

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

**AUTISMO E O DESENVOLVIMENTO
PSICOMOTOR: ESTUDO DE CASO**

CARLA LIZANDRA SARAIVA DA SILVA

JOÃO PESSOA - PB
2003

CARLA LIZANDRA SARAIVA DA SILVA

**AUTISMO E O DESENVOLVIMENTO
PSICOMOTOR: ESTUDO DE CASO**

Monografia apresentada ao
Curso de Licenciatura em Educação
Física do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Federal da Paraíba, como
requisito parcial para obtenção do grau
de Licenciado em Educação Física.

Orientador: Prof.Esp. LEANDRO BATISTA DE CARVALHO FILHO.

JOÃO PESSOA – PB
2003

CARLA LIZANDRA SARAIVA DA SILVA

**AUTISMO E O DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR:
ESTUDO DE CASO**

Aprovada em _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. LEANDRO BATISTA DE CARVALHO FILHO - Orientador
Universidade Federal da Paraíba

Profª. Ms. ROSENI NUNES DE FIGUEIREDO GRISI – Profª. Convidada
Universidade Federal da Paraíba

Profª. Drª JOICE MARA FACCO STEFANELLO - Profª. da Disciplina
Universidade Federal da Paraíba

À minha mãe, Elzita,
e ao meu amigo, Victor,
fonte de minha inspiração
e a quem amo muito

AGRADECIMENTOS

A Deus que me iluminou, e a quem buscava nos momentos mais difíceis.

Ao amigo, Victor de Sousa Lima, fonte inspiradora do meu trabalho.

À minha família pelo apoio e credibilidade, em especial à minha mãe, Elzita Saraiva da Silva e à minha irmã, Nara Keyle Saraiva da Silva.

Ao meu orientador Leandro Carvalho, por compartilhar comigo deste sonho apesar das dificuldades, e por ter aceitado meu convite, já que outros haviam recusado.

À APAE – JP, que cedeu suas instalações para que fosse realizada a pesquisa, bem como a participante da pesquisa, que me ensinou a conhecer o seu “mundo”.

A professora Maria Dilma Simões Brasileiro pelos conhecimentos adquiridos e a quem admiro muito.

E a todos que, direta ou indiretamente participaram deste trabalho.

SOU UM EXCEPCIONAL

Comecei como tu, tornei-me diferente.
Diferente eu sou; distanciado não quero ficar.
Acheга-te a mim
Preciso alegrar-me com teu carinho
Preciso aquecer-me com teu calor
Preciso que me alentes nas resvaladas
Preciso que me leves até onde eu sozinho não posso chegar
Preciso que venhas a mim, porque a vida só me será possível,
se possível for eu sentir o teu amor
Se tu quiseres dar-me do muito que preciso, o mínimo que mereço
Educa-me, olha-me com carinho, trata-me com amor.
Acheга-te a mim: eu preciso de ti, pois eu sou um **EXCEPCIONAL**.

(Wilson Bagatini)

RESUMO

Analisar a contribuição da Atividade Física para o desenvolvimento psicomotor do portador da Síndrome do Autismo foi o nosso objetivo. A pesquisa foi realizada na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de João Pessoa –APAE, através de um estudo de caso com um portador Síndrome de Autismo do sexo feminino, faixa etária de 20 anos, paciente daquela Instituição. Utilizamos como instrumento de pesquisa um questionário elaborado para a professora que trabalha com nosso sujeito de pesquisa e uma observação baseada no teste da escala Portage do Desenvolvimento a qual dividi-se em cinco áreas principais: socialização, linguagem, cuidados próprios, cognitiva e psicomotora.

ABSTRACT

To analyze the contribution of the Physical Activity for the development psicomotor of the bearer of the Syndrome of the Autism was our objective. The research was accomplished in the Association of Parents and Friends of the Exceptional of João Pessoa –APAE, through a case study with a female bearer, 20 year-old age group, and patient of that Institution. We used as research instrument a questionnaire elaborated for the teacher that works with our subject of research and an observation based in the test of the scale Portage of the Development the which I divided her in five main areas: socialização, language, cares own, cognitive and psicomotora.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTO	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
1 INTRODUÇÃO	2
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
2.1- O Autismo e suas Definições.....	5
2.2- Método TEACCH : o que é TEACCH?.....	5
2.3- Etiologia	8
2.4- Aspectos Biológicos	9
2.5- Prevenção da Síndrome do Autismo	12
2.6- Comportamento Autista	12
2.7- Interação Social.....	13
2.8- Comunicação Autista	14
2.9- PSICOMOTRICIDADE: o movimento como comunicação	16
2.10- Fases do Desenvolvimento Psicomotor.....	17
2.11- Educação Psicomotora	20
3 METODOLOGIA	21
3.1- Caracterização da Pesquisa.....	21
3.2 - Seleção do Sujeito.....	21
3.3 - Instrumentos de Medida Utilizados	21
3.4 - Procedimentos para a Coleta de Dados	22
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	Erro! Indicador não definido.
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
7 ANEXOS.....	42

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Representação dos sintomas e características de um portador da Síndrome do Autismo	11
Quadro 2 - Desenvolvimento normal de uma criança do seu nascimento até 1 ano de idade.....	18
Quadro 3 - Desenvolvimento de uma criança portadora da Síndrome de Autismo do seu nascimento até 1 ano de idade	19
Quadro 4 - Área da Socialização/Comportamento.....	24
Quadro 5 – Área de linguagem.....	26
Quadro 6 – Área dos cuidados próprios.....	28
Quadro 7 – Área cognitiva	30
Quadro 8 – Área psicomotora	33

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Porcentagem de 20 itens observados para avaliar a área da Socialização/ comportamento	25
Gráfico 2 - Porcentagem de 20 itens observados para avaliar a área da linguagem (emissão)	27
Gráfico 3 - Porcentagem de 21 itens observados para avaliar a área dos cuidados próprios	29
Gráfico 4 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área cognitiva (teste).....	31
Gráfico 5 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área cognitiva (re-teste)...	31
Gráfico 6 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área psicomotora (teste) ..	34
Gráfico 7 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área psicomotora (re-teste)	34

LISTA DE ANEXOS

Anexo I	
Questionário aplicado à psicóloga.....	42
Anexo II	
O que nos pediria um Autista?.....	44

1 INTRODUÇÃO

A preocupação com os portadores da Síndrome do Autismo surgiu a partir do momento em que procurei aprofundar-me sobre essa síndrome que afeta o meu amigo, com o intuito de conhecer melhor o que se passava no mundo dele.

Em qualquer discussão sobre Autismo temos que considerar as observações sistemáticas de Kanner (1943) sobre uma síndrome que naquela época ainda não era conhecida. Apresentou um relatório sobre 11 crianças com o título “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”. Entre as características apresentadas, estavam as seguintes: inabilidade para desenvolver relacionamentos, atraso na aquisição da fala, uso não comunicativo da fala quando está presente, atividades de brincar estereotipadas, insistência obsessiva na manutenção da rotina, falta de imaginação, boa memória e boa aparência. Estas anormalidades estavam presentes desde a infância. Embora algumas vezes estas crianças parecessem deficientes mentais, tinham inegavelmente boas potencialidades. O que chamava a atenção era a extrema solidão destas crianças desde o início da vida, a sua eficiência ao manejar objetos e o fato de utilizarem partes do corpo do outro como ferramentas. Após estas observações, Kanner reduziu os sintomas essenciais do Autismo a dois: extrema solidão e preocupação com a manutenção da rotina.

A escolha do nome Autismo Infantil Precoce levou a uma série de problemas quanto aos limites desta condição. Uma das confusões refere-se ao sintoma do Autismo denominado por Bleuler (1993) para designar uma retirada ativa para o mundo da fantasia presente em pacientes esquizofrênicos. O que ocorria com as crianças descritas por Kanner (1943) era uma incapacidade de estabelecer relações e não uma fuga delas. Além disso, o diagnóstico de esquizofrenia pressupõe uma ativa vida de fantasia interior, enquanto nos Autistas se observa falta de imaginação. Este nome faz com que ainda hoje se confunda Autismo com esquizofrenia.

Segundo Rutter (1972) existem três grandes grupos de sintomas que foram encontrados em quase todos os casos de Autismo e menos frequentemente em outros casos psiquiátricos. Estes sintomas incluíam uma incapacidade geral de estabelecer

relacionamentos sociais, retardo da linguagem com profundas alterações na sua manifestação e insistência na manutenção da rotina.

Hobson (1991) após uma análise crítica que tem sido descrita para avaliar a capacidade de perceber e entender a emoção de um Autista, aceita a afirmação descrita por Kanner (1943) de que o Autista vem ao mundo com uma inabilidade inata para manter contato afetivo com outras pessoas, ou seja, já nascia sem habilidades, destreza ou competência.

Pelo exposto acima, podemos perceber que o portador da Síndrome do Autismo, possui dificuldades a nível de linguagem, socialização e psicomotora.

O desenvolvimento psicomotor se caracteriza por uma maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial, mas também o reconhecimento dos objetos, das posições, etc.

Segundo Costallat (1974) “a psicomotricidade como ciência da educação, enfoca a soma e a psique educando o movimento ao mesmo tempo que põe em jogo as funções intelectuais”.

Diante do exposto, e em função da escassez dos estudos relacionados à Psicomotricidade de Autistas, o objetivo central deste estudo foi analisar a contribuição da Atividade Física para o desenvolvimento psicomotor do portador da Síndrome do Autismo e como objetivo específico identificar o nível de desenvolvimento de um Autista nas áreas de Socialização/Comportamento, Linguagem/Emissão, Cuidados próprios, Cognitiva e Psicomotora segundo a Escala Portage de Desenvolvimento.

Por entender que as pesquisas não podem dissociar-se da realidade e que o conhecimento produzido deve contribuir para a qualidade de vida e saúde da população pesquisada, busquei realizar esta pesquisa, para qual levantamos o seguinte questionamento: O trabalho realizado por professores de Educação Física com portadores da Síndrome do Autismo tem alcançado resultados?

Para tanto, iniciamos na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) de João Pessoa, um estudo de caso, onde aplicamos um teste baseado na Escala Portage de Desenvolvimento.

