



**Efeitos de um Programa de
Psicomotricidade Relacional no Meio
Aquático sobre o Comportamento
Social em Crianças com Transtorno
do Espectro Autista**

**Eloyse Emmanuelle Rocha Braz Benjamim
Jônatas de França Barros
Patrick Ramon Stafin Coquerel
Maryana Pryscilla Silva de Moraes
Henrique César dos Santos Costa
Evelyn da Silva Soares
André Ribeiro da Silva**

**Eloyse Emmanuelle Rocha Braz Benjamim
Jônatas de França Barros
Patrick Ramon Stafin Coquerel
Maryana Pryscilla Silva de Moraes
Henrique César dos Santos Costa
Evelyn da Silva Soares
André Ribeiro da Silva**

**Efeitos de um Programa de
Psicomotricidade Relacional no Meio
Aquático sobre o Comportamento Social
em Crianças com Transtorno do Espectro
Autista**

**Atena Editora
2019**

2019 by Atena Editora
Copyright © Atena Editora
Copyright do Texto © 2019 Os Autores
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora
Editora Executiva: Prof^a Dr^a Antonella Carvalho de Oliveira
Diagramação: Karine de Lima
Edição de Arte: Lorena Prestes
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Conselho Editorial

Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^a Dr^a Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Prof^a Dr^a Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof^a Dr^a Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Prof^a Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof^a Dr^a Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^a Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Ciências Agrárias e Multidisciplinar

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano
Prof^a Dr^a Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof^a Dr^a Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

Ciências Biológicas e da Saúde

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás
Prof.^a Dr.^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

Ciências Exatas e da Terra e Engenharias

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

Conselho Técnico Científico

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
E27	Efeitos de um programa de psicomotricidade relacional no meio aquático sobre o comportamento social em crianças com transtorno do espectro autista [recurso eletrônico] / Eloyse Emmanuelle Rocha Braz Benjamim... [et al.]. – Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019. Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-522-8 DOI 10.22533/at.ed.228190908 1. Autistas – Capacidade motora. 2. Educação inclusiva. 3. Psicomotricidade I. Benjamim, Eloyse Emmanuelle Rocha Braz. II. Barros, Jônatas de França. III. Coquerel, Patrick Ramon Stafin. IV. Moraes, Maryana Priscilla Silva de. V. Costa, Henrique César dos Santos. VI. Soares, Evelyn da Silva. VII. Silva, André Ribeiro da. CDD 613.7042
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná - Brasil
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho às crianças do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) da Secretaria Municipal de Saúde de Natal, participantes e não participantes deste estudo. Que me fazem, mais ainda, amar as diferenças e os ditos diferentes. Mudando também a minha forma de enxergar o trabalho da Saúde Mental. Não deixemos a ideia de humanização do trabalho com saúde morrer!

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar ao meu marido, companheiro de lutas e jornada, Xiankleber Cavalcante Benjamim, por me apoiar e me dar forças, entendendo que precisamos, às vezes, nos ausentar para colher frutos mais doces dessa árvore frondosa que é a vida.

Agradeço também a minha família, em especial a minha mãe Luíza Maria Rocha Braz, e ao meu pai Francisco Canindé Braz, por me fazerem ser o que sou hoje, por me dar o abrigo e a paz que eu preciso em certos momentos de caos.

Agradeço ao meu querido orientador Jônatas de França Barros por abraçar a minha ideia e acreditar em mim. Me fazendo crescer como profissional e me oferecendo apoio e sabedoria durante essa jornada de dois anos.

Agradeço imensamente aos meus ex-alunos, agora, colegas de profissão, e amigos queridos, que me apoiaram nas coletas do início ao fim, não esquecerei jamais tal iniciativa, são eles:

Evelyn da Silva Soares; Henrique César dos Santos Costa; Débora Heloíse dos Santos; Alessandra Batista da Costa.

Aos colegas do CAPSi, profissionais fantásticos, pelo apoio e incentivo diário tanto na pesquisa aqui registrada, como no meu fazer pedagógico do qual exerço com todo amor do mundo.

Ao professor Patrick Ramon Stafin Coquerel pelo incentivo ao estudo e à pesquisa através do GEL (Grupo de Estudos em Ludomotricidade) da UFR

Aos meus colegas de mestrado que sempre me incentivaram, através de palavras e ações, Nadiel Cavalcante de Sousa e Ludmila Lucena Pereira Cabral Martins.

Aos meus professores do programa de mestrado em Educação Física da UFRN, Rosie Marie Nascimento de Medeiros; Maria Isabel Brandão de Souza Mendes; Ana Paula Trussardi Fayh; Aguinaldo Cesar Surdi.

Aos meus amigos de luta, professores e profissionais de Educação Física e de outras áreas da saúde e da educação, que sonham e trabalham para fazer desse mundo um lugar melhor. Em especial a Wesley Quirino Alves da Silva que me deu um generoso auxílio nessa reta final.

Ao meu grande incentivador, referência para mim como profissional, amante da Educação Física, poeta e amigo José Jefferson Gomes Eufrásio. Que seja eterna a nossa amizade.

Muito obrigada a todos.

SUMÁRIO

RESUMO.....	1
INTRODUÇÃO	3
Objetivos	7
Relevância do estudo	7
REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
Transtorno do espectro autista.....	8
Historicidade da psicomotricidade	9
METODOLOGIA.....	18
Delineamento do estudo	18
População e amostra	19
Considerações éticas	19
Critérios de inclusão e exclusão.....	20
Procedimentos metodológicos	20
Instrumentos de coletas dos dados.....	22
Tratamento dos dados.....	24
ANÁLISES DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES	25
Conhecendo o espaço de coleta: o capsí.....	25
Conhecendo a amostra	26
O diálogo com a água - o setting e a adaptação ao meio aquático.....	28
Trajetória lúdica	35
Comportamento social.....	42
Desenvolvendo das avd's	46
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS.....	49
ANEXOS	55

Introdução: O transtorno do espectro autista (TEA) é uma desordem do neurodesenvolvimento que compromete, entre outros aspectos, a socialização e a comunicação, e em muitos casos, promove déficit intelectual, sendo tal fato provocador de atraso no desenvolvimento pessoal. Deste modo, usamos a abordagem relacional da psicomotricidade, que é uma interessante ferramenta para melhorar os aspectos comportamentais, que exigem mais atenção no tratamento de crianças com transtorno do espectro autista. **Objetivo:** Analisar os efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em meio aquático sobre o comportamento social de crianças com transtorno do espectro autista. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa mista, com preponderância qualitativa, sendo apresentado como estudo de casos descritivo-avaliativo. A amostra é formada por 6 (seis) sujeitos de 5 (cinco) a 7 (sete) anos de idade, de ambos os sexos, com transtorno do espectro autista usuários dos serviços de saúde do Centro de Atenção Psicossocial Infante-Juvenil de Natal/RN. Os sujeitos participaram de um programa de 14 (quatorze) sessões de psicomotricidade relacional 2 (duas) vezes por semana, 50 (cinquenta) minutos por sessão. Foram utilizados 2 (duas) escalas relativas a situação sintomática comportamental: ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) e Escala ABC (Escala de Comportamento Atípico) que aplicamos antes e depois das 14 (quatorze) sessões de psicomotricidade relacional. Todas as intervenções foram filmadas, fotografadas, analisadas e descritas, além da utilização de prontuários de acompanhamento e clínico institucional do serviço de saúde, relatórios dos professores de Educação Física participantes das sessões e as entrevistas semiestruturadas com os pais. **Resultados:** Ao verificar a escala ABC dos participantes pré e pós-intervenção foi encontrado diferenças significativas em irritabilidade ($t(5)=3,266$; $p=0,022$), comportamento ($t(5)=2,744$; $p=0,041$) e fala inapropriada ($t(5)=2,939$; $p=0,032$). Já na escala ATEC não houve diferença significativa em nenhum quesito das suas sub-escalas. Nas entrevistas os pais expuseram ter havido mudanças positivas na socialização dos sujeitos. Os relatórios, imagens e vídeos retrataram boa interação entre os pares, com os objetos e professores durante as sessões. Somente uma criança apresentou alteração na autonomia nas atividades da vida diária (AVD's). **Conclusão:** Um programa de psicomotricidade relacional no meio aquático parece melhorar o comportamento social, comunicação e diminuir a irritabilidade de crianças com transtorno do espectro autista. Efeitos foram positivos foram evidenciados nas AVD's em um dos sujeitos.

Palavras-chave: Transtornos do Espectro Autista. Atividade Motora. Recreação. Psicomotricidade relacional. Comportamento Social. Desenvolvimento da Criança. Meio Aquático.

EFFECTS OF A RELATIONAL PSYCHOMOTRICITY PROGRAM IN AN AQUATIC ENVIRONMENT ON THE SOCIAL BEHAVIOR OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Introduction: Autism spectrum disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that compromises, among other aspects, socialization and communication and, in many cases, promotes intellectual deficiency, which causes delayed individual development. Thus, we used the relational psychomotricity approach, which is an interesting tool to improve behavioral aspects, which demand more attention in the treatment of children with autism spectrum disorder. **Objective:** To analyze the effects of a program of relational psychomotricity in an aquatic environment on the social behavior of children with autism spectrum disorder. **Methods:** This is a mixed methods research, with a qualitative preponderance, being presented as a descriptive-evaluative case study. The sample is made of 6 (six) subjects aged between 5 (five) to 7 (seven) years old, both male and female, with autism spectrum disorder which are users of the health services of the Child-Juvenile Psychosocial Attention Center of Natal, Rio Grande do Norte. Participants performed a 14 (fourteen) session program of relational psychomotricity 2 (two) times a week, 50 (fifty) minutes per session. We used two scales relating to the symptomatic behavioral situation: ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) and the ABC Scale (Atypical Behavior Scale), which we applied before and after the 14 (fourteen) sessions of relational psychomotricity. All interventions were filmed, photographed, analyzed and described, and medical monitoring and institutional clinical records of the health service were also utilized, as well as reports of the Physical Education teachers which participated in those sessions and semi-structured interviews with the parents. **Results:** After verifying the ABC scale of the participants before and after the intervention, significant differences in irritability ($t(5)=3,266$; $p=0,022$), behavior ($t(5)=2,744$; $p=0,041$) and inappropriate speech ($t(5)=2,939$; $p=0,032$) were found. No significant differences were found in any questions of the sub-scales of the ATEC scale. In the interviews, the parents related positive changes in the socialization of the subjects. The reports, images and videos portrayed a good interaction between peers, objects and teachers during the sessions. Only one child presented changes in autonomy in daily life activities (DLA). **Conclusion:** Our study showed that a program of relational psychomotricity in an aquatic seems to improve social behavior, communication and decrease the irritability of children with autism spectrum disorder. Positive effects were evidenced in the ADLs in one of the subjects.

Keywords: Autism Spectrum Disorders. Motor Activity. Recreation. Relational psychomotricity. Social Behavior. Child Development. Aquatic Environment.

O transtorno do espectro autista (TEA), segundo Reynoso et al. (2017) se caracteriza por ser uma desordem do neurodesenvolvimento de crianças que afeta de forma negativa principalmente as suas habilidades sociais e a sua comunicação pessoal. As crianças com TEA apresentam, entre outros sintomas, movimentos repetitivos e estereotipados, ecolalias, ansiedade aumentada, e ainda alta sensibilidade a sons, com suas características sintomáticas aparecendo de forma variável, geralmente a partir dos 18 meses de vida. Sua etiologia é multifatorial, e seu diagnóstico é de difícil realização pois não existem marcadores biológicos para tal, sendo esse feito de acordo com análises do comportamento ou através de protocolos clínicos e requerendo a atuação de uma equipe multiprofissional (SWEILEH et al, 2016).

Segundo a ONU (2015) existe cerca de 70 milhões de pessoas com TEA no mundo, número que equivale a 1% da população mundial. Pesquisas sobre a prevalência desse transtorno apontam para um crescimento significativo do número de casos diagnosticados. Nesse sentido, estudos norte-americanos sugerem que para cada 68 crianças nascidas, uma possui esse transtorno (WINGATE et al., 2014). No Brasil, o estudo epidemiológico de Paula et al. (2011) indica que cerca de 600 mil pessoas possuem TEA (0,3% da população) e ponderando os casos não diagnosticados, acredita-se que essa estimativa pode ser muito maior.

A criança com transtorno do espectro autista precisa de acompanhamentos clínicos e educacionais intensivos e o tratamento é feito no sentido de diminuir os sintomas ou características apresentadas pelo indivíduo (SWEILEH et al, 2016). Lima (2012) comenta que as intervenções educacionais devem colaborar estimulando as áreas de cognição, socialização, comunicação, comportamento, autonomia, jogo e habilidades acadêmicas. Dentro destas intervenções educacionais podemos sugerir umas praxes psicomotora através de uma abordagem relacional, a Psicomotricidade Relacional que se apresenta como prática pedagógica que usa o jogo espontâneo (simbólico) como base das suas intervenções promovendo assim uma riqueza de movimentos por vezes jamais esperados e ampliando o repertório motor global, visto que a criança cria movimentos dentro do seu próprio jogo (VIEIRA, 2014).

Tanto a Psicomotricidade Funcional como a Psicomotricidade Relacional, são usadas para o trabalho com crianças com transtorno do espectro autista. Nesse sentido, Negrine e Machado (2004) trazem alguns estudos de caso utilizando a abordagem de intervenção relacional, pela via corporal, com uso de objetos diferentes, sempre estimulando positivamente suas conquistas dentro do espaço da sessão.

Outras pesquisas mais recentes utilizaram a abordagem relacional pela via

corporal em grupo, ou psicomotricidade relacional, no solo, com o público infantil com transtorno do espectro autista, com resultados positivos na iniciativa do brincar, promovendo além da melhoria na relação com os seus pares e professores durante as sessões, o aumento do repertório motor, além de comprovadamente ter sido foi um elemento que facilitou a inclusão escolar (FALKENBACH, 2010; COLAÇO, 2014; CORNELSEN, 2007; SIMEÃO, 2016).

A metodologia da Psicomotricidade Relacional (PR) encontra na ludicidade uma maneira de trabalhar as relações interpessoais. A PR busca melhorar os aspectos que a criança tem de melhor, visando esquecer aquilo que muitas vezes atrapalha o seu desenvolvimento (VIEIRA, 2014). A vivência lúdica com materiais diversos (bola, arco, corda, tecido, caixas de papelão, espaguete, jornal), como no caso da psicomotricidade relacional, propicia à criança o mergulho no mundo simbólico, além de promover situações essenciais para o seu desenvolvimento global. Santos (1999) enfatizou que para a criança, brincar é viver, ou seja, o brincar faz parte da vida infantil.

Deste modo, se por um lado as produções científicas principalmente no Brasil ainda serem incipientes no que diz respeito a psicomotricidade relacional com crianças com transtorno do espectro autista (FALKENBACH, 2010; COLAÇO, 2014; CORNELSEN, 2007; SIMEÃO, 2016) por outro quando se trata destas produções serem no meio aquático, menor ainda são as publicações existentes.

Além disso a água, por si só, ajuda a promover um cheio de ludicidade, na medida que facilita os aspectos relacionados a aprendizagem. A água é um elemento importante e presente em pesquisas com crianças com diferentes tipos de deficiências (Síndrome de Down, paralisia cerebral, deficiência física, deficiência intelectual, deficiência auditiva, deficiência visual, múltiplas, etc) com algumas investigações científicas desenvolvidas no meio aquático nos mostrando muitos efeitos positivos das intervenções motoras (GUTIERRES FILHO, 2003; 2015; FALKENBACH, 2003; MARTINS; RABELO, 2008).

Pesquisas com o público autista, usando uma abordagem funcional, mostraram que as atividades aquáticas trazem benefícios tanto em ganhos motores quanto na diminuição de sintomas comportamentais (YILMAZ et al; 2010; STORCH, 2013; PAN et al, 2011; CHU; PAN, 2012; YANARDAG et al, 2013; LAWSON et al, 2014).

Considerando os achados de Santos (1999), os quais enfatizam que para a criança brincar é viver, pode-se pressupor que a integração entre a Psicomotricidade Relacional e a água, permite através da vivência lúdica no setting¹, propiciar ao indivíduo um mergulho no mundo simbólico, além de promover situações essenciais para o seu desenvolvimento global.

No tocante a seus aspectos metodológicos, segundo Lapierre e Lapierre (2002)

1 Ambiente físico onde ocorre a sessão de psicomotricidade relacional. Esse é um espaço capaz de favorecer a construção da autonomia, com uma maior visão de mundo, através das experiências vividas nele. Colaborando também com as relações de troca, de negociação e na construção das atividades, podendo sugerir então uma definição ou redefinição das relações interpessoais.

a Psicomotricidade Relacional é organizada (por) em diversas fases nas quais as crianças vão evoluindo dentro do jogo simbólico, sendo a primeira delas chamada de Inibição, seguida pelas de Agressividade, Domesticação, Fusionalidade, Agressividade Simbólica e a sexta e última, Jogo e Independência (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

A primeira fase é intitulada Inibição pois nas primeiras sessões predomina essa característica, visto que as crianças são colocadas em situações com as quais ainda não estão habituadas, diante de um adulto que não impõe tantas regras e normas, deixando-as confusas, mas isso vai se desfazendo de acordo com o fazer relacional das sessões.

