

COLÉGIO PEDRO II

Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Cultura

Programa de Pós-Graduação em Educação Psicomotora

Edmila Fernandes Bernardo Dos Santos

**PRÁTICA PSICOMOTORA COMO POSSIBILIDADE DE
INTERVENÇÃO NO CASO DE CRIANÇA COM
TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**

Rio de Janeiro
2019



Edmila Fernandes Bernardo Dos Santos

**PRÁTICA PSICOMOTORA COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO NO CASO DE
CRIANÇA COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Psicomotora, vinculado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Cultura do Colégio Pedro II, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação Psicomotora.

Orientadora: Professora M.^a Celia Regina Nonato da Silva Loureiro.

Rio de Janeiro

2019

COLÉGIO PEDRO II
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO, PESQUISA, EXTENSÃO E CULTURA
BIBLIOTECA PROFESSORA SILVIA BECHER

CATALOGAÇÃO NA FONTE

S237 Santos, Edmila Fernandes Bernardo Dos
Prática psicomotora como possibilidade de intervenção no caso de
criança com transtorno de espectro autista / Edmila Fernandes Bernardo
dos Santos. - Rio de Janeiro, 2019.

43 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação
Psicomotora) – Colégio Pedro II, Pró-Reitoria de Pós-Graduação,
Pesquisa, Extensão e Cultura.

Orientador: Celia Regina Nonato da Silva Loureiro.

1. Psicomotricidade – Estudo e ensino. 2. Autismo em crianças.
3. Transtorno do espectro autista. I. Loureiro, Celia Regina Nonato da
Silva. II. Colégio Pedro II. III Título.

CDD 152.385

Edmila Fernandes Bernardo Dos Santos

**PRÁTICA PSICOMOTORA COMO POSSIBILIDADE DE INTERVENÇÃO NO
CASO DE CRIANÇA COM TRANSTORNO DE ESPECTRO AUTISTA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação Psicomotora, vinculado à Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Cultura do Colégio Pedro II, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Educação Psicomotora.

Aprovado em: ____/____/____.

M.^a Celia Regina Nonato da Silva Loureiro (Orientadora)
Colégio Pedro II

Germano Nogueira Prado
Colégio Pedro II

Gilson Luna da Silva
Cepuerj

Ao meu pai Luiz Antônio,

Por ser esse pai maravilhoso que sempre me apoia em todos os momentos da minha vida, está sempre do meu lado para o que der e vier.

A minha mãe Rosilda,

Por toda a sua dedicação, por nunca ter desistido de mim ou me colocado para baixo, por todo seu apoio, seu exemplo de mulher batalhadora e por sempre está me ensinando mesmo depois de ser adulta.

Ao meu esposo Mauricio,

Por estar me acompanhando em mais esse desafio, por ser meu porto seguro e em quem eu posso confiar nas horas mais difíceis. Somos mais fortes juntos e tudo o que tenho conquistado em todos esses anos devo a você por estar ao meu lado em todos os momentos da minha vida e suportar todo o meu estresse e todas as minhas “loucuras e devaneios”. Te Amo!

Aos filhos Laura e Lorenzo,

Por não entenderem muito bem o porquê a mamãe estuda tanto, mas estão sempre do meu lado, mesmo que seja só para fazer bagunça ou pintar do lado da mamãe enquanto ela escreve (Lorenzo) ou para puxar uma conversa e falar sobre a escola e suas amigas sempre que estou escrevendo. (Laura).

Ao meu irmão João Manuel,

Que cedeu seu quarto para que eu possa escrever com mais tranquilidade. Sempre me apoiando em todos os momentos.

A minha irmã Léia,

Que me incentivou a fazer a prova, que sempre me encoraja a buscar mais conhecimento.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** que me deu muita, mas muita força, disposição e coragem para poder terminar esse belo trabalho.

Ao meu amigo/ professor, Gilson Luna que me ajudou nessa árdua missão da escrita, sua ajuda tanto no campo acadêmico quanto no psíquico foram fundamentais.

Às **minhas amigas**, Ninah Ribeiro e Verônica Brum pelo apoio, por acreditar que eu não desistiria e pela força de sempre.

Aos professores, que se dedicaram intensamente ao curso de forma voluntária, dispostos a partilhar seus conhecimentos, e que acreditam na formação continuada e que estão compromissados com a busca por uma educação de qualidade. Em especial ao professor **Oswaldo** que nos deixou de uma forma inesperada, ao **Ricardo** por todo seu amor e afeto psicomotor e a **Celia** que me orientou.

À **turma**, que sempre se preocupava com cada detalhe, desde o café da manhã, e a todas as vivências e partilhas, nos tornamos uma grande família com bastante bom humor, responsabilidade e alegria de estarem juntos todos os sábados.

As minhas amadas amigas Anielly de Jesus, Érika Godoy, Karina Reis, Liliane Barbosa e Rachel Stutz por todas as palavras de apoio, de encorajamento, de que tudo daria certo, um áudio demorado pelo celular, rindo de alegria ou de tristeza, sendo uma verdadeira parceria, pelo afeto psicomotor e pela amizade construída e vivida dentro e fora dos muros do Colégio Pedro II.

“Creio que para enfrentar o desafio de nossos tempos, os seres humanos terão que desenvolver um maior sentido de responsabilidade universal. Cada um de nós terá de aprender a trabalhar não apenas para si, sua família ou país, mas em benefício de toda a humanidade. A responsabilidade universal é a verdadeira chave para a sobrevivência humana” (Tenzin Gyatso - o XIV Dalai Lama)

RESUMO

SANTOS, Edmila Fernandes Bernardo dos. **Prática psicomotora como possibilidade de intervenção no caso de criança com transtorno de espectro autista.** 2019. 43 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Educação Psicomotora) – Colégio Pedro II, Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão e Cultura, Rio de Janeiro, 2019.

Estima-se que há no Brasil cerca de 2 milhões pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) que apresentam como características o déficit persistente na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, apresentando comportamentos e/ou interesses repetitivos ou restritos. Ainda não se conhece a cura para os casos de autismo. Contudo, quando o diagnóstico é precoce e a intervenção imediata, pode haver alterações no prognóstico. O objetivo deste estudo foi investigar as contribuições da psicomotricidade como prática de intervenção no caso de crianças com diagnóstico de TEA. Para tal, foi realizado uma pesquisa qualitativa descritiva de cunho exploratório a partir da revisão de literatura, não sistemática. Um estudo exploratório de revisão seletiva, não sistemática de literatura para responder a questão que orientou este estudo foi a seguinte: Quais os benefícios que a prática psicomotora traz para vida de pessoas com TEA? A literatura apontou que a intervenção da terapia psicomotora traz benefícios para o desenvolvimento da criança, além de contribuir nas relações da família e da escola quando apresenta recursos que auxiliam a compreender a pessoa nas suas especificidades e potências.

Palavras-chave: Autismo. Psicomotricidade. TEA. Psicomotricidade relacional.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS GERAL	13
2.1 Objetivo Específico	13
3 JUSTIFICATIVA	14
4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO AUTISMO E SUAS CARACTERISTICAS	15
4.1 Transtorno de espectro autista	15
4.2 As intervenções no TEA	20
4.3 A psicomotricidade Relacional	22
5 O CORPO E O CORPO NO TEA	27
5.1 O corpo	27
5.2 O corpo no TEA	29
6 A ABORDAGEM PSICOMOTORA NO TEA.....	31
7 PRESSUPOSTOS METODOLOGICOS	36
7.1 Metodologia geral da pesquisa	36
8 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS	37
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	42

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do CDC (*Center of Diseases Control and Prevention*), órgão ligado ao governo dos Estados Unidos, existe hoje um caso de autismo a cada 110 pessoas. Dessa forma, estima-se que o Brasil, com seus 200 milhões de habitantes, possua cerca de 2 milhões de autistas, as pesquisas sobre o autismo ainda são recentes em julho de 2019 foi sancionada a lei 13.861/19 onde será incluído no questionário do IBGE perguntas sobre autismo no Brasil, e assim poderemos ter certeza de quantos autistas existem no país (BRASIL,2019). O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se caracteriza por ser um transtorno do neurodesenvolvimento infantil com déficits permanentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, segundo os Critérios Diagnósticos *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition* (DSM-V).

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) passou a constar na nova Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a CID-11 (ICD-11 na sigla em inglês para *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*), em 18 de junho de 2018, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa nova versão de classificação unificou os diferentes diagnósticos no Transtorno do Espectro Autista (código 6A02 — em inglês: *Autism Spectrum Disorder — ASD*) subcategorias, anteriormente registradas no CID 10, passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual. Pode-se considerar um avanço, visto que facilita o diagnóstico, como também simplifica a codificação para acesso a serviços públicos de saúde.