Durante nossa pesquisa, observamos como era o desenvolvimento de nosso sujeito de estudo nas áreas de socialização, linguagem (emissão), cuidados próprios, cognitiva e psicomotora.

Para composição deste trabalho, se fez necessário a utilização de referências bibliográficas e uma pesquisa de estudo de caso com abordagem qualitativa com uma portadora da síndrome do autismo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Autismo e suas Definições

Para falarmos sobre a Síndrome do Autismo, primeiramente temos que defini-la para um entendimento do que seja. Então, citamos abaixo algumas definições apresentadas por autores que são o aparato teórico de nosso estudo.

A NSAC¹ define Autismo como sendo “*uma inadequacidade no desenvolvimento que se manifesta de maneira grave por toda a vida*”.(Gauderer,1993, p 22).

Schwartzman (1994, p 07) diz que é uma Síndrome definida “*por alterações presentes desde idades muito precoces e que se caracteriza, sempre, pela presença de desvios nas relações interpessoais, linguagem / comunicação, jogos e comportamento*”.

A CID 10² define o Autismo como sendo “*um transtorno invasivo pela presença de desenvolvimento anormal e / ou comprometido que se manifesta antes da idade de três anos e pelo tipo característico de funcionamento anormal em todas as três áreas de interação social, comunicação e comportamento restrito e repetitivo*”.³

2.2 Método TEACCH⁴ : o que é TEACCH?

O método TEACCH foi desenvolvido no início de 1970 pelo Dr. Eric Schopler e colaboradores, na universidade de Carolina do Norte.

O propósito do método , segundo o Dr. Gary Mesibov, diretor da divisão TEACCH é:

- Habilitar pessoas portadoras de Autismo a se comportar, na comunidade, de forma tão funcional e independente quanto possível.

¹ - Significa National Society for Autistic Children(Gauderer, 1993, p. 22)

² - Código Internacional de Doenças

³ -Definição disponível no site <http://www.autismo.com.br/atividade.html#top> em julho de 2000.

⁴ Palavra em inglês que significa Tratamento e Educação para Crianças Autistas ou com Problemas Relacionados à Comunicação

- Promover atendimento adequado para os portadores de Autismo e suas famílias e para aqueles que vivem com eles.

- Gerar conhecimentos clínicos teóricos e práticos sobre Autismo e excluir informações relevantes através de treinamentos e publicações.

Os criadores do método se propõem a uma abordagem completamente diferente e muito mais flexível, cujas principais prioridades seriam:

- Focalização do portador de Autismo e desenvolvimento de um programa elaborado em torno das suas potencialidades, interesses e necessidades individuais, identificados por cuidadosa observação e análise de respostas frente à estímulos. Neste sentido foram desenvolvidas escalas de avaliação e testes diagnósticos, que são revisados e atualizados anualmente, e que possibilitam um maior sucesso na elaboração do plano de trabalho. O paciente deve ser o centro das atenções e a intervenção deve ser feita largamente baseada numa estratégia elaborada com base nestas potencialidades e interesses. Como focalização na pessoa se entende que ela é a prioridade, acima de qualquer noção filosófica ou técnica de abordagem, como comunicação facilitada, treinamento condicionado, etc.

Os autores enfatizam um atendimento individualizado, para entender melhor a pessoa e também sugerem que o portador de Autismo é parte de um grupo distinto com características comuns que são diferentes, mas não necessariamente inferiores aos demais. Deve-se entendê-lo e aceitá-lo, tal como ele é, sem alimentar menores ou maiores expectativas. Isto exige que se parta do estado em que ele se encontra, ajudando-o a se desenvolver tanto quanto possível. Isto é diferente de adotar um modelo comportamental dito normal e pretender que as pessoas com Autismo se enquadrem neste modelo, quer seja confortável ou não.

Outra importante prioridade é o ensino estruturado, porque de acordo com as pesquisas e as experiências pessoais da equipe do TEACCH, a estrutura se encaixa na “cultura do Autismo” mais efetivamente que qualquer outra técnica, que eles têm observado. Organizando o meio ambiente e desenvolvendo rotinas de horário e de trabalho,

as expectativas se tornam mais claras. O uso de materiais visuais tem sido um meio efetivo de desenvolver habilidades e permitir os pacientes a usar estas habilidades independentemente da intervenção e sugestão do professor. Estas prioridades são especialmente importantes para estudantes Autistas que freqüentemente se atrasam devido a sua incapacidade para trabalhar independentemente, em situações variadas. O ensino não diz nada acerca de como Autistas devem ser ensinados. Esta é uma decisão baseada nas habilidades e necessidades individuais. Alguns conseguem trabalhar efetivamente e se beneficiam dos programas regulares de educação, enquanto outros precisarão de classes especiais, durante parte ou totalidade do dia, onde o meio físico, currículo e pessoal possam ser organizados e adaptados para entender às respectivas necessidades individuais. Uma outra grande prioridade é desenvolver capacidades e interesses mais do que se fixar na redução dos déficits. Evidentemente, qualquer programa para pessoas com deficiências tem que manter um equilíbrio entre o desenvolvimento das potencialidades e redução das deficiências. Neste caso, o TEACCH não difere de outros programas, mas a maioria destes se concentra inteiramente na redução das deficiências. A abordagem do TEACCH reconhece as diferenças entre Autistas e as pessoas ditas normais. Porém considera que eles, freqüentemente apresentam consideráveis habilidades visuais e de memória, muito superior aos ditos normais, o que pode ser usado como meio para que ele seja bem sucedido no meio social.

O pessoal do TEACCH também tem observado que desenvolver os interesses pessoais, ainda que eles de acordo com a nossa perspectiva possam parecer peculiares, ajuda a desenvolver sua motivação e o entendimento do que estão fazendo. Estas estratégias fazem com que eles trabalhem e produzam positivamente do que se fosséssemos em direções que não sejam de seus interesses e que não possam compreender.

A abordagem do TEACCH é baseada levando em consideração todos os aspectos da vida dos portadores de Autismo e de suas famílias. Embora habilidades de trabalho sejam enfatizadas, é também reconhecido que a vida não é apenas trabalho e que habilidades de comunicação, sociais e de lazer podem ser aprendidas e podem ter um importante impacto no seu bem estar. Entretanto, uma parte importante do método é o desenvolvimento destas habilidades.

Os planos de trabalho são desenvolvidos segundo as seguintes áreas:

Pré-escola: imitação, coordenação motora fina e ampla, coordenação olho-mão, performance cognitiva, linguagem receptiva e expressiva, condutas de auto-cuidados, habilidades sociais, etc.

Adolescentes: habilidades vocacionais, atividades de independência e lazer, organização prática de rotinas de vida, comunicação, habilidade social, etc.

A abordagem do TEACCH é implementada num sistema de níveis, baseado no conceito de que a coordenação e a integração são tão importantes quanto a consistência com uma dada situação ambiental. O TEACCH é mais eficiente quando é aplicado em grupos de idade próxima e em ambiente consistente, com programas que não devem ser interrompidos e mudados ao longo do tempo. Portanto, é muito importante manter a continuidade. A introdução de novas idéias deve ser feita lentamente e após terem provado sua eficiência. Também é considerado importante pelo TEACCH a possibilidade de os pais atuarem como co-terapeutas, organizando o espaço do Autista em casa, a fim de promover uma melhor qualidade de vida e minimizar os sintomas (Mesibov, 19).

2.3 Etiologia

A partir das descrições de Kanner (1943) e das formulações feitas pelo próprio, por muito tempo a causa básica do Autismo ficou sendo de ordem relacional, ou seja, afetiva. Com isso, houve muitos estudos psicológicos com pais de Autistas onde se percebeu logo no início o estresse, ou seja, muita preocupação com a mínima coisa e o desinteresse pelo contato humano e afetivo. Só que esta hipótese já não permanece mais. Depois disso, foi criada a possibilidade de que o Autismo era gerado por mães que rejeitavam seu filho ou por não conseguirem se comunicar de forma adequada com o mesmo. Com essa hipótese descrita por Kanner (1943) os pais passaram a se sentir culpados pelo que estava acontecendo com o seu filho, sendo apenas uma hipótese etiológica onde não se tinha certeza do que estava sendo descrito, pelo qual já foi observado que os pais de Autistas se relacionam muito amorosamente com seus filhos,

ficando descartada a possibilidade acima e de que o Autismo seja de ordem relacional. Mesmo com essas evidências da causa do Autismo, Kanner (1943) não descartou a possibilidade de algum fator biológico, onde as anormalidades de comportamento estavam presentes desde cedo.

Tustin (1991) em trabalho publicado após discutir o fenômeno Autístico em sua compreensão, afirma que os estados Autísticos não são de natureza relacional, mas sim, de um estresse traumático que vem a acontecer durante a retirada do feto do corpo de sua mãe.

Hobson (1991) após uma análise crítica que tem sido descrita para avaliar a capacidade de perceber e entender a emoção de um Autista, aceita a afirmação descrita por Kanner de que o Autista vem ao mundo com uma inabilidade inata para manter contato afetivo com outras pessoas, ou seja, já nascia sem habilidades, destreza ou competência, sendo uma característica de um aspecto biológico.

2.4 Aspectos Biológicos

Alterações biológicas têm sido descritas como presentes em pessoas portadoras da Síndrome do Autismo. Nos aspectos biológicos envolvidos no Autismo, temos que enfocar alguns itens: a- Evidências diretas ou pressumptivas de lesões e / ou disfunções do sistema nervoso central (SNC); b- Aspectos genéticos e alterações cromossômicas no Autismo.

a – Evidências diretas ou pressumptivas de lesões e / ou disfunções do SNC: a freqüente associação do Autismo com deficiência mental é fato inegável, estimando-se que cerca de 70% dos casos apresentem algum grau de retardo. Nos Autistas encontramos a associação com epilepsia em cerca de 12% dos casos, sendo mais comum o seu início por volta da adolescência. Esta associação seria mais uma evidência de comprometimento orgânico cerebral em boa parte desses indivíduos. Foi-se descritas também alterações em tomografias computadorizadas cranianas e mais recentemente na ressonância magnética e, alterações dos potenciais trazidos do tronco cerebral e desvios em algumas provas de função vestibular, apontam para disfunções ao nível do tronco cerebral. Várias condições

que decorrem de patologias, afetam de forma muito clara o SNC que se associam freqüentemente ao Autismo. Entre elas as mais comuns são: a síndrome da rubéola congênita, a síndrome da Cornélio de Lange, a síndrome de Down etc. A cegueira tem se associado repetidamente ao caso do Autismo e, de forma bem similar tem sido encontrada também a deficiência auditiva.

b – Aspectos genéticos e alterações cromossômicas: a presença de Autismo em gêmeos monozigotos (MZ) atinge cerca de 40% dos casos em relação aos gêmeos dizigotos (DZ), onde a porcentagem é de 0%. Vários autores como Folstein & Rutter (1977), estudaram o caso em gêmeos e chegaram à mesma conclusão acima citada. A ocorrência de Autismo entre irmãos de Autistas (não gêmeos MZ), embora seja rara, mas acontece em cerca de 5% dos casos, sendo um número significativamente grande do que o encontrado na população em geral. Caso de trigêmeos idênticos já foram descritos por Gillberg (1983) com o quadro de Autismo.

