c. Falta de procura espontânea em dividir satisfações, interesses ou realizações com outras pessoas, por exemplo: dificuldades em mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse; d. Ausência de reciprocidade social ou emocional.

(2) Marcante lesão na comunicação, manifestada por pelo menos um dos seguintes itens: a. Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem oral, sem ocorrência de tentativas de compensação através de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímicas; b. Em indivíduos com fala normal, destacada diminuição da habilidade de iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas; c. Ausência de ações variadas, espontâneas e imaginárias ou ações de imitação social apropriadas para o nível de desenvolvimento.

(3) Padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades, manifestados por pelo menos um dos seguintes itens: a. Obsessão por um ou mais padrões estereotipados e restritos de interesse que seja anormal tanto em intensidade

quanto em foco; b. Fidelidade aparentemente inflexível a rotinas ou rituais não funcionais específicos; c. Hábitos motores estereotipados e repetitivos, por exemplo: agitação ou torção das mãos ou dedos, ou movimentos corporais complexos; d. Obsessão por partes de objetos.

O termo Espectro do Autismo (TEA) tem sido muito utilizado para se dirigir a três condições que possuem muitas semelhanças: o AI, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TGDSOE), mas não consta em nenhuma classificação oficial.

“Os benefícios decorrentes do uso desses critérios descritivos é que eles permitiram a uniformização da terminologia e acenam com a possibilidade de que investigadores diversos identifiquem pacientes com quadros clínicos relativamente homogêneos” (SCHWARTZMAN, 2011, p.40).

Os conhecimentos acerca dessas condições tem crescido cada vez mais, e pesquisadores do mundo todo tem se dedicado cada vez mais no conhecimento acerca do TEA.

2.3 Incidência

Diversas questões circundam o Autismo, e ficam a mercê de uma resposta. Dentre essas questões está o que diz respeito as suas causas ou origens. Como os diagnósticos são dados sobre diferentes manifestações, fica difícil e muitas vezes demorado a obtenção de resultados, portanto, do diagnóstico em si. Não se sabe exatamente todas as causas que levam ao autismo, mas sabe-se que juntamente com o autismo, com frequência, acontecem também outras condições neurobiológicas.

É importante ressaltar que até o presente momento, não se identificou nenhum marcador biológico que esteja presente em todos os casos clinicamente diagnosticados como TEA.

“(...) inicialmente supunha-se o autismo como causa orgânica, teoria que veio perdendo força até aniquilar-se, com o avanço da teoria psicanalítica, na qual os pais seriam, de certa maneira, os causadores dessa problemática. Atualmente, essa teoria caiu totalmente em desuso devido à enorme gama de estudos científicos, documentando um comprometimento orgânico neurológico central. O tratamento está, obviamente, centrado nessas novas descobertas e, esta mudança nos obriga a uma reformulação teórica, difícil de ser aceita por certos grupos que até então detinham o controle e o poder do tratamento destas crianças e que se vêem ameaçados com estas novas descobertas.” (GAUDERER, 2002, p.39)

A prevalência estimada em 1988 por Bryson foi de 10:10 000, com relação de quatro meninos para uma menina. Em 1989, Ritvo publicou uma prevalência de 4:10 000. Atualmente aponta-se uma prevalência de 6-7: 1000 crianças, o que revela um número bastante superior aos anteriormente publicados. No entanto, os diferentes critérios adotados pelos autores para a obtenção do diagnóstico (o que para alguns é autismo, para outros não se enquadra), dificulta a obtenção de um consenso. Os graus de diferenças no diagnóstico variam entre 21:10.000 a 2:10.000 indivíduos.

Segundo Schwartzman (2001), independentemente do conflito de diagnósticos, a comunidade estudiosa concorda que a síndrome acomete preferencialmente crianças do sexo masculino, assumindo taxas entre quatro a cinco vezes superiores em relação ao sexo feminino. Sabe-se também que a manifestação da síndrome autista nas meninas é acompanhada de um retardo mental mais severo.

Smith (2003) afirma que o autismo pode ocorrer em qualquer membro de uma família, independentemente de seu grupo étnico, sócio-econômico ou cultural. Alguns estudos comprovam que há características de herança autossômica recessiva, existindo portanto a possibilidade de um irmão apresentar algo semelhante. Segundo Ritvo, no que se refere à prevalência de AI entre irmãos, excluídos os casos em que o AI acompanha outra condição de base genética, ela é estimada em cerca de 2-3%. Este número, apesar de pequeno em valores absolutos é, ainda assim, de cinquenta a cem vezes maior do que a prevalência estimada para o AI na população geral que é de cerca de 4-5:10 000.