À guisa de informação, o modelo anteriormente aplicado no CID-10 trazia vários diagnósticos dentro dos Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD — sob o código F84), como: Autismo Infantil (F-84.0), Autismo Atípico (F-84.1), Síndrome de Rett (F-84.2), Transtorno Desintegrativo da Infância (F-84.3), Transtorno com Hipercinesia Associada a Retardo Mental e a Movimentos Estereotipados (F-84.4), Síndrome de Asperger (F-84.5), Outros TGD (F-84.8) e TGD Sem Outra Especificação (F-84.9). Daí o termo espectro aplicado, pois existem variadas forma de se compreender o transtorno.

Além do diagnóstico, o passo seguinte é a busca pelo tratamento e logo a seguir inclusão da criança na escola. As dificuldades residem aí, sobretudo, porque ainda há lacunas na formação de profissionais especializados para lidar com o transtorno, sobretudo na rede pública e nas escolas (BORBA; BARROS, 2018). Depois de muita luta, algumas conquistas de direitos dos autistas foram alcançadas. Em dezembro de 2012, com a lei 12.764, chamada de “Política

Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista”. Em dezembro de 2012, alguns dos direitos dos autistas passaram a ser assegurados, ou seja, as pessoas com autismo passaram a ter os mesmos direitos que todos as outras pessoas com deficiência no Brasil. Entre outros aspectos, a legislação garante que os autistas podem frequentar escolas regulares e, se necessário, solicitar acompanhamento nesses locais (BRASIL, 2012).

A celebração do Dia Mundial de Conscientização do Autismo pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa (CDH) evidenciou críticas ao decreto de regulamentação da Lei 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. A minuta de decreto está em análise no Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade). Pais e entidades representantes dos autistas se queixaram, na ocasião, da possibilidade de o tratamento dos portadores do transtorno ser delegado aos Centros de Atenção Psicossocial (CAP). Estas unidades integram a Rede de Atenção Psicossocial financiada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para pessoas com problemas mentais (esquizofrenia, por exemplo) e dependentes de crack, álcool e outras drogas.

Ativistas da causa, como Berenice Piana, que é mãe de autista e dá nome à Lei 12.764/2012, asseguram que os CAPs não têm condições de atender às especificidades próprias do autismo. Como o transtorno é caracterizado como uma deficiência múltipla e complexa, seu tratamento não poderia ocorrer no mesmo espaço de assistência a dependentes químicos e portadores de doenças mentais.

Não é que o autista seja melhor ou pior que os doentes mentais, mas são casos diferentes, com necessidades diferentes – observou Cláudia Moraes, mãe de autista e coordenadora do Movimento Orgulho Autista Brasil (Moab) no Rio de Janeiro. (BRASIL, 2014)

Já em 2002, os estudos de Leon (2002) apontavam que crianças com TEA apresentam características motoras atrasadas desde o nascimento. Esses déficits motores se manifestam antes mesmo dos 3 anos e se esses sintomas fossem logo identificados, as chances da criança receber intervenções adequadas e acelerar o aprendizado e o desenvolvimento eram maiores, aproximando assim das habilidades conforme a sua faixa etária.

Considerando que a criança com TEA mostra uma carência na comunicação e na interação social, fazendo-se necessário uma pratica educativa voltada para a promoção e desenvolvimento da aprendizagem, socialização e aptidões. (CORDEIRO;SILVA, 2018).

E como a psicomotricidade contribui nesse processo? Durante o processo de aprendizagem, os elementos básicos da psicomotricidade são utilizados com frequência. O

desenvolvimento do Esquema Corporal, Lateralidade, Estruturação Espacial, Orientação Temporal e Pré-Escrita são fundamentais na aprendizagem; um problema em um destes elementos irá prejudicar uma boa aprendizagem. O ato antecipa a palavra, e a fala é uma importante ferramenta psicológica organizadora. Através da fala, a criança integra os fatos culturais ao desenvolvimento pessoal. Quando, então, ocorrem falhas no desenvolvimento motor poderão ocorrer falhas na aquisição da linguagem verbal e escrita. Faltando à criança um repertório de vivências concretas que serviriam ao seu universo simbólico constituído na linguagem, conseqüentemente, afetando o processo de aprendizagem. A criança cujo desenvolvimento psicomotor é mal constituído poderá apresentar problemas na escrita, na leitura, na direção gráfica, na distinção de letras (como exemplo as letras: b/d), na ordenação de sílabas, no pensamento abstrato (matemática), na análise gramatical, dentre outras (LE BOUCH,1987).

A psicomotricidade vem a colaborar nesse processo quando atua preventivamente no processo de ensino, na aprendizagem proporcionando a união dos aspectos cognitivos, afetivos e sociais do desenvolvimento infantil, contribuindo assim para a formação das relações estabelecidas com o espaço, o tempo, os objetos, as pessoas e com o seu próprio corpo. (SILVA; TAVARES, 2010).

Diante do exposto, buscar-se-á responder às seguintes questões: Se a psicomotricidade é a ciência que tem como objetivo de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo, quais são os alcances desta ciência na vida da criança com TEA? Assim, se faz necessário ampliar a compreensão acerca desse processo para que com critérios possam-se selecionar práticas específicas para os alunos com o espectro autista.

Visto que ainda existem lacunas no que tange ao conhecimento e treinamento de profissionais em relação ao diagnóstico, como também na elaboração e aplicação de programas de tratamento e intervenções precoces. Mesmo com os avanços em relação a identificação precoce e ao diagnóstico de TEA, muitas crianças inclusive no Brasil continuam por muitos anos sem um diagnóstico, diagnósticos inapropriados. (SANTOS; MÉLO, 2018). Assim, no contexto geral da educação psicomotora o tema apresentado é de suma importância, pois a partir desse processo de investigação poderemos ajudar a criança com TEA a ter um melhor desenvolvimento através da psicomotricidade e a principal questão a ser investigada neste trabalho é como a educação psicomotora contribui ao desenvolvimento psicomotor de crianças com TEA. Daí, tivemos como objetivos:

2 OBJETIVOS GERAIS

Este estudo objetivou investigar quais são as contribuições da psicomotricidade para o desenvolvimento motor de crianças com TEA.

2.1 Objetivos Específicos

Dar a conhecer a evolução conceitual do autismo e as suas características; Levantar, na revisão de literatura, referências, abordagens psicomotoras que beneficiam as crianças com TEA; Identificar as propostas psicomotoras que dão mais qualidade de vida aos indivíduos com TEA.

3 JUSTIFICATIVA

Dado os altos índices de TEA no mundo, e mais especificamente no Brasil, há de se buscar estratégias reconhecidamente profícuas para que possa construir práticas com embasamento teórico para pessoas com TEA. Desse modo, apresentar estratégias de abordagens psicomotoras podem trazer benefícios para o desenvolvimento da criança, da equipe da escola, como também da família.

4 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DO AUTISMO E SUAS CARACTERÍSTICAS

4.1 Definições de Autismo e suas características

Na virada do século XVII para o XIX, crianças com psicopatologias eram consideradas “idiotas”. Não existia um termo correto para as doenças relacionadas a psique naquela época. Em torno da “idiotia” ou “debilidade mental” se fez um debate sobre a impossibilidade de se fazer um tratamento pelo método mora posição de Pinel. (BERCHERIE, 2000) Então a partir daí começou a se usar o método clínico-pedagógico, elaborado pelo francês Jean Itard, que deu origem a uma tradição que se desenvolveu a margem do campo médico-psiquiátrico, que é a educação especial (a partir das contribuições dos médicos franceses Séguin e Bourneville, dentre outros).

A partir de 1943, os conceitos de transtorno do espectro do autismo, psicose e esquizofrenia se confundiriam e seriam usados de maneira intercambiável durante muitos anos, o que atualmente foi superado. Leo Kanner psiquiatra infantil publicou neste mesmo ano o artigo “Os distúrbios autísticos do contato afetivo”, utilizando-se do termo “transtorno do espectro do autismo” consagrado por Eugen Bleuler. Kanner foi responsável por observar que crianças autistas tinham inaptidão ou dificuldades de se relacionar com seus pares e que possuíam características de comportamento bem específicas como: atitude corporal antecipatória, não inclinando o rosto nem movendo os ombros antes de ser levado ao colo; uma vez no colo, não ajustava seu corpo ao daquele que o carregava. Além disso, a criança podia não apresentar mudanças em sua expressão facial ou posição corporal quando os pais chegavam em casa, se aproximavam e falavam com ela.