August e col. (1981) fizeram um teste de leitura, silabação e QI em irmãos de Autistas e irmãos de portadores da Síndrome de Down, onde foi detectado uma taxa maior de defeitos cognitivos (distúrbios de leitura, da articulação, atraso na fala e retardo mental) em irmãos de Autistas numa porcentagem de 82% para os pares MZ e de 10% para os pares DZ. Inúmeras alterações cromossômicas têm sido observadas em crianças e adultos Autistas, sendo a mais freqüente a que envolve presença do cromossomo x, sendo identificada em 9% dos meninos com retardo mental, com freqüência maior em Autistas. Segundo Gillberg (1983) estas alterações podem ser demonstradas em 25% das pessoas portadoras do Autismo por ele estudadas.

A Síndrome do x frágil em indivíduos Autistas têm sido estudada por vários autores como Turk (1992) com resultados bem desiguais e, esta anomalia está presente em 10% dos pacientes com retardo mental do sexo masculino. Em um estudo realizado na Suécia, Blomquist e col. (1985) avaliaram 102 crianças diagnosticadas como sendo portadoras do Autismo de acordo com o DMS-III⁵ (1980) e o x frágil foi detectado em 13/83 meninos estudados e em nenhuma menina. Portanto, 16% dos meninos Autistas apresentavam o x frágil.

Em estudo realizado por Tranebjaerg e Kure (1991) numa localidade dinamarquesa em 32 pacientes com diagnóstico de Autismo, a alteração cromossômica foi encontrada em 2/20 meninos estudados e em 0/12 meninas. Então, Turk (1992) diz que atualmente admite-se que a Síndrome do x frágil seja responsável por 10% dos indivíduos com prejuízo mental e por cerca de 50% dos casos de retardo mental ligado ao cromossomo x.

Quadro 1 - Representação dos sintomas e características de um portador da Síndrome do Autismo (Associação Brasileira de Autismo, 1994)

SINTOMAS	CARACTERÍSTICAS
-Usa pessoas como ferramentas	-Incapacidade qualitativa na interação social recíproca
-Resiste ao aprendizado	-Incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não verbal
-Resiste a mudanças de rotina	-Incapacidade qualitativa para atividade imaginativa
-Não se mistura com outras crianças	-Repertório de atividades restrito, com movimentos monótonos
-Apego não apropriado a objetos	-Fenômenos ritualísticos repetitivos
-Não mantém contato visual	-Ausência de delírios, alucinações e distúrbios do pensamento
-Age como se fosse surdo	-Início na primeira infância
-Não demonstra medo de perigos	-Possuem hábitos de puxar cabelos ou morder partes do corpo
-Risos e movimentos não apropriados	-Fala se ocorrer, com características como ecolalia
-Resiste ao contato físico	-Falta de respostas à estímulos
-Acentuada hiperatividade física	-Falta de capacidade imaginatória
-Gira objetos de maneira bizarra e peculiar	-Desenvolvimento motor defasado

Fonte: Sintomas e características típicos de uma pessoa portadora da Síndrome do Autismo, extraídos do livro Política de Atenção à Pessoa Portadora da Síndrome. 2ª- ABRA.

⁵ - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais).

2.5 Prevenção da Síndrome do Autismo

Apesar de não se ter dados concretos da causa do Autismo, autores como Gauderer (1993, p 50) afirma que existem três níveis de prevenção para a síndrome: prevenção primária, secundária e terciária. Passaremos a descrever cada uma segundo as palavras do autor.

Prevenção primária deve ser feita através de cuidados pré-natais, levando-se em consideração os cuidados peri-natais: que vai da atenção ao parto até o atendimento em nível de berçário.

Prevenção secundária observa-se uma identificação precoce dos primeiros sinais de atraso no desenvolvimento da criança, que possa estabelecer um possível diagnóstico de Autismo, permitindo que não haja uma maior evolução para um quadro mais completo.

Prevenção terciária faz-se uma intervenção bio-psico-social para que a pessoa Autista possa se habilitar de forma que traga suas potencialidades e promova o seu desenvolver.

2.6 Comportamento Autista

O portador da Síndrome do Autismo apresenta um comportamento bem diferente ou não existente de uma dita criança “normal”. Quando há qualquer mudança em seu ambiente por mínima que seja, apresenta um trauma, ou seja, fica irritada, pois é bastante apegada aos seus objetos. Por exemplo, pode insistir em levar consigo uma fita, uma borracha etc., todas as vezes que se locomove para algum lugar, ficando difícil fazer com que se desligue do objeto. Se escondermos poderá ser motivo para gerar uma crise de auto-agressão. Estas pessoas exibem movimentos de mãos com rituais, movimentos rítmicos com balanço do corpo, pela qual em sua maioria gostam de ouvir música sem admitir a interferência de um outro em sua escolha. Podem gritar ou mesmo rir de repente sem ter havido qualquer motivo para a animação, porém podem algumas vezes serem auto-agressivos, batendo a cabeça contra a parede ou empurrando os próprios olhos. Possuem

problemas quanto à alimentação, recusam alguma comida que não desejam ingerir e comem poucos tipos de alimentos.

O nível de comportamento em Autistas é bem variável, podendo haver aumento da verbalização, melhora no comportamento social e na atividade lúdica ou não ocorrer nada disso. A modificação do comportamento é melhor adequada num determinado nível de desenvolvimento, ou seja, ficando mais fácil a evolução quando se faz um trabalho desde o início da descoberta, de preferência quando criança por ser mais fácil de ser manejada, onde poderá haver uma redução na qualidade de comportamentos auto-destrutivos. A sua modificação de comportamento não os tornam mais sociáveis, mas melhora a sua socialização.

2.7 Interação Social

O Portador de Autismo possui uma característica bem visível que é o isolamento social. Os pais que não entendem bem o que está acontecendo com seu filho, podem descreve-lo de forma errada ao dizerem que são insensíveis por a criança não apresentar nenhuma afetividade para com eles. Quando bebês as crianças Autistas não demonstram prazer ao serem pegos no colo ou receberem carinho, também não seguem seus pais pela casa como qualquer criança de 1 – 2 anos faria, não manifestam alegria quando revêem seus pais, não procuram ajuda quando se machucam ou sentem medo, não possuem o interesse em apreciar sentimentos e necessidades de outros e evitam o contato com estranhos e com os membros da família. Por esta razão, a criança Autista possui uma maior facilidade em adoecer. Mas como toda regra tem a sua exceção, há Portadores da Síndrome que possuem uma boa interação social, onde freqüentam ambientes públicos ou privados e tem um bom contato afetivo com os pais. No entanto fica a descrição de Kanner (1943) que no Autismo *“a capacidade de interação social recíproca está consideravelmente afetada sendo poucos os que conseguem a superação”*.

2.8 Comunicação Autista

A falta de comunicação é uma das características mais fortes do comportamento Autista. Esta, vem seguida de comportamentos estranhos que com certeza dificultam a interação social, entretanto, os sons produzidos pelos IA⁶ seguidos de seus comportamentos bizarros, embora não tenham a intenção de comunicação, são maneiras de expressão. Possui grandes dificuldades em estabelecer relações com outras pessoas que nem percebem a existência das mesmas, por mais que elas façam de tudo para que as escute. Raramente possuem afetividade e muitas vezes rejeitam o contato físico, mas, sabem distinguir pessoas da família e estranham bastante a mudança de qualquer coisa que seja parte da sua rotina, podendo com esta mudança por pequena que seja, ser motivo para desencadear uma crise de choro ou birra. Portanto, não é exata a afirmação de que o IA esteja totalmente desligado do ambiente que o cerca. A ligação por um determinado objeto pode ser tão grande de forma que não tolere ficar longe dele.

Muitas tentativas de comunicação dos Autistas passam despercebidas, onde se pode estar perdendo várias oportunidades de estabelecimento de contato por sua expressão manifestada não estar sendo reconhecida, por haver um certo distanciamento dos padrões identificados como tentativas de se comunicar. Para que haja comunicação com esta pessoa, é preciso dar-lhe meios e/ou formas para que se expressem, ajudando-a a entender o que se passa ao seu redor. Por esta razão, é necessário pessoas sensíveis que possam ajudá-la e que tenham ordem, rotina e consistência na sua vida diária.

Na literatura há inúmeros autores que reafirmaram as descrições de Kanner (1943) de que o desenvolvimento da linguagem está ausente ou muito defasado em 50% dos IA. Embora o entendimento da linguagem do Autista seja de maior ou menor prejuízo estando longe de ser completo, a percepção de que a grande variedade de sinais pode ser pontuada por padrões típicos de reciprocidade social, de comunicação, do brincar e de que a evolução destes comportamentos permitam um melhor reconhecimento da extensão do distúrbio, indicando desta forma a possibilidade de ajuda para cada Autista.

⁶ -Indivíduos Autistas

Gauderer (1993, p 60) afirma que cerca de $\frac{3}{4}$ das pessoas Autistas apresentam um certo grau de retardo mental, aumentando a ocorrência que passa de 4:10.000 nascimentos para 21:10.000, entretanto, podendo acometer pessoas com inteligência normal. Assim sendo, poderá essas pessoas realizarem tarefas que só exijam habilidades mecânicas ou memorização, do que realizarem tarefas que requeiram compreensão, abstração, percepção. Os portadores da Síndrome do Autismo possuem uma fisionomia normal e uma impressão de muita inteligência, mas, apesar dessa aparência normal não estão presentes a receptividade e a expressão emocional de uma pessoa normal. Aproximadamente 2% dos irmãos de pessoas portadoras da Síndrome do Autismo são atingidos, onde o índice é 50% vezes maior do que na população em geral.