A segunda fase é Agressividade, que se apresenta de maneira gratuita para com o adulto. O adulto é agredido, simplesmente, por ser símbolo da autoridade, poderoso, que “frustra”, inicialmente, o desejo da criança. Embora não esteja consciente disso, a criança ataca porque sente uma pulsão agressiva do seu inconsciente. A questão da agressividade aos poucos se tornará cada vez mais simbólica e as pulsões agressivas vão se resolver dentro do jogo. Através das sessões essa qualidade vai entrar em harmonia, ou seja, a criança vai aprender a respeitar e conhecer os seus próprios desejos e os desejos do outro. Há ainda o confronto agressivo entre as crianças participantes das sessões que se agridem por um objeto, pela atenção do adulto ou por outros motivos, sendo que isso faz parte do seu amadurecimento social, se constituindo como uma maneira de estabelecer vínculos, nos quais a mediação do adulto vai se tornando cada vez menos necessária (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

A *Domesticação* é a terceira fase, na qual a criança “dominou” o adulto, que na construção simbólica do jogo significa a morte dele. Todavia, o adulto ainda é necessário para que seja dada continuidade ao brincar. Mas o poder agora é da criança, numa espécie de inversão de papeis. É a etapa para a conquista de identidade, na qual invertem-se os papeis, não os suprimem, pelo contrário, se fortalece as relações de dominação-dependência, durante a sessão, porém depois mudará de novo ao final da sessão, sem necessariamente ser questionada (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

A quarta fase é a *Fusionalidade*, que para crianças mais novas ou mais dependentes, é possível que se chame de primeira fase. Para outras que acabaram de vivenciar a agressividade, essa fase vem como uma espécie de regressão, de reviver uma etapa anterior mal superada. É a etapa do “encontro” do Psicomotricista com a criança, que está ali na sessão para buscar carinho, sensações afetivas, momentos de ternura, segurança, numa verdadeira regressão fusional. Essa característica de carência da criança para com o adulto se rompe naturalmente e por iniciativa dela própria, se o adulto não compartilhar da mesma essência de afastamento, impede, de certa maneira, que a criança atinja sua autonomia (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

A *Agressividade Simbólica* é a quinta fase, essa agressividade aqui exposta é diferente da agressividade inicial. Agora a criança já estabeleceu relações conflituosas com o adulto, ou seja, não tem mais medo dele, não precisa “destruí-lo”, daqui por diante ela irá marcar simbolicamente a distância da sua independência. Brincam um pouco

com o adulto, procuram outras crianças, diversificando seu modo de comunicação. Há um comportamento marcado por flutuações normais, e não mais concentrando em uma única necessidade (de fusão, agressão ou inibição) (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

A sexta e última fase se denomina *Jogo e Independência*, nessa etapa as crianças já estruturam suas próprias brincadeiras sozinhas, entre os pares, num ambiente tranquilo, de bem-estar e descontração. O adulto não é totalmente excluído, de vez em quando as crianças o convidam para participar da sua atividade. Sendo assim, uma relação de igual para igual. Agora estão libertas de um desejo fusional exclusivista, não apresentam mais comportamento agressivo para chamar a atenção, é como se elas adquirissem uma identidade. Daí está construída a autonomia dentro do jogo simbólico da psicomotricidade relacional (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

Nessa fase, a autonomia dentro da sessão de trabalho pode refletir autonomia nas atividades da vida diária, sendo essa uma característica muito importante para ser desenvolvida, especialmente em crianças com alguma deficiência, permitindo imaginar que a autonomia nas atividades da vida diária trará autoconfiança, segurança, autocontrole, autocuidado, refletindo também na melhoria da qualidade de vida dos pais. Esses enunciados avultam a importância dessa fase, uma vez que a criança com deficiência tem muita dificuldade em suas atividades cotidianas, devido às falhas na área da linguagem e (das) nas habilidades sociais, (então se) o que torna ainda mais difícil torná-las independentes na execução dessas atividades (BAKER; BRIGHTMAN, 2004).

Para crianças com o transtorno do espectro autista as limitações são notórias nas áreas sócio-afetiva-comunicativa e comportamentais (TONELLI, 2011). Isso considerado, admite-se que trabalhar com crianças com esse distúrbio é um verdadeiro desafio na educação, quer seja escolar ou clínica. Os espaços de ensino formal e/ou não formal são, na maioria das vezes, o único local de socialização da criança, e têm um papel legal de receber e incluir todas as pessoas com deficiência.

Acolher crianças com deficiência, propondo uma vivência pedagógica lúdica, mais dinâmica e divertida, procurando ver a criança na sua totalidade, respeitando sua singularidade, pode de fato auxiliar na construção de um ser social participante, mais criativo, e mais bem orientado no tempo e no espaço.

Considerando o anteriormente exposto, parece uma tarefa desafiadora para qualquer profissional da educação ou da saúde demonstrar que uma estratégia menos dirigida pode ser o caminho mais propício para trabalhar com crianças com transtorno do espectro autista.

Essas constatações tornam impossível o estabelecimento de uma opinião acadêmica definitiva sobre o tema. Assim, com o intuito de estender essa linha de investigação, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: **Quais os efeitos de um programa de psicomotricidade relacional no meio aquático sobre o comportamento social de crianças com transtorno do espectro autista?**

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Analisar os efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em meio aquático sobre o comportamento social de crianças com transtorno do espectro autista.

Objetivo Específicos

- Descrever e analisar a trajetória lúdica de crianças com transtorno do espectro autista participantes de um programa de psicomotricidade relacional no meio aquático;
- Descrever e analisar os efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em meio aquático em relação a autonomia nas atividades da vida diárias (AVD'S) de crianças com transtorno do espectro autista;
- Descrever e analisar os efeitos de um programa de psicomotricidade relacional em meio aquático em relação a irritabilidade, comportamento, fala inapropriada de crianças com transtorno do espectro autista.

RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Como profissional de Educação Física atualmente trabalhando no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi) e também como voluntária do projeto de ações integradas “Ludomotricidade nos Capsi”, junto a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), vislumbrei a possibilidade de auxiliar, de forma diferenciada, na atuação com crianças e seu desenvolvimento global, tentando mostrar o real valor de práticas lúdicas não dirigidas, como a Psicomotricidade Relacional, sendo essa aplicada através de um programa de 14 sessões no ambiente aquático.

É interessante ressaltar a escassez de estudos científicos nesta área de intervenção corporal, principalmente com o público dentro do espectro autista. Sendo assim, saliento a importância dessa pesquisa no sentido de mostrar à comunidade acadêmica possíveis benefícios da prática, especificamente no meio aquático.

O meio aquático pode ser um ambiente de intervenção pedagogicamente propício para trabalhar vários aspectos dentro do desenvolvimento global, influenciando positivamente nas variáveis motoras, cognitivas, afetivas, sociais. Neste sentido, a psicomotricidade relacional criada pelos professores franceses André Lapierre e Bernard Aucouturier (2004) é uma forma terapêutica e educativa que possibilitará uma pedagogia baseada na descoberta, no desejo de aprender e no movimento espontâneo.

REFERENCIAL TEÓRICO

TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O Autismo foi definido inicialmente por Kanner em 1943 como “autistic disturbances of affective contact”. Ainda no mesmo período Hans Asperger definiu uma síndrome de sintomas mais leves intitulada de “Asperger syndrome”, na qual se observava comportamentos ligeiramente diferentes. A diferença com relação a síndrome definida por Kanner era relacionada às competências linguísticas e cognitivas mais elevadas (LIMA, 2012).

Lorna Wing e Judith Gould em 1979 criaram a expressão “espectro autista”, pois num estudo epidemiológico com 35.000 crianças, eles concluíram que um grande grupo de crianças tinha algum tipo de dificuldade na interação social, associada a dificuldades de comunicação e falta de interesse em atividades. No entanto, não se enquadravam no diagnóstico fechado do autismo (LIMA, 2012).

O transtorno do espectro autista é também um dos transtornos mais estudados em neuropsiquiatria, por causa da sua gravidade e o impacto que produz. Porém, apesar de décadas de pesquisas e investigações, sua etiologia permanece indefinida, pois os resultados apontam respostas complexas e diversificadas (FRITH, 1996). Estudos atualmente têm apontando que esse transtorno tem base biológica, e está presente desde o início da vida da criança, no qual ela apresenta um comportamento atípico. Hoje está correto afirmar que o transtorno do espectro autista tem forte componente genético. Todavia ainda é difícil definir tamanha é a variedade de genes em vários cromossomos que já foram indicativos, de certa forma, na apresentação do transtorno do espectro autista (LI; ZOU; BROWN, 2012).

No passado, o transtorno do espectro autista era considerado um transtorno raro (1 em cada 10.000 nascimentos), mas hoje as ocorrências parecem indicar um aumento de sua prevalência. Em 2013 a prevalência de acordo com Centers for Disease Control and Prevention foi de 1 em 50 em crianças na idade escolar nos Estados Unidos. Esse aumento dos casos não parece ser verdadeiro, pois pode-se dever às mudanças ocorridas nas versões do DSM e uma maior conscientização por parte do público em geral (MILLER et al, 2013).

O quadro clínico da criança com transtorno do espectro autista pode ser percebido desde cedo, porém a maioria dos diagnósticos é fechada aos três anos de idade e em alguns casos excepcionais o diagnóstico é concretizado aos cinco anos. Lima (2012) diz que o transtorno do espectro autista se caracteriza por um déficit grave que afeta a interação social, comunicação e comportamento. As manifestações dos sintomas

variam muito com relação ao nível de desenvolvimento e da idade cronológica do sujeito. Não existe um desenvolvimento normal, apesar que em 20% dos casos, pais relataram um desenvolvimento típico durante os primeiros anos de vida, e que em certo momento a criança regride, sobretudo no desenvolvimento da linguagem.

A literatura médica atual expressa no DSM-5 diz que existem duas características principais em crianças com Transtorno do espectro autista: 1- prejuízos na comunicação e interação sociais e 2- padrões restritos e repetitivos do comportamento, interesses ou atividades (Associação Americana de Psiquiatria, 2013). E os níveis ou graus dos sintomas variam de pessoa para pessoa, o que torna crianças com esse transtorno muito singulares. Para melhor explicar a população de saúde e educação, a DSM-5 sugere três níveis de gravidade: a) Exigindo apoio; b) Exigindo apoio substancial e; c) Exigindo apoio muito substancial (BARLOW; DURAND, 2015).

O reconhecimento como quadro clínico diferenciado de outros transtornos mentais tem influenciado estudos e pesquisas objetivando clarificar suas causas e, sobretudo, promover intervenções de toda ordem que viabilizem o seu desenvolvimento, bem como a acessibilidade desses indivíduos às propostas educacionais. As leituras da área atualmente apontam que as intervenções cada vez mais precoces diminuem consideravelmente as defasagens motoras e comportamentais de crianças com transtorno do espectro autista devido à enorme plasticidade do período infantil (ROGERS; DAWSON, 2014).

HISTORICIDADE DA PSICOMOTRICIDADE

A Psicomotricidade surgiu no início do século XIX a partir do discurso médico. O corpo começa a ser estudado por neurologistas, a fim de compreender as estruturas cerebrais, e depois por psiquiatras para esclarecer e classificar casos de ordem patológica. As primeiras pesquisas nesse campo psicomotor se dão a partir de um enfoque eminentemente neurológico. Nos estudos das patologias os primeiros ensaios aconteceram com Dupré (1909), que era uma neuropsiquiatria importante no desenvolvimento de estudos no âmbito psicomotor. Ele foi o criador do termo “Psicomotricidade”, e em sua obra fez um paralelo entre desenvolvimento motor e o desenvolvimento intelectual nos deficientes mentais (VIEIRA, BATISTA E LAPIERRE, 2005).

No ano de 1925, Henry Wallon, médico psicólogo, se tornou o pioneiro da psicomotricidade, pois coloca o movimento humano numa categoria constituinte da construção do psiquismo. A partir daí Wallon começa a relacionar o movimento ao afeto, às emoções, ao meio ambiente e aos hábitos das pessoas. Esse estudioso fala do esquema corporal não como uma unidade biológica ou psíquica, mas como uma construção, elemento que serve de base para a construção da personalidade da criança (JOBIM; ASSIS, 2008).

Continuando a obra de Wallon, Ajuriaguerra, psiquiatra francês, em 1947

coloca com clareza dentro de um limite conceitual os transtornos psicomotores que oscilam entre o neurológico e o psiquiátrico. Através dessas novas contribuições, a psicomotricidade diferencia-se de outras disciplinas e adquire sua própria autonomia e especificidade (JOBIM; ASSIS, 2008).

A Psicomotricidade é um fenômeno que busca em variadas áreas de pesquisa dados, argumentos e teorias. São dois os campos de grande envolvimento com a evolução destas pesquisas: a Educação Física e a Psicologia, que buscam uma atuação sólida e verdadeiramente transformadora para a construção e desenvolvimento do ser humano, sendo uma área que tem crescido em número de estudos e pesquisas para embasar cada vez mais a prática de atuação profissional (VIEIRA; BATISTA; LAPIERRE, 2005).

De maneira geral, a Psicomotricidade está subdividida em três vertentes: a reeducação, a terapia e a educação. A reeducação trata da soma do movimento, a terapia preocupa-se com a psique do movimento, e a terceira vertente é voltada para o âmbito educacional, que também se divide em duas correntes principais: a psicomotricidade funcional e a psicomotricidade relacional (VIEIRA, 2014).

Então, na década de 70, os professores de Educação Física André Lapierre e Aucouturier, colocaram a Psicomotricidade como sendo a motricidade da relação, ou seja, abriu-se um precedente para se pensar a psicomotricidade no âmbito educativo, sendo essa uma intervenção pedagógica baseada na descoberta, no desejo de aprender e no movimento espontâneo. A partir da ideia deles surgiu a psicomotricidade relacional, que trabalha com o que existe de positivo na criança, ou seja, uma metodologia educacional que se interessa pelo o que a criança sabe fazer, deixando-a esquecer aquilo que ela não sabe e assim ajudando-a a superar as dificuldades de suas experiências passadas, o que talvez poderia permitir o desaparecimento delas, já que as dificuldades não estavam mais presentes (VIEIRA; BATISTA; LAPIERRE, 2005).

Nos dias atuais, podemos contar em nossas práticas pedagógicas com a psicomotricidade relacional que privilegia a qualidade das relações afetivas, a disponibilidade tônica, na qual o corpo e a motricidade são abordados como unidade e totalidade do ser. Corpo e motricidade, portanto, são elementos chaves para o desenvolvimento global do indivíduo (VIEIRA, 2014).

PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL

A Psicomotricidade relacional foi originalmente criada a partir da epistemologia genética de Jean Piaget, que tem em sua essência o jogo e a atividade motora inerentes ao jogo em si. Com relação ao desenvolvimento afetivo e emocional, o jogo permite que se expresse o imaginário e a criatividade, sentimentos, fantasias, desejos e conflitos conscientes e inconscientes. Através do brincar espontâneo se cria uma associação parecida com a “associação livre” da psicanálise de Freud, pois a ideia é

convidar o paciente a dizer tudo o que pensa e sente. Na Psicomotricidade esse dizer é corporal, são as ações corporais que podem substituir a expressão verbal (VIEIRA; BATISTA; LAPIERRE, 2005).

A liberdade de expressão é a peça chave no fazer pedagógico da psicomotricidade relacional, o fato de se expressar de forma livre permite uma melhor interação com os outros e consigo mesmo, sem julgamentos, sem culpas, sendo possível para o indivíduo demonstrar seus anseios, medos, conflitos e superações. Nessa perspectiva, o método permite aos participantes uma sensação de pertencimento, confiança e valorização despertando o desejo de criar, recriar e evoluir a partir do conhecimento de si próprio, dos seus limites e possibilidades (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002). É nítida a ideia de ruptura do dualismo cartesiano quando se trabalha com a psicomotricidade relacional, pois ela enfatiza a importância da linguagem/comunicação corporal, de forma a enxergar o indivíduo pelas suas relações psicofísicas e também sócio emocionais, visando assim desenvolver e aperfeiçoar os conceitos do Ser único, enfocando a globalidade humana. (VIEIRA; BATISTA; LAPIERRE, 2005).

O corpo é a principal ferramenta de trabalho da psicomotricidade relacional, visto que é através dele que há comunicação, dentro das situações lúdicas, dinâmicas e espontâneas, a criança joga com o corpo em movimento, atos esses desencadeados por sentimentos. De início sugere-se que o movimento traduza o inconsciente¹, para mais tarde ser lido através do consciente. Dentro do setting o corpo fala. (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).

Como área de conhecimento, o objeto de estudo da psicomotricidade relacional é o ser humano, sejam eles crianças, adolescentes, adultos ou idosos, na sua relação com seu mundo interno e externo, dentro de suas dimensões psicossociais e afetivas, destacando as formas de se relacionar nos seus mundos distintos. A psicomotricidade, no geral, nos remete a essa quebra do pensamento dualista, pois o seu fazer pedagógico sempre considerou o homem em todas as suas dimensões (LAPIERRE, 2008).

A psicanálise foi a teoria que se aproximou das ideias de Lapierre e Aucouturier para criar esse método. Somos nossa história, somos aquilo que vivemos, e no Setting o sujeito tende a se mostrar (BATISTA, 2010). O indivíduo participante, muitas vezes, revive o seu passado no presente. Sendo assim, as experiências no ambiente de jogo podem ser boas ou ruins. E o psicomotricista relacional assume certos papéis para tentar resolver o que aflige o participante da sessão. De imediato, se trabalha com as figuras materna e paterna, e isso permite com que o sujeito expresse de maneira simbólica os sentimentos em relação aos seus pais, ou a outras figuras igualmente importante para si (LAPIERRE, 2010).

Vale salientar que o diálogo tônico² que acontece, na condição de jogo espontâneo,

1 Na teoria psicanalítica de Freud, o inconsciente é um reservatório de sentimentos, pensamentos, impulsos, e memórias que está fora da consciência. A maior parte dos conteúdos do inconsciente são inaceitáveis ou desagradáveis, tais como sensações de dor, ansiedade ou conflito. O inconsciente continua a influenciar o nosso comportamento e experiências, mesmo que não se tenha total conhecimento dessas influências subjacentes.