A maior parte desses sinais precocíssimos era identificada retrospectivamente, de modo que os problemas na aquisição da fala costumavam ser os primeiros sinais inequívocos de que algo estava errado. A falta de comunicação mostrava que a linguagem havia sido “consideravelmente desviada para se tornar um exercício de memória autossuficiente, sem valor conversacional e semântico, ou grosseiramente distorcido” (KANNER, 1943, p.246) As crianças também tinham dificuldades em generalizar conceitos, tendendo a usá-los de modo literal e associados ao contexto no qual foram ouvidos pela primeira vez. Eles apresentavam ecolalia e não pronunciavam o pronome “eu” para manifestar desejos ou aquiescência e repetiam com a mesma entonação em que eram perguntados.

Segundo o autor supracitado, o medo da mudança e da incompletude levava as crianças à restrição de sua espontaneidade e a ter um ritual no comportamento do seu dia-a-dia. Relacionar-se com os objetos era mais fácil do que com as pessoas. Por vezes, não veem pessoas como inteiras, mas partes do corpo. Isto é, se o pé ou o braço da pessoa estava sendo um obstáculo ao seu propósito, afastava o pé ou o braço sem relacioná-lo a pessoa, como se fosse algo separado. A evitação do olhar, a não demonstração de interesse pela conversa dos adultos, e o fato de que quando interpelado pelo adulto, parece não ouvir, pois não responde às questões, a não ser com muita insistência.

Na presença de outras crianças, permanece sozinha ou nos limites do grupo, não interagindo em situação de jogos. Tudo isso levava Kanner a concluir que “um profundo isolamento domina todo o comportamento” (KANNER,1943, p.247). Por outro lado, os autistas também se distinguiam dos “débeis mentais” por suas “boas potencialidades cognitivas”, pelo ótimo vocabulário - naqueles que adquiriam linguagem - e pela memória para detalhes ou fatos antigos, somadas às suas “fisionomias notavelmente inteligentes” (KANNER,1943, p. 247).

Um pouco mais tarde da publicação de Kanner, Hans Asperger escreveu o artigo “Psicopatia autística na infância”, no qual descreveu, como questão central, o transtorno relacionado com o ambiente a seu redor, por vezes compensado pelo alto nível de originalidade no pensamento e nas atitudes.

A fala seria artificial, mas teriam atitudes criativas em relação à linguagem. A capacidade de enxergar eventos a partir de ponto de vista original é outro ponto positivo, segundo o qual eles têm campos de interesses diferentes das outras crianças da mesma idade, eles se interessam especialmente pela ciência da natureza, o que mostrarão a “surpreendente maturidade”.

Em oposição aos casos de Kanner, que demonstravam boas relações com os objetos, os com de Asperger tinham relações anormais tanto com os objetos, ignorariam certos elementos do ambiente ou se fixando com certo exagero em outros. O olhar não fixa por muito tempo nas coisas e perpassaria nas pessoas. Os portadores da síndrome fazem coleções exóticas ou sem sentido para os observadores e ordenam objetos. Asperger atribuiu tais problemas a uma deficiência biológica, especialmente genética, não especulando sobre aspectos psicodinâmicos nem relacionando o estado com o caráter dos pais (ASPERGER, 1991[1944])

Asperger permaneceu desconhecido até 1980, já Kanner teve uma popularização progressiva e em 1950 enfatizou que o autismo ocorria em função de fatores psicológicos ou ambientais em detrimento do fator orgânico, que retorna em 1960.

Há uma diversidade de teorias na época, porém é a concepção psicogênica que tomara conta do campo psiquiátrico na metade da década de 1970. Com o auxílio do saber psicanalítico naquela época o TEA é incluído no grupo das “psicoses infantis” sendo tratado como transtorno do psiquismo infantil.

Segundo Klin (2006) durante os anos 1950 e 1960 houve muita confusão sobre a natureza do autismo e sua etiologia, e a crença mais comum era a de que o autismo era causado por pais não emocionalmente responsivos a seus filhos (a hipótese conhecida era a "mãe geladeira")

Bosa e Callias (2000) discorrem sobre as ideias de Margaret Mahler, nas teorias psicanalistas, que o autismo faz parte de uma fase do desenvolvimento psicológico do bebê, trata-se da primeira fase (duas primeiras semanas de vida), no qual há uma falta de consciência da mãe pelo bebê. Na próxima fase já existe uma consciência de um agente externo que supre as necessidades do bebê. No segundo mês de vida há uma consciência, inicialmente ‘indefinida’ e que posteriormente torna-se disseminada, iniciando assim a fase de simbiose normal – o bebê compreende que ele e sua mãe fossem uma unidade dual. E somente por volta dos seis meses de idade tem-se início a fase de separação, levando o bebê a uma organização. O conceito de Mahler sobre o autismo vem de sua teoria evolutiva, no qual ela descreve como um subgrupo das psicoses infantis, estado em um retrocesso a uma fase de não diferenciação perceptiva, tendo como destaque a dificuldade de integração das sensações do mundo externo e interno e o não reconhecimento da mãe como agente externo.

Em 1976, Lorna Wing propõe o conceito de “espectro do autismo”, pretendendo provar a diversidade das manifestações do comportamento de um mesmo transtorno (SOARES, 2009). Existem características e déficits específicos na linguagem e na comunicação, em relação às habilidades sociais e para a criatividade. Essas três áreas com frequentes déficits, relacionadas aos distúrbios da fala, deficiências motoras e sensoriais, conhecidas como Tríade de Wing, formam a base para o diagnóstico do TEA. (SOARES, 2009; FERREIRA, 2011).

Tustin, em 1981, toma uma posição semelhante. Reconhecia o autismo como uma fase normal no desenvolvimento infantil. A diferença entre esta e o autismo patológico seria uma questão de grau. Seria uma reação de uma vivência chocante materna, a criança teria uma predominância de sensações desordenadas, levando assim a uma crise depressiva.

Existem várias definições para o autismo que nos mostram que ele pode ser oriundo de causas genéticas como de uma síndrome durante o desenvolvimento, o que nos sugere que

existe um enigma a ser revelado, que impele dificuldade no diagnóstico precoce (CUNHA, 2009).

Bosa e Callias (2000) a heterogeneidade sobre uma possível origem de o autismo dar-se quando teóricos de correntes cognitivas e psicanalistas interessados pelo autismo apresentaram explicações diferentes: Baron- Cohen com a “teoria da mente”, onde ele acredita que o indivíduo com Transtorno de Espectro Autista tem dificuldades de interpretar ou imaginar estados mentais de uma terceira pessoa, bem como o de si próprio “metarrepresentação” e “metacognição”.

Sob um olhar pedagógico a respeito das aprendizagens Falkenbach, Diesel e Oliveira (2010) apresentaram um conceito sobre o autismo, porém esse conceito converge nas características, definindo-o como um transtorno do desenvolvimento e síndrome comportamental de causas múltiplas, que traz consigo mesmo prejuízos na interação social, linguagem e alterações de comportamento.

Em 2002 o Manual de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2002), o termo “Transtorno Invasivo do Desenvolvimento” é alterado para “Transtorno Global do Desenvolvimento.” São severos déficits e comprometimento global em diversas áreas do desenvolvimento, e “incluem prejuízo da interação social recíproca, prejuízos da comunicação e a presença de comportamentos, interesses e atividades estereotipados” (APA,2002, p.72). Os transtornos Globais do desenvolvimento (TGD) são: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno desintegrativo da infância, Transtorno de Asperger e Transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação (APA, 2002).

O TEA é caracterizado como um desenvolvimento comprometido ou anormal da interação social e da comunicação, podendo haver comprometimento do uso verbal, com um repertório restrito da atividades e interesses.

Na décima revisão de Classificação Internacional de Doenças- CID 10 – (OMS 2011) são descritos os Transtornos Globais do Desenvolvimento e as características globais do funcionamento do indivíduo pertencente a esse grupo, o qual tem essas características de alterações na interação social e na comunicação, com interesses limitados e movimentos estereotipados. A CID 10 compreende o Autismo infantil como uma alteração que se manifesta antes dos três anos de idade cronológica, apresenta perturbação do funcionamento nas áreas da interação social, comunicação e comportamento repetitivo, e o quadro de síndrome de Asperger, apresenta uma validade incerta para a ciência que trata das classificações das doenças

(nosologia) e é caracterizada por perturbação qualitativa nas áreas da interação social e de interesses restritos (OMS 2011).