No Brasil, não existem dados estatísticos concretos sobre quantidades de pessoas afetadas pelo autismo. Nem em sites de instituições como AMA (Associação dos Amigos do Autismo) e ABRA (Associação Brasileira de Autismo) possuem estatísticas atualizadas.

2.3 Quadro clínico e diagnóstico

Kanner, em suas primeiras pesquisas, conclui que as crianças autistas eram oriundas de famílias com habilidades intelectuais mais desenvolvidas e possuíam inteligência acima da média. Atualmente, a medicina não concorda com essa teoria, desmistificando por meio de pesquisas essa tese. Segundo Schwartzman, os casos que alcançam habilidades intelectuais acima da média chegam a 10% dos pacientes, e no entanto essa capacidade é

restrita, acontecendo com a combinação de fatores comportamentais, como interesses sociais limitados ou processamento de informações específicos, e não globais.

“Infelizmente, cerca de 70 a 80% apresentam uma defasagem intelectual importante. Cerca de 60% tem inteligência abaixo de 50 em testagens de QI, 20% apresentam um QI entre 50-70 e apenas 20% tem um QI acima de 70. A maioria mostra uma variação muito grande com relação ao que objetivamente podem fazer e oscilam muito de época para época. Não se sabe explicar exatamente o porquê da associação do Autismo com Deficiência Mental, mas parece que o retardo mental está relacionado ao mesmo problema básico que gerou o Autismo. Por outro lado, por não conseguirem interagir adequadamente com o meio ambiente, aumentam ainda mais sua defasagem intelectual” (GAUDERER, 2000, p. 169)

No DSM-IV, o Autismo Infantil é retratado como um quadro que se inicia antes dos 3 anos de idade. A sintomatologia da síndrome autista é bastante típica e permite aos pais perceberem. Há um prejuízo acentuado no uso de diferentes comportamentos não-verbais, como contato visual direto, expressões faciais, gestos repetitivos, postura corporal. No início, a criança apresenta problemas de sucção e de alimentação. Algumas crianças não balbuciam enquanto outras emitem sons repetitivos. Não fazem gestos ou mímicas. Criam laços objetos estranhos como pedras, papel, pedaço de pau. Objetos redondos e giratórios oferecem um prazer especial. Há situações que parecem ausentar-se do lugar onde estão. Alguns casos (os mais graves), apresentam uma diminuição da sensibilidade a dor (morder o próprio corpo, bater a cabeça propositalmente). Desenvolvem o desejo de cheirar pessoas e objetos. (APARJ, 2002).

No quadro abaixo, é possível compreender algumas características clínicas, organizadas cronologicamente, que podem ser apresentadas durante o período de desenvolvimento da criança autista.

Quadro 1. Características clínicas evolutivas detectadas por período do desenvolvimento da criança com autismo infantil ()*

Período do desenvolvimento	Características clínicas
Recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> • parece diferente dos outros bebês • parece não precisar de sua mãe • raramente chora (“um bebê muito comportado”) • torna-se rígido quando é pego no colo • às vezes muito reativo aos elementos e irritável
Primeiro Ano	<ul style="list-style-type: none"> • não pede nada, não nota sua mãe • sorrisos, resmungos, respostas antecipadas são ausentes ou retardados • falta de interesse por jogos, muito reativo aos sons • não afetoso • não interessado por jogos sociais • quando é pego no colo, é indiferente ou rígido • ausência de comunicação verbal ou não verbal • hipo ou hiper-reativo aos estímulos • aversão pela alimentação sólida • etapas do desenvolvimento motor irregulares ou retardadas
Segundo e o Terceiro ano	<ul style="list-style-type: none"> • indiferente aos contatos sociais • comunica-se mexendo a mão do adulto • o único interesse pelos brinquedos, consiste em alinhá-los • intolerância à novidade nos jogos • procura estimulações sensoriais como ranger os dentes, esfregar e arranhar superfícies, fitar fixamente detalhes visuais, olhar mãos em movimentos ou objetos com movimentos circulares. • particularidade motora: bater palmas, andar na ponta dos pés, balançar a cabeça, girar em torno de si mesmo
Quarto e o Quinto Anos	<ul style="list-style-type: none"> • ausência do contato visual • jogos: ausência de fantasias, de imaginação, de jogos de representação • linguagem limitada ou ausente - ecolalia - inversão pronominal • anomalias do ritmo do discurso, do tom e das inflexões • resistência às mudanças no ambiente e nas rotinas

Fonte: adaptado de COSTA e NUNESMAIA, 1999.