2 O diálogo tônico foi um termo utilizado por Winnicott e outros autores, como Wallon, para explicar a

é fundamental para a leitura corporal que o psicomotricista faz do sujeito participante. É através do toque, dos gestos, das mímicas, das ações, que se dá essa compreensão do sujeito durante a sessão. Segundo André Lapierre (2008), o terapeuta corporal não pode trabalhar com crianças se ele não tem a disponibilidade de entrar no jogo próprio da criança. Conforme Vieira, Batista e Lapierre (2005, p. 140) “a aprendizagem e o desenvolvimento se produzem pelas formas de relações afetivas com o outro, de acordo com as possibilidades e limites de cada um, em comum acordo”. No setting da psicomotricidade relacional o jogo promove criatividade, porque procura desenvolver uma variedade de conteúdo, procedimentos, atitudes e valores.

O desenvolvimento do jogo da criança, segundo Lapierre e Lapierre (2002), dentro da Psicomotricidade relacional se mostra, na maioria das vezes, linear, dividindo-se em fases³ características que foram percebidas ao longo dos seus estudos em creches. Cada fase tem sua importância e vai contribuindo para a autonomia e independência dentro do jogo.

A última, e talvez a fase mais estruturante é denominada “Jogo e Independência”, na qual a presença do adulto (psicomotricista) já não é indispensável. Essa se caracteriza pela disposição da criança em construir seu próprio jogo e brinquedos entre si, sendo feito num ambiente relativamente calmo, de bem-estar e descontração. As crianças não excluem o adulto, elas os convidam para participarem do jogo, no papel de auxiliador. O adulto é tratado de igual para igual (VIEIRA; BATISTA; LAPIERRE, 2005).

Ao falar de jogo, Lapierre (2008) diz que como processo analógico esse orienta as relações vivenciadas para o sistema neurovegetativo⁴. Sendo que quando esse sistema se enche intensamente de afetividade, tende a eliminar quase totalmente o circuito do sistema somatossensorial⁵, que garante a realidade. Isso significa dizer que o sujeito participante da sessão está sendo levado, quase todo o tempo, pelo inconsciente, atrelada talvez em situações vividas no passado.

O jogo da psicomotricidade relacional pode levar ao encontro com o inconsciente, e através dele resolver conflitos internos, transformando pensamento em atos. Freud visualizou o “*Significante*” na história do carretel, em que a criança joga, e depois puxa de volta, fazendo desaparecer e reaparecer. Tal ato simboliza, por analogia, a ausência e a presença da mãe. Ou seja, o que era o “*Significante*” tomou por analogia,

relação entre as emoções percebidas através da contração/descontração da musculatura esquelética. Esse pensamento surgiu a partir dos estudos do vínculo mãe-bebê que acontece desde o nascimento, através do contato corporal e das trocas de afetos nesse contato.

3 São 6 (seis) as fases da psicomotricidade relacional que Lapierre e Lapierre (2002) intitularam de Inibição, Agressividade, Domesticação, Fusionalidade, Agressividade Simbólica e Jogo e Independência. Fases essas já descritas na Introdução.

4 O sistema nervoso neurovegetativo engloba todos os nervos e centros nervosos que controlam a vida vegetativa, ou seja, as vísceras e as glândulas. É mais comumente chamado de sistema parassimpático ou autônomo.

5 O sistema somatossensorial ou sensorial somático é a condição que permite ao ser vivo experimentar sensações nas partes distintas do seu corpo. Podem ser sensações de tato, temperatura, da posição das partes do corpo ou dor.

esse “Significado” (LAPIERRE, 2010).

PSICOMOTRICIDADE AQUÁTICA

A psicomotricidade aquática é utilizada para todos os públicos, como crianças, adultos ou idosos, com ou sem problemas relacionado a questões biopsicossociais. É comum na literatura encontrarmos trabalhos relacionados a atividades psicomotoras aquáticas direcionadas a grupos especiais, especificamente com o público infantil (GUTIERRES FILHO, 2003; 2015; FALKENBACH, 2003; MARTINS; RABELO, 2008), isso é também trazido por Velasco (2010, p.1) quando diz que “o milagre da água é tornar as “diferenças individuais” menos nítidas, frequentemente imperceptíveis, pois todos nós somos iguais na água.”

Assim como a psicomotricidade em solo, a aquática é dividida em duas vertentes, a funcional e a relacional, e Bueno (2014) a conceitua como estimulação das potencialidades do sujeito utilizando a água como meio de ação mais global através do movimento e da relação desse sujeito com o espaço, com o objeto, com o outro e consigo mesma. A psicomotricidade aquática se orienta a partir de ótica psicomotriz se faz presente quando se refere a organizações das sensações recebidas através do meio aquático no qual está imerso e a mudança desenvolvida dentro desse movimento nesse espaço e nesse tempo.

O ser e estar na água exige que novos padrões de movimento sejam desenvolvidos para se ajustarem de maneira mais adequada e coerente ao “novo” meio, a partir daí a reorganização propiciam a experimentação de diferentes sensações e experiências corporais. Sendo assim o indivíduo que experencia, constrói novos esquemas motores para sustentar a nova imagem do corpo ali formada (BUENO, 2010).

Boato (2016) nos traz algumas considerações sobre o público autista e o meio líquido, ao dizer que esse meio pode ajudar na comunicação, sendo esta uma das habilidades mais prejudicadas nessas crianças. A água pode trazer mais aproximação na dinâmica entre professor-aluno, aluno-objeto, ou aluno- aluno em função da insegurança inicial, favorecendo uma comunicação afetiva. Apsicomotricidade relacional aquática exige do professor uma disponibilidade corporal para criar um vínculo fusional e posteriormente, a medida que ela for se sentindo mais segura, libera-la para exploração do meio, favorecendo assim a experimentação lúdica com o ambiente, com os objetos e consigo mesma e com os pares (BOATO, 2016).

O JOGO ESPONTÂNEO/SIMBÓLICO – TEORIAS DO DESENVOLVIMENTO

O jogo simbólico aparece na infância como um dos pontos centrais para o desenvolvimento infantil. O imaginário, muitas vezes, se sobressai, ou seja, a criança vê tudo (ou quase tudo) pela ótica da imaginação. Transforma objetos em outros

objetos que interessa a ela. Essa fase importante, dentro das teorias de Piaget, Wallon e Vygotsky, é muitas vezes a garantia do desenvolvimento natural dos indivíduos em sua totalidade (NEGRINE, 2014).

A teoria de Lev Vygotsky (2000) que trabalha a concepção histórico-cultural, preconiza que a relação com o outro é fundamental e extremamente importante no desenvolvimento do sujeito. Diante disso, essa abordagem defende que o jogo e o brincar espontâneo são instrumentos principais para obtenção e desenvolvimento da cognição. O brinquedo e a brincadeira proporcionam a relação, e a ideia do compartilhar e cooperar com outras crianças, promovendo assim a organização e o desenvolvimento do pensamento e da linguagem.

O discurso de Wallon (2007) indica que o se movimentar e a interação com o outro são essenciais para um bom desenvolvimento do Ser por completo. E as emoções se apresentam como a primeira forma de troca entre a criança e o mundo que a cerca, a partir de componentes fisiológicos e neurológicos. É no corpo que essas emoções são representadas, através do tônus muscular, ou seja, é por meio do corpo que uma criança, ainda bebê, expressa sua linguagem. Então, para Wallon, o brincar e o lúdico favorecem o desenvolvimento infantil, pois cria um ambiente propício de trocas afetivas e de construção do eu.

A teoria de desenvolvimento de Jean Piaget tornou-se indispensável para entender como acontece a evolução do pensamento infantil. Além de sua teoria dividida em estágios graduais foi também de extrema importância até os dias atuais a Classificação dos jogos elaborada por ele com base em suas observações. Assim, essa Classificação caminha lado a lado com os estágios de desenvolvimento, os jogos são: *De Exercício*, *Simbólico* e *de Regras* (PIAGET, 2010).

O jogo simbólico é o faz de conta, é a imitação que a criança faz desde o mundo do adulto até seres animados ou inanimados. Através do simbolismo as crianças começam a entender o mundo a sua volta, sua cultura e a construir sua história. Ter a capacidade de imaginar situações diversas faz que com a criança, dentro da brincadeira, entenda que ela faz parte de uma sociedade, de um todo. Brincar de casinha, de carrinho, de médico é a manifestação do desejo de entender o meio em que está inserida, mesmo que de forma inconsciente. Os jogos simbólicos se referem ao pensamento, permitindo a assimilação do mundo exterior ao “eu” (NEGRINE, 2014).

Negrine (1995) se debruçou na ideia do jogo simbólico e atribuiu suas notáveis consequências para o salutar desenvolvimento infantil, trazendo através dos seus estudos o termo “trajetória lúdica”. Essa ideia é difundida em outros trabalhos importantes na área da psicomotricidade relacional (GUTIERRES FILHO, 2003; FALKENBACH, 2010). A trajetória lúdica é o que a criança realiza enquanto brinca, seja a partir do imaginário ou como jogo exercício⁶. O jogo simbólico acontece mais a nível do inconsciente, é quando a representação simbólica está desenvolvida, pois a

6 Para Negrine (1994) nos jogos de exercício não há necessidade de pensamento nem estrutura representativa especialmente lúdica, diferentemente do jogo simbólico que requer a representação simbólica de um objeto

criança precisa dela para simular a realidade. Ela pode ser de uma única sessão ou longilínea, ao longo de várias sessões ou programa.

Sob aspectos pedagógicos na perspectiva de João Batista Freire (1992) o jogo é um elemento fundamental no processo de amadurecimento do ser, da construção do seu mundo social. O jogo amplia as possibilidades de aprendizagem, pois, à medida que situações ocorrem, novas relações são elaboradas para que sejam resolvidas. Esse brincar para Freire (1992) tem que levar em consideração a singularidade inerente à criança, e ainda diz que “É importante não homogeneizar a classe. As crianças são diferentes no início e serão diferentes no final do processo educativo” (p.206). É na subjetividade de crianças com transtorno do espectro autista que o brincar de forma livre, espontânea, pode fazer a diferença no desenvolvimento global delas.

O BRINCAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Alguns estudos tradicionais afirmam que crianças com autismo severo (autista clássico), ou de acordo com a nomenclatura atual do DSM-5, seria o nível de gravidade que exige apoio “muito substancial” de terceiros, tem uma certa incapacidade ou muita dificuldade no brincar, e isso pode trazer prejuízos significativos no desenvolvimento em vários aspectos da vida das crianças. O fato de muitas vezes ter dificuldades em entrar no jogo simbólico, que tão naturalmente acontece com crianças com desenvolvimento típico, incentivar esse brincar simbólico de forma intensa pode auxiliar no progresso das etapas de desenvolvimento da criança com transtorno do espectro autista (BARON-COHEN; LESLIE; FRITH, 1985).

A partir de diferentes concepções teóricas de desenvolvimento (TAMANAH; PERISSINOTO; CHIARI, 2008), pode-se dizer que, na perspectiva biológica, a incapacidade para brincadeiras se deve por diversos fatores ligados ao aparato orgânico (FRITH, 1989; BEYER, 2002; HONEY et al., 2008), alterações orgânicas neuropatológicas que constituem o sistema límbico e nos circuitos cerebelares (MOSTOFK et al., 2000; CASANOVA; BUXHOEVEDEN; BROWN, 2002), uma configuração cerebral extremamente masculina da pessoa com autismo (BARON-COHEN; BELMONTE; KNICKMEYER, 2005), dificuldades com simbolização ou representação de um objeto ausente (GADIA; TUCHMAN; ROTTA, 2004) e distúrbios sensoriais (GIKOVATE, 1999; ASSUMPÇÃO-JUNIOR; PIMENTEL, 2000; SCHEUER, 2002).

É importante pensar a partir da perspectiva sociocultural que sugere que o desenvolver humano se dá através de interações sociais com os outros, por instrumentos e pela linguagem, incluindo o brincar (VIGOTSKI, 2000). E a constituição orgânica não define por completo essa limitação. Entende-se a brincadeira como alto grau de plasticidade, que se reorganiza em função das transformações do meio social; das transformações histórico-culturais (ROCHA, 2000; GÓES, 2000). Essas limitações,

ausente.

sob a ótica do brincar podem estar associadas à falta de oportunidades, incentivos e estímulos a vivência lúdica através de brinquedos ou brincadeiras e não apenas ligados a fatores biológicos. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) descreveu que em sujeitos autistas severos “as brincadeiras imaginativas em geral estão ausentes ou apresentam comprometimento acentuado. Esses indivíduos também tendem a não se envolver nos jogos de imitação ou rotinas simples da infância, ou fazem-no fora de contexto ou de modo mecânico” (2002, p. 99).

O meio no qual a criança está inserida contribui de forma indiscutível no seu desenvolvimento completo. No qual a vivência a partir da cultura é primordial para a construção do ser. A brincadeira infantil é uma maneira do indivíduo se apropriar do meio, pois é através dela que a criança reproduz e produz situações, cenários, dizeres, objetos, regras, os modos de agir, os valores e as formas de relacionamento do grupo social (GÓES; LEITE, 2003).

Os procedimentos pedagógicos, a partir da perspectiva histórico cultural devem proporcionar o brincar e o jogo para que se favoreça a aprendizagem e o desenvolvimento da criança com autismo. Alguns estudos conseguiram demonstrar que as limitações no ato da construção do brincar desfavoreceram o desenvolvimento das crianças, ou seja, existiu uma enorme diferença nos estágios de desenvolvimento entre as crianças que realmente vivenciaram o ato de brincar e crianças que não tiveram essas mesmas vivências. (KANNER, 1997; GÓES, 2000; WILLIAMS, 2003; JONES; CARR, 2004; MIILHER; FERNANDES, 2006; WATT et al., 2008). A atividade lúdica se faz necessária no cotidiano escolar ou terapêutico na intenção de ampliar a diversidade de práticas corporais e sociais das crianças (FERNANDES, 2004).

A Psicomotricidade Relacional é um tipo de metodologia educacional que se concretiza a partir do brincar espontâneo. Para criança com transtorno do espectro autista se apresenta como uma ótima possibilidade de intervenção, pois amplia a trajetória do brincar, favorece a experimentação corporal e permite a vivência simbólica, além de facilitar e propiciar a interação com colegas e professores (FALKENBACH, 2010).

O brincar na perspectiva psicanalítica, de acordo com Winnicott (1975), está relacionado com as necessidades da criança e com as manifestações dos seus desejos, proporciona à criança externar seus sentimentos, pensamentos, dando início a organização das relações emocionais e propiciando o desenvolvimento de contatos sociais. O ponto fundamental a ser estimulado na criança com transtorno do espectro autista é o desenvolvimento da capacidade de representar, de se envolver nas situações de jogo (FALKENBACH, 2010).

Os indivíduos com transtorno do espectro autista precisam de estímulos, principalmente para experimentação corporal. Os professores precisam incentivar o contato corporal, promover o diálogo tônico, sendo que não basta organizar os espaços, materiais e objetos, se faz necessário também definir estratégias de abordagem corporal e de intervenções pedagógicas que vão permitir a leitura da linguagem

corporal e a exploração de todo tipo de vínculo possível dentro das necessidades pedagógicas (BOATO, 2016).

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Essa pesquisa quanto à sua natureza se classifica como sendo do tipo básica, uma vez que objetiva gerar novas informações destinadas ao avanço do conhecimento acadêmico, doravante contribuindo para proliferação do saber científico ainda pouco explorado (GIL, 2010).

Com relação à temporalidade, apresenta-se através de um corte transversal, porque a coleta de informações foi reduzida a um momento restrito da evolução ou comportamento (NEGRINE, 1999).

Do ponto de vista da forma de abordagem ao problema de pesquisa, trata-se de uma investigação qualitativa, uma vez que considera a existência de uma relação entre o mundo real e o sujeito, sendo as informações obtidas na coleta de dados analisadas de maneira indutiva, buscando-se além da explicação dos fatos, também a sua compreensão (RAMPAZZO, 2005).

Essa pesquisa também fez uso de dados numéricos para apresentar os resultados dos instrumentos selecionados, caracterizando-se assim como pesquisa também de abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo o pesquisador testa ou verifica uma teoria examinando hipóteses ou questões dela derivadas (CRESWELL, 2010).

Portanto, esse estudo pode se configurar de cunho misto, apesar da preponderância qualitativa, combinando os métodos. O método misto é uma abordagem relativamente nova nas ciências sociais e humanas, e considerada mais complexa, pois exige na análise dos dados uma integração e discussão conjunta. Pesquisas dessa natureza podem fornecer um maior entendimento do fenômeno em estudo (SAMPIERE; COLADO; LUCIO, 2013).

Com relação aos objetivos, essa investigação se classifica como sendo descritiva, ao passo que descreve o fenômeno, e analisa variados aspectos do problema de pesquisa (GIL, 2010).

Trata-se, de maneira mais específica, de uma pesquisa do tipo estudo de casos descritivos, pois envolvem a descrição e a interpretação no que diz respeito à análise dos efeitos da prática metodológica em questão (CERVO; BERVIAN, 1983). A pesquisa do tipo Estudo de Caso pode trazer preciosos dados descritivos dentro do contexto exposto. E a natureza do caso estudado pode ser bem heterogênea. Estudar, por exemplo, uma reunião de casos é extremamente rico, pois coloca o pesquisador frente a um fenômeno geral, porém destacando a subjetividade de cada caso (GOMEZ; FLORES; JIMÉNEZ, 1996).