A CID-11, foi apresentada para adoção dos Estados Membros em maio de 2019 (durante a Assembleia Mundial da Saúde), entrará em vigor em 1º de janeiro de 2022. Essa versão é uma pré-visualização e permitirá aos países planejar seu uso, preparar traduções e treinar profissionais de saúde.

A nova versão da classificação une todos esses diagnósticos no Transtorno do Espectro do Autismo CID – 11: (código 6A02 — em inglês: Autism Spectrum Disorder — ASD), as subdivisões passaram a ser apenas relacionadas a prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual.

“Um dos mais importantes princípios desta revisão foi simplificar a estrutura de codificação e ferramentas eletrônicas. Isso permitirá que os profissionais de saúde registrem as condições de forma mais fácil e completa”, afirma Robert Jakob, líder da equipe de classificação de terminologias e padrões da OMS.

O Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtorno Mentais na sua quinta edição DSM V, publicada em maio de 2013 – Versão em inglês – (APA, 2014), adotou o termo guarda-chuva Transtorno de Espectro Autista – TEA sem uma definição de subtipos. O transtorno autista, o transtorno degenerativo da infância, o transtorno de Asperger e o transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação passaram a ser considerado TEA.

A tríade foi reorganizada pelo DSM-5 – deficiências na interação social; deficiência na comunicação; comportamentos repetitivos, estereotipados e interesses restritos – em uma tríade, descrevendo-a como uma dificuldade na interação e comunicação social; comportamentos repetitivos e atividades e interesses restritos.

Desta maneira, o DSM-V caracteriza o TEA:

[...] por déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, incluindo déficits na reciprocidade social, em comportamentos não verbais de comunicação usados para interação sócia e em habilidades para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, (...) presença de padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (APA,2014,não paginado)

Sobre as orientações para o diagnóstico para o TEA forem identificados, o DSM-V solicita que se especifique se existe ou não comprometimento intelectual concomitantes, se há algum comprometimento da linguagem concomitante, se existe alguma condição médica associada, ou outro transtorno do neurodesenvolvimento, mental ou comportamental (APA,2014)

4.2 As intervenções no TEA

A intervenção durante a primeira infância é interessante para proporcionar o desenvolvimento ideal e o bem-estar das pessoas com transtorno do espectro autista.

Sugere-se o monitoramento do desenvolvimento infantil como parte dos cuidados de saúde materno-infantil de rotina.

É importante que, uma vez identificadas, as crianças com TEA e suas famílias recebam informações pertinentes, serviços, referências e apoio prático de acordo com suas necessidades individuais. A cura para o transtorno não foi desenvolvida. No entanto, intervenções psicossociais baseadas em evidências, como o tratamento comportamental e programas de treinamento de habilidades para pais e outros cuidadores, podem reduzir as dificuldades de comunicação e comportamento social, com impacto positivo no bem-estar e qualidade de vida da pessoa (OPAS, 2017)

Devido as suas características o TEA exige um acompanhamento para toda a vida, tendo a necessidade de fazer intervenção que dê respostas a esses déficits. Essas intervenções têm que estimular as áreas como a cognição, socialização, comunicação, autonomia, comportamento, jogo e das competências educacionais (LIMA, 2012). Como forma de diminuir as características específicas do autismo, existem diversas intervenções que são utilizadas com o TEA. Dentre os quais as psicomotoras, as psicoeducativas, as farmacológicas e as terapias complementares.

Os métodos psicoeducacionais se concentram ensinando as crianças através de técnicas especializadas e estruturadas novas habilidades e comportamentos (MULAS, 2010). As abordagens mais conhecidas são: o modelo TEACCH- Tratamento e Educação de Autistas e Crianças com limitações “Handicapped” relacionados à comunicação esse programa trabalha com o modo organizado para contemplar as ações do indivíduo (banho, trocar de roupa, café, escola, entre outras atividades criando e compondo uma rotina com a finalidade de diminuir as desordens de comportamento, isto é, com o ambiente organizado ajuda na expectativa das ações em torno do indivíduo; o programa ABA- Análise Aplicada do Comportamento visa à mudança de comportamento dedicando-se a organização do ambiente de forma a deixar que as crianças aprendam com maior facilidade; o PECS- Sistema de Comunicação por Troca de Figuras Através das imagens a criança autista demonstra seu interesse ou necessidade para o

interlocutor; (MULAS, 2010). Essas técnicas tem uma estruturação diretiva e segue um padrão na sua aplicação.

O DIR- Desenvolvimento Diferencial Individual e Relacional é uma abordagem centrada na criança com a finalidade fundamentada na permissão de formar um sentido de si como individuo propositadamente, interatividade e que seja capaz de evoluir nas habilidades linguísticas e sociais. É um modelo de intervenção não dirigido e tem o objetivo de envolver a criança em uma relação afetiva essa abordagem proporciona a criança construir uma sequência de desenvolvimento que foi afetada, e assim estimula-la a tornar-se mais intencional numa relação afetiva conexa.

O tratamento farmacológico é utilizado como uma ação complementar, pois não existe um tratamento para as manifestações nucleares do autismo, porém algumas medicações tratam os sintomas e doenças associadas com as crianças com TEA, como a epilepsia e os transtornos de conduta e alterações do sono. Temos também os métodos alternativos e complementares como dieta livre de glúten e caseína, tratamentos antifúngicos ou secretina (LIMA, 2012).

As orientações mais participativas e não diretivas, deixam as crianças livres para a exploração dos seus movimentos, tem ganhado mais espaço nos últimos tempos. No âmbito da psicomotricidade que surge como alternativa em seu momento inicial para trabalhar com os “débeis mentais” no ano de 1908. Com uma grande evolução na década de 80 com a inserção dos estudos psicogenéticos, adotando novos formatos. Destacando-se André Lapierre e Autocouturier (2004) que viram que as propostas de testes motores funcionais não poderiam ajudar as pessoas com distúrbios mentais resultantes de episódios traumáticos pós-guerra.

A intervenção que será nosso foco é a intervenção Psicomotora que tem a Psicomotricidade como base. A Psicomotricidade é assim entendida como uma ciência do campo transdisciplinar onde estuda o corpo, a mente e a motricidade, resultante da personalidade total, única e evolutiva que caracteriza o ser humano, nas suas múltiplas e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicossociocognitivas (FONSECA, 2010).

Um autor principal que ressalta a Psicomotricidade Relacional como forma de intervenção é Lapierre, ele fala não somente sobre uma visão de compensar o déficit da criança com TEA, mas alcançar as origens dos sintomas de forma mais profunda na raiz psicoemocionais, as desordens relacionais, as demandas afetivas inconscientes; ressaltando assim dois tipos de intervenção psicomotora: a psicanalítica e a comportamental.

Lapierre descreve na famosa frase de Winnicott que: “o jogo é em si é uma terapia”, visto que o jogo é essencialmente não verbal preferindo a comunicação corporal, sem

juízos permitindo e favorecendo a expressão, a atuação simbólica de todos os sentimentos que possam aparecer e é apontado como terapêutico.

No jogo não verbal, o corpo é o único meio de expressão e de comunicação, o que norteia o funcionamento psíquico e a forma de pensar, sendo uma forma proporcional aos sonhos, o que Freud chama de regressão formal (LAPIERRE, 2008).

4.3 A Psicomotricidade Relacional

A psicomotricidade inicia sua história, ou melhor, a sua “pré-história” desde que o homem é humano, desde que o homem fala, pois, a partir deste momento falará também o seu corpo. Seu nascimento se dá como uma prática independente no século XX quando o corpo deixa de ser pura carne para transformar-se em corpo falado. Essa história é generosa com a história do corpo. (LEVIN, 2011)

Segundo Santos (2015) em Cordeiro e Silva (2018) a psicomotricidade estuda e investiga as relações e as influências, recíprocas e sistêmicas, entre o psiquismo e a motricidade. A psicomotricidade sofreu mudanças e evoluções com filósofos e pedagogos como Descartes, Piaget e Wallon que influenciaram a visão e o conceito da psicomotricidade.

O entendimento do corpo ao longo do tempo mostrou que o corpo, antes, era visto como um abrigo do cérebro, simplesmente mecânico, vindo a serviço dele. Pensamento baseado na ideologia de René Descartes, que acentua a separação: o corpo que não pensa e a alma natureza pensante num dualismo cartesiano que dura muito tempo. Esse dualismo corpo-alma marca a separação mais paradoxalmente a sua união. (LEVIN, 2011)

A psicomotricidade ganha esse nome pela primeira vez em 1870 através das necessidades médicas se explicarem fenômenos clínicos. As pesquisas sobre o campo motor têm um enfoque altamente neurológico. (LEVIN, 2011)

É Dupré que em 1909 quem estabeleceu melhor o “âmbito psicomotor” afirmando não haver correspondência biunívoca entre a localização neurológica e as perturbações motoras da infância. E assim a psicomotricidade foi separando-se aos poucos da neuropsicopatologia. A psicomotricidade cresce muda seus conceitos e seus moldes abordou estudos relacionados ao homem e as relações que o mesmo tem o corpo em movimento.