2.4 Educação e acompanhamento

A educação da criança autista é uma prática que leva o educador a repensar suas ideias e sua metodologia de trabalho, de desenvolvimento, educação. O primeiro impacto ao receber a notícia, faz com que os professores adotem posturas de resistência, alegando não sentirem-se preparados para tal tarefa, ou dizendo que já há muitos alunos em sua sala de aula, culpam o sistema por não estarem preparados. Raramente ouve-se essa notícia com alegria, encarando um novo desafio, e notando que esse aluno autista vai também ensinar, além de aprender.

Segundo Angel Rivière (1984), esta tarefa educativa é provavelmente a experiência mais comovedora e radical que pode ter o professor. A existência de um aluno autista em sua sala de aula põe à prova, mais do que nenhuma outra, os recursos e as habilidades do professor. Ao professor cabe trazer o autista ao mundo, atrair sua atenção, facilitar a interação com os outros. Com sua prática, o professor deve buscar caminhos mais fáceis para cada aluno.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (1988), em seu Art.208 – O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: III- Atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

Quando o aluno ingressa na escola, deve haver uma avaliação global, cuidadosa e detalhada, já que o rendimento dos autistas tem como uma de suas características principais a falta de uniformidade. É por meio dessas avaliações que o professor deve elaborar o Plano Individual de Ensino – PIE. Esse plano deve ser desenvolvido com base nos próprios potenciais da criança, e as condutas que forem sendo alcançadas serão transformadas nos objetivos atingidos.

Foram realizadas diferentes experiências em técnicas para o ensino à crianças autistas. Rutter (1970) e Wing (1975) apontam como objetivos gerais para a educação:

- 1- Prevenir ou reduzir deficiências secundárias
- 2- Descobrir métodos para recuperar deficiências primárias.
- 3- Descobrir formas para ajudara criança a desenvolver funções que estejam envolvidas com as deficiências primárias.

Segundo a Pedagogia Waldorf, alguns aspectos devem ser considerados para facilitar o aprendizado em sala de aula, como uma rotina diária estruturada, valorização de

elementos da natureza, atividades práticas com vivência, respeito às suas condições, utilização de música. É por meio desses aspectos que o professor pode possibilitar ao seu aluno a oportunidade de crescimento, oferecendo novas experiências.

Tal como afirma Izabel Neves Ferreira (1993): “a concretização de uma proposta só se faz quando os professores se conscientizam dos princípios que a fundamentam, experimentam na prática as ações decorrentes destes princípios, discutem suas dúvidas, contradições e as dificuldades encontradas”.

3 INTERVENÇÕES FRENTE AO AUTISMO

Ajuriaguerra (2002) salienta que a educação de uma criança autista requer a união de multidisciplinidades. As bases para o seu tratamento requerem técnicas comportamentais, programas educacionais e terapias. É essencial o trabalho de todas as terapias em conjunto.

Além de déficits sociais e cognitivos que já foram citados, há também problemas no comportamento, como hiperatividade, automutilação, agressividade, e isso torna a inserção do autista ainda mais difícil no convívio social. É com o auxílio de terapias como a psicomotricidade que se conseguirá avanços comportamentais, de modo a facilitar a socialização do autista.

3.1 A psicomotricidade na síndrome autista

O autismo, apesar de não ter definição clara, está sempre ligado à um problema que impede o desenvolvimento afetivo/social, causando prejuízos na fala e debilitando ainda mais a comunicação com o mundo externo. A habilidade da fala e a social/afetiva são o melhor recurso para efetivar melhorias no quadro autista, propiciando comunicação com o “mundo externo”. Pode-se considerar que no conceito de interação social está implícita a ideia da comunicação, e no conceito de interação social, a ideia de comunicação.

Levin (1993, p.191) enfatiza que, cada vez mais são necessárias as intervenções do psicomotricista junto ao autista, elaborando e desenvolvendo ações que permitam ao autista desenvolver não-verbal, como os gestos, para que possa manifestar-se e ser reconhecido e compreendido.