Em estudos realizados por August, Steward e Tsai (1981), cerca de 15% dos irmãos de portadores do Autismo apresentam distúrbios na linguagem, problemas de aprendizagem ou retardo mental, sendo na Síndrome de Down uma porcentagem de 3%. Ao chegar à idade adulta, cerca de $\frac{2}{3}$ dos IA apresentarão graves retardos e não serão capazes dos cuidados próprios, sendo que 5 à 17% poderão estar trabalhando que são a minoria, levando algum tipo de vida na sociedade e podendo manter-se dentro da comunidade. Em $\frac{1}{4}$ dos casos aparecem convulsões epilépticas durante a adolescência, sendo mais elevadas em portadores com alto grau de retardo mental. Alguns Autistas à medida que vão crescendo apresentam alguma melhora em sua integração social, podendo haver interesse pelas pessoas, relacionamento de amizade, mas é uma pequena parte, onde mesmo assim persistem as suas anormalidades tendo na sua maioria dos casos a falta de reciprocidade social e incapacidade de perceber os sentimentos dos outros, tornando-se improvável o vínculo de amizade.

Como vimos pela revisão da literatura o portador da Síndrome do Autismo possui dificuldades à nível de linguagem, socialização e psicomotora. Pela especificidade de nosso curso, decidimos pelo aprofundamento em psicomotricidade.

2.9 PSICOMOTRICIDADE: o movimento como comunicação

O nascimento da Psicomotricidade é fruto de toda uma inovação de um longo processo contemporâneo dos trabalhos de Dupré. Foi ele quem em 1905, estabeleceu a diferença radical entre a motricidade e seu aspecto negativo e, quem definiu baseado em estudos clínicos a debilidade motora, a instabilidade e, isolou perturbações tais como: tiques e as sincinesias.

A preocupação principal na prática das atividades físicas e desportivas, sejam quais forem os objetivos perseguidos, situa-se no *aperfeiçoamento das capacidades motoras* do homem. Saber como o indivíduo aprende, quais as formas mais adequadas de estimulação ambiental e de que forma e com que ritmo se desenvolvem essas estruturas ao longo da idade e maneiras mais adequadas de passar o ensino, são as grandes preocupações que desde sempre se colocaram aos especialistas que trabalham no âmbito de *Motricidade Humana*.

Se formos separar a palavra Psicomotricidade, diremos que Psico está inteiramente ligado ao intelectual, emocional e mental; e Motricidade nos retrata tudo que dá movimento, ação. Essas duas palavras estão interligadas, uma vez que o nosso sistema nervoso central (SNC) integra os estímulos que chegam e modifica-os se necessário, realiza movimentos motores, acumula informações e gera pensamentos ou idéias.

É necessário para dar continuidade ao nosso estudo sobre psicomotricidade, que busquemos quais as definições que aparecem na literatura. Segundo Curtiss (1988, p 13)

“é através do movimento que a criança encontra seus sentimentos, sua expressão, criatividade e suas descobertas aprendendo muito sobre si mesma, o outro e o meio ambiente”. Segundo ainda o mesmo autor, “o movimento ainda é um estímulo para o seu crescimento biológico tanto físico quanto intelectual. Elas aprendem agindo sobre o meio e se movimentam pelo prazer do movimento em si mesma”.

A seguir apresentamos definições de psicomotricidade, citadas por autores pelo qual estamos nos baseando para realização deste trabalho.

De acordo com Coste (1981) “*psicomotricidade é uma ciência – encruzilhada ou, mais exatamente, uma técnica em que se cruzam e se encontram múltiplos pontos de vista, e que utiliza as aquisições de numerosas ciências constituídas (biologia, psicologia, psicanálise, sociologia e lingüística)*”.

Segundo Velasco (1994), “*é a realização de um pensamento através de um ato motor coeso, econômico e harmonioso, exigindo para isso uma afetividade equilibrada*”.

Vayer (1985) defende como sendo “*a educação da integridade do ser, através do seu corpo*”.

Defontaine (1980) define que “*a psicomotricidade é antes de tudo, a neuropsicologia antes de ser a relação ou a psi-qualquer coisa transcendental de um corpo desencarnado! Desvitalizado!*”.

Já Costallat (1974) diz que “*a psicomotricidade, como ciência da educação, enfoca a soma e a psique educando o movimento ao mesmo tempo que põe em jogo as funções intelectuais*”.

2.10 Fases do Desenvolvimento Psicomotor

O desenvolvimento psicomotor se caracteriza por uma maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial, mas também o reconhecimento dos objetos, das posições etc. Esses movimentos da criança ao nascer, têm certas características que desaparecem ou evoluem até se concretizar num gesto mais preciso. A atividade do recém-nascido constitui uma expressão motriz diferente, de caráter global e reflexo, sendo assim, os movimentos são associados, mas não aparece nenhum sinal de domínio da atividade.

A criança portadora da Síndrome do Autismo como todas as outras ditas “normais”, apresentam progressos e limitações, sendo estes vistos com uma evolução de forma bem mais lenta, requerendo tempo e paciência dos educadores.

Quadro 2 - Desenvolvimento normal de uma criança do seu nascimento até 1 ano de idade (Gauderer, 1993a)

IDADE	LINGUAGEM	MOTOR
Recém-nascido	Choro bem rouco.	Apreensão palmar por alguns dias.
1º mês	Reações a sons altos e deixa de chorar quando alguém se aproxima.	Segue um pouco com o olhar.
2º mês	Sorri aos rostos familiares, emite sons vocais.	Segue com os olhos, brinca com as mãos e as examina.
3º mês	Tagarela prolongada, sorriso recíproco já estabelecido.	Mantém cabeça ereta quando está sentada, sacode involuntariamente um chocalho.
4º mês	Ri alto, passa do riso ao choro sem motivo aparente..	Começa a apalpar os objetos, gira a cabeça para olhar alguém que a chama.
5º - 6º mês	Emissão de sons casuais, choro sem motivo aparente.	Manipula objetos, conserva-se sentada com apoio, utiliza seu corpo, passa para a alimentação sólida e a comer com colher.
7º mês	Produz sons como se quisesse chamar a mãe, início de imitação.	Senta-se sozinha, engatinha, mantém-se em pé com apoio.
8º mês	Crise da angústia quando a mãe não está por perto ou quando algum outro rosto estranho se apresenta no lugar do rosto materno.	Obtém-se o reconhecimento alegre no espelho, mantém-se em pé com apoio.
9º mês	Diz sua primeira palavra de duas sílabas, servindo para dar nome a tudo, já que não tem a visão do mundo e a instituição da memória.	Mantém-se de pé com apoio, pega objetos escondidos à sua frente.
10º - 11º mês	Repete um som ouvido e interrompe um ato ao ouvir uma ordem, inicia a aprendizagem da fala e já tem noção de defesa e proibição.	Se põe em pé sozinha, bebe de um copo, aponta, brinca com espelho.
12º mês	Fala palavras simples, compreende o próprio nome.	Dá alguns passos sem direção, come com colher.
1 ano	Aumento do vocabulário	Anda, sobe e desce escadas.

Todo e qualquer desenvolvimento da criança está ligado ao clima afetivo, às estimulações do meio que formam um único e inseparável conjunto com a maturação. Se o Autista tem dificuldades na comunicação, na relação afetiva, logo seu desenvolvimento tanto a nível de linguagem, quanto a nível motor também é comprometido em muitos casos.

O quadro 3 nos dá uma comparação com o quadro 2 do desenvolvimento de uma criança portadora da Síndrome do Autismo com o desenvolvimento de uma criança dita “normal”.

Quadro 3 - Desenvolvimento de uma criança portadora da Síndrome de Autismo do seu nascimento até 1 ano de idade(Gauderer, 1993a)

IDADE	LINGUAGEM	MOTOR
Recém nascido	Raramente chora e não demonstra necessidade de companhia ou estimulação.	É flácido ou muito rígido ao ser levantado e é descrito como “bebê bom”, que nunca reclama ou chora.
Os seis primeiros meses	Continua a não solicitar muito, não nota a chegada ou saída da mãe. Custa a responder a sorrisos ou não os responde. As colocações iniciais como o “gu-gu” ou “ba-ba” ou qualquer balbucio podem não aparecer ou estar sensivelmente atrasados.	Com 4-5 meses não apresenta os movimentos antecipados de levantar os braços para ser pego no colo. Pode mostrar falta de interesse por objetos como o chocalho e reagir de maneira exagerada a sons de buzina, apito ou telefone.
De seis a doze meses	Problemas com a alimentação (recusa de alimentos sólidos), ausência da fase de estranhar, inúmeros índices de distúrbios de comunicação verbal e não-verbal, linguagem pobre, inadequada e tardia. Aos 12 meses poderá desenvolver algumas poucas palavras e posteriormente (poucos meses mais tarde) deixar de usá-las.	Etapas do desenvolvimento motor como sentar, engatinhar, tentar levantar e iniciar a andar estarão atrasados, se bem que ocasionalmente, podem estar acelerados. Com 10-11 meses não brinca de bater palmas e não acena “até logo” com a mão. Não olha e nem aponta para objetos e pode se afligir com ruídos ou sons que lhe eram indiferentes.
1 ano	A criança escuta o som que ela produz ao arranhar uma superfície ou ao ranger os dentes. Comum não olhar para os olhos de outras pessoas.	As mãos passam a apresentar estereotípias e movimentos repetitivos dos dedos, sacudindo vigorosamente as mãos. Apresenta movimentos de se ninar, bater com a cabeça ou balançá-la de um lado para o outro. Quando quer algo não pede, move a mão da pessoa como se fosse uma pinça.

Devido ser mais lento o desenvolvimento do portador da Síndrome do Autismo, é preciso fazer toda uma estimulação adequada para que com um tempo indeterminado esse indivíduo possa se adaptar ao meio e assim iniciar todo um trabalho de educação psicomotora, favorecendo uma melhor qualidade de vida para os portadores da Síndrome.