Wallon em 1925 aprofunda seus estudos sobre a psicomotricidade, o humanismo e a construção do psiquismo. Já Dupré liga a motricidade com a inteligência. Esta diferença fez com que Wallon relaciona-se o movimento ao afeto, à emoção, ao meio ambiente e aos hábitos

dos indivíduos. Para Wallon o desenvolvimento geral, a psique e o conhecimento não podem estar isolados das emoções.

Com essas primeiras coincidências e diferenças entre a debilidade motora e a debilidade mental fazem uma delimitação do primeiro momento do campo psicomotor chegando o momento da correlação e da relação entre o corpo e a mente, uma tentativa de separação do dualismo cartesiano. (LEVIN, 2011)

Guilmain em 1935 desenvolveu um exame psicomotor para diagnóstico, indicação terapêutica e prognóstica. E assim começa a prática psicomotora começando um novo método de trabalho: a reeducação psicomotora com um modelo de exercícios para reeducar a atividade tônica, a atividade de relação e o controle motor.

Ajuriaguerra em 1947 e colaboradores fazem com que a psicomotricidade se diferencie de outras disciplinas adquirindo a sua própria especificidade e autonomia não apenas nas áreas terapêuticas motoras, mas também nas alterações psicomotoras funcionais evolutivas. Le Bouch sugere uma abordagem baseada nas fases do desenvolvimento psicomotor.

Já nas décadas de 40 e 50 o movimento, a motricidade era tida como uma das formas de adaptação ao mundo exterior e a Psicomotricidade, a atividade de um organismo total, análise geral do indivíduo, caracterizando todo o seu comportamento.

Na década de 70, apareceram outras definições acerca da psicomotricidade como uma motricidade de relação. Surgindo assim, duas tendências e delimitando uma diferença entre a postura reeducativa e a terapêutica. Lançando mão de abordagens com instrumentos padronizados e preocupando-se somente com o “corpo de um sujeito” dando maior importância à relação, a emoção e ao afeto. Qualquer abordagem corporal em educação e reeducação teria caráter de atuação psicomotora.

A.Lapierre e B. Aucoutourrier dividem suas posturas e nesta mesma época Samí Alí, apresenta um rascunho de uma teoria psicanalítica da psicomotricidade. Com a ajuda da psicanálise são incorporados diversos conceitos nos quais estão: inconsciente, transferência, imagem corporal onde marcam uma virada nas perspectivas clínico-teóricas do campo da psicomotricidade. (LEVIN, 2011)

Novos conhecimentos começam a falar sobre uma educação psicomotora com foco no estudo do corpo instrumental para o corpo relacional. Pensamento que ganha potência no campo conceitual e a percepção do corpo no sentido de integração, um olhar que une as demonstrações de afeto através do corpo. Sendo assim começa a ser traçado uma separação

entre o método de reeducação e uma frente terapêutica, mostra-se relevante à afetividade e ao emocional.

A Psicomotricidade Relacional surge como um método fundamentado na psicanálise, o qual conduziu conversas em torno do inconsciente, da transferência e da imagem corporal. A psicanálise trouxe uma noção essencial voltada para o corpo do sujeito desejante, uma quebra de uma ordem terapêutica fundada na técnica, um campo de análise emocional, suas relações de afeto com o outro, o que pode colaborar para a atuação do corpo em todas as suas dimensões, a partir de acontecimentos lúdicos e de vivências dinâmicas. (SIMEÃO, 2016)

O corpo sente, guarda a sua vivência emocional e sensorial nesta interação. Um corpo mecânico não daria conta, pois não conseguiria exercer sua potencialidade, pensamento, agindo e interagindo. (SIMEÃO, 2016)

Negrine (1998) descreve três períodos da trajetória de Lapierre e Aucouturier: o primeiro período é continuador teve ênfase na educação física e na reeducação psicomotora, ainda com uma visão funcionalista, mas existe uma inquietude em relação ao facilitador de não ser diretivo e de valorizar o campo afetivo das relações e do não julgamento das ações do sujeito.

O segundo período é inovador, estabelecido por Negrine como o marco relacional, onde ele enfatiza a formação do psicomotricista, o jogo espontâneo com o brinquedo como o objeto de entrada ao inconsciente e existe a preocupação no reconhecimento das potencialidades da criança, interpretando e trabalhando os seus pontos positivos.

No terceiro período acontece uma corte entre esses dois teóricos Aucouturier procura que a relação aconteça de forma natural no encontro entre duas pessoas. Lapierre difere pesquisando os “conteúdos relacionais” lembrados em todas as relações, com destaque no jogo simbólico e na relação corporal direta da criança com o psicomotricista.

André Lapierre cria a Psicomotricidade Relacional no qual ele vê o homem de maneira global, tendendo os seus estudos nas relações deste com o mundo. O jogo simbólico espontâneo é uma marca na sua teoria, na liberação do movimento e de sua expressão simbólica, o espaço é amplo, auxiliando às várias faixas etárias com objetivos diversos, quanto à construção da personalidade sadia da criança, aumentando sua “práxis” desde pequeno, na educação infantil ou na formação de educadores, nas questões pessoais e profissionais.

A superação da psicomotricidade clássica é a psicomotricidade relacional, ela conduz a sua essência de estudo para o lado da personalidade que era ignorado, negado, rejeitado e

culpabilizado, na sua importância de vivência afetiva, carregada de conflitos, angústias, sentimentos negativos, conteúdos projetivos e defensivos (LAPIERRE, 2005).

Segundo Vieira (2014) em Cordeiro e Silva (2018) afirma que a psicomotricidade relacional enquanto prática concede à criança, ao jovem e ao adulto, a sua expressão e superação dos conflitos relacionais, interferindo em seus processos cognitivos, psicomotor e sócio emocional, uma vez que estes são vinculados aos fatores psicoafetivos relacionais. Sendo assim, trata-se de uma decodificação dos comportamentos evidenciando suas significações simbólicas e as necessidades que cada um expressa, pois os comportamentos e comunicação, tanto verbal quanto não verbal, são provocados e desencadeados por imagens de relação inscritas no corpo.

A psicomotricidade relacional dará a partir dos seguintes aspectos fundamentais à práxis:

O foco nas potencialidades, os aspectos positivos na criança, reconhecendo suas capacidades, e não, vislumbrar ou enaltecer suas dificuldades ou deficiências, pois ela é capaz de superá-las, saindo da inferioridade e crescendo a sua autoimagem positiva de si (LAPIERRE; AUCOUTURIER, 1988).

Já a comunicação não verbal tem o foco nos gestos, no movimento, no olhar, no corpo, o corpo fala, existe uma negação da linguagem oral para favorecer a corporal. Segundo, Lapierre (2002) se dará o reencontro da comunicação inicial quando essa for ao caminho de modificar o funcionamento do psiquismo, do pensamento, da linguagem e da imagem.

A partir das relações que estão inscritas no corpo de forma inconsciente e apresentadas em primeiro plano esse corpo que sente e que instiga em sentimentos, desejos, emoções abre-se espaço para a linguagem não verbal.

O trabalho em grupo é fundamentado no processo de trabalho em psicomotricidade relacional, visando o homem como um ser social e a criança com as suas dificuldades irá vivenciá-la no contexto do grupo, será aceita e respeitada, e nesta comunicação corporal formará a sua imagem corporal, por intermédio do olhar dos seus pares e do psicomotricista relacional (LAPIERRE; AUCOUTURIER, 1988).

No jogo espontâneo, é uma atividade em que a metodologia desperte na criança a espontaneidade, não envolvida a orientação do adulto, é a sua vivência corporal com ela mesma, com o outro, com o espaço externo e os objetos. Num primeiro momento a criança vivencia o jogo sensório-motor, descarrega as tensões, a agressividade, sua ansiedade. Leva a criança a ganhar confiança em suas aptidões, contribuindo com a sua iniciativa e autoconceito, significa uma descoberta de sensações e movimentos que ajudem no desempenho das suas capacidades

motoras. No jogo de descoberta, de desenvoltura, leva a criança a analisar seu próprio desempenho e desenvolver e construir toda a sua capacidade corporal. Após esse momento de vivência de prazer de descarga motora esta, aos poucos vai adentrando no jogo simbólico (LAPIERRE, 2005).