“Aqueles que defendem um prejuízo primário da linguagem costumam adotar um enfoque cognicista, enquanto os defensores de um prejuízo social adotam, principalmente nos dias atuais, um enfoque desenvolvimentista que concebe os problemas de interação social como decorrendo de uma falha muito básica na capacidade de expressividade e responsividade emocional/afetiva” (LAMPREIA, 2004, s.p.)

A psicomotricidade é uma técnica que visa facilitar a aquisição da criança de noções indispensáveis ao seu desenvolvimento. A técnica apoia-se em exercícios motores,

exercícios sensório-motores e exercícios perceptomotores. Nesse sentido, cabe ao profissional criar condições de invadir o isolamento social por meio de jogos, atividades, sinais, facilitando e propiciando a imaginação e compreensão social.

Lampreia (2002) destaca que normalmente os autistas apresentam uma dificuldade em responder às comunicações não-verbais ou verbais (gestos, expressões, entonações). No entanto, mesmo com esses prejuízos, essas crianças conseguem demonstrar sua irritabilidade, seu constrangimento, logo, conseguem transmitir seus sentimentos negativos. Se conseguem transmitir seus sentimentos de rejeição, logo sua capacidade de comunicação não é tão debilitada assim. Lampreia compreende que o que há é um desornamento do desenvolvimento da comunicação, e que apenas possuem “um padrão desordenado do desenvolvimento da comunicação com déficits no uso e compreensão de formas não-verbais de comunicação, assim como uma amplitude limitada de comportamentos comunicativos não-verbais” (2002).

Compreende-se, portanto, que o retraimento do autista não se deve à dificuldade na fala, mas sim a incapacidade de comunicar-se que faz com que essas crianças retraiam-se socialmente, enclausurando-se. A aproximação com a criança autista é dificultosa, mas é por meio das terapias, exercícios e jogos que é possível chegar à eles.

3.2 Histórico da Inclusão

O histórico da inclusão inicia-se nos Estados Unidos. A maioria dos alunos pobres (sendo deficiente ou não), já possuíam como primeira dificuldade o acesso à educação. Nos anos 50, criaram-se as escolas públicas comuns, que não atendiam os deficientes com deficiência visível, que continuaram segregados. As instituições especiais foram indicadas para educar alunos cegos, surdos ou com deficiência física. Os alunos com déficits importantes não tinham nenhum tipo de serviço educacional.

Segundo Susan Stainback e Willian Stainback, é na década de 1970 e no início da década de 1980 que muitos alunos começaram a ser integrados nas salas regulares, por pelo menos meio turno. Em 1988, uma resolução adotada pela Associação para Pessoas com

Deficiências Grave, reivindicando a integração da educação especial e regular, o que aumentou o debate sobre uma educação unificada.

Há, ainda nos dias atuais, uma resistência no ensino inclusivo. Alguns indicadores revelam que tem havido aumentos no número de crianças diagnosticadas como deficientes, no entanto, há apenas um aumento mínimo nos números que dizem respeito a encaminhamentos para educação inclusiva.

A questão “exclusão” veio à tona há cerca de cinquenta anos, e ainda é um fenômeno contemporâneo. Como tal, tem estado na agenda internacional liderada por agências das Nações Unidas – UNESCO, Unicef, que estabelecem diretrizes, metas e prazos a serem alcançados pelas nações. Na América Latina, o *Proyecto principal de educación em America Latina y el Caribe* (UNESCO, 2000) foi implementado na década de 70 para que houvesse um desenvolvimento nas políticas educacionais, e nesse documento reconhece-se que ainda há muito o que desenvolver no quesito educação.

A década de 1990 encerrou-se com o título de fracasso no que diz respeito a garantir o direito de todos terem acesso à educação, conforme foi estabelecido pela Convenção dos Direitos Humanos da ONU, publicada em 1948. Foi nesse contexto efervescente do final do século XX, que a educação inclusiva nasceu no Brasil, em 1994, “como uma alternativa voltada para a defesa e a promoção dos direitos dos grupos vulneráveis historicamente excluídos dos sistemas educacionais” (RODRIGUES, 2006).

Segundo o *website* da UNESCO (<http://portal.unesco.org/education.en>), “a educação inclusiva é uma abordagem desenvolvimental que procura responder às necessidades de aprendizagem de todas as crianças, jovens e adultos com um foco naqueles que são vulneráveis à marginalização e exclusão”.