Analisando os dois quadros, podemos perceber que existe uma diferença muito grande em relação ao desenvolvimento de uma criança dita como sendo “normal” e de uma sendo portadora da Síndrome, onde a linguagem e a parte motora em nenhum momento se assemelham. Por esses e outros motivos é que devemos dar uma maior importância ao portador de necessidades especiais, pois são os que precisam mais de nós.

“Essa tarefa educativa é provavelmente a experiência mais comovedora e radical que pode ter o professor. Esta relação põe à prova, mais do que nenhuma outra os recursos e habilidades do educador. Então, se desejamos ajudar e compreender uma criança perturbada ou deficiente, devemos, por um lado, perceber que somos parte do ambiente no qual ela tem de viver e crescer e, por outro lado, tentar ver seu comportamento, desempenho, habilidades e capacidades em relação ao que é sempre perfeito nela, a vivência de sua própria personalidade...”. (Revière, 1991, p 11 e Weihs, 1971 p 23)

2.11 Educação Psicomotora

Através da Educação Psicomotora é possível facilitar a evolução do Autista, a fim de que ele possa conhecer cada parte do seu corpo e diferenciá-las. Le Boulch (1985), diz que a finalidade da Educação Psicomotora é garantir o desenvolvimento funcional, sendo assim, aumenta as possibilidades da criança e desenvolve o equilíbrio através do relacionamento entre as pessoas e o meio que vive. Entretanto, são coisas indispensáveis na formação tanto da criança dita como sendo “normal”, como da portadora da Síndrome do Autismo.

“Frequentemente os processos de aprendizagem das crianças Autistas são tão alterados que a aplicação rotineira de técnicas educativas termina na frustração, se não for acompanhada de uma atitude de indagação ativa, de exploração criativa do que acontece com a pessoa que educamos. Quando acompanhada desta atitude, a relação educativa com crianças Autistas (por mais exigente que seja) se converte numa tarefa apaixonante e que pode enriquecer” (Revière, 1991, p12).

Segundo Vayer e Picq (1985) a educação psicomotora *“é uma ação pedagógica e psicológica, utilizando meios da Educação Física, com o objetivo de melhorar ou normalizar o comportamento da criança.”*

O educador é chamado em educação psicomotora para encontrar as dificuldades a serem vencidas e, através das mesmas, procurar as técnicas mais eficazes a fim de obter uma melhora progressiva no comportamento global da criança.

A educação psicomotora objetiva a consciência do próprio corpo, o domínio do equilíbrio, o controle e a eficácia das diversas coordenações, a organização do esquema corporal e a orientação no espaço, maiores possibilidades de adaptação ao mundo exterior. Estes objetivos propicia a criança o conhecimento do seu próprio corpo de forma que possa diferenciá-lo.

Pode-se distinguir três tipos de manifestações de atividades na criança:

a - As condutas motoras de base, que são: o equilíbrio, a coordenação dinâmica geral, a respiração que são menos prejudicadas nos débeis;

b - As condutas neuromotoras, que são: a paratonia, a sincinesia e a lateralidade que são associados à maturação do sistema nervoso central;

c - condutas perceptivo-motoras, que são: a organização espacial, a organização temporal, o ritmo que se associam a consciência e a memória.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização da Pesquisa

Caracterizamos esta pesquisa como um Estudo de Caso. Triviños (1995) descreve que o Estudo de Caso é uma categoria de pesquisa cujo objetivo é analisar uma unidade profundamente. Para a realização dessa análise destacamos a natureza, a abrangência da unidade e os suportes teóricos que servem de orientação em seu trabalho ao investigador.

3.2 Seleção do Sujeito

Selecionamos para nossa pesquisa um sujeito que freqüentava a APAE, por ter sido a única Instituição que nos abriu as portas. A escolha do Sujeito da pesquisa seguiu duas referências, a indicação da Psicóloga da APAE Luciana Dias e à assiduidade do Sujeito da pesquisa, o escolhido foi uma pessoa do sexo feminino, com idade cronológica de 20 anos, residente no bairro Bancários da cidade de João Pessoa-PB. A partir deste momento, vamos nos referir ao sujeito usando as iniciais do seu nome, CBC.

3.3 Instrumentos de Medida Utilizados

Utilizamos dois instrumentos distintos:

Um (01) roteiro de entrevista elaborado pela pesquisadora contendo quatro (04) questões abertas a respeito do sujeito da pesquisa (anexo-I), dirigida à psicóloga da Instituição.

Cinco (05) roteiros de observação, baseados na Escala Portage de Desenvolvimento (Gauderer, 1993b), contendo respectivamente as seguintes áreas:

- ✓ Área da Socialização/ Comportamento – 20 itens
- ✓ Área da Linguagem/ Emissão – 20 itens
- ✓ Área dos Cuidados Próprios – 21 itens
- ✓ Área Cognitiva – 14 itens
- ✓ Área Psicomotora – 14 itens

3.4 Procedimentos para a Coleta de Dados

Inicialmente foi realizada uma entrevista com a psicóloga da APAE, a fim de obter informações sobre CBC. Na ocasião, fomos apresentadas à mãe de CBC, com a qual falamos, explicando do que se tratava a pesquisa e solicitando sua autorização e colaboração para realizá-la com a sua filha. A seguir foram agendados os encontros para a observação do sujeito.

Os primeiros dados foram coletados no período de 02 de julho a 16 de agosto de 2002, resultando em 20 encontros, as observações eram realizadas em dois locais; na APAE e na sua residência.

No momento, CBC não dispunha de aulas de Educação Física. Passados dez dias do período das observações, foram contratados dois profissionais de Educação Física para a APAE. Sugerimos a esses profissionais que aplicassem atividades que colaborassem com o roteiro da pesquisa. A partir deste momento, tornou-se possível realizar as observações novamente para que fosse contatado se houve melhorias nas áreas analisadas no primeiro teste.

Passados cinco meses, os testes foram realizados novamente, desta vez entre os dias 09 de janeiro a 03 de fevereiro de 2003, totalizando 12 encontros. Os registros nos roteiros de observação foram anotados pela pesquisadora, auxiliados pela psicóloga Luciana Dias.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Consideramos pertinente ressaltar, que na discussão dos resultados deste estudo não foi possível fazermos uma contextualização mais profunda, tendo em vista a carência de estudos realizados nesta área específica, limitando assim a discussão dos resultados.

Após a realização da coleta de dados, apresentamos os seguintes resultados referentes às áreas estudadas em nossa pesquisa. Os dados estão expostos através de quadros e gráficos.

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO BASEADO NA ESCALA PORTAGE DO
DESENVOLVIMENTO

Quadro 4 - Área da Socialização/Comportamento (Gauderer, 1993b)

IDADE 2 – 3 ANOS	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste
	SIM		NÃO		ÀS VEZES	
1-Coopera com pedidos dos técnicos algumas vezes					X	X
2-Pode levar ou trazer objetos dentro da sala quando devidamente estimulada	X	X				
3-Presta atenção a música por 5 a 10 minutos	X	X				
4-Tenta ajudar técnico em parte da tarefa					X	X
5-Entrega um livro ao adulto para que o leia ou com partilhe com ela			X	X		
6-Brinca de fantasiar-se			X	X		
7-Faz uma escolha quando lhe pedem					X	X
8-Pede ajuda quando está em dificuldades					X	X
9-Mostra compreensão de sentimentos			X	X		
10-Permanece na sala de estudo, refeitório	X	X				
11-Ao escutar música, canta e dança			X	X		
12-Segue regras imitando ações de outras crianças			X	X		
13-Saúda adultos que lhe são familiares, sem ser lembrado					X	X
14-Segue regras de jogos de grupo conduzidos pelo adulto			X	X		
15-Diz por favor quando lembrado			X	X		
16-Responde ao telefone dramatizando conversas com pessoa que lhe é familiar			X	X		
17-Espera a vez num grupo de 6 crianças			X	X		
18-Coopera com pedidos do adulto a maioria das vezes					X	X
19-Interage com outras crianças, enquanto trabalha na sua própria tarefa			X	X		
20-Pode levar ou trazer objetos ou chamar pessoas em outra sala quando devidamente instruída			X	X		

O quadro 4 representa a área que mede os comportamentos que envolvem o viver e interagir com outras pessoas. Esses comportamentos sociais implicam na maneira como a criança trabalha e brinca com os pais, parentes e amigos.

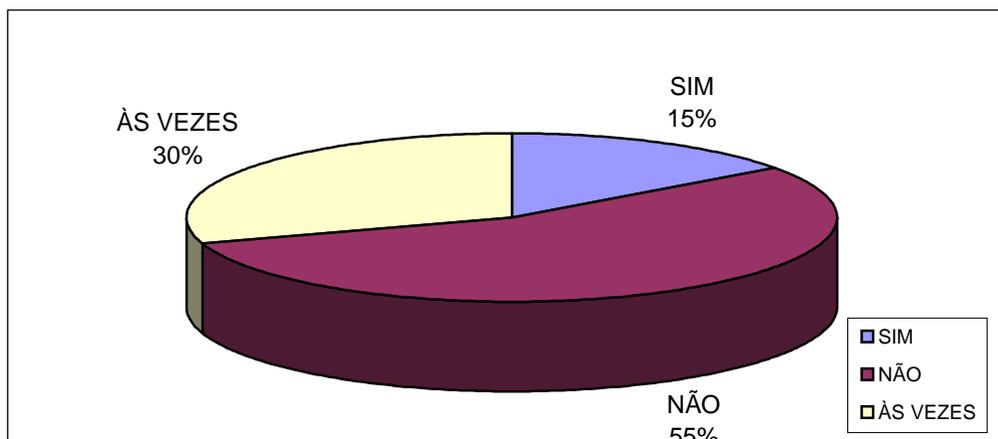


Gráfico 1 - Porcentagem de 20 itens observados para avaliar a área da Socialização/comportamento

Percebemos que após a observação dos 20 itens relacionados com a socialização e comportamento, C. B. C encontra-se ainda dentro do seu mundo, mas houve uma melhora muito grande quando passou a frequentar a APAE. A falta de socialização é uma característica típica do portador da Síndrome do Autismo. Kanner (1943, p54) descreve que no Autismo “a capacidade de interação social recíproca está consideravelmente afetada sendo poucos que conseguem a superação”. Para que nosso sujeito de pesquisa interagisse com outros, requereu muito trabalho por parte dos psicólogos e do grupo em geral, onde já é possível conviver e se socializar com outras pessoas. Após a aplicação do re-teste não foram constatadas melhorias na socialização e comportamento da autista investigada nesta pesquisa.

Quadro 5 – Área de linguagem

IDADE 2 - 3 ANOS	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste
	SIM		NÃO		ÀS VEZES	
1-Presta atenção à música por 5 a 10 minutos	X	X				
2-Executa uma série de três ordens relacionadas			X	X		
3-Aponta para gravuras de objeto comum, descrito por seu uso			X	X		
4-Ergue os dedos para dizer a idade			X	X		
5-Vira as páginas de um livro, 2 a 3 de uma vez para achar a gravura designada			X	X		
6-Aponta para grande e pequeno a pedido			X	X		
7-Dá mais de um objeto, quando lhe pedem, usando forma de plural (cubos)-			X	X		
8-Discriama o diferente em meio aos iguais			X	X		
2.1 EMISSÃO						
1-Nomeia 4 gravuras			X	X		
2-Responde a pergunta “onde é?”					X	X
3-Nomeia objetos que emitem sons			X	X		
4-Combina “E” em frases de 2 itens			X	X		
5-Combina substantivo + adjetivo em frase de 2 palavras (bola-feia)			X	X		
6-Refere-se a si mesma pelo próprio nome			X	X		
7-Verbaliza a necessidade de ir ao banheiro			X	X		
8-Diz se é menino ou menina quando perguntado			X	X		
9-Usa artigo na fala			X	X		
10-Pergunta “o que é isto?”			X	X		
11-Diz por favor, dá licença e obrigado quando lembrado			X	X		
12-Responde a pergunta “quem?” com o nome			X	X		

O quadro 5 representa a área que mede a aquisição da linguagem através da parte receptiva com a criança escutando sons, palavras, respondendo aos estímulos verbais do ambiente, e depois emitindo os primeiros sons, palavras etc.

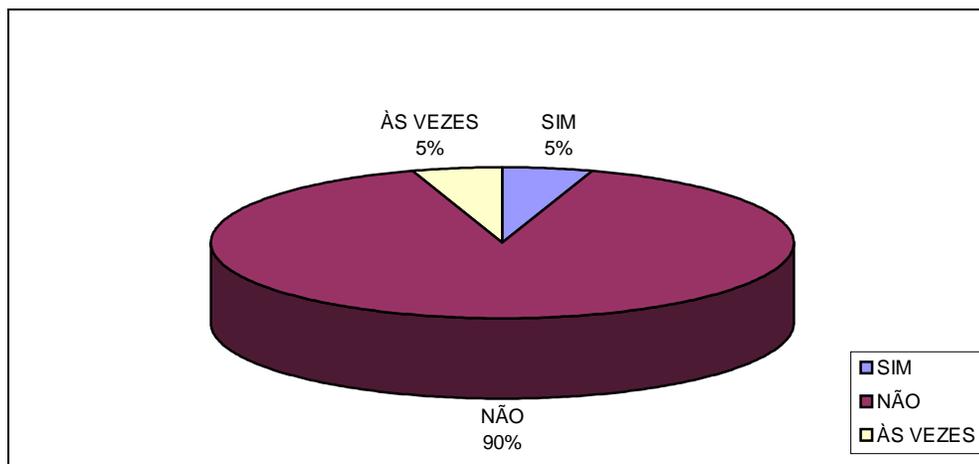


Gráfico 2 - Porcentagem de 20 itens observados para avaliar a área da linguagem (emissão)

Após a observação dos 20 itens relacionados com a linguagem e emissão, C. B. C encontra-se com total dificuldade quanto à aquisição da linguagem da parte receptiva e/ou emitiva, referindo-se a escuta de sons, palavras, estímulos verbais do ambiente, onde o “*input*” (receptivo) precede o “*output*” (expressivo). Essa análise mostra que realmente ela se enquadra no quadro Autístico, afirmando o que diz Gauderer (1993, p57), que a linguagem desses portadores é de ausência total ou de ausência parcial (com fala ecológica). Após a aplicação do re-teste não foram constatadas melhorias na linguagem e emissão da autista.

Quadro 6 – Área dos cuidados próprios

IDADE 2 – 3 ANOS	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste
	SIM		NÃO		ÀS VEZES	
1-Alimenta-se usando colher e xícara, derramando um pouco	X	X				
2-Pega a toalha de papel do técnico e passa na mão e no rosto			X	X		
3-Mastiga e engole somente substâncias comestíveis			X	X		
4-Espeta alimentos com o garfo			X	X		
5-Urina e evacua no urinol, pelo menos 3 vezes ao dia colocado	X	X				
6-Tira a calça quando aberta	X	X				
7-Fecha e abre zíper grande sem enganchar os terminais					X	X
8-Tira as meias	X	X				
9-Tira o casaco quando aberto	X	X				
10-tenta colocar o seu próprio sapato	X	X				
11-Usa gestos ou palavras que indiquem necessidade de ir ao banheiro	X	X				
12-Escova os dentes com ajuda	X	X				
13-Tira camisa com ajuda	X	X				
14-Usa o banheiro para evacuar com no máximo, um acidente diurno por semana			X	X		
15-Lava as mãos e rosto usando sabonetes			X	X		
16-Pede para ir ao banheiro durante o dia, a tempo de evitar acidentes	X	X				
17-Permanece seca durante as sonecas diurnas	X	X				
18-Evita perigos tais como: cantos pontiagudos, escadas	X	X				
19-Quando lembrado usa guardanapos	X	X				
20-Junta alimentos com o garfo e o leva a boca			X	X		
21-Põe líquido de uma jarra pequena num copo, sem ajuda	X	X				

O quadro 6 representa a área que mede o comportamento que permite a criança se cuidar quanto à alimentação, vestir-se, tomar banho, ir ao banheiro etc., pela qual a criança possa ter uma certa independência e mostrar que é capaz.

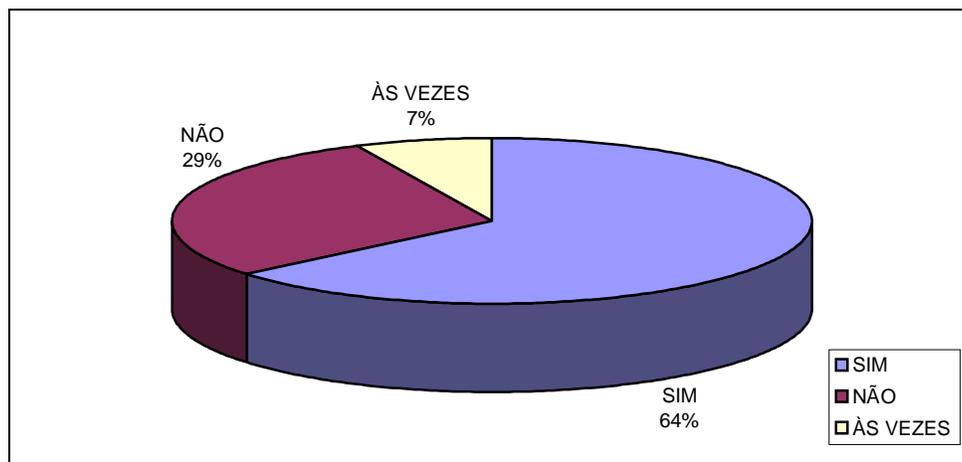


Gráfico 3 - Porcentagem de 21 itens observados para avaliar a área dos cuidados próprios

Após a observação dos 21 itens relacionados com os cuidados próprios, C. B. C encontra-se com independência quase que total, podendo se auto-cuidar sem ajuda dos parentes ou familiares em algumas situações diárias. Isso permite que ela se cuide quanto à alimentação, vestir-se, tomar banho e ir ao banheiro, tornando-se um membro da família mais participativa. Contrapondo-se o que afirma Gauderer (1993, p60), que ao chegar a idade adulta, cerca de 2/3 dos Indivíduos Autistas apresentarão graves retardos e não serão capazes dos cuidados próprios. Após a aplicação do re-teste não foram constatadas melhorias nos cuidados próprios da autista.

Quadro 7 – Área cognitiva

IDADE 2 – 3 ANOS	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste
	SIM		NÃO		ÀS VEZES	
1-Completa pranchas de formas de 3 peças					X	X
2-Combina objetos semelhantes			X	X		
3-Desenha uma linha vertical imitando		X	X			
4-Desenha uma linha horizontal imitando		X	X			
5-Desenha um círculo em imitação			X			X
6-Aponta para 3 cores quando nomeadas			X			X
7-Vira maçanetas de porta, cabos, etc...	X	X				
8-Desembrulha objetos pequenos	X	X				
9-Desmonta e monta de novo brinquedo desmontável	X	X				
10-Aponta para grande e pequeno quando lhe pedem			X	X		
11-Combina 3 cores			X	X		
12-Coloca objetos “em cima de”, “dentro”, “fora”	X	X				
13-Monta um brinquedo de encaixe de 4 partes	X	X				
14-Reconhece música que lhe são familiares	X	X				

O quadro 7 representa a área que se refere à habilidade que a criança possui em recordar, ver a diferença e semelhança entre as coisas, estabelecer a relação entre idéias. A avaliação da cognição da criança só pode ser avaliada à partir do momento em que ela faz e fala.

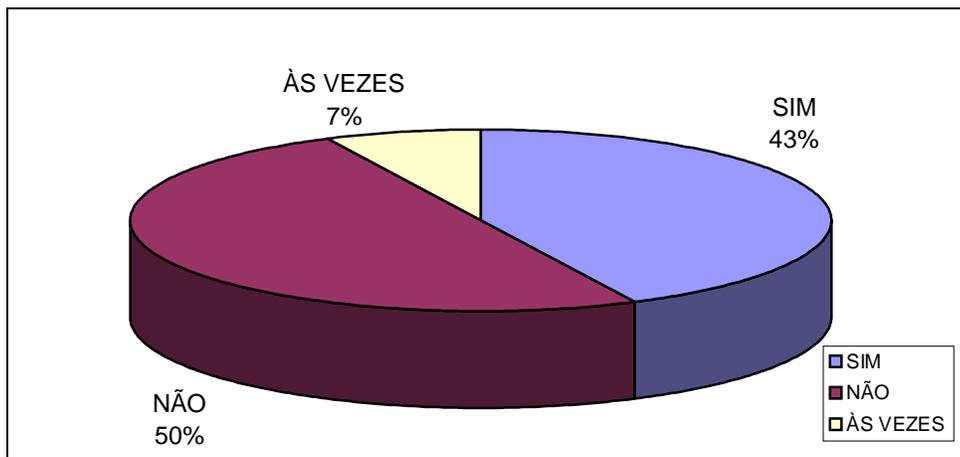


Gráfico 4 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área cognitiva (teste)

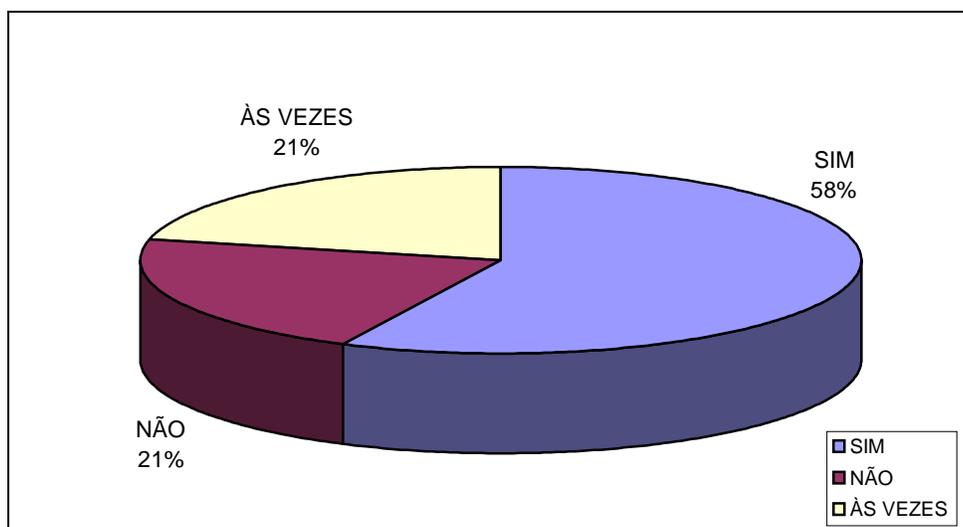


Gráfico 5 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área cognitiva (re-teste)

Percebemos nos gráficos 4 e 5 uma melhora significativa na área cognitiva, e que após a observação dos 14 itens relacionados, C. B. C quando estimulada realiza as atividades que lhe são dadas, mas só as desenvolve se estiver com vontade. Por isso, fica um pouco complicado aplicar qualquer atividade, mas, mesmo assim foi possível devido ao bom trabalho realizado pelos profissionais da APAE. Esse processo cognitivo só pode ser avaliado pelo o que a pessoa faz, mas podemos inverter esse quadro e fazer com que ela

evolua dentro de suas possibilidades, passando a ter um melhor desenvolvimento cognitivo, trabalhando em cima das habilidades que possui, que são muitas.

“o nível global da inteligência da criança deve ser avaliado pela curiosidade demonstrada em relação ao seu ambiente e até que ponto ela aplica sistematicamente esta curiosidade a novas situações, por sua habilidade em descobrir como as coisas funcionam, seu estilo de resolver problemas” (Gauderer, 1993, p70).

Quadro 8 – Área psicomotora

IDADE 2 – 3 ANOS	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste	Teste	Re-Teste
	SIM		NÃO		ÀS VEZES	
1-Vira trincos/maçanetas de portas	X	X				
2-Salta sobre 2 pés	X	X				
3-Salta o último degrau da escada com 1 pé na frente do outro			X			X
4-Caminha para trás	X	X				
5-Desce escadas com ajuda	X	X				
6-Atira a bola para o adulto a 1 metro e ½ sem o adulto mover os pés			X			X
7-Constrói torre de 5 a 6 cubos	X	X				
8-Vira a páginas, uma de cada vez			X	X		
9-Desembrulha objeto pequeno	X	X				
10-Dobra papel, imitando	X	X				
11-Desparafusa brinquedos de encaixe		X			X	
12-Dá pontapés em bolas grandes	X	X				
13-Faz bolas de argila, massa, etc...					X	X
14-Dá cambalhotas para frente com ajuda		X	X			

O quadro 8 representa a área que mede a coordenação que a criança possui dos seus pequenos e grandes músculos do corpo. Podemos dizer que os movimentos que envolvem os grandes músculos do corpo são considerados como sendo uma movimentação ampla, e a que envolve os pequenos músculos são considerados uma movimentação fina. Então, os comportamentos motores são uma forma de expressar as habilidades, os fundamentos do desenvolvimento cognitivo e da linguagem.

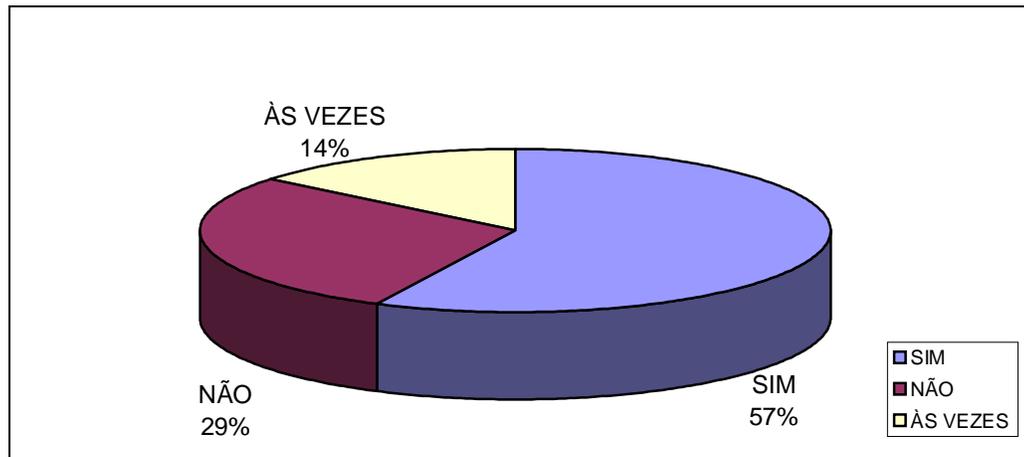


Gráfico 6 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área psicomotora (teste)

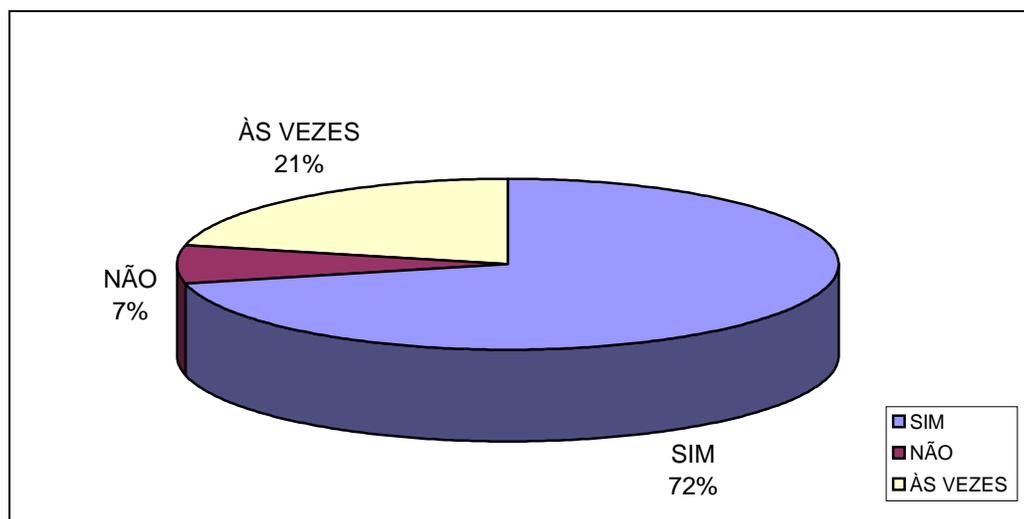


Gráfico 7 - Porcentagem de 14 itens observados para avaliar a área psicomotora (re-teste)

Percebemos nos gráficos 7 e 8 uma melhora significativa na área psicomotora durante o período de cinco meses em que C. B. C recebeu acompanhamento de profissionais de Educação Física. Confirmando o que foi mencionado no referencial teórico, que devido à lentidão do desenvolvimento do portador da Síndrome do Autismo, é preciso fazer toda uma estimulação adequada para que com um tempo indeterminado esse indivíduo possa se adaptar ao meio e assim iniciar todo um trabalho de educação psicomotora, favorecendo uma melhor qualidade de vida para os portadores da Síndrome.

Revière (1991) afirma que freqüentemente os processos de aprendizagem das crianças Autistas são tão alterados que a aplicação rotineira de técnicas educativas termina na frustração, se não for acompanhada de uma atitude de indagação ativa, de exploração criativa do que acontece com a pessoa que educamos. Quando acompanhada desta atitude, a relação educativa com crianças Autistas (por mais exigente que seja) se converte numa tarefa apaixonante e que pode enriquecer.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos algumas considerações após a realização da pesquisa que foi resultado de uma vivência do cotidiano da Associação de pais e Amigos dos Excepcionais de João Pessoa-APAE, que teve como objetivo analisar a contribuição da Atividade Física para o desenvolvimento psicomotor do portador da síndrome do autismo, investigado neste estudo.

Após a análise, concluímos que o portador da Síndrome do Autismo necessita de um trabalho psicomotor individualizado e sistematizado, pois, apesar das grandes limitações que possuem são capazes de uma boa adaptação e uma independência individual por menor que seja.

Apesar das dificuldades encontradas pelos profissionais daquela Instituição, dados os seus esforços, procuram desenvolver um programa de atividades que seja bem favorável a cada um daqueles excepcionais.

“as virtudes e valores do professor que consegue estabelecer laços afetivos com seus alunos repetem-se e intrincam-se na forma como ele trata o conteúdo e as habilidades de ensino que desenvolve”(Cunha, 1995, p145).