O jogo espontâneo pode ser um método que aflora as emoções mais primitivas, os registros mais remotos, que ficam guardados e, em algum momento da vida se revela, por vezes de forma agressiva ou em um comportamento inadequado.

Utilizam-se materiais de baixo custo, simples, estruturados de forma que permitam, a começar do jogo espontâneo, representar ações do dia-a-dia ou expressar diversos significados, de acordo com o tipo de material, sua consistência, textura ou situação particular a cada criança.

Lapierre (2005) sugere significados simbólicos dos materiais que são utilizados nas sessões de Psicomotricidade Relacional, os quais podem se modificar de acordo com a história de vida de cada participante, uma vez que implica necessariamente na extensão do eu e do limite do não eu, refere-se do conhecimento do outro.

Lapierre e Aucouturier (2004) discorrem sobre a rotina que as sessões de Psicomotricidade Relacional têm eles a chamam de ritual de entrada, sessão e ritual de saída. As intervenções são apoiadas em objetos que carregam em si um valor simbólico, tem materiais clássicos como bola, bastões, tecidos, caixa, entre outros. Materiais esses que podem contribuir como ponto de contato com as crianças autistas, uma vez que muitas fazem contato a partir de um objeto. Nesta percepção, o objeto favorece as relações de afeto.

5 O CORPO E O CORPO NO TEA

5.1 O corpo

O corpo tem um enfoque psicomotor que é composto por três dimensões: (a) Instrumental, (b) Cognitiva e (c) Tônico emocional. Todos os três níveis são fenômenos da consciência. No inconsciente não é diferente, ele também se encontra dentro do mesmo “pacote” de “globalidade” ele está dentro deste círculo que se fecha. A vivência psicomotora tem a sua atuação no inconsciente do sujeito, e é na transferência entre psicomotricista e a criança que vai gerar análises feitas pelo mesmo e com isso perceber que o sofrimento daquele corpo seja desenvolvido (LEVIN, 2011).

A psicomotricidade trata o corpo como um corpo global, apesar do seu enfoque nas três dimensões corporais. Ela trata do corpo de um sujeito, corpo falante, instrumental, discursivo e simbólico. O olhar psicomotor inclui o instrumental e o cognitivo como uma parte do falar do corpo desse sujeito.

O tônico nessa linguagem é quem vai mostrar quando ao tocar e for tocado e será a partir do desejo do outro que nesse caso é a mãe quem marcará o sujeito desde o seu nascimento. Essas marcações ficaram gravadas no inconsciente e será determinante ao sujeito enquanto tal, marcado pelo desejo do outro nesse universo simbólico (LEVIN, 2011).

Esse corpo marcado pelo Outro (no caso a mãe ou quem cumprir essa função) é tomada de uma linguagem “fonológica” e não falante de si. O sujeito fala através desse corpo, das variações tônico-motoras, do movimento, dos gestos e do esquema corporal. O corpo é lido pelo Outro enquanto tal (o que gera uma reconstrução) se lê o que o corpo vai dando sentido, na ordem do imaginário e precisa do Outro para que essa imagem se torne imagem do corpo é nesse momento que o psicomotricista realiza a leitura simbólica do corpo do sujeito.

O corpo será conquistado pelo sujeito para ter, porque o sujeito se diferencia do seu corpo, então ele pode brincar de tê-lo. Já a linguagem produz a separação entre o sujeito e o corpo. Um animal não pode fazer essa separação, pois não está mergulhado na linguagem.

O simbólico, a linguagem, pré-existe ao nascimento da criança. Esse sujeito pré-existe ao corpo e após a sua morte ficará na lembrança o nome que nomeia este corpo (LEVIN, 2011).

Antes do nascimento os pais dessa criança, antes mesmo que ela tenha um corpo já o imaginam, desejam, fala como será seus olhos, cabelo, cor da pele, como será a sua

personalidade e com quem se parecerá. Mesmo antes de nascer já existe um sujeito em jogo ou a construção desse sujeito, já se é imaginado um corpo para esse sujeito.

O corpo é formado, concebido de uma história que começa antes mesmo da existência dessa criança, sem que a mesma possa escolher nada dela, está em sua origem, surgir e torná-la humana. Esse corpo para ser e se tornar humano precisa do Outro (que no primeiro momento é a mãe que encarna como função), pois quando a criança nasce ela é imatura e sem o Outro não conseguirá constituir um corpo subjetivado. Se não existir esse Outro o bebê perde o reflexo de sucção, o que não ocorre se houver um Outro para estimular o bebê a tal (LEVIN, 2011).

Esse Outro de quem a criança depende tem a função (da linguagem) de apresentar o corpo à criança. Ao apresentar o corpo e o mundo a criança, a mãe (o Outro) ganha do bebê sua nova condição a posição de mãe. E assim a criança conhece primeiro seu corpo dependendo sempre do Outro para crescer, desenvolver e se conhecer, mas esse Outro falta algo e assim determina que falte algo à criança criando em seu corpo uma ruptura.

A criança não nasce com um esquema corporal, o corpo vai crescendo e são justamente os cortes, as marcas e as inscrições que vão construindo uma superfície corpórea. Para que a criança faça a diferença do eu não-eu, dentro-fora, o continente- conteúdo o sujeito sofre uma transformação para que ele obtenha a imagem como sua. Transformação essa chamada de identificação especular (LEVIN, 2011). Sua forma corporal de forma narcísica vem no primeiro momento do rosto materno.

Levin (2011) afirma que a criança percebe o rosto da mãe nas diferenças dos outros rostos daí a possibilidade de ter um rosto diferente do da mãe. Além do mais, a criança precocemente reconhece o seu desejo através do desejo materno. Ter esse reconhecimento de corpo somente é possível porque os outros também têm um corpo. É preciso ter o Outro para libidinizar a fascinação pela imagem, que deseje para que a criança possa identificar-se com ela.

Levin (2011) ao citar Freud relata que então não se trata da superfície do corpo como pele ou como uma couraça muscular que seria o eu, e sim de uma projeção psíquica. Para Freud o Eu não é o corpo biológico, mas a superfície que constitui de um processo mental.

Ao supor que o corpo biológico é o Eu ou Eu é o corpo biológico alguns autores erroneamente passam a confundir conceitos fundamentais: o Eu, o corpo e o sujeito misturam todos os conceitos ao dialogarem levando a crer que ao falar de um deles estão falando dos três ao mesmo tempo.

O enfoque psicomotor na concepção do “eu” corporal cai em um aspecto “ditatorial” que exerce a autoridade e o poder do corpo da criança. Criando uma oposição às concepções de Freud sobre o corpo, o desejo e a transferência (Freud ao afastar-se da sugestão e da indução para presumir que o desejo do terapeuta está no não desejo do domínio que se coloque em cena seja o desejo do sujeito e não o seu).

O corpo da criança é constituído por projeção mental e “se tudo anda bem”, exercerá o domínio do próprio corpo. E por isso que as noções de interno - externo, eu- não eu, conteúdo-contidente, dentro- fora, se constitui só quando a criança brinca com a presença e a ausência, somente depois da fase especular ou da fase chamada narcisista (LEVIN, 2011).

É na unificação especular que se constrói o esquema mental do corpo e assim poderemos falar do corpo como uma unidade imaginária. A criança constrói o seu corpo identificando e se separando da imagem especular, gerando um espaço e um corpo diferente do corpo da mãe.

Assim, a criança suporta a ausência da mãe e começa a percorrer o seu caminho na brincadeira. Um brincar de presença e ausência que permite que a mesma se separe do corpo materno. E é nesse brincar que acontecem diversas transformações no sujeito com o eu- não eu, perto- longe, continente- conteúdo, interno- externo.

Quando somos marcados pelo desejo dos Outros o corpo humano fala; fala na postura, nas atitudes corporais, nos gestos e nos seus movimentos, não é uma ação motora somente é um ato, de uma práxis, de dizeres, de desejos por isso é psicomotor. Porque não é ao movimentar-se que vai começar a falar ou conhecer o mundo que a rodeia, porém, ao nascer num universo simbólico que lhe permite desejar, a criança, começa a desejar a mover-se e desejará isso que o Outro deseja e assim começa a conhecer o mundo falante que o envolve e a determina como sujeito da fala (LEVIN, 2011).

5.2 O corpo no TEA

No autismo, o corpo da criança não tem outro modelo do que a de estar sem domínio. Diferenciando da psicose, não existe uma união com a linguagem (materno), e sim exclusão. O corpo é pura carne, ali não há um sujeito, à ausência da legalidade.