Segundo o determinado pela Conferência de Salamanca, 1994, o princípio fundamental das escolas inclusivas está em garantir que todos os alunos

“aprendam juntos, sempre que possível, independentemente das dificuldades e das diferenças que apresentem. Estas escolas devem reconhecer e satisfazer as necessidades diversas de seus estudantes, adaptando-se aos vários estilos e ritmos de aprendizagem, de modo a garantir um bom nível de educação para todo(a)s, por meio de currículos adequados, de boa organização escolar, de estratégias pedagógicas de utilização de recursos e de cooperação com as respectivas comunidades” (SALAMANCA, 1994)

Isso significa que as escolas precisam modificar-se para receber todos os alunos e atender à diversidade humana.

3.3 A inclusão como conciliadora no processo de desenvolvimento

A exclusão nas escolas fere o direito da criança de acesso à educação, que é um direito humano. Os indivíduos com deficiência devem fazer parte das escolas regulares, que tem o dever de modificar o seu modo de funcionamento para incluir todos os alunos, conforme a Conferência Mundial de 1994 da UNESCO sobre Necessidades Educacionais Especiais.

Inclusão, em seu sentido mais abrangente, diz respeito à inserção de qualquer pessoa em qualquer meio. Educando um autista junto com uma sala de alunos regulares, todos têm a ganhar.

Incluir alunos com deficiência na escola regular eleva a consciência de cada aspecto de uma escola como comunidade, são inúmeros os benefícios a seus membros, como os relacionamentos que são gerados a partir de uma inclusão.

Negrine (2000) afirma que o processo de socialização da criança inicia-se no momento em que ela nasce e cresce com ela por toda a sua vida. A criança é o principal agente responsável por construir seus conhecimentos e sua identidade. As condições de vida que lhes são oferecidas somadas às condições de aprendizagem fazem de cada ser humano um ser único e inteiramente original, repleto de oportunidades.

Pais e educadores compreendem a importância da Educação Infantil, que caracteriza-se como um espaço a ser garantido para proporcionar à criança desenvolvimentos morais, intelectuais e sociais.

“O desenvolvimento infantil é complexo e amplo em suas possibilidades, tão qual a natureza humana, assim é preciso dar atenção especial, pois pode e deve ser determinante na vida do indivíduo, permitindo seu desenvolvimento integral. Integrar e interagir são palavras chaves para um futuro próximo e muito mais bonito do que se imagina” (NEGRINE, 2000, p.33)

Para compreender o mundo que nos cerca é necessário exercitar funções como a percepção, linguagem e construção do pensamento. Essas funções interligam-se e influenciam-se mutuamente. Pela percepção compreende-se a organização e a interpretação das informações sensoriais, a linguagem auxilia na formação dos conceitos. Negrine (2000)

ressalta que uma dificuldade em algumas dessas funções pode tornar uma criança desadaptada para a vivência social, como a dificuldade de interagir, de participar de brincadeiras, jogos e esportes. Com isso, podem nascer problemas de conduta, dificultando o relacionamento com grupos por exemplo. Quando há algum tipo de dificuldade nas etapas de formação do esquema corporal, isso resultará como alguma dificuldade nas áreas do aprendizado e do comportamento.

A criança autista carrega em si todas essas dificuldades, que manifestam-se em diferentes níveis e graus, no entanto, a característica mais marcante no autista decorre de sua dificuldade de interação, que acarreta outras tantas dificuldades, como no aprendizado.

O objetivo da inclusão, além de criar uma comunidade onde todos os alunos trabalham e aprendem juntos desenvolvendo ações de ajuda mútua e apoio, é também o de desenvolver as diferenças individuais entre elas. O conceito de que todas as pessoas são iguais e que não há diferenças foi substituído pelo incentivo às diferenças, criando assim uma auto-identidade positiva para diferentes grupos de pessoas. Sendo assim, a inclusão carrega consigo a função de criar um lugar onde todos se reconheçam e se apoiem mutuamente, sem deixar de lado a importância das necessidades individuais que cada aluno possui.

3.4 O currículo adaptado e o papel dos especialistas

A inclusão efetiva deve acontecer além do simples fato de o aluno deficiente conseguir estabelecer relações com os outros alunos, é preciso uma adaptação de conteúdo, de currículo escolar, para que esse aluno possa acompanhar os saberes que são passados à turma, compreendendo o conteúdo conforme é capaz, mas fazendo parte da sala de aula como um todo, de suas tarefas.