Greenwood (1973) salienta a natureza oportunista do pesquisador, já que ele utiliza diferentes técnicas empregando-as em ordem inespecífica, visando obedecer unicamente à descrição, exploração e entendimento do fenômeno estudado.

É importante ressaltar que se adotou aqui uma pesquisa de estudo de casos, tendo o pesquisador os papéis de professor e observador, trazendo à tona o modelo de pesquisa “observação participante”. Modelo esse que segundo Falkenbach (2010) apresenta como vantagens: a) Simplificação da percepção, fornecendo uma maior compreensão da situação e contato social; b) Valor psicológico, pois o observador participa e é um dos elementos do jogo; c) Gera maior número de oportunidades de observação; d) Permite estar próximo aos participantes e compartilhar ações dentro do Setting.

As desvantagens também existem e se faz necessário expor como limitações do estudo: a) Tende-se a aflorar os valores subjetivos, impregnados de sentimentos e preconceitos; b) Perda da capacidade crítica devido a convivência com o grupo; c) Possível influência na vida do grupo; d) Falta de continuidade na pesquisa sistemática.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população desse estudo é formada por crianças com hipótese diagnóstica¹ “F.84” ou diagnóstico fechado, que significa, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID), transtorno do espectro autista. A amostra é composta por 6 sujeitos com idade de 5 (cinco) a 7 (sete) anos com hipótese de diagnóstica “F.84”, sendo 5 (cinco) do sexo masculino e 1 (uma) do sexo feminino, usuários dos serviços de saúde oferecidos pelo Centro de Apoio Psicossocial Infanto-Juvenil² de Natal, Rio Grande do Norte.

O estudo aqui apresentado priorizou mais jovens dentro da faixa etária trabalhada no CAPSi, pois estudos mostram que quanto mais cedo inicia-se um trabalho de estimulação, seja ele terapêutico ou pedagógico, mais efeitos positivos podem gerar a longo prazo para os sujeitos. (LIMA, 2012; ROGERS; DAWSON, 2014)

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerando as Resoluções nº 466/ 2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, as quais regulamentam a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, o projeto relativo a essa pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Rio Grande do Norte - UFRN, tendo sido

1 A hipótese diagnóstica é um diagnóstico preliminar, levantado pelo médico em função dos dados clínicos e laboratoriais disponíveis ao final da consulta. É uma hipótese de trabalho que irá nortear, de maneira geral e flexível, os próximos passos da investigação clínica

2 Trata-se de uma estrutura terapêutica intermediária entre a hospitalização e o tratamento aberto que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos na promoção da saúde e na assistência a doença mental, através de uma equipe multidisciplinar.

aprovado sob o parecer de número 1.954.570, datado de 8 de março de 2017.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Inicialmente foram separados os prontuários das crianças usuárias regulares do CAPSi, sendo escolhidos aqueles que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: a) Apresentar idade entre 5 (cinco) e 7 (sete); b) ter hipótese diagnóstica de transtorno do espectro do autismo; c) não apresentar problemas respiratórios, condição essa que pode, pelo ambiente aquático, provocar doenças secundárias d) ter disponibilidade nos dias e horários pré- agendados.

Em seguida foi feito contato por telefone com os pais ou responsáveis pelos sujeitos selecionados para explicar os detalhes metodológicos norteadores da investigação e seus riscos e benefícios. Na oportunidade foi feito o convite para participar do estudo, sendo que, os que aceitaram voluntariamente, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos do estudo as crianças que frequentavam a escola no mesmo horário das coletas, e cujo o diagnóstico não a colocava dentro do espectro autista.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

AVALIAÇÕES INICIAIS

Inicialmente, os pais e/ou responsável pela criança foram convidados a comparecer individualmente ao CAPSi para um primeiro encontro com a equipe responsável pelo desenvolvimento da pesquisa. Neste, responderam a dois questionários relativos a situação sintomática comportamental dos sujeitos investigados, o ATEC (Autism Treatment Evaluation Checklist) (ANEXO A) e a Escala ABC (Escala de comportamento Atípico) (ANEXO B). Os questionários foram aplicados antes e após o final de cada grupo de 14 (quatorze) sessões de psicomotricidade relacional no meio aquático.

DESENHO DAS SESSÕES (SETTING)

Esse programa se constituiu de 14 (quatorze) sessões de psicomotricidade relacional no meio aquático, as quais, individualmente, tiveram a duração de 60 minutos, ministradas no período vespertino entre às 14h15min e 15h15min nos dias de terças-feiras e quintas-feiras no prédio do CAPSi de Natal.

Considerando a rotina das sessões para os professores é importante observar que as sessões eram planejadas de modo a dar uma certa continuidade e coerência ao programa, a partir das ações dos alunos nas sessões, registradas nos relatórios. A chegada ao CAPSi ocorria em média uma hora antes do início da intervenção, para preparação dos equipamentos de filmagem e fotografia, e preparação de vestimenta

da equipe como também uma breve conversa sobre o planejamento do dia.

As intervenções seguiam ideias centrais, elaboradas assim dentro do contexto metodológico no qual nos propomos a partir do objetivo da pesquisa:

1. Estar completamente disponível corporalmente;
2. Tratar os alunos com equidade educacional;
3. Orientar as práticas no sentido de aproximação dos objetos, dos pares e dos professores;
4. Usar a linguagem oral durante as intervenções, para estimular a comunicação verbal;
5. Promover o encontro com o brincar;
6. Estar ciente da sua responsabilidade enquanto educador, garantindo a integridade dos alunos;
7. Promover sempre um diálogo com os pais, estimulando a participação deles nos momentos que antecediam como também posteriormente as sessões;

As sessões seguiram uma rotina, como preconiza o trabalho com psicomotricidade relacional, mostrada no quadro abaixo, contudo, ressaltamos também que essa rotina não era regrada de modo que os sujeitos eram “obrigados” a participar, e muitas vezes servia de referencial, mesmo que não a executassem com total atenção.

RITUAL DE ENTRADA	JOGO DA PSICOMOTRICIDADE RELACIONAL	RITUAL DE SAÍDA
1. Entrada na piscina; 2. Sugestão de formação de círculo – professores e crianças; 3. Combinados e regras da sessão.	Livremente as crianças constroem suas brincadeiras tendo a possibilidade de usar objetos e interagir com os pares e professores.	1. Anúncio do término da aula; 2. Despedida dos alunos; 3. Saída da piscina.

Quadro 1 - Rotina da Sessão de Psicomotricidade Relacional no meio aquático

Fonte: Autoral

Os diversos materiais trabalhados foram colocados à disposição das crianças para que elas pudessem construir seu jogo dentro do Setting, procedimento metodológico sugerido no livro *“A Psicomotricidade Relacional Em Meio aquático”* do autor e professor Paulo Gutierrez Filho (2003).

Materiais
Bolas – Leves e pesadas (para afundar)
Macarrões (flutuadores) – Bastão

Bexigas com água
Brinquedos diversos
Pranchas (flutuadores em EVA)
Boias diversas
Baldes

Quadro 2. Materiais do Meio Aquático

Fonte: Autoral

As sessões foram filmadas para análises e fotografadas para obter uma visão mais plena e detalhada das crianças. É importante o registro das imagens visto que é um desafio dialogar corporalmente com crianças com transtorno do espectro autista.

SELEÇÃO DO QUADRO DE AVALIADORES E CONTROLE DAS CONDIÇÕES DE TESTAGEM

Objetivando minimizar e até mesmo evitar possíveis falhas durante o processo de coleta de dados, foram convidados a colaborar nessa pesquisa apenas profissionais de educação física e uma acadêmica, pertencentes ao quadro docente e discente do curso de Educação Física da UFRN e da Faculdade Natalense de Ensino e Cultura, todos devidamente familiarizados com os protocolos de mensuração utilizados nesse estudo, os quais, assumiram a responsabilidade de verificar as condições do material utilizado antes e durante os procedimentos de testagem.

Com a finalidade de que os resultados obtidos nessa pesquisa possam ser aceitos pela comunidade científica e empregados como referencial teórico pela população acadêmica em geral, foram adotadas padronizações convencionadas internacionalmente pela comunidade acadêmica.

INSTRUMENTOS DE COLETAS DOS DADOS

AUTISM TREATMENT EVALUATION CHECKLIST (ATEC)

Trata-se de uma escala desenvolvida especificamente para avaliar a efetividade de tratamentos para autismo, propondo ser mais sensível à melhora na condição da criança do que os instrumentos convencionais usados para diagnósticos do referido transtorno. Funcionalmente apresenta valores inversamente proporcionais à melhora do sujeito, sendo dividida em quatro subescalas que abrangem todas as áreas afetadas pelo autismo, a seguir especificadas: 1) fala/linguagem/comunicação (14 itens); 2) sociabilidade (20 itens); 3) percepção sensorial/cognitivo (18 itens) e 4) saúde/aspectos físicos/comportamento (25 itens).

ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO (ABC)

Esse instrumento prevê que o pai/mãe/responsável responda a 58 itens relacionados a questões comportamentais cuja escala de pontuação varia entre 0 (não é problema); 1 (o comportamento é um problema, mas em grau leve); 2 (o problema tem gravidade moderada) e grau 3 (o problema é grave). Os itens são divididos em cinco escalas: 1) Irritabilidade, Agitação e Choro com 15 itens; 2) Letargia e Isolamento Social com 16 itens; 3) Comportamento estereotipado com sete itens; 4) Hiperatividade e desobediência com 16 itens e 5) Linguagem imprópria com quatro itens. A escala pode ser preenchida por diferentes informantes e permite que o relato possa ser feito com base também em contextos distintos, como por exemplo, casa, escola, creche e consultório (AMAN, SINGH, STEWART et al., 1985). O tal instrumento permite avaliar comportamentos não adaptativos e adaptativos quando associado a outros instrumentos de avaliação comportamental global. Existe versão em português com a respectiva adaptação cultural (LOSAPIO et al., 2011).

PRONTUÁRIOS INSTITUCIONAIS DO CAPSi

A resolução CFM 1638/ 2002 define essa ferramenta como o único documento constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas e geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada.

Sendo que a partir dele são colhidas informações sobre o diagnóstico e acompanhamento do tratamento clínico. Os prontuários do CAPSi de cada criança foram consultados antes das sessões para verificar o diagnóstico (ou hipótese) e estudados após a intervenção da Psicomotricidade Relacional no meio aquático, pois irá contribuir para análise de possíveis progressos das crianças participantes do estudo proposto.

RELATÓRIOS

Conceitualmente, “é o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiência e pensa no decurso da coleta de dados” (BOGDAN; BIKLEN, 1994, p. 153). Os relatórios desse estudo contêm o registro das observações durante as intervenções.

ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

Trata-se de uma entrevista face a face e semiaberta com o intuito de colher opiniões sobre os efeitos do programa de intervenção aplicado, e informações sobre o comportamento social na escola; desenvolvimento e estado de saúde geral da criança; medicações; e sobre a autonomia das atividades da vida diária. Esse tipo de

procedimento de coleta é interessante pois coloca o pesquisador diante do ponto de vista do entrevistado, permitindo colher informações indiretas e que podem ter grande valia para o estudo (CRESWELL, 2010). E segundo Rosa; Arnoldi (2006, p. 87) esse tipo de instrumento “Permite a obtenção de grande riqueza informativa – intensiva, holística e contextualizada – por ser dotada de um estilo especialmente aberto, já que se utilizam de questionamentos semiestruturados”.

VÍDEOS E IMAGENS

O material em forma de vídeos e imagens foram descritos e analisados para identificar a trajetória lúdica dos participantes de maneira longilínea e a adaptação no meio aquático. Foi observado também a disponibilidade tônica³, o relacionamento com os pares, com os objetos e com os professores ao longo do programa e a comunicação gestual e verbal.

Esse procedimento de análise foi elencado em categorias, pois deste modo colabora para a compreensão do problema investigado e também proporciona interações entre a revisão de literatura e o material coletado, de modo a interpretá-lo com maior clareza.

TRATAMENTO DOS DADOS

O teste de *Shapiro-wilk* atestou a normalidade de distribuição dos dados. Os dados foram tratados em médias e desvio-padrão e adotado o nível de significância em $p \leq 0,05$. O teste *t* pareado foi utilizado para avaliar as diferenças entre os escores (pré x pós) dos questionários ABC e ATEC.

3 Disponibilidade tônica é a capacidade de se disponibilizar corporalmente para participar do jogo nas sessões de psicomotricidade. É a vontade de estar presente e participar da sessão, contribuindo com o seu jogo dentro do Setting.

ANÁLISES DOS RESULTADOS E DISCUSSÕES

As análises dos resultados e discussões serão trabalhadas através de tópicos e subtópicos, nos quais abordaremos o que consideramos os aspectos mais relevantes, sendo esses dialogados com os autores, tanto do universo da nossa variável independente, a psicomotricidade relacional, quanto outros igualmente importantes. Como também usaremos as primeiras letras do primeiro e segundo nome dos participantes a fim de preservá-lhes o anonimato. Destacamos que trataremos de cada sujeito individualmente nos tópicos que seguem, fazendo, quando necessário, inter-relações.

CONHECENDO O ESPAÇO DE COLETA: O CAPSI

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPSi) da Secretaria Municipal de Saúde de Natal é estratégico dentro da Rede de Atenção à Saúde Mental, que ocupa e articula programas de saúde mental, sendo desenvolvido pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o acolhimento à população acometida por transtornos mentais, seja de origem biológica ou provocadas por uso abusivo de drogas. Os Caps foram criados no intuito de melhorar a questão da assistência em saúde mental no Brasil já muito desgastada pela situação precária dos hospitais psiquiátricos, que até então eram os únicos espaços destinados aos usuários com transtornos mentais. Na figura abaixo nota-se a importância estratégica que os Caps ocupam dentro do SUS (BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

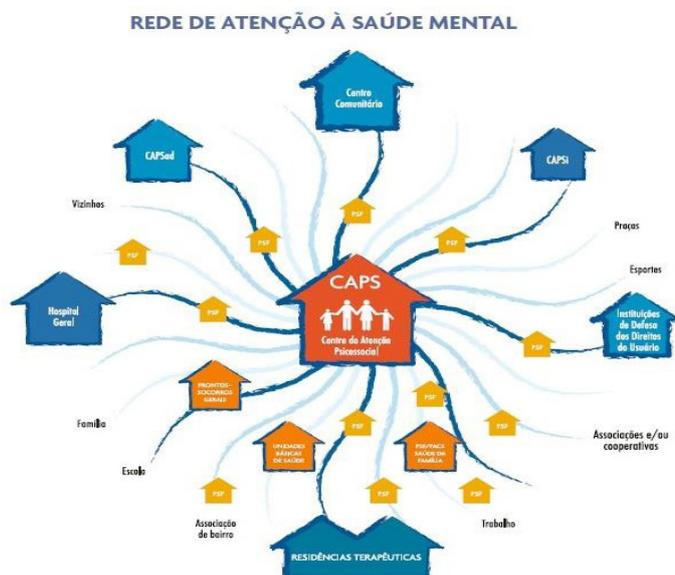


Figura 1. A articulação da Rede de Saúde Mental do SUS

Fonte: BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004.

A partir de então, os Caps surgem, sendo regulamentados pela portaria nº336/GM no ano de 2002, em vários municípios do país e foram se consolidando como meio realmente eficazes na diminuição do número de internações nos chamados hospícios. Servindo como papel de referência no atendimento a usuários em sofrimento psíquico, os caps devem oferecer também, além do acolhimento, uma estratégia ou projeto terapêutico para cada usuário. É importante saber que existem diferentes Caps e esses dependem da especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes; usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves.

O Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), é o CAPS para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais. São atendidos o público com autismo, psicoses, neuroses graves e todos aqueles, que por sua condição psíquica, não conseguem estabelecer ou manter laços sociais. No município de Natal, Rio Grande do Norte, existe apenas um CAPSi, que atende também a demanda acometida com transtorno psíquico pelo abuso de álcool ou outras drogas.

Para realização dos projetos terapêuticos, o Capsi de Natal conta com uma equipe de multiprofissional, sendo em torno de 30 (trinta) profissionais, dentre eles enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais, arte-terapeutas, profissionais de educação física, médicos psiquiatras, nutricionistas e psicólogos. No espaço físico contamos com um auditório, salas de atendimento psicológico, sala de confecção de trabalhos artísticos manuais, refeitório, sala de reunião, brinquedotecas, sala de atendimento médico, enfermaria, piscina, vestiários, farmácia e uma excelente área aberta e arborizada.

Em geral, as atividades desenvolvidas nos Caps Infanto-juvenil são de atendimento individual, atendimento grupal, atendimento familiar, visitas domiciliares, atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas, atividades externas e também conta com o projeto de ações integradas “Ludomotricidade nos Caps” da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Esse Centro é referência no atendimento seja ele no âmbito ambulatorial ou no apoio terapêutico-social.

CONHECENDO A AMOSTRA

Nos subtópicos a seguir faremos uma breve descrição de cada criança participante do programa de psicomotricidade relacional no meio aquático, que resultou nessa pesquisa.

K. L.

K.L nasceu em 28 de julho de 2011 e de parto por cesariana. É do sexo masculino. De gravidez não foi planejada pelos pais. A sua mãe apresentou pressão hipertensão gestacional. Mora com os pais. As queixas em relação ao comportamento de K.L eram

ao atraso na fala, baixa tolerância a frustração, ansiedade, déficits relacionais e não brincava com outras crianças. Foi direcionado ao psiquiatra infantil do CAPSi, faz acompanhamento e atualmente o uso da medicação Risperidona e Neuleptil.