O corpo no autismo conserva-se mudo silencioso, desprovido de gestos, permanece protegido e coisificado em uma única posição do mutismo. Mutismo que não se produz por ter algum problema auditivo, mas o que vê e o que ouve é o seu não lugar. Estado mortífera onde nenhum significado entrega a outro, nem dispõe a linguagem.

Neste corpo a postura, o tônus muscular, os movimentos, o silêncio, o espaço, e o tempo seguem em uma relação de exclusão à linguagem. Não criam superfície, não fazem borda. Desta forma, o corpo da criança autista se move em um tempo eterno, infinito, sem pausa, em um espaço sem limites, sem orientação, navegando em um vazio próprio da coisa inerte (LEVIN, 2011).

Ferreira e Thompson (2002) mencionam que a noção de tempo e espaço são os principais critérios do desenvolvimento motor, cognitivo e social da criança. Porém para que essa organização espaço/tempo se melhore, é necessário, que as noções de esquema corporal e imagem do corpo estejam assimiladas. Essa compreensão do espaço depende de dados sensoriais e de atitudes motoras. As mudanças das percepções de espaço são causadas pela dificuldade de compreender o espaço corporal e suas fronteiras.

Os gestos e os movimentos estereotipados, assim como a postura, perturbam com frequência a linguagem não-verbal da criança autista (LEVIN, 2011). Os movimentos estereotipados das crianças autistas podem ser chamados de movimentos autísticos, visto que não se dirigem a ninguém. O movimento não se separou, pois não passou por um registro outro.

Levin (2011) sugere que para iniciar o tratamento com essas crianças é necessário imitar seus movimentos estereotipados (auto-eróticos). Por esse canal busca cindir, separar esse corpo do gozo: faz com que o movimento comece a funcionar, assim sendo no registro do desejo, colocando-o em outra posição separada do gozo.

Ferreira e Thompson (2002) afirmam que autistas manifestam dificuldades de compreender seu corpo em sua globalidade, em segmentos, assim como seu corpo em movimento. Quando partes do corpo não são notadas as suas funções passam a ser ignoradas, e podem-se observar movimentos, ações e gestos não adaptados. A perturbação na estruturação do esquema corporal causa prejuízos no equilíbrio estático, na lateralidade, da noção de reversibilidade; na autonomia e no cognitivo.

No ponto de vista desses autores, não devemos esquecer que os autistas possuem desejos, preferências e personalidade, também não devemos ignorar os outros aspectos do desenvolvimento. A linguagem é constituída do sujeito, tendo como base a estruturação psíquica, cognitiva e também psicomotora. Ao dialogar sobre o corpo o objetivo é auxiliar a pessoa autista a vencer algumas de suas dificuldades, permitindo o seu desenvolvimento em outros planos, oferecendo novos caminhos de expressão, contribuindo para a conscientização, proporcionando o acesso a funções importantes como o olhar e o tocar, procurando sempre melhorar a qualidade de vida desses sujeitos.

6 A ABORDAGEM PSICOMOTORA NO TEA

Com o crescente interesse de pesquisadores e profissionais com que vem tendo o autismo infantil começaram a surgir diferentes perguntas relativas tanto à função materna quanto à paterna que ficaram ausentes. Conforme a criança se relaciona com o Outro ocorre a construção e a formação do corpo, o corpo da criança na clínica psicomotora e a sua motricidade se construindo na transferência (LEVIN, 2011).

Segundo Kumamoto (2012) a principal via de acesso às crianças autistas é pela afetividade, onde se faz necessário um vínculo afetivo estável como meio de restabelecer o diálogo tônico.

Do ponto de vista da psicomotricidade, o processo terapêutico tem como ponto central modificar o desenvolvimento da capacidade da criança de tomar consciência, exercer um controle e organização de seu próprio corpo, ou seja, o desenvolvimento do esquema corporal (VAYER,1984,p.60) que inevitavelmente passa pela cura da instância afetiva do desenvolvimento.

Na clínica psicomotora procura-se produzir, criar, construir, uma relação de transferência, o espaço, o corpo, os gestos, as imagens, desde as quais a criança possa começar a ser a diferenciar-se. A partir do corpo do autista acontece a clínica psicomotora um corpo discursivo, corpo subjetivado (LEVIN, 2011).

Segundo Kumamoto (2012) na terapia psicomotora, esse é um estágio no qual o psicomotricista procura manter um clima agradável, afetivo, sem ultrapassar os limites de tolerância da criança no momento. O terapeuta não precisa a todo custo ter contato corporal mais próximo quando não agrada a criança, mas procurar demonstrar a sua disponibilidade em estar com ela, em aceitar as suas inércias ou seus movimentos estereotipados, ao mesmo tempo em que mostra, através de comentários que sua ação impulsiona seu corpo ou partes dele e dependendo de como for à situação, o profissional começa a estreitar referências afetivas sobre alguns sentimentos como o de alegria ou insatisfação que a criança manifeste em alguma situação. Conforme essas trocas vão acontecendo e os vínculos se estreitando às interações entre a criança autista e o psicomotricista se torna mais clara e surgem iniciativas nos quais é possível identificar uma intenção, quando a criança chuta uma bola ou olha em direção ao terapeuta, à professora ou a outra criança em sala de aula ou qualquer outra situação grupal.

A partir do psicomotricista do corpo falado e discursivo irá tentar que nessa ação psicomotora comece a gerar um sujeito, um corpo simbólico na transferência. A maioria dos

autistas não olham nos olhos. Levin (2011) relata que uma das estratégias será a de tentar no seu exercício de ver, para que desde modo, a criança possa começar a olhar-se como um ser desejante do Outro. Assegurada por este olhar, poderá a olhar-se, uma vez que existe um Outro no qual possa refletir para além da pura imagem, ou seja, na palavra.

O psicomotricista deve oferecer o seu corpo como um objeto. Objeto esse que seja o motor, no qual cause desejo da criança, procurando a partir daí encontrar seu olhar e conseguir este primeiro vínculo para que o sujeito se constitua. Através da imitação de seus gritos, seus sons, suas reações tônico-motoras, ou das suas posturas, tendo o objetivo de encontrar seus olhos para que se torne olhar, ou sua ação para torná-la em gesto (LEVIN, 2011).

Com essa disposição em ser “utilizado” como objeto que vai causar desejo e possibilitar que a criança comece a desejar e usar o corpo do outro como parte dela mesma. Quando isso acontece um primeiro passo já foi dado, pois o corpo do terapeuta não é o da criança, mas vivido por esta “como se” o fosse. O psicomotricista irá dialogar marcá-la gerando faltas, dando permissão, para que ela possa passar pela experiência da castração dada pela linguagem, que este corpo- coisa que recuse e que assim, emerja de outra posição simbólica (LEVIN, 2011).

Desta forma, quando o psicomotricista tomar o lugar do Outro na transferência, vai achar a partir de outra posição as intervenções corporais, os sons, os gritos, os olhares, as reações tônico- posturais, fazendo com que este corpo adquiram um estatuto de discurso, de dizeres dirigidos a um Outro que ali escuta, lê e pontua-os como tais (LEVIN,2011)

Levin (2011) nos relata que desde o começo do tratamento é necessário incluir a palavra enquanto linguagem, da mesma maneira que o gestual, gesto significativo e não como mera ação motora. O psicomotricista irá incluir seu corpo no ato clínico a partir desse puro corpo, corpo-coisa da criança autista, puro corpo real, dando-lhe, oferecendo-lhe o corpo para um ser Uno.

Ser Uno a partir de um Outro, corpo falante, que o olha, que cria marcas, modos de falar, modos de agir. Daí a origem do corpo subjetivado. Alguém a partir do qual esse algo começa a tornar-se alguém. Essa linguagem vai se enchendo com os significantes, vão tomando o corpo e fazendo com que este renuncie para que reviva como desejante. Passa a ter uma linguagem do corpo (da ação), a ser um corpo da linguagem (do significante) (LEVIN, 2011).

Kumamoto (2012) nos diz que o trabalho de caráter psicomotor, embora não sendo a única forma de abordagem terapêutica da criança autista, é extremamente útil, pois seus benefícios alcançam à família e à escola, contextos significativos no desenvolvimento infantil, nos quais a psicoterapia atua de forma indireta. A terapia psicomotora é, pois, uma abordagem facilitadora que através de atividades específicas e lúdica, acessam os pontos mais suscetíveis

da criança tornando o processo mais rápido em relações as abordagens tradicionais. Os benefícios se manifestaram de modo próprio em cada criança, em virtude da complexidade de fatores etiológicos, das circunstâncias ambientais e das diferenças individuais de cada ser humano.

Kumamoto (2012) ressalta ainda a validade de procedimentos que procuram, através de estratégias específicas inspiradas em definições teóricas de valor indiscutível do ponto de vista acadêmico, minimizar o sofrimento das crianças que experimentam dificuldades de comunicação com o ambiente em decorrências de falhas na organização do próprio eu, situação na qual o autismo se encontra, e daqueles que se sentem responsáveis pela integração destas crianças no mundo.

Para ilustrar, Levin (2011) relata um caso clínico de uma menina autista de 9 anos que descreverei abaixo resumidamente para exemplificar as diferentes interrogações que se apresentam na prática clínica.

Relato de caso Marina

Marina tem 9 anos, foi adotada com dezessete dias de vida. Aos dois meses sofreu uma ureterostomia esquerda por infecção urinária com hidronefrose e provável bexiga neurogênica e sofreu uma intervenção por estrabismo aos vinte meses. O pai de Marina quando ela tinha dois anos sofreu uma hemiplegia e passou a usar bengalas. Quando Marina sofre sua primeira convulsão, o pai sofreu paralisia facial. A mãe relatou que nesses anos ela cuidava do marido e da menina e era sozinha para tudo. Lamentava que foram dois anos de cuidados.

No momento da primeira consulta o pai de Marina estava gravemente doente. E faleceu poucos meses após o início do tratamento da menina. À época da primeira consulta, Marina tinha oito anos recém- feitos. Caminhava pouco, sustentando-se pelas paredes ou de qualquer objeto que sirva de suporte. Não falava, não fixava o olhar, não se dirigia a ninguém. Seu rosto estava machucado, pois batia a cabeça no chão e nas paredes, arranhava a testa, ou batia em seus olhos com as mãos. O diagnóstico foi de “Autismo severo, paralisia cerebral e retardo mental” (aparece deste modo num parecer neurológico).

Nas primeiras sessões Levin (2011) detectou que Marina tinha pequenas descargas repentinas sem causa aparente e estas provocavam várias reações tônico-motoras. Através da suspeita de ser convulsões a medicação de Marina foi modificada e estes episódios diminuíram.

Marina não entrava em contato como o outro. Seus olhos eram voltados ao chão e as mãos que se movimentam de forma estereotipada e muito perto de si. Às vezes movimentava um dedo ou girava o pulso tapando o seu rosto com esse movimento. As mãos quase tocavam

o rosto. Outras vezes gritava, emitia sons guturais, pegava objetos e olhava fixamente o movimento de suas mãos.

Diante do quadro, Levin se perguntava: O que fazer com Marina? Como construir um sujeito falante em pessoa não falante? Como transformar esse movimento estereotipado num gesto significativo? Esses questionamentos deram continuidade ao tratamento de Marina, o que ele nos mostra adiante.

O tratamento de Marina transcorreu numa frequência de duas vezes por semana. A aproximação que ele tentou foi justamente através daquilo que ela olhava suas mãos. Ele começou a incluir as suas mãos nos seus olhos imitando seus movimentos e suas reações tônico-motoras. Marina começou a ver as mãos de Esteban Levin do mesmo modo que via as suas. Ela também se detinha a olhar sua saliva e seus ranhos, passando-os de um dedo ao outro. Esteban Levin seguia com o olhar os movimentos de seus dedos e o da saliva, ele conseguiu se incluir nestes movimentos de mão, dedos, saliva e ranhos, tentando encontrar aí seus olhos.

Ele levava um balde com o qual Marina começou a emitir ruídos e sons assoprando, fazendo bolhas, utilizando sua boca dentro da água. Esteban Levin começou a fazer com que Marina fizesse do outro lado do balde, ele imagina uma conversa e isto era o que lhe transmitia.

E em um dado momento Marina lhe lançou um olhar e ele encontrou os olhos dela por um instante. Neste instante ele colocou palavras em relação a este olhar, ao rosto e ao diálogo que neste cruzamento de olhares era um dizer além dos olhos, da ação de ver.

Após seis meses de tratamento, Marina com as mãos nos olhos e Esteban Levin entre esse olhar, ela falou: “Es-te-te-ban”. E assim esse olho começa a sustentar-se no olhar desejante do Outro (encarnado no terapeuta) que permitiu que essa criança se visse como Una ao ter sido reconhecida como tal.

O seu movimento estereotipado vai transformando-se em Marina num gesto significativo. Naquele lugar onde só existia olho-órgão, só movimento-ranho-corpo-órgão, começou a surgir um sujeito. Esses gestos dirigidos ao Outro foram se acentuando nas sessões posteriores.

E todos esses gestos olho, mão boca, dente e palavra, todo esse brincar começa a ocupar todo o tempo das sessões. Quando Marina passa a se encontrar nas brincadeiras, Marina passou a ser um ser desejante. Seu corpo começou a emergir, começou a constituindo-se em outro lugar, em outra posição relativa à projeção, construindo assim a sua imagem corporal. Ela começou a construir sua imagem, uma vez que o corpo órgão estava comprometido pelo desejo do Outro. Esta primeira unificação é uma representação do que estava perdido. É nesse

momento que entra em jogo a possibilidade de saída de um processo autístico e a constituição da superfície e da imagem corporal de um sujeito.

No momento de finalização de sessão, Marina reagiu, mudou de postura e Esteban teve que explicar que eles iriam se ver na próxima sessão. Marina demonstrou que não gostou e chorou, começou a bater a cabeça, os olhos e a arranhar a testa.

A partir dessa experiência, Marina fez grandes avanços. Passou a comer sozinha, demonstrava seus gostos na alimentação, aceitava ou rejeitava algum alimento, o que antes parecia indiferente.

O momento clínico também foi de muito valor para a mãe de Marina, pois Esteban relatou que o desejo da mãe era o de desistir da Marina, pois sentia-se incapaz de cuidar dela sozinha por dar muito trabalho, logo seus planos era internar Marina. A mãe já não exercia o papel de mãe e sim a cuidadora, mascarada de mãe e ausente da função materna. Essa mãe “mascarada” era tão objeto quanto Marina.

Porém os efeitos do trabalho clínico em Marina produziram efeitos na mãe, o que se via era o prazer estampado no rosto dessa mãe. A mãe relatou que Marina começou a fazer em casa movimentos, gestos, sons que fazia durante as sessões, especialmente antes de dormir.

Com a continuação das sessões, o momento de finalização que antes era chorando, batendo a cabeça e se arranhando, passou a ser um momento de corte e não de morte. Essa experiência marcou a mudança no comportamento de Marina, uma mudança do seu lugar de objeto para o seu lugar de sujeito.

7 PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

7.1 Metodologias gerais da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva exploratória qualitativa de revisão de literatura, não sistemática. Foram selecionados materiais pela Internet, livros, revistas entre outros. Segundo Gil (1999, p.65) parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas, pois ao adentrar no campo teórico, faz-se exploração do conhecimento científico para produção da pesquisa. Ainda em Gil (1999, p.43) a pesquisa exploratória “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos com hipóteses pesquisáveis”

Também classificamos essa pesquisa como descritiva pelo fato de descrever a importância da psicomotricidade no desenvolvimento infantil. Para Gil (1999), a pesquisa descritiva busca juntamente com a exploratória a atuação prática. Em Gil (1999, p.43) a pesquisa exploratória “tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos com hipóteses pesquisáveis”

8 DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

Face aos resultados da revisão seletiva, não sistemática, verificamos que, na linha da literatura científica, o diagnóstico do autismo é precoce e impreciso/desconhecido. Neste contexto, a literatura sinaliza que o diagnóstico precoce prediz alteração de prognóstico. Contudo, a intensidade e a variabilidade dos sintomas originam discrepâncias na sua sinalização (LIMA, 2012). No que os estudos de Levin (2011) nos mostram que a clínica psicomotora permite com que a criança com TEA se veja como Uma porque se reconhece como tal. É necessário desde o início do tratamento incluir a palavra enquanto linguagem, o gesto como (significante), não meramente como ação motora.

Os resultados do presente estudo revelam a necessidade de acompanhamento permanente, com diversas estratégias de intervenção, principalmente a psicomotora que dará respostas às necessidades e os déficits apresentados (FERREIRA, 2016). Também verificamos que as crianças apresentam movimentos estereotipados ou movimentos autísticos, pois não são dirigidos a ninguém. Salientamos que deve ser feito um trabalho multidisciplinar, onde serão incluídos no processo de intervenção, a família e outros profissionais. Neste contexto, reforçamos o papel da