Se adotarmos a postura de que todos os alunos são diferentes e possuem saberes diferentes, deve-se entender então que uma sala de aula é heterogênea também em termos de estratégias de ensino e de aprendizagem. É dever do professor proporcionar aos alunos a oportunidade de aprender, oferecendo então diferentes maneiras de se abordar um mesmo conteúdo.

Segundo Stainback, “desenvolver objetivos separados ou diferentes para um ou vários alunos pode conduzir a seu isolamento ou segregação”, por isso é necessário que o professor considere cada aluno e planeje objetivos específicos para cada um, individualmente. Os professores também precisam readaptar as atividades que um determinado aluno participa, o modo como ele atinge os objetivos e o modo como será avaliado.

O problema de adaptação de um currículo para um aluno deficiente pode ser dificultoso, no entanto, este desafio

“pode ser superado por uma equipe (professores, pais, alunos da classe, diretores, terapeutas ocupacionais, psicomotricistas), reunindo-se quando necessário para pensar e apresentar sugestões com os objetivos curriculares para uma determinada criança e como esses objetivos podem ser atingidos em turmas de educação regular” (STAINBACK, 2006, p.246)

Novamente a psicomotricidade entra como um papel auxiliador do processo de desenvolvimento do aluno autista, pois sabendo das dificuldades e habilidades desse aluno, o psicomotricista é capaz de auxiliar o professor a desenvolver um trabalho melhor em sala de aula, visando sempre o bem estar e desenvolvimento do aluno.

“A escola também exerce um papel importante, pois seu espaço pode ser incentivador para o desenvolvimento motor e a aquisição e apropriação do ‘eu corporal’, aproveitando para incentivar e orientar a descoberta ‘do outro’ tornando-se extremamente importante quanto ao aspecto individual e social do indivíduo” (NEGRINE, 2000, p.17)

A criança deficiente incluída na escola regular terá a oportunidade, assim como as outras pessoas da escola, de perceber e conviver com as diferenças, reconhecer em si aspectos que diferem dos outros, mas aprender, principalmente, que cada um tem suas limitações e habilidades.

Os profissionais que atuam junto com as famílias e com a escola devem incentivar o contato entre todos, para que possa acontecer uma troca de experiências e vivências e assim evitar a repetição de erros, superando dificuldades.

Cabe à família, ao notar que a criança possui dificuldades, ir em busca de diagnósticos e posteriormente, de auxílio e tratamento, pois é somente com a união dos profissionais da escola com os terapeutas que será possível realizar um trabalho amplo e completo, atendendo as necessidades dessa criança e contemplando todas as suas dificuldades e habilidades.

Além disso, é papel do professor notar quais são as habilidades adaptativas que essa criança autista possui, de modo a incentivar, valorizar e trabalhar-las para desenvolver o que possível a essa criança fazer.

CONCLUSÃO

Após uma vasta pesquisa, percorrida entre diversas opiniões, teorias e autores, encontrando controvérsias e polêmicas sobre diagnósticos e intervenções, é possível concluir que a palavra autismo caracteriza diferentes comportamentos, e pode ser associada a diferentes síndromes, no entanto, além do diagnóstico “autista”, há um ser humano, que merece respeito e tem direitos que devem ser assegurados, como o direito ao tratamento. Os sintomas variam amplamente, o que explica o fato de o autismo ser considerado um espectro de transtornos. Há diferentes graus, e diferentes habilidades que podem ser desenvolvidas em cada caso.

Para quem busca compreender esta síndrome, ferramentas como cautela, empenho, conhecimento e respeito são as mais eficazes, e que essa busca seja fundamentada no aprendizado, pois para entender um pouco desse outro mundo tão pouco conhecido é necessário despir-se de pudores, de preconceitos e estar sempre revendo suas crenças.

O diagnóstico de uma criança autista é realizado com base em uma tríade comportamental, relacionando diferentes áreas do desenvolvimento humano (distúrbios na comunicação, na interação social e no comportamento). Com características típicas como as hestereotipias e a dificuldade de relacionarem-se com as pessoas, as crianças com a síndrome necessitam de terapias que auxiliem-nas na interação com o mundo, já que não há cura efetiva.

Acompanhamento e esclarecimento são extremamente necessários para as famílias dessas crianças, mostrando assim que cada um é capaz de desenvolver-se ao seu modo, e que é somente com um trabalho conjunto entre escola x terapias x família que se conseguirá os melhores resultados.

A multidisciplinariedade no tratamento do autismo tem se mostrado a forma mais eficiente, no entanto, esse mecanismo ainda precisa evoluir muito, pois só está disponível para a população com mais recurso. Pediatras, fonoaudiólogos, psiquiatras, psicomotricistas, neurologistas e psicólogos precisam trabalhar em conjunto, organizando e estabelecendo objetivos para o avanço da criança autista.

A psicomotricidade, com sua função prática em trabalhar o desenvolvimento por meio do conhecimento do próprio corpo, facilita à criança autista o processo de relacionamento com o mundo, por meio de jogos que desenvolvem a percepção motora, a lateralidade e o equilíbrio.

O que ficou claro, é que com o tratamento baseado em diversas terapias o autismo tem condições de ser trabalhado, despertando na criança funções que ela não havia desenvolvido. No entanto, a maioria dessas crianças não possui esse tipo de tratamento interdisciplinar, muitas vezes pela falta de recursos ou pelo desconhecimento dos pais.

Com a realização desse trabalho mostrou-se que é necessário criar caminhos que busquem possíveis direções para pessoas autistas, com a realização efetiva da inclusão bem sucedida nas escolas regulares, com os devidos tratamentos e com a garantia dos direitos humanos de todas as pessoas.

Finalizo afirmando que a inclusão plena carrega consigo o respeito à diversidade e a condição de cada sujeito, no qual o olhar sobre o que se diz ser “normal” deve ser repensado e reformulado. É preciso mais do que simplesmente aceitar um aluno autista em uma sala de aula regular, é necessário lutar pelos seus direitos, pelo seu desenvolvimento e pela garantia de que ele evolua, à sua maneira.

REFERÊNCIAS

AJURIAGUERRA, J. de. *Manual de Psiquiatria Infantil*. 8 ed. São Paulo: Masson do Brasil LTDA, 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. (DSM – IV- TR)*. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed: 2002.

ASSIS, Orly Mantovani de. *Uma Nova Metodologia de Educação Pré-Escolar*. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 2000.

ASSUMPÇÃO. B. Francisco. Conceito e Classificação das síndromes autísticas. In: _____ *Autismo Infantil*. São Paulo: Memmon, 1995. p.3-13.

ISPE-GAE. *Instituto Superior de Psicometricidade e Educação e Grupo de Atividades Especializadas*. Disponível em: <<http://www.ispegae-oipr.com.br/>>. Acessado em 08 agosto 2013.

COSTALLAT, Dalila. M. et. al. *A psicometricidade otimizando as relações humanas*. São Paulo: Arte e Ciência. 2002, p. 186.

COSTA, MARIA IONE FERREIRA DA e NUNESMAIA, HENRIQUE GIL DA SILVA. *Diagnóstico genético e clínico do autismo infantil*. São Paulo: 1998 p.24-31. (Arquivo Neuro-Psiquiátrico v.56 n 1)

COSTALLAT, Dalila M. Molina de. *La Entidad Psicomotriz*. Buenos Aires: Losada, 1984.

DECLARAÇÃO DE SALAMANCA. *Necessidades Educativas Especiais – NEE* In: Conferência Mundial sobre NEE: Acesso em: Qualidade – UNESCO. Salamanca/Espanha: UNESCO 1994.

FERREIRA, I. N. *Caminhos do aprender*. Brasília, CORDE-MAS,1993.

FORTUNA, Tânia Ramos. *Psicomotricidade: Destaque fundamental para o papel dos jogos*. Revista do professor. Porto Alegre: 10 (39): 5-10, jul./set. 1994, p. 10.

GAUDERER, E. C. *Autismo e outros atrasos do desenvolvimento*. Rio de Janeiro: Sprint, 2000.

HURTADO, Johann. *Educação Física Pré-Escolar*. Paraná: Editer, 2002.

KANNER L. *Autistic disturbances of affective contact*. Nerv Child 1943; 2:217-250

KUGELGEN, H.von. *A educação Waldorf: aspectos da prática pedagógica*. São Paulo, Antroposófica, 1960.

LAMPREIA, Carolina. Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar. *Psicologia reflexiva e crítica*, 2004, vol.17, no.1, p.111-120.

LE BOUCH, J. *O Desenvolvimento psicomotor: do nascimento até os 6 anos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002, p. 39.

LEVIN, Estaban. *Clinica psicomotora e o corpo na linguagem*. 5 ed. Rio de Janeiro. Vozes, 2003.

NEGRINE, Airton da Silva. *A coordenação psicomotora e suas implicações*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

Organização Mundial de Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. 10ª Ver – CID-10. 8 ed. São Paulo: EDUSP. 2000.

RIVIÉRE, A. *Modificación de Conducta em el Autismo Infantil*. Revista Española de Pedagogia, v. XLH. p.164-165. 1984.

RODRIGUES, David. *Inclusão e educação: doze olhares sobre a educação inclusiva*. São Paulo: Summus, 2006.

RUTTER, M. Autistic children infancy to adulthood. *Sem Psychiat.*, v.2, p.435-50, 1970.

SCHWARTZMAN. José Salomão. *Transtornos do Espectro do Autismo*. São Paulo: Memnon, 2011.

SCHWARTZMAN. José Salomão. *Autismo Infantil*. Brasília: Corde, 2001.

SMITH. David W. *Síndrome de Malformações Congênicas*. São Paulo: Manole, 2003.

STAINBACK, Susan. Stainback, William. *Inclusão: um guia para educadores*. Porto Alegre: Artmed, 1999.

WALLON, H. *As Origens do caráter na criança*. São Paulo: Manole, 2000.

WING, L. Language, communication and use of symbols in normal and autistic children. *J. Autistim Child Shcizophrenia*, v.5, p.191-221, 1975.

APÊNDICE A – DEPOIMENTO DE UMA PSICOMOTRICISTA QUE ATUA COM AUTISTAS

“O objetivo principal de todo o trabalho clínico com a abordagem e teorias da psicomotricidade em escola especializada e também em ensino regular, é estimular para educar e reeducar crianças que apresentam distúrbios e perturbações psicomotoras, como: inabilidades, atrasos, instabilidades, inibição psicomotora, hipo e hiper controle e retenção.

Dentro desta abordagem é possível estabelecer vínculos afetivos, adequação do comportamento social, desenvolvimento das funções cognitivas, enfatizando a importância do desenvolvimento cada vez mais profundo de seu corpo.

Segundo Fonseca, Lúria, Wallon e Ajuria Guerra, enfatizam a grande importância dos movimentos para um adequado desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC) e também da inteligência, a importância das experiências motoras precoces no processamento da maturação.

Enfim, experiências motoras pobres podem retardar a maturação neurológica e trazer alguns prejuízos. É preciso entender que a psicomotricidade está interligada no funcionamento da plasticidade cerebral.

É importante colocar que, dos meus muitos resultados significativos no tratamento de crianças autistas entre outras síndromes neurológicas e psiquiátricas, com a prática psicomotora em minha experiência clínica, consegui modificar todo o aprendizado pedagógico, o comportamento e desenvolver a linguagem em muitos de meus pacientes.

Todo trabalho é multidisciplinar, pois acredito que desta forma podemos enxergar o paciente ou aluno como um todo, sem fragmentá-lo, a meu ver essa é a melhor maneira para fazer dar certo.”

Gilda Pena de Rezende
Neuropsicóloga pela Faculdade de Medicina da USP, Instituto Central do Hospital das Clínicas, Psicomotricista e Psicopedagoga da Educação Especial, Psicoterapeuta da Neurocognição, Diretora Clínica e Supervisora do Grupo Gapi há 20 anos. Realiza atendimentos particulares em Avaliação diagnóstica e Reabilitação de AVC, TCE, Alzheimer, e estimulação precoce.

ANEXO A – Metodologias mais adotadas para o tratamento do Autismo

Metodologias mais adotadas e número de entidades que as adotam		
Item	Metodologia	Nº de entidades que a adotam
A	TEACCH	53
B	Combinação	50
C	PECS	24
D	ABA	24
E	Integração/processamento/terapia sensorial	8
F	Currículo Funcional Natural	9
G	Fonoterapia	6
H	Psicomotricidade	4
I	Sem metodologia/programa individualizado	4
J	Floortime	2
K	Psicodinâmico	3

Fonte: Mello, Ana Maria S. Ros de; Andrade, Maria América; Ho; Helena; Souza Dias. Inês de; Retratos do autismo no Brasil, 1ª ed. São Paulo: AMA