A vivência na APAE nos mostrou que a profissão de Educação Física quanto a Educação Especial requer muita responsabilidade por ser um trabalho desenvolvido com excepcionais. Portanto, como são poucos os profissionais existentes nessa área, faz-se necessário que se tenha um excelente investimento para a sua formação, pois os que se atrevem a ingressar por esse caminho são aqueles que possuem muito amor, carinho e paciência pelo que fazem. Essa experiência foi muito válida para nosso desenvolvimento profissional, onde pudemos ter a vivência real das dificuldades expostas por aqueles excepcionais, enfatizando C. B. C que apesar das limitações, possui grandes virtudes, onde pudemos perceber as potencialidades positivas e negativas para elaborar um programa de atividades que possa obter uma evolução por ambas as partes.

Deixamos aqui a nossa “esperança” de que esse estudo tenha continuidade, já que temos que nos preocupar mais com os portadores de deficiência, pois são crianças, jovens e adultos especiais que necessitam muito da nossa contribuição.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUGUST, D. e col. *Autistic Disturbance of Affective Contact*. *Infantile Autism and Puberty*. 11: 265-371, 1981.

BAGATINI, Vilson. *Educação Física para o Excepcional*. 5ª edição. Porto Alegre: Sagra, 1984.

BETTELHEIM, B. *The Empty Fortrees*. New York: Free Press, 1967.

BLOMQUIST, H. K. e col. *Frequency of the fragile X Syndrome in Infantile Autism: a swedisd multicenter study*. *Clin. Gen.*, v. 27, p. 7-113, 1985.

BLEULER, L. *Early infantile Autism and Autistic Psychopathy*. *J. Autism Childhood Schizophrenia*, 1993, 1 (1): 82.

COSTALLAT, Dalila Molina de. *Psicomotricidade*. Porto Alegre: Globo, 1974.

COSTE, Jean Claude. *A Psicomotricidade*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

CURTISS, Sandra. *A Alegria do Movimento na Pré-escola*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

DEFONTAINE, Joel. *A Psicomotricidade em Quadrinhos*. São Paulo: Manole, 1980.

FOLSTEIN, S. e RUTTER, M. *Infantile Autism: a genetic study of 21 twin pairs*. *J. Child Psychol. Psychiatry*. 18: 297-321, 1977.

GAUDERER, E. Christian. *Autismo*. 3ª edição Belo Horizonte: Atheneu, 1993a.

_____. *Autismo e outros atrasos do Desenvolvimento. Uma atualização para os que atuam na área: do especialista aos pais.* Brasília: CORDE, 1993b.

GILLBERG, C. *Biologie des Syndromes d'Autisme.* Diagnostic Clinique. Paris, 1983.

HOBSON, R. P. *What is Autism?* The Psychiatric Clinics of North America, 14(1): 1-18, 1991.

KANNER, L. *Autistic Disturbances of Affective Contact.* Nerv. Child. 2: 217-250, 1943.

REVIÈRE, Angel. *El desarrollo y la educacion del niño Autista.* Universidad Autónoma de Mdrid, 1991.

WEIHS, Thomas J. *Crianças que necessitam de cuidados especiais.* São Paulo: Antroposófica, 1971.

RUTTER, M. *Childhood Schizophrenia Reconsidered.* J. Autism. Schizo., 2: 315-337, 1978.

TUSTIN, F. *Autismo e Psicose Infantil.* Rio de Janeiro: Imago, 1972.

TURK, J. *The fragile-X Syndroem: on the way to a bechavioral phenothpe.* Br. J. Psychiatr., v. 160, p. 24-35, 1992.

TRANEBJAERG, L. e KURE, P. *Prevalence of fra (X) and other specific diagnosis in Autistic individuals in a Danish country.* Am. J. med. Gen., v. 38, p. 4-212, 1991.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas, 175 p, 1995.

TSAI, L., AUGUST, G. e STEWARD, M. *Diagnosis in the subclafication of Infantile Autism.* J. Autism. Dev. Dis. V. 15, p. 44-339, 1981.

VELASCO, C. G. *Habilitações e Reabilitações Psicomotoras na Água*. Porto Alegre: Harbra, 1994.

VAYER, P. e PICQ, L. *Educação Psicomotora e Retardo Mental*. 4ª edição. São Paulo: Manole, 1985.

Outras fontes de Pesquisa:

Política de Atenção à Pessoa Portadora da Síndrome. *Autismo*. 2ª edição. Brasília:, ABRA, 1994.

Disponível em: <http://www.autismo.com.br/atividade.html#top> , acesso em 22 de Novembro 2002.

ANEXOS

ANEXO I

Questionário aplicado à psicóloga

1ª- Quais as atividades que foram desenvolvidas por C.B.C quando ingressou na APAE?

2ª- Há quanto tempo C.B.C está na APAE?

3ª- Durante o tempo que ela frequenta a Instituição, notou-se evolução na área psicomotora?

4ª- O que poderia ser feito para um melhor desenvolvimento nas áreas da socialização, linguagem, cuidados próprios, cognitiva e psicomotora?

ANEXO II

O que nos pediria um Autista?

-Ajuda-me a compreender. Organiza meu mundo e ajuda-me a prever o que vai acontecer. Dá-me ordem, estrutura, e não um caos.

-Não fiques angustiado comigo, pois isto também me angustia. Respeita meu ritmo. Se compreendes minhas necessidades e meu modo especial de ver a realidade, não terás dificuldades de te relacionares comigo. Não te deprimas; o normal é eu progredir e me desenvolver cada vez mais.

-Não fales muito, nem depressa demais. Para ti as palavras voam como plumas, não pesam para ti, mas para mim podem ser carga muito pesada. Muitas vezes não é esta a melhor maneira de te relacionares comigo.

-Como todas as demais crianças, e como os adultos, sinto necessidade de partilhar o prazer e gosto de fazer bem as coisas, embora nem sempre o consiga.

-Preciso de mais ordem do que tu e mais do que tu preciso prever as coisas no meu meio. Precisamos negociar meus rituais de convivência.

-para mim é difícil compreender o sentido de muitas coisas que me pedem para fazer. Ajuda-me a compreender. Procura pedir-me coisas que tenham sentido completo e decifrável para mim. Não deixes que eu me embruteça e fique inativo.

-Não te envolvas demais comigo. Às vezes as pessoas são muito imprevisíveis, barulhentas demais e excessivamente animadoras. Respeita as distâncias de que preciso, mas sem me deixares sozinho.

-O que eu faço não é contra ti. Quando fico irritado ou me firo; quando quebro alguma coisa ou me agito demais; quando tenho dificuldade de fazer o que me pedes, não estou querendo te aborrecer. Porque tenho um problema de intenções. Não me atribuas más intenções!

-Meu desenvolvimento não é irracional, embora não seja fácil de entender. Tem sua própria lógica, e muitas das condutas que chamas de “alteradas” são formas de enfrentar o mundo com minha forma especial de ser e perceber. Faze um esforço para me compreenderes.

-As outras pessoas são muito complicadas. Meu mundo não é complexo nem fechado, é um mundo simples. Embora possa parecer estranho o que te digo, meu mundo é tão aberto, tão sem embustes e mentiras, tão ingenuante exposto aos outros que é difícil penetrar nele. Não vivo numa “fortaleza vazia”, mas numa planície tão aberta que pode parecer inacessível. Sou muito menos complicado do que as pessoas que consideras normais.

-Não me peças sempre as mesmas coisas, nem exijas de mim as mesmas rotinas.

-Não sou apenas Autista. Sou também uma criança, um adolescente ou um adulto. Partilho muitas coisas das crianças, dos adolescentes e adultos que chamas de “normais”. Gosto de brincar e de me divertir, gosto de meus pais e das pessoas que me cercam; fico contente quando faço bem as coisas. Na minha vida há mais o que partilhar do que separar.

-Vale a pena viver comigo. Posso te proporcionar tanta satisfação como as demais pessoas. Pode acontecer um momento em tua vida em que eu, Autista, seja tua maior e melhor companhia.

-Não me agridas quimicamente. Se te disserem que preciso de tomar um medicamento, providencie o acompanhamento periódico por um especialista.

-Nem meus pais nem eu temos culpa do que se passa comigo. Tampouco são culpados os profissionais que me ajudam. Não adianta culpar uns e outros. Às vezes minhas reações e condutas podem ser difíceis de entender ou suportar, mas não é por culpa de ninguém. A idéia de “culpar” não faz mais do que produzir sofrimento com relação a meu problema.

-Não me peça constantemente coisas que estão fora de meu alcance, de minha possibilidade. Pede-me, porém, as que sou capaz de fazer. Ajuda-me a Ter mais autonomia, para compreender melhor, comunicar-me melhor, mas não me ajude demais.

-Não precisas mudar completamente sua vida pelo fato de viver com uma pessoa Autista. A mim nada aproveita o estares mal, que te feches e te deprimas. Preciso de estabilidade e de bem-estar emocional em torno de mim para me sentir melhor. Não penses tampouco que eu tenha culpa do que se passa comigo.

-Ajuda-me com naturalidade, sem tornar essa ajuda uma obsessão. Para me ajudar precisas de Ter teus momentos de repouso ou de te dedicares a tuas próprias atividades. Fica perto de mim, não te vás, mas não te sintas sob o peso de uma carga insuportável. Na minha vida tem havido momentos difíceis, mas posso estar cada vez melhor.

-Aceita-me como sou. Não condicione tua aceitação a que eu deixe de ser Autista. Sê otimista sem te tornares “romântico”. Minha situação em geral tende a melhorar, embora por enquanto não tenha cura.

-Embora me seja difícil comunicar-me ou compreender as sutilezas sociais, na realidade tenho algumas vantagens em comparação com os que tu chamas de “normais”. Tenho dificuldades em me comunicar, mas não costumo enganar. Não compreendo as sutilezas sociais, mas tampouco tenho duplas intenções ou sentimentos perigosos tão comuns na vida social. Minha vida poderá ser satisfatória se for simples, ordenada e tranqüila, desde que não me façam constantes exigências e só me peçam as coisas mais difíceis para mim. Ser Autista é um modo de ser, embora não seja o comum. Minha vida como Autista pode ser tão feliz e satisfatória como a tua vida “normal”. Nessas vidas podemos vir a nos encontrar e a partilhar muitas experiências.

(Assessor Técnico de APNA-Madrid-Espanha)

Angel Rivière Gómez