A. G.

A.G nasceu em 15 de dezembro de 2010 e de parto por cesariana. É do sexo masculino. A sua mãe relata que a gravidez foi planejada pelos pais. Pelo seu comportamento atípico foi encaminhado pela escola para uma avaliação no CAPSi. As queixas em relação ao comportamento de A.G eram com relação a desatenção e inquietude, se apresentava muito agressivo e violento com os colegas da escola e em casa, fala repetitiva e incoerente, sono agitado e comportamento isolado, não tem amigos. Foi direcionado ao psiquiatra infantil do CAPSi, faz acompanhamento e atualmente faz uso da medicação Risperidona.

S. V.

S.V nasceu em 09 de agosto de 2012, de uma gravidez não planejada, fez pré-natal. É do sexo masculino e as queixas que levaram a família ao CAPSi foram as dificuldades de interação, não fala nada, só aponta para as coisas que deseja, se bate e joga tudo que tem na mão, com suspeita de autismo pelo médico foi encaminhado para o CAPSi. Há relatos que a mãe abandonou a família por um tempo, nesse período S.V passou a ser cuidado pela avó e depois pela prima. Atualmente faz uso de Risperidona e fala poucas palavras, todavia ainda persiste o comportamento agitado e agressivo.

A. J.

A.J nasceu em 08 de agosto de 2012, de uma gravidez não planejada, a mãe fez pré-natal e relata que teve crises de pânico durante a gestação. É do sexo feminino e nasceu de parto cesariana. A escola encaminhou ao CAPSi para possível tratamento por apresentar comportamento isolado, dificuldades de concentração, se auto agredia quando irritada, não falava, levava objetos à boca e se balançava. O pai abandonou a família por não aceitar o comportamento atípico de A.J, era muito violento quando a filha não respondia aos seus comandos. A.J atualmente faz acompanhamento com psiquiatra no CAPSi e uso da medicação Neuleptil.

L. R.

L.R nasceu em 11 de dezembro de 2011 de parto normal aos 7 meses de gestação, é do sexo masculino. A mãe relata que a gravidez foi planejada e fez uso da medicação Carbamazepina durante a gestação. Demorou a sentar e andar, não engatinhou, e andou com 1 e 3 meses. A criança foi encaminhada pela escola ao

CAPSi por apresentar um comportamento muito agitado, disperso e com dificuldades de concentração e interação, sua fala é desorganizada e possui um repertório pobre para a sua idade. L.R se interessa por objetos que balançam na sua frente e gosta de brincar com dinossauros. Executa marcha com a ponta dos pés. E apesar de alguns comportamentos atípicos participa das atividades propostas, é carinhoso com os colegas e professores da escola, e aceita bem a rotina.

J. E.

J.E nasceu em 04 de fevereiro de 2011, de parto normal. A mãe relata que a gravidez não foi planejada, mas desejada, expõe também que teve toxoplasmose durante a gravidez. Queixa-se de comportamento atípico, muito agitado e agressivo com os colegas da escola, possui baixa tolerância a frustração, apresenta inquietude durante o sono. O relatório da escola diz que a criança não tem autonomia para ir ao banheiro sozinha e não realiza sua higiene pessoal. É filho único e mora com os avós e a mãe. J.E iniciou o tratamento com o psiquiatra do CAPSi e hoje faz uso de Risperidona.

O DIÁLOGO COM A ÁGUA - O SETTING E A ADAPTAÇÃO AO MEIO AQUÁTICO

O espaço utilizado como Setting foi a piscina do CAPSi de Natal, foi nesta que desenvolvi, participei, observei, refleti como pesquisadora e como professora, ensinei e aprendi sobre psicomotricidade relacional no meio aquático, sobre o fazer pedagógico, sobre o transtorno do espectro autista e, sobretudo, sobre ser criança. Traremos nesse tópico a descrição e análise da categoria “adaptação ao meio aquático”. É importante mencionar que de todas as crianças participantes desta pesquisa, apenas A.J já tinha participado de uma oficina terapêutica no ambiente aquático.

Para iniciar, uma das categorias de estudo elencadas e que se faz como um dos objetivos desse estudo, é a “adaptação ao meio aquático”. Tentaremos mostrar como se deu a adaptação ao Setting ao longo do programa de 14 sessões. O quadro abaixo mostra como se desenvolveu a frequência dos sujeitos da pesquisa, sendo a letra “P” a representação da presença, e a letra A a representação da ausência.

Sessão	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	Total
Data	07/11	09/11	14/11	16/11	23/11	28/11	30/11	05/12	07/12	12/12	19/12	21/12	26/12	28/12	14
K.L	P	P	P	P	A	P	P	P	P	A	P	P	P	P	12
A.G	P	P	P	A	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	13
S.V	P	A	A	A	A	P	P	P	P	P	A	A	A	A	06
A.J	P	P	P	A	P	P	A	P	P	A	P	A	A	P	09
L.R	A	P	A	A	P	P	P	A	A	A	A	P	A	P	06
J.E	P	P	P	P	P	P	P	A	A	P	A	A	A	A	08

Quadro 3. Frequência dos sujeitos nas sessões.

Fonte: Autoral

Das crianças selecionadas, algumas faltaram bastante, por alguns motivos justificados pelos pais (doença, dificuldades no transporte, etc) o que talvez tenha limitado a sua evolução dentro das variáveis analisadas. Porém, ressaltamos o fato de termos optado por não excluir ninguém.

Essa categoria que iremos analisar nesse tópico é de grande importância visto que para entrar e fazer o seu jogo no ambiente aquático se faz necessário uma adaptação ao meio, que é diferente do habitual. Esse “novo” ambiente pode trazer sensações negativas de desprazer, desconforto, insegurança e medo. Assim, acaba também se tornando, inclusive, mais um desafio a ser enfrentado pelas crianças participantes. Os esquemas motores já adquiridos são, assim, postos à prova porque todo o quadro motor se altera (MATIAS, 2005). Quanto maior for a profundidade da imersão, menor será a capacidade de controlar os movimentos, aumentando assim o desequilíbrio. E apesar da ludicidade ser inerente ao meio aquático é preciso sentir, apropriar-se e se adaptar.

Ao iniciar as sessões percebemos a angústia e o receio de K.L, A.G, S.V e A.J que precisaram da ajuda do responsável para entrar na piscina. Já J.E na primeira sessão entrou sem medo, e com desenvoltura se locomovia pelo espaço, dando mergulhos. Para Gutierrez Filho (2003) a água envolve a criança, “abraça” e funciona como um envelope corporal, proporcionando uma certa segurança.

L.R na sua primeira sessão não conseguiu entrar na água, não o forçamos, ele manipulou alguns materiais perto da borda, notamos que ele ainda não se sentia confortável e confiante para entrar na piscina. Segundo o relato da mãe ele nunca entrou em piscina, nem mesmo com a família, por medo.



Imagem 1. L.R Sentado na borda na sua primeira sessão

Fonte: autoral

Aos poucos, ao longo das semanas, foram se sentindo mais confortáveis e

confiantes, e apesar de K.L. não ter conseguido sair da borda, ele criava estratégias e desenvolvia o seu jogo usando o seu próprio espaço, aquele no qual se sentia confiante. K.L. apresentava um comportamento que aparece como comorbidade em algumas pessoas dentro espectro autista (LIMA, 2012), como birras excessivas, impulsividade e muitas vezes se recusava a brincar, pois queria que todos entrássemos no seu jogo, e se isso não acontecesse ele chorava, demonstrando também baixa tolerância à frustração.

A.G. e J.E., em pouco tempo, se deslocavam pela água com autonomia. Vale ressaltar que cada criança tem seu tempo de aprender e se sentir segura, e a psicomotricidade relacional permite que ela explore a água, ou o espaço em torno, de maneira singular. Trata-se de se apropriar da água, percebê-la e desfrutar de maneira espontânea, e a partir daí construir seu próprio jogo (GUTIERRES FILHO, 2015).

Os brinquedos e materiais colocados à disposição das crianças também contribuíram na adaptação ao meio aquático. Esses objetos favoreceram o descolamento, promoveram uma atmosfera de segurança, e a adaptação ocorreu sem traumas e naturalmente. O brinquedo ali foi um meio condutor entre a criança e a adaptação no ambiente aquático. Utilizando a teoria de Piaget podemos dizer que os objetos promoveram o jogo exercício (esquemas práticos), possibilitaram uma estruturação através da atividade lúdica do simples exercício (PIAGET, 2010). Jogaram objetos aleatórios, e foram buscar, ou seja, precisaram se deslocar, e assim conheceram a água e como seu corpo se locomove nela, como ela atua. Como também a manipulação dos objetos na borda, “a água no rosto”, por exemplo, facilitou a adaptação ao meio aquático (Imagem 2).



Imagem 2. Os objetos mediando a adaptação ao meio aquático. Simbolizando “banho de cachoeira”.

Fonte: autoral.



Imagem 3. Objeto mediando a aprendizagem na adaptação ao meio aquático entre os pares – Banho de chuveiro.

Fonte: autoral.



Imagem 4. Objeto mediando a aprendizagem da adaptação no meio aquático entre os pares – Bombinhas de água.

Fonte: autoral.



Imagem 5. Objeto mediando a aprendizagem da adaptação no meio aquático – Explorando o espaço.

Fonte: autoral

Seguindo uma linha de evolução ao longo das sessões podemos afirmar que a experiência do corpo na água foi uma boa experiência, visto que 5 (cinco) das 6 (seis) crianças nunca haviam participado de atividades aquáticas. As sessões proporcionaram a J.E, A.G e A.J uma maior desenvoltura no seu deslocamento, equilíbrio e consciência corporal no meio aquático. Identificamos que a aluna A.J, que nas primeiras sessões chorava e pedia para sair antes do término da aula, e necessitava da presença do adulto, a partir da 9ª sessão começou a mergulhar, e se deslocar com naturalidade, demonstrando segurança e desenvoltura. Essa adaptação foi natural, A.J aprendeu, desenvolvendo-se no seu próprio jogo, participando ativamente do seu enriquecimento corporal. De acordo com o relatório de um dos professores observadores

Sessão nº5, dia 23/11/2017

Apesar de ter chegado atrasada na sessão, ela estava desenvolta, e demonstrava alegria, mergulhou, sorriu, mas ainda necessita muito da presença do adulto, procura-o na maioria do tempo.

Sessão nº9, dia 07/12/2017

“A.J. permaneceu na piscina do início ao fim, mergulhou, e parecia feliz, caminhou livremente e estava mais solta, diminuindo a procura pelo adulto”

Sessão nº10, dia 09/12/2017

“A.J. entrou na piscina muito feliz, brincou bastante e hoje não chorou.”

A tonicidade muscular de A.J se modificou, se nas primeiras sessões ela era hipertônica, talvez pelo medo e insegurança, ao longo das sessões esse tônus foi se regulando até a normalidade. Foi o seu corpo mostrando, espontaneamente, no ambiente aquático, através da psicomotricidade relacional, que ela entrou em uma espécie “acordo tônico” com a água. O corpo se uniu a água como um estilo de fantasia de fusão total (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).



Imagem 6: A.J. nas primeiras sessões mostrando desconforto

Fonte: autoral.



Imagem 7: Última sessão e A.J em plena sintonia com a água.

Fonte: autoral.

Os demais, L.R, K.L e S.V ao longo das sessões ficaram mais soltos, menos tensos tonicamente, mas de acordo com as observações, fotos, vídeos e relatórios eles não se adaptaram suficientemente para agirem com autonomia com relação ao descolamento no meio aquático, imersão, sair da borda com segurança. Na fala do professor observador

Sessão nº 5, dia 23/12/2017

K.L apresentava interesse em participar e se mostrava alegre, demonstrava interesse em compartilhar objetos, mas ainda apresentava insegurança pois ainda não soltava a borda nem quando estimulado pelos adultos.

Sessão nº10, dia 19/12/2017

“As crianças entraram na piscina bastante animadas, com exceção de K.L, que apesar de ter entrado sozinho na piscina, ainda demonstrava bastante medo.”

Isso pode ser referente a singularidade inerente ao público escolhido, as crianças com transtorno do espectro autista são diferentes, cada uma tem seu tempo de assimilação, de aceitar o diferente e também de se adaptar a ambientes distintos. Concordamos com Freire (1992) quando traz uma reflexão importante, ao colocar que não se pode homogeneizar o grupo, já que as crianças são diferentes no início e serão diferentes no final do processo educativo e seguem seu próprio tempo de ensino-aprendizagem. Ao concordarmos com Lapierre e Lapierre (2002) dizemos que apesar das sessões acontecerem em grupo, os objetivos da aula devem ser diferentes e embora as crianças tenham quase a mesma idade, elas estão em momentos

psicológicos diferentes, porque a história de vida, o meio familiar, são diferentes.



Imagem 8. Na primeira sessão K.L. apresentando medo ao segurar na borda.

Fonte: autoral.



Imagem 9. K.L na última sessão junto a borda

Fonte: autoral.

TRAJETÓRIA LÚDICA

Convém evocar que o termo que dá título a esse tópico foi criado a partir das ideias do professor e pesquisador Airton Negrine (2002), e vem sendo estudado em trabalhos relacionados ao jogo simbólico. Tal expressão é usada para analisar o jogo que as crianças fazem dentro do Setting, sendo esse proposto pelo professor ou por elas mesmas. De fato, a trajetória lúdica, explicada por Falkenbach (2010), é quando o movimento dentro do próprio jogo, varia, em movimento técnico, o que significa fazer exercício, e o movimento simbólico, que são ações guiadas pelo imaginário.

Pensamos e propomos um programa em psicomotricidade relacional para crianças

com transtorno do espectro autista, mesmo sabendo que essas têm dificuldade em trabalhar o imaginário, mas o nosso intuito enquanto professores-pesquisadores, entre outras variáveis, foi estimular também o brincar simbólico. De acordo com Santos (2008, p.29):

A psicomotricidade relacional é antes de tudo um conjunto de ações e estratégias de intervenções pedagógicas que utiliza a via corporal como meio de melhorar as relações da criança com o adulto, com os iguais (com outras crianças), com os objetos e consigo mesma. Ela possui três finalidades: experimentação múltipla e variada; estímulo a vivência simbólica; e comunicação como elemento de intervenção pedagógica, de socialização e de exteriorização da criança.

Traremos a partir deste momento, as observações que considere mais relevantes com relação a trajetória lúdica nas sessões de psicomotricidade relacional no meio aquático. Para tanto, vamos cruzar as informações dos relatórios, imagens e vídeos coletados durante as práticas.

Quando se fala em intervenção motora por meio da psicomotricidade da relação, ligamos ao diálogo corporal dos participantes com os objetos, com os pares, como também com os professores. Então, tentaremos apresentar esta análise da trajetória lúdica através também desse diálogo. As crianças participantes serão agrupadas em dois perfis, pois percebemos uma trajetória lúdica semelhante entre eles. O perfil 1 (um) é formado por A.G, J.E e L.R, e o perfil 2 (dois) é formado K.L, A.J e S.V.

O perfil 1 (um) traz uma trajetória lúdica que oscila entre o jogo exercício e o jogo simbólico, com predominância do jogo simbólico em todas as sessões. Visto que as crianças desse perfil entraram muitas vezes no jogo simbólico, conseguindo em muitos momentos, através do jogo, se relacionar entre si, com os materiais e com os professores.

Nas primeiras sessões o jogo exercício se fez presente, nesse perfil, através da repetição de exercícios padronizados. Tal fato é comum nas sessões de psicomotricidade relacional, o sujeito tende a reproduzir movimentos que conhece, que já tenha vivido ou que queira vivenciar essa habilidade. Na primeira sessão J.E reproduziu exercícios característicos da natação esportiva. Para Negrine (1995) as crianças reproduzem mesmo, seja para reforçar ou treinar habilidades, ou se desafiar na tentativa de conseguir novos movimentos.



Imagem 10. Reproduzindo o movimento semelhante ao nado crawl. J.E no jogo exercício.

Fonte: autoral.

Na trajetória lúdica das crianças que compõe o Perfil 1, o componente simbólico também se fez presente de forma contínua, apesar de apresentarem um repertório pobre nas maneiras e ações do brincar. Nessa forma de brincar identificamos algumas fases do jogo da psicomotricidade relacional de Lapierre e Lapierre (2002) como por exemplo a fase da domesticação, na qual o adulto já não é perigoso aos olhos das crianças e há uma espécie de inversão de papéis, ou seja, elas dominam e a partir de agora ele será o cachorrinho, um gatinho, é o momento da criança impor o seu desejo.



Imagem 11. Fase domesticação o adulto dominado – O transporte de A.G.

Fonte: autoral.

A.G. e J.E. usavam quase sempre o jogo dentro da fase em que Lapierre e Lapierre (2002) chamou de agressividade simbólica, eles constantemente faziam dos materiais da sessão “armas”, um flutuador do tipo espaguete virava espada ou cassetete, e procuravam o adulto para “matar” ou “prender na delegacia”. Bolas viravam “bombas” que eram arremessadas inicialmente nos adultos, depois entre eles mesmos. Ao usar a material corda tivemos “policiais” “algemando” e levando os adultos até a “delegacia”.

Essa agressividade simbólica é caracterizada quando a agressão se torna um jogo, como uma maneira de provocar o adulto, através de pedidos e resposta. Nessa

fase o adulto não é mais o elemento castrador ou autoritário, mas um amigo, com o qual se estabelece uma relação de troca, de igual para igual (LAPIERRE; LAPIERRE, 2002).



Imagem 12. Agressividade simbólica com a professora.

Fonte: autoral.



Imagem 13. Agressividade Simbólica entre os pares. A.G. e J.E.

Fonte: autoral.



Imagem 14. Agressividade simbólica – A.G atingindo a professora com “arma de fogo”

Fonte: autoral.



Imagem 15. “Policial” A.G prendendo a professora. Agressividade Simbólica.

Fonte: autoral.

Os professores-pesquisadores incentivaram o brincar imaginário de “motorista”, de “ônibus”, de “túnel” com o material bambolê, e as crianças responderam entrando no jogo proposto por nós. Segundo Vieira, Batista e Lapierre (2005) um dos papéis dos professores é desenvolver estratégias para aproximar o grupo possibilitando o encontro entre os pares, a partilha do material e a própria dinâmica do jogo.



Imagem 16. J.E. Sendo o motorista dentro da vivência lúdica incentivada pelos adultos.

Fonte: autoral.



Imagem 17. J.E. Jogando basquete dentro da vivência lúdica incentivada pelos adultos.

Fonte: autoral



Imagem 18. Por dentro do túnel - vivência lúdica incentivada pelos adultos

Fonte: autoral.



Imagem 19. Ônibus lotado - Dentro da vivência lúdica incentivada pelos adultos.

Fonte: autoral

O repertório lúdico pobre de fantasias e no imaginário pode estar relacionado ao próprio transtorno do espectro autista, uma vez que são áreas afetadas e pouco desenvolvidas em crianças dentro do espectro autista e muitos desses prejuízos sociais estão relacionados. Baron Cohen, Leslie e Frith (1985) enfatizaram a relação entre os prejuízos sociais e de comunicação e as falhas cognitivas presentes em crianças com autismo infantil. Esses indivíduos demonstram dificuldade acentuada na capacidade simbólica, o que os impede estabelecer habilidades de reciprocidade social.

O Perfil 2 (dois) é formado por K.L, A.J e S.V, eles praticamente não entraram no jogo simbólico, ficaram quase todos os momentos no jogo exercício. A.J e S.V exploraram muito o meio aquático, pareciam fazer da água e de suas propriedades o seu melhor brinquedo. As primeiras sessões desse Perfil se encaixaram na fase de Inibição de Lapierre e Lapierre (2002), que é a primeira fase do jogo da psicomotricidade relacional. K.L, A.J e S.V estavam inibidos, pois se encontraram em uma situação diferente do habitual, na qual os adultos não impõem nada, não propõem atividades, ao alcance delas, olho no olho, além de estarem no meio aquático, que é um ambiente estranho ainda nas primeiras sessões.



Imagem 20. A.J. Ainda tímida e insegura na sessão.

Fonte: autoral

A criança K.L, apesar de muito amedrontado, um sentimento que se mostrou quase que paralisante, ainda conseguiu entrar, poucas vezes, no jogo simbólico, se descolava pela borda e conseguia interagir com as outras crianças. A água parecia

não ser confortável ainda, mas progrediu dentro das suas limitações, entrava na água sozinho e aparentemente feliz por estar ali, talvez pela relação com os colegas, professores e materiais. Entendemos que talvez precisasse de um programa mais longo para essa criança. Acreditamos e concordamos com Lapierre e Lapierre (2002) que cada criança tem seu tempo de adaptação, possui um ritmo diferente, evoluções bloqueadas, retardadas, atípicas.



Imagem 21. K.L apesar de não sair da borda fez seu jogo com material Prancha que virou um “barquinho”

Fonte: autoral

Alguns trabalhos mostraram as dificuldades das crianças de produzirem brincadeiras utilizando a capacidade simbólica, parecendo ser característica própria dessa patologia (WETHERBY E PRUTTING, 1984; BARON COHEN, LESLIE E FRITH, 1985; TAMANAHA E SCHEUER, 1995; TAMANAHA, 2000; CHARMAN ET AL., 2003; JARROLD, 2003; HOLGUIN, 2003; MORGAN; MAYBERY; DURKIN, 2003; PERISSINOTO, 2003; BARRETT; PRIOR; MANJIVIONA, 2004).

O Perfil 2 mostrou uma trajetória lúdica pouco dinâmica e aparentando mais a vontade de explorar o ambiente aquático. A relação com os adultos da sessão era mais de apoio e segurança do que de agressividade, domesticação ou fusionalidade. A relação com o material foi, na maioria das vezes, de auxílio para explorar o meio líquido. Por outro lado, a imitação e o estímulo verbal, provocaram nesse Perfil de crianças mais variações de vivências lúdicas.

Poucas situações simbólicas foram criadas pelas crianças do Perfil 2, e o brincar solitário também se fez presente em muitos momentos. Todavia, na entrevista com os pais todos relataram uma melhora substancial na tolerância de aceitar o outro e até interagir com colega, seja na escola ou em outros ambientes públicos.

No geral, ao analisar os dois perfis, concordamos com Martins (2009) que a criança com autismo brinca e assim como a criança de desenvolvimento típico, gosta de brincadeiras. A diferença da criança com autismo é a reação da pessoa com a

qual ela brinca, ou seja, “a forma como as pessoas próximas reagem à sua falta de respostas e contato, certamente afeta o desenvolvimento da criança, muitas vezes cristalizando o quadro já instalado” (MARTINS, 2009, p. 41).

Estimular o brincar, em grupo, pode ser um dos caminhos para diminuir as defasagens comportamentais inerentes aos transtornos globais do desenvolvimento, dentre eles o do espectro autista e para direcionar e incentivar esse brincar, dependemos fundamentalmente de uma constante leitura de sua receptividade (disponibilidade tônica), para que o adulto possa criar oportunidades de uso do objeto, em atividades compartilhadas (MARTINS, 2009).

COMPORTEAMENTO SOCIAL

Ao verificar a escala ABC dos participantes pré e pós intervenção, foi encontrado diferenças significativas em irritabilidade ($t_{(5)}=3,266$; $p=0,022$), comportamento ($t_{(5)}=2,744$; $p=0,041$) e fala inapropriada ($t_{(5)}=2,939$; $p=0,032$). Enquanto letargia ($t_{(5)}=1,557$; $p=0,180$) e hiperatividade ($t_{(5)}=1,316$; $p=0,245$) não apresentaram diferenças significativas.

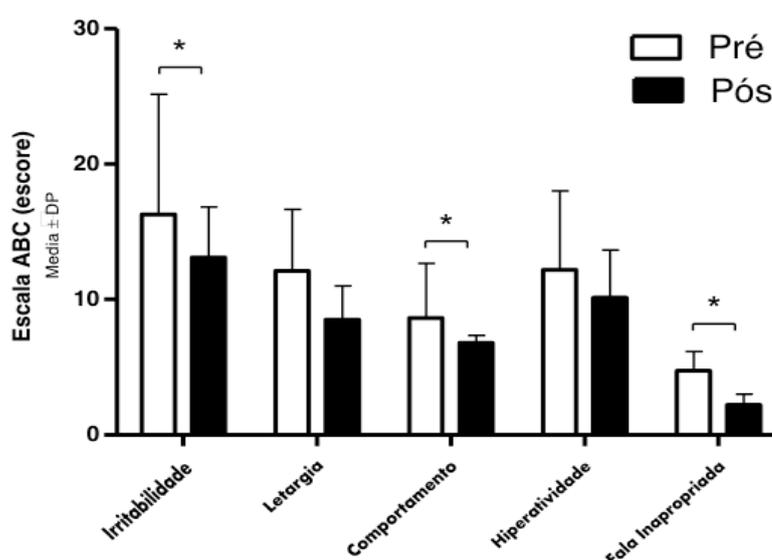


Figura 2. Comparação pré e pós da escala ABC. * Estatisticamente significante.

Os nossos achados confirmam a melhoria nos quesitos comportamental, irritabilidade e fala inapropriada a partir do programa de intervenções pedagógicas da psicomotricidade relacional no meio aquático. O quesito comportamental, na escala utilizada verifica aspectos relevantes quanto a socialização dos sujeitos participantes, ou seja, o nosso programa na água melhorou aspectos sociais nas crianças com transtorno do espectro autista.

Algumas pesquisas verificaram mudanças positivas no comportamento social em crianças autistas que receberam estímulos de intervenção corporal, ou seja, estímulos motores melhoraram aspectos relativos a socialização (KETCHESON; HAUCK;

ULRICH, 2017; FREITAS, 2012; SIPES; MATSON; HOROVITZ, 2011; PAN, 2010; ZHAO; CHEN, 2018)

A psicomotricidade relacional criada por Lapierre e Aucouturier (1986) estimula o brincar espontâneo e coletivo, a criança não vive suas dificuldades sozinha, a sua evolução está subordinada a sua inserção no grupo, sendo ela aceita ou rejeitada. Os professores da sessão estavam sempre em contato com uma ou mais crianças ao mesmo tempo estimulando variadas vivências corporais e o contato afetivo entre os pares. Incentivar o brincar é estimular o desenvolvimento infantil visto que esse é a expressão de uma pulsão de movimento que ativa a criatividade e o desejo de SER.

Como professores não podemos esquecer da importância do movimento para o processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, a psicomotricidade relacional promove, segundo Vieira, Batista e Lapierre (2005), a aprendizagem através das trocas tônicas, das relações afetivas, da convivência autêntica com o outro, com os professores, de acordo com as possibilidades e limitações de cada um.

No estudo de Gutierrez Filho (2003), os ganhos relativos à conduta coletiva, a experiência social e a colaboração da própria criança com as pessoas que faziam parte do Setting otimizaram a função cognitiva, ou seja, os ganhos vieram da relação com o outro, não há desenvolvimento sem o outro: ele aprende ao mesmo tempo que ensina ao outro.

Nas entrevistas feitas com os pais dos participantes do programa de psicomotricidades no meio aquático, todos relataram a mudança no que diz respeito a diminuição do comportamento isolado. Reafirmando assim, o resultado da escala aplicada, na qual apresenta-se o avanço nos ganhos sociais. Foi mencionado que antes da nossa intervenção, as crianças apresentavam dificuldade em partilhar, dividir, brincar com outras crianças, na escola ou em casa, e depois ficaram menos irritadiças, ansiosas com a presença dos pares, tanto que se relacionaram com esses, dividindo brinquedos e participando melhor das atividades coletivas.

De acordo com os resultados estatísticos, outras duas variáveis da escala ABC que também obtiveram uma mudança significativa foram a Irritabilidade e Fala inapropriada. O quesito “Irritabilidade” influencia não somente a criança, mas as pessoas que convivem com ela. A melhoria também não afeta somente ela, mas todos a sua volta. Pudemos notar enquanto professores e observadores que durante o desenvolvimento do programa as crianças estavam mais relaxadas, aparentemente mais felizes em participar.

O nosso programa virou uma rotina na vida das crianças, pode ter contribuído para melhoria da “Irritabilidade”, esses resultados são muito positivos e vão ao encontro ao que a Associação Amigos do Autismo (2009) defende, pois confirmam que um plano de intervenção estruturado colabora na diminuição da ansiedade resultante das alterações de rotina; desenvolve a auto regulação das crianças e, reduz os períodos sem atividades, canalizando a atenção das crianças para aspectos da sessão em detrimento de maneirismos motores e estereotípias.

O fato das atividades psicomotoras relacionais terem sido no ambiente aquático pode ter influenciado na diminuição das características referentes a “Irritabilidade”, pois de acordo com Freitas Júnior (2005), os benefícios proporcionados pela água são diversificados, tais como, melhora da coordenação motora, equilíbrio, e pelo fato da ludicidade estar presente nesse meio acaba por deixar a pessoa mais calma e relaxada.

Segundo o relato da mãe na entrevista, a criança A.J aparentou estar menos irritada, mais tranquila e relaxada e mais feliz. Durante e logo após o programa de psicomotricidade relacional no meio aquático, houve melhorias no sono da criança e o processo de acordar não estava sendo mais estressante, acordando calma e sem lamúria. O fato de A.J estar mais tranquila pode ter contribuído para a mudança no seu dia-a-dia.

A mãe também mencionou o fato de A.J. ter mantido uma rotina das sessões, sendo duas vezes por semana no mesmo horário, isso pode ter contribuído para deixá-la menos irritada e teve sua capacidade de concentração aumentada, o que pode ser explicado por uma falha na função executiva, pois pessoas com autismo apresentam, segundo Frith (2015), falhas nesse campo, o que justifica, por exemplo, as invariações de suas atividades, o apego à rotina, a mesmice e a dificuldade no controle da atenção. Com isso, elas revelam uma inflexibilidade no modo de agir diante de situações adversas do seu cotidiano, mantendo comportamentos estereotipados e interesses restritos (FRITH, 2015; GOLDBERG, 2005).

Outro resultado significativo foi na categoria relacionada à comunicação – Fala Inapropriada. As crianças que estão inseridas dentro do espectro autista possuem atraso ou ausência total no desenvolvimento na linguagem oral, por isso procuram alternativas para se comunicar, usando para isso gestos ou mímicas. Como também alguns indivíduos têm dificuldades para iniciar ou manter uma conversa, a ecolalia também é uma situação presente na linguagem de pessoas com autismo. (LIMA, 2012)

Os resultados da escala ABC mostraram que a comunicação melhorou significativamente. É importante ressaltar que a comunicação no Setting proposto por Lapierre e Aucouturier (1986) que deve prevalecer é a pela via corporal, através dos gestos motores, disponibilidade e diálogo tônico. Contudo, no Setting proposto nesse programa também se utilizou a linguagem oral, tendo em vista a dificuldade inerente a tal transtorno. Salientamos que a comunicação oral não aconteceu para dar comandos ou ordens, como numa prática diretiva, mas para facilitar e estimular a brincadeira e a oralidade nas crianças. Então, além da fala do corporal, através de gestos, expressões e movimentos, colocamos mais um elemento dentro do jogo, o discurso oral.

Apesar da inserção de mais uma forma de comunicação e troca, acreditamos que o nosso Setting não perdeu a característica pregada pelos criadores da psicomotricidade relacional, e bem caracterizada por Vieira, Batista e Lapierre (2005), pois mantivemos o lugar como espaço simbólico permissivo, continente e desculpabilizante, no qual se valorizou a importância da organização do tempo e do espaço. Como professores-

mediadores do programa, garantimos também a segurança e confiabilidade nas situações do jogo espontâneo.

Conseguimos além disso observar nos vídeos, imagens e relatórios, que ao longo das sessões as crianças deixaram de recorrer aos adultos e passaram a se comunicar entre si, através da troca de material, de olhares, de gestos, e movimentos, dentro da própria vivência lúdica. Ou seja, a comunicação dentro do setting ocorreu, ao nosso ver, de forma plena e muito significativa.

Pesquisas na área de intervenção motora e ganhos na comunicação em crianças com transtorno do espectro autista são escassas, encontramos poucos estudos, sendo que um deles verificou os efeitos da Equoterapia em 6 (seis) crianças autistas entre 5 e 7 anos. Esse estudo mostra taxas de melhoria por aspectos avaliados, sendo eles: atenção (22%), percepção 32%, tônus 46%, o ajuste do motor 86%, imitação 60%, emoção 16%, contato 37%, e de comunicação 24% (HAMEURY, 2010). Uma pesquisa bem mais recente nos mostra resultados positivos na relação exercício físico x melhoria na comunicação em crianças com autismo, utilizando o método experimental com uma amostra de 41 crianças (ZHAO; CHEN, 2018).

No questionário ATEC não foi encontrado diferenças significativas em linguagem ($t(5)=2,154$; $p=0,084$), sociabilidade ($t(5)=2,214$; $p=0,078$), percepção sensorial cognitiva ($t(5)=2,345$; $p=0,066$) e saúde comportamental ($t(5)=1,357$; $p=0,233$).

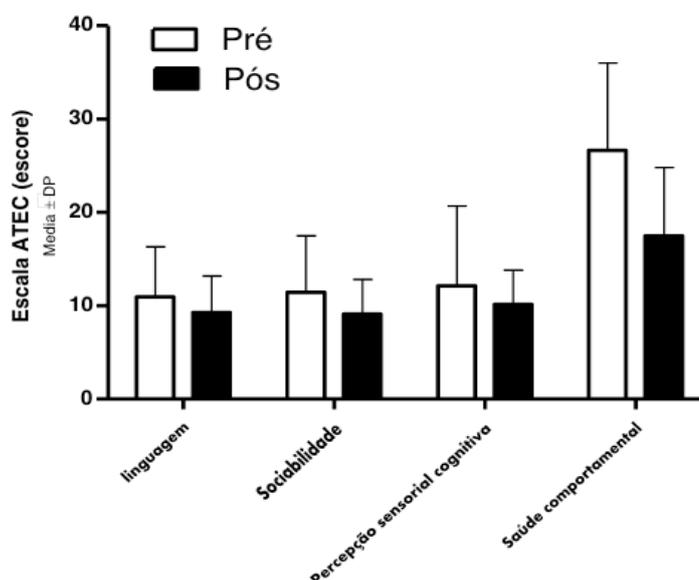


Figura 3. Comparação pré e pós da escala ATEC.

Devido ao tamanho da nossa amostra não houve resultados significativos na Escala ATEC. No entanto, estudos com tal escala são comuns, por ser uma ferramenta de baixo custo, validada no Brasil e acessível a todas as áreas de intervenção em pessoas com autismo e está disponível na internet. Estudos em todas as áreas de intervenção com autismo, como por exemplo na música, na Equoterapia, no uso de medicamentos ou intervenções em saúde não medicamentosa. (FREIRE, 2014; FERNANDES; ALVES DIAS; SANTOS, 2017; PERSICO; VERDECCHIA, 2015)

DESENVOLVENDO DAS AVD'S

A autonomia nas atividades da vida diária vem sendo estudada e servindo também como forma de verificar a eficácia seja do exercício físico, uso de medicamentos, ou tratamentos em saúde mental. Constantemente o público-alvo são crianças ou adultos com algum tipo de deficiência, ou pessoas idosas que normalmente apresentam perdas significativas de ordem biológica durante o envelhecimento.

Concordamos com Gutierrez Filho (2015) quando diz que os pais de crianças com deficiência costumam superproteger seus filhos, facilitando os atos de se alimentar, se vestir, se higienizar, etc. Provavelmente eles se encontram enraizados nos sentimentos de incapacidade, culpabilidade, dificultando o desenvolvimento da autonomia e independência em relação às atividades diárias básicas. Ao fazer isso, os adultos ao redor limitam muito o desenvolvimento dos sujeitos.

Nas entrevistas os pais revelaram que as crianças ainda são bem dependentes dos adultos da casa para realizar atividades do cotidiano, mesmo depois das sessões a maioria sinalizou que o programa de 14 sessões não promoveu uma mudança pontual no ganho nas AVD's, resultado esse que podemos atribuir ao fato do programa ter sido, relativamente, de curta duração, pois podemos comparar outras pesquisas semelhantes, com mais sessões, nas quais houve diferença no resultado, ou seja, apresentando ganhos substanciais nas AVD's (GUTIERRES FILHO, 2003; 2015; FALKENBACH, 2014).

Todavia, um dos participantes se destacou em variados aspectos. Segundo a mãe de A.J, que demonstrou estar muito satisfeita com relação a participação da filha nas sessões, atualmente a criança consegue calçar sandálias sem precisar de guia para mantê-las nos pés, aprendeu a usar o banheiro sozinha, ou seja, aprendeu a controlar o esfíncter, e a comer usando talheres. E atribuiu esses ganhos à intervenção que ela participou. No áudio, a mãe de A.J diz que o programa se traduziu em resultados mais do que qualquer outro tratamento ou intervenção já feita nesse 1 ano de cuidados e terapias,

Áudio – Mãe de A.J. 03'14"

[... a questão de interagir comigo, nesses dois últimos meses foi surpreendente, eu obtive respostas que não tive há mais um ano, pra ela sair da fralda, por exemplo, ou calçar a sandália...]

Contudo, vale ressaltar, que A.J já vem fazendo outras intervenções, tanto no próprio CAPSi, quanto em outras instituições de saúde, como também frequentou um certo período a escola, momentos esses que também podem ter contribuído para a evolução nas AVD's da participante da pesquisa.

As AVD's estão relacionadas às causas de estresse materno, as mães de crianças com autismo destacaram que os problemas de comportamento e as dificuldades com atividades de vida diária, como por exemplo vestir-se, fazer a higiene, sair sozinho são as principais preocupações (SCHMIDT; DELL'AGLIO; BOSA, 2007).

Entendemos que quando a mãe de A.J diz que "tudo melhorou", é porque a vida dela também está melhor, ao ver a filha respondendo ao seu chamado, acordando mais tranquila, mais atenta e mudando a sua forma de brincar.

É necessário para ir além de um programa de psicomotricidade relacional, ou qualquer outro tipo de intervenção, que os pais e outras pessoas do convívio das crianças estejam dispostas a abrir mão da superproteção, e parar de realizar todas as atividades diárias sem estimular que elas mesmas as façam. Sendo assim, recomendamos que haja um diálogo frequente entre professores (ou terapeutas) e pais no sentido provocar mudanças positivas em busca da independência da pessoa com deficiência e assim conseguirmos dar um passo maior com relação ao desenvolvimento da autonomia das atividades da vida diária.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término desse estudo com 14 sessões de 50 minutos, 15 horas de filmagens, 2.352 fotos, 2 escalas aplicadas e entrevistas, conclui-se que o programa de psicomotricidade relacional trouxe mudanças significativas no comportamento social dos sujeitos que compuseram a amostra, de acordo com os resultados nas entrevistas e escala ABC. A escala ABC nos mostrou também diferenças significativas outros requisitos como Irritabilidade, Fala inapropriada. Desta forma concluímos que o programa trouxe benefícios na comunicação dos sujeitos participantes e apresentou um certo efeito tranquilizador.

Nos outros aspectos pontuados no trabalho conclui-se que as crianças apresentaram uma trajetória lúdica pouco dinâmica, sendo que algumas crianças conseguiram mergulhar no jogo simbólico, perpassando por algumas fases dentro do jogo da psicomotricidade relacional, porém a trajetória lúdica pouco se modificou. Outras já não expressaram seu imaginário dentro do jogo, mas brincaram explorando o meio aquático e interagindo com os materiais, os pares e os professores dentro dos limites e possibilidades de cada um. A adaptação no meio aquático ocorreu durante todo o programa, sendo que alguns sujeitos se adaptaram mais rápido que outros, tendo somente um que não conseguiu se adaptar, fato que limitou sua participação nas vivências lúdicas.

Ansiamos para que essas considerações finais representem o começo de novas reflexões e, em seguida, de novas investigações. Nada obstante, essa pesquisa nos possibilitou constatar que a psicomotricidade relacional no meio aquático, pode ser uma prática pedagógica eficaz para ser aplicada em crianças com transtorno do espectro autista. E que as políticas de formação dos profissionais que atuam com esse público consigam ampliar o seu olhar, sob novas perspectivas, trabalhando a partir das potencialidades da criança, sem se restringirem somente às dificuldades. Desejamos que ocorra uma quebra de paradigmas que nos possibilitem organizar um conhecimento que agregue as questões singulares e inexploradas do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- APA - ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 2 ed. Washington Dc: Associação Americana de Psiquiatria, 2002.
- ASSUMPÇÃO-JUNIOR, F. B.; PIMENTEL, A. C. M. Autismo infantil. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 37-39, 2000.
- BARRETT, S.; Prior, M. y J. Manjiviona (2004). Children on the borderlands of autism: differential characteristics in social, imaginative, communicative and repetitive behaviour domains, Autism, 8 (1): 61-87.
- BARON-COHEN, Simon; LESLIE, Alan M.; FRITH, Uta. Does the autistic child have a "theory of mind"? Cognition, v. 21, n. 1, p. 37-46, 1985.
- BARON-COHEN, S.; KNICKMEYER, R. C.; BELMONTE, M. K. Sex differences in the brain: implications for explaining autism. Science, Washington, v. 310, n. 5749, p. 819-23, 2005.
- BARLOW, David H.; DURAND, V. Mark. Psicopatologia: Uma abordagem integrada. 2 ed. São Paulo: Cenage Learning, 2015.
- BAKER, Bruce L.; BRIGHTMAN, Alan J. Passos para autonomia. Ensinar atividades diárias a crianças com necessidades especiais. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.
- BEREOHFF, Ana Maria P; LEPPPOS, Ana Lúcia E; FREIRE, Helena Vasconcelos. Considerações Técnicas sobre o atendimento psicopedagógico do aluno portador de condutas típicas da síndrome do autismo e de psicoses infanto-juvenis. Brasília: ASTECA, 1994.
- BEYER, H. O. A criança com autismo: propostas de apoio cognitivo a partir da "teoria da mente". In: BAPTISTA, C. R.; BOSA, C. (Org.). Autismo e educação: reflexões e propostas de intervenção. Porto Alegre: Artmed, 2002. p.111-126.
- BOATO, E.M. Metodologia de intervenção corporal para autistas. São Paulo: Edições Loyola, 2016.
- BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. Revista brasileira de psiquiatria= Brazilian journal of psychiatry. Vol. 28, supl. 1 (maio 2006), p. 47-53, 2006.
- BREINBAUER, Cecilia. Fortaleciendo el desarrollo de niños con necesidades especiales: Introducción al Modelo DIR y la terapia Floortime o Juego Circular. Revista de la Asociación Peruana de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes. N° 11, 2006. Disponível em: <<http://andamiajeseneldesarrollo.com/admin/archivos/Fortaleciendo%20el%20desarrollo...%20Breinbauer%20-%20copia.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.
- CAMARGOS, W. Jr.(org.) Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: 3º Milênio. Brasília: Ministério da Justiça, Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, AMES, ABRA, 2002.
- CARVALHO, C. Natação: contributo para o sucesso do ensino aprendizagem. Edição do autor, 1994.

- CHARMAN, T et al. A. Predicting language outcome in infants with autism and pervasive developmental disorders. *Int Lang Com Dis* 2003;38(3):265-85.
- CASANOVA, M. F.; BUXHOEVEDEN, D.; BROWN C. Clinical and macroscopic correlates of minicolumnar pathology in autism. *Journal of Child Neurology*, Thousand Oaks, v. 17, n. 9, p. 692-95, 2002.
- COLAÇO, Ana Maria Felizardo dos Santos. *Psicomotricidade e intervenção precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança, Professor Torrado da Silva do Hospital Garcia da Orta*. 2014.
- CORNELSEN, Sandra. *Uma criança autista e sua trajetória na inclusão escolar por meio da psicomotricidade relacional*. 200p. Tese de Doutorado. Dissertação. Pedagogia, UFPR, Curitiba.
- CHU, Chia-Hua; PAN, Chien-Yu. The effect of peer-and sibling-assisted aquatic program on interaction behaviors and aquatic skills of children with autism spectrum disorders and their peers/siblings. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 6, n. 3, p. 1211-1223, 2012.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 1994.
- FALKENBACH, A. P. *Um estudo de casos: as relações de criança com síndrome de Down e de crianças com deficiência auditiva na psicomotricidade relacional*. 2003. 452p. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Ciências do Movimento Humano, UFRGS, Porto Alegre.
- FALKENBACH, Atos Prinz; DIESEL, Daniela; DE OLIVEIRA, Lidiane Cavaleiro. O jogo da criança autista nas sessões de psicomotricidade relacional. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 31, n. 2, 2010.
- FERNANDES, F. D. M. *Terapia de linguagem em crianças com transtornos do espectro autístico*. In: FERREIRA, L. P.; BEFI-LOPES, D. M.; LIMONGI, S. C. O. (Org.). *Tratado de Fonoaudiologia*. São Paulo: Roca, 2004.
- FERNANDES, Thiago; ALVES DIAS, Ana Luiza; SANTOS, Natanael Antonio. Estimulação transcraniana por corrente contínua no autismo: uma revisão sistemática. *Psicologia: teoria e prática*, v. 19, n. 1, 2017.
- FERNÁNDEZ, Sabina Barrios. Taller: Ayúdame a comprender el mundo. Apoyos visuales para la promoción de la autonomía en personas con trastorno del espectro autista y trastornos específicos en el lenguaje. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, n. 8, p. 11, 2013.
- FREITAS, Dorathy Augusta Teixeira de et al. *Observação e intervenção psicomotora em meio aquático em crianças com perturbações do espectro do autismo*. 2012. Tese de Doutorado.
- FREIRE, João Batista. *Educação de corpo inteiro: teoria e prática da educação física*. 3. ed. São Paulo: Scipione, 1992.
- FREIRE, Marina Horta. *Efeitos da Musicoterapia Improvisacional no tratamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo*. 2014.
- FRITH, U. *Autism: explaining the enigma*. Oxford: Basil Blackwell, 1989.
- FRITH, U. *Autismo: hacia una explicación del enigma*, 2ª ed., trad. C. González. Madrid (Espanha): Alianza, 2015.
- GADIA, C. A.; TUCHMAN, R.; ROTTA, N.T. Autismo e doenças invasivas do desenvolvimento. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 83-94, 2004.

- GAYA, Adroaldo (Org). Ciências do movimento humano: introdução a metodologia da pesquisa. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- GIKOVATE, C. G. Problemas sensoriais e de atenção no autismo: uma linha de investigação. 1999. 82f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, 1999.
- GÓES, M. C. R. A Abordagem microgenética na matriz histórico-cultural: uma perspectiva para o estudo da constituição da subjetividade. Caderno Cedes, Campinas, v. 20, n. 50, p. 09-25, 2000.
- GÓES, M. C. R.; LEITE, A. I. P. Cognição e imaginação: a elaboração do real pela criança e as práticas de educação infantil. In: ENCONTRO INTERNACIONAL LINGUAGEM, CULTURA E COGNIÇÃO, 2., 2003, Belo Horizonte. Anais. Belo Horizonte: UFMG, 2003.
- GOLDBERG, K. (2005). Autismo: uma perspectiva histórico-evolutiva. Revista de Ciências Humanas, 6(6), 181-196. Recuperado de <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/view/263/482>
- GREENSPAN, S. I.; WIEDER, S. Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communication: a chart review of 200 cases of children with autism spectrum diagnoses. The Journal of Developmental and Learning Disorders, New York, v. 1, n. 1, p. 87-141, 1997.
- GUTIERRES FILHO, Paulo. A psicomotricidade relacional em meio aquático. Barueri: Manole, 2003.
- GUTIERRES FILHO, P.J.B. A psicomotricidade no meio aquático. In: FERNANDES, J.M.G.A.; GUTIERRES FILHO, P.J.B. Psicomotricidade Abordagens Emergentes. Barueri: Manole, 2015.
- HAMEURY, L. Équithérapie et autism. Annales Médico-Psychologiques, v.168, p.655-659, 2010.
- HONEY, E.; McCONACHIE, H.; RANDLE, V.; SHEARER, H.; COUTEUR, A. S. Oneyear change in repetitive behaviours in young children with communication disorders including autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, Springer, v. 28, n. 8, p. 1439-50, 2008.
- HOROVITZ, Max et al. The relationship between race and challenging behaviours in infants and toddlers with autistic disorder and pervasive developmental disorder—not otherwise specified. Developmental Neurorehabilitation, v. 14, n. 4, p. 208-214, 2011.
- JONES, E. A.; CARR, E. G. Joint attention in children with autism: theory and intervention. Focus on Autism and Other Developmental Disabilities, Austin, v. 19, n. 1, p. 13-26, 2004.
- JOBIM, Ana Paula; ASSIS, Ana Eleonora Sebrão. Psicomotricidade: Histórico e Conceitos. IX Salão de iniciação científica e trabalhos acadêmicos, Guaíba- RS: Universidade Luterana do Brasil, 2008.
- KANNER, L. Os distúrbios autísticos do contato afetivo. In: ROCHA, P. S. (Org) Autismos. São Paulo: Escuta, 1997.
- KETCHESON, Leah; HAUCK, Janet; ULRICH, Dale. The effects of an early motor skill intervention on motor skills, levels of physical activity, and socialization in young children with autism spectrum disorder: A pilot study. Autism, p. 1362361316650611, 2016.
- LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. Bruno. Porto Alegre: Artes médicas, 1986.
- LAPIERRE, André; LAPIERRE, Anne. O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: psicomotricidade relacional e formação da personalidade. Curitiba: Ed. Ufpr: Ciar, 2002.

- LAPIERRE, A.; AUCOUTURIER, B. A Simbologia do movimento: psicomotricidade e educação. Curitiba: Filosofart, 2004.
- LAWSON, Rebecca P.; REES, Geraint; FRISTON, Karl J. An aberrant precision account of autism. *Frontiers in human neuroscience*, v. 8, 2014.
- LEITÃO, Leopoldo Gonçalves. Relações terapêuticas: Um estudo exploratório sobre Equitação Psico-Educacional (EPE) e autismo. *Análise Psicológica*, p. 335-354, 2004.
- LI, Xiaohong; ZOU, Hua; BROWN, W. Ted. Genes associated with autism spectrum disorder. *Brainresearchbulletin*, v. 88, n. 6, p. 543-552, 2012.
- LIMA, C. B. Perturbações do Espectro do Autismo. Manual prático de intervenção. Lisboa: Lidel, 2012.
- MACHADO, M. L. S. Educação e terapia da criança autista: uma abordagem pela via corporal. 2001.
- MATIAS, A. Terapia Psicomotora em meio aquático. *A Psicomotricidade*, 5, pp.68-76, 2005.
- MARTINS, ALESSANDRA DILAIR FORMAGIO. Crianças autistas em situação de brincadeira: apontamentos para as práticas educativas. 2009. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Metodista de Piracicaba, Piracicaba.
- MARTINS, Débora Lourdes; RABELO, Ricardo José. Influência da atividade física adaptada na qualidade da vida de deficientes físicos. *Movimentum* 2008, v. 3, n. 2, p. 1-11, 2008.
- MILLER, Judith S. et al. Autism spectrum disorder reclassified: A second look at the 1980s Utah/UCLA autism epidemiologic study. *Journal of autism and developmental disorders*, v. 43, n. 1, p. 200-210, 2013.
- MILHER, L. P.; FERNANDES, F. D. M. Análise das funções comunicativas expressas por terapeutas e pacientes do espectro autístico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, Barueri, v. 18, n. 3, p.239-48, 2006.
- MINTZ, Mark; ALESSANDRI, Michael; CURATOLO, Paolo. Abordagens terapêuticas para os transtornos do espectro autista. IN: TUCHMAN, Roberto; RAPIN, Isabelle. *Autismo: abordagem neurobiológica*. Trad. Denise Regina de Sales. Porto Alegre: Artmed, 2009. P. 301- 327.
- MORGAN B.; MAYBERY M. Durkin K. Weak central coherence, poor joint attention, and low verbal ability: independent deficits in early autism. *Dev Psychol* 2003;39(4): 646-56.
- NEGRINE, A. O corpo na educação infantil. Caxias do Sul: Educs, 2002.
- . Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In: NEGRINE, A. S; MACHADO, M. L. *Casos*. Caxias do Sul: Educs, 2004.
- . *Simbolismo e Jogo*. Petrópolis: Vozes, 2014.
- PAN, Chien-yu. Effects of water exercise swimming program on aquatic skills and social behaviors in children with autism spectrum disorders. SAGE. Publications and The National Autistic Society, 2010.
- PAN, Chien-Yu. The efficacy of an aquatic program on physical fitness and aquatic skills in children with and without autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, v. 5, n. 1, p. 657-665, 2011.

- PAULA, Cristiane S. et al. Autism in Brazil: perspectives from science and society. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 57, n. 1, p. 2-5, 2011.
- PERSICO, Antonio M.; VERDECCHIA, Magda. Psicofarmacologia dell'Autismo. *Eur. Neuropsychopharmacol*, v. 25, p. 1513-31, 2015.
- PERISSINOTO J. Conhecimentos essenciais para atender bem a criança com autismo. In: Perissinoto J, Marchesan I, Zorzi J, organizadores. *Conhecimentos essenciais para atender bem a criança com autismo*. São José dos Campos (SP): Pulso; 2003.
- PIAGET, Jean. A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 4. ed. Rio de Janeiro: Ltc, 2010. 331. Tradução Álvaro Cabral e Christiano Monteiro Oiticica.
- REYNOSO, César et al. El trastorno del espectro autista: aspectos etiológicos, diagnósticos y terapéuticos. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, v. 55, n. 2, p. 214-222, 2017.
- ROGERS, S.; DAWSON, G. *Intervenção precoce em Crianças com autismo*. Ed. Lidel, 2014.
- ROCHA, M. S. P. M. L. Não brinco mais: a (des)construção do brincar no cotidiano educacional. Ijuí: UNIJUÍ, 2000.
- SANINI, Cláudia; SIFUENTES, Maúcha and BOSA, Cleonice Alves. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2013, vol.29, n.1, pp. 99-105. ISSN 0102-3772. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v29n1/12.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2014.
- SANTOS, Santa Marli Pires dos. *Brinquedo e infância: um guia para pais e educadores*. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.
- SANTOS, G.G. *Psicomotricidade Relacional. Um outro olhar sobre a motricidade humana*. São Paulo: All Print, 2008.
- SARMENTO, P. *Adaptação ao meio aquático: quais os comportamentos que os bebês possuem com maior frequência durante a adaptação ao meio aquático?* Lisboa, Desporto, 1993.
- SCHEUER, C. Distúrbios da linguagem nos transtornos invasivos do desenvolvimento. In: BAPTISTA, C.R.; BOSA, C. (Org.). *Autismo e educação*. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 51-63.
- SCHMIDT, Carlo; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco; BOSA, Cleonice Alves. Estratégias de coping de mães de portadores de autismo: lidando com dificuldades e com a emoção. *Psicologia: reflexão e crítica*, v. 20, n. 1, p. 124- 131, 2007.
- SCHULER, A.C. Beyond ecoplailia: promoting language in children with autism. *Autism* 2003;7 (4):455-69.
- SIMEÃO, D. L. O. Os Efeitos do Programa de Intervenção da Psicomotricidade Relacional com Criança Autista na Construção das Relações Afetivas. 2016. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Educação Física – Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
- STORCH, Eric A. et al. The effect of cognitive-behavioral therapy versus treatment as usual for anxiety in children with autism spectrum disorders: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v. 52, n. 2, p. 132-142. e2, 2013.
- SWEILEH, W. M. et al. Bibliometric profile of the global scientific research on autism spectrum disorders. *SpringerPlus, Nabus*, v. 5, n. 1480, p. 1-12, set. 2016.

- TAMANAHA, A. C. Autismo infantil e síndrome de Asperger: o desempenho comunicativo no diagnóstico fonoaudiológico [dissertação]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2000.
- TAMANAHA A. C.; SCHEUER, C.I. O jogo simbólico no autismo infantil: um estudo sob a perspectiva fonoaudiológica[monografia]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1995.
- TAMANAHA, A. C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B. M. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da Síndrome de Asperger. Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, São Paulo, v. 13, n. 3, p.296-99, 2008.
- TUCHMAN, Roberto; RAPIN, Isabelle. Autismo: abordagem neurobiológica. Tradução: Denise Regina Sales. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- VIEIRA, José Leopoldo. Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. PerspectivasOnLine 2007-2010, v. 3, n. 11, 2014.
- VIGOTSKI, L.S. A Formação Social da Mente: O Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- VIEIRA, José Leopoldo; BATISTA, M.I.B; LAPIERRE, A. Psicomotricidade Relacional: A teoria de uma prática. Curitiba: Filosofart Editora, 2005.
- WALLON, H. A Evolução Psicológica da Criança. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- WALTER, Cátia Crivelenti de Figueiredo. O PECS- adaptado no ensino regular: uma opção de comunicação alternativa para alunos com autismo. In: NUNES, Leila Regina d'Oliveira de Paula [et al.] (Org.). Comunicar é preciso: em busca das melhores práticas na educação do aluno com deficiência. Marília: ABPEE, 2011. P. 127- 139.
- WATT, N.; WETHERBY, A. M.; BARBER, A.; MORGAN, L. Repetitive and stereotyped behaviors in children with autism spectrum disorders in the second year of life. Journal of Autism and Developmental Disorders, Springer, v. 38, n. 8, p. 1518-33, 2008.
- WETHERBY A,.PRUTTING C. Profiles of communicative and cognitive social abilities in autistic children. J Speech Hear Dis 1984;27:367-77.
- WILLIAMS, E. A comparative review of early forms of object-directed play and parent-infant play in typical infants and young children with autism. Autism, London, v. 7, n. 4, p. 361-77, 2003.
- WINNICOTT, D. W. O brincar e a realidade. São Paulo: Imago, 1975.
- WINGATE, M., et al..Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 Sites, United States, 2010. MMWR Surveill. Summ, v. 28, p.1-21, 2014.
- YILMAZ, Ilker et al. Effects of most to least prompting on teaching simple progression swimming skill for children with autism. Education and Training in Autism and Developmental Disabilities, p. 440-448, 2010.
- YANARDAG, Mehmet; AKMANOGLU, Nurgul; YILMAZ, Ilker. The effectiveness of video prompting on teaching aquatic play skills for children with autism. Disability and rehabilitation, v. 35, n. 1, p. 47-56, 2013.
- ZHAO, Mengxian; CHEN, Shihui. The Effects of Structured Physical Activity Program on Social Interaction and Communication for Children with Autism. Bio Med Research International, v. 2018, 2018.

ANEXO – “A” AUTISM TREATMENT EVALUATION CHECKLIST

Nome _____ Data _____ ATEC nº _____

Data Nascimento _____ Sexo _____ Score anterior _____

Por favor, assinale com um círculo à volta da opção que mais se adequa:

I. Discurso/Linguagem/Comunicação f (falso) a (às vezes) v (verdade)

- | | |
|--|---|
| fa v 1. Sabe o seu nome | fa v 8. Consegue usar frases com 4 ou mais palavras. |
| fa v 2. Responde ao sim e não | fa v 9. Explica o que quer |
| fa v 3. Segue alguns comandos | fa v 10. Faz questões significativas |
| fa v 4. Consegue usar uma palavra de cada vez (Não, comer, água) | fa v 11. Discurso tende a ser significativo e relevante |
| fa v 5. Consegue usar 2 palavras de cada vez (Não quero, quero ir) | fa v 12. Usa frequentemente frases sucessivas |
| fa v 6. Consegue usar 3 palavras de cada vez. (não quero leite) | fa v 13. Mantém uma boa conversação |
| fa v 7. Sabe 10 ou mais palavras. | fa v 14. Comunica normalmente para a sua idade. |

II. Sociabilidade f (falso) a (às vezes) v (verdade)

- | | |
|---|--|
| fa v 1. Parece estar fechado numa concha, não se consegue chegar a ele. | fa v 11. Não gosta de ser cuidado, segurado. |
| fa v 2. Ignora as outras pessoas | fa v 12. Não partilha |
| fa v 3. Quando é abordado, presta pouca ou nenhuma atenção. | fa v 13. Não acena adeus |
| fa v 4. Não cooperativo e resistente. | fa v 14. É desagradável |
| fa v 5. Nenhum contacto ocular. | fa v 15. Faz birras |
| fa v 6. Prefere estar só. | fa v 16. Falta de amigos/companheiros |
| fa v 7. Não demonstra afeição. | fa v 17. Raramente sorri |
| fa v 8. Não cumprimenta os pais. | fa v 18. Insensível aos sentimentos dos outros |
| fa v 9. Evita contacto com os outros | fa v 19. Indiferente se gostam dele |
| fa v 10. Não imita | fa v 20. Indiferente se os pais partem. |

III. Capacidade Cognitiva f (falso) a (às vezes) v (verdade)

- | | |
|---|--|
| fa v 1. Responde ao seu nome próprio. | fa v 10. Tem noção do meio ambiente. |
| fa v 2. Reage ao elogio. | fa v 11. Noção do perigo. |
| fa v 3. Olha para as pessoas e animais | fa v 12. Demonstra imaginação |
| fa v 4. Olha para fotografias e TV. | fa v 13. Inicia actividades |
| fa v 5. Desenha, usa cores, etc. | fa v 14. Veste-se sozinho |
| fa v 6. Joga de forma apropriada com os brinquedos. | fa v 15. Curioso, interessado. |
| fa v 7. Expressões faciais apropriadas ao contexto. | fa v 16. Aventureiro, explorador. |
| fa v 8. Compreende histórias na tv. | fa v 17. Vive num mundo à parte |
| fa v 9. Compreende explicações. | fa v 18. Olha para onde os outros estão a olhar. |

IV. Saúde e comportamento

Sp (Sem problema); pp (P. Pequeno); pm (P. Moderado); pg (P. Grave)

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|--|
| sp pp pm pg 1. Xixi na cama | sp pp pm pg 8. Dieta extremamente rígida | sp pp pm pg 15. Ansioso/medroso | sp pp pm pg 22. Frequentemente agitado |
| sp pp pm pg 2. Xixi nas calças/fraldas | sp pp pm pg 9. Hiperactivo | sp pp pm pg 16. Infeliz/chora muito | sp pp pm pg 23. Insensível à dor |
| sp pp pm pg 3. Evacua nas calças/fraldas | sp pp pm pg 10. Letárgico | sp pp pm pg 17. Convulsões | sp pp pm pg 24. Fixação por objectos ou tópicos de conversa. |
| sp pp pm pg 4. Diarreia | sp pp pm pg 11. Magoa-se a ele próprio | sp pp pm pg 18. Discurso obsessivo | sp pp pm pg 25. Movimentos repetidos (balançar, etc.) |
| sp pp pm pg 5. Obstipação | sp pp pm pg 12. Magoa os outros | sp pp pm pg 19. Rotinas rígidas | |
| sp pp pm pg 6. Problemas de sono | sp pp pm pg 13. Destrutivo | sp pp pm pg 20. Fala alto ou berra | |
| sp pp pm pg 7. Come demasiado/ pouco | sp pp pm pg 14. Sensível ao som | sp pp pm pg 21. Exige igualdade | |

ANEXO – “B” ESCALA DE COMPORTAMENTO ATÍPICO (ABC)

INSTRUÇÕES

A escala de sintomas ABC comunitária foi elaborada para ser usada em pacientes que vivem em comunidade. Por isso o termo paciente é usado para se referir à pessoa que está sendo avaliada, que pode ser uma criança em idade escolar, um adolescente ou um adulto.

Pontue o comportamento do paciente em relação às quatro últimas semanas. Para cada item decida se o comportamento é um problema e circule o número apropriado:

- 0 = não é problema;
- 1 = o comportamento é um problema, mas em grau leve;
- 2 = o problema tem gravidade moderada;
- 3 = o problema é grave.

Quando estiver julgando o comportamento do paciente, tenha em mente os pontos a seguir:

a) Considere a frequência com que cada comportamento acontece de forma relativa. Por exemplo, se um paciente tem em média mais acessos de fúria do que a maioria de outros pacientes que você conheça, ou do que a maioria dos seus colegas de classe, a gravidade é provavelmente moderada (2) ou grave (3), mesmo que ocorra somente uma ou duas vezes por semana. Outros comportamentos, como desobediência, provavelmente precisam ocorrer com maior frequência para merecer a pontuação máxima.

b) Considere a opinião de outros cuidadores do paciente, caso você tenha acesso a essa informação. Se o paciente tem problemas com outros, mas não com você, tente levar em conta a situação de maneira geral.

c) Tente considerar se um determinado comportamento interfere no desenvolvimento, funcionamento ou relacionamento dele/dela. Por exemplo, balançar o corpo ou retraimento social podem não perturbar outras crianças ou adultos, mas certamente atrapalha o funcionamento ou desenvolvimento individual.

Não se detenha muito tempo em cada item, sua primeira impressão geralmente é a correta.

1.	Excessivamente ativo(a) em casa, na escola, no trabalho ou em qualquer lugar	0	1	2	3
2.	Fere-se de propósito	0	1	2	3
3.	Indiferente, lento(a), parado(a)	0	1	2	3
4.	Agressivo(a) com outras crianças ou adultos (verbalmente ou fisicamente)	0	1	2	3
5.	Procura se isolar dos outros	0	1	2	3
6.	Movimentos corporais repetitivos e sem sentido	0	1	2	3
7.	Barulhento(a) (ruídos grosseiros e inapropriados)	0	1	2	3
8.	Grita inapropriadamente	0	1	2	3
9.	Fala excessivamente	0	1	2	3
10.	Crises de birra/acesso de fúria	0	1	2	3
11.	Comportamentos estereotipados; movimentos anormais, repetitivos	0	1	2	3
12.	Preocupado(a), fixa o olhar no vazio	0	1	2	3
13.	Impulsivo(a) (age sem pensar)	0	1	2	3
14.	Irritável e queixoso(a)	0	1	2	3
15.	Inquieto(a), incapaz de permanecer sentado(a)	0	1	2	3
16.	Retraído(a); prefere atividades solitárias	0	1	2	3
17.	Estranho, comportamento esquisito	0	1	2	3
18.	Desobediente; difícil de controlar	0	1	2	3
19.	Grita em momentos inapropriados	0	1	2	3
20.	Expressão facial imóvel, fixa; falta de resposta emocional	0	1	2	3

21.	Incomoda os outros	0	1	2	3
22.	Fala repetitiva	0	1	2	3
23.	Não faz nada a não ser ficar sentado(a) e olhar os outros	0	1	2	3
24.	Não é cooperativo	0	1	2	3
25.	Depressivo(a)	0	1	2	3
26.	Resiste a qualquer forma de contato físico	0	1	2	3
27.	Movimenta ou balança a cabeça de trás para frente repetidamente	0	1	2	3
28.	Não presta atenção às instruções	0	1	2	3
29.	Os pedidos têm que ser atendidos imediatamente	0	1	2	3
30.	Isola-se de outras crianças ou de adultos	0	1	2	3
31.	Tumultua as atividades em grupo	0	1	2	3
32.	Fica sentado(a) ou em pé na mesma posição por muito tempo	0	1	2	3
33.	Fala sozinho(a) em voz alta	0	1	2	3
34.	Chora por mínimos aborrecimentos e machucados	0	1	2	3
35.	Movimentos repetitivos das mãos, do corpo ou da cabeça	0	1	2	3
36.	O humor muda rapidamente	0	1	2	3
37.	Não acompanha as atividades estruturadas (não reage)	0	1	2	3
38.	Não permanece sentado (ex. durante as lições ou outras atividades, refeições etc.)	0	1	2	3
39.	Não fica sentado(a) nem por um tempo mínimo	0	1	2	3
40.	Difícil alcançá-lo(la), contatá-lo(la) ou chegar até ele(ela)	0	1	2	3
41.	Chora e grita inapropriadamente	0	1	2	3
42.	Prefere ficar sozinho(a)	0	1	2	3
43.	Não tenta se comunicar por palavras ou gestos	0	1	2	3
44.	Distrai-se com facilidade	0	1	2	3
45.	Balança ou agita as mãos ou pés repetidamente	0	1	2	3
46.	Repete várias vezes uma palavra ou frase	0	1	2	3
47.	Bate os pés, ou faz barulho estrondoso com objetos ou bate portas com força	0	1	2	3
48.	Constantemente corre ou pula em torno do cômodo	0	1	2	3
49.	Balança o corpo para trás e para frente repetidamente	0	1	2	3
50.	Causa machucados em si mesmo	0	1	2	3
51.	Não presta atenção quando falam com ele(ela)	0	1	2	3
52.	Pratica violência contra si próprio	0	1	2	3
53.	Inativo(a), nunca se move espontaneamente	0	1	2	3
54.	Tende a ser excessivamente ativo(a)	0	1	2	3
55.	Reage negativamente ao contato afetivo	0	1	2	3
56.	Ignora propositalmente as instruções	0	1	2	3
57.	Tem acesso de fúria ou birra quando contrariado	0	1	2	3
58.	Demonstra pouca reação social aos outros	0	1	2	3

SOBRE OS ORGANIZADORES

Eloyse Emmanuelle Rocha Braz Benjamim: Professora de Educação Física na Secretaria Municipal de Educação de Natal.
Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Jônatas de França Barros: Professor Titular no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte .
Pós-doutor em Educação Inclusiva e Reabilitação pela Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa – Portugal.

Patrick Ramon Stafin Coquerel: Professor no Departamento de Educação Física da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Mestre em Ciências do Movimento Humano pela Universidade do Estado de Santa Catarina.

Maryana Pryscilla Silva de Moraes: Professora de Educação Física.
Mestre em Educação Física pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Henrique César dos Santos Costa: Professor de Educação Física do CETA.
Especialista em Psicomotricidade Clínica e Escolar pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Evelyn da Silva Soares: Pedagoga pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

André Ribeiro da Silva: Professor no Núcleo de Estudos em Educação e Promoção da Saúde e Projetos Inclusivos no Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares da Universidade de Brasília.
Doutorando em Ciências da Saúde pela Universidade de Brasília.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-522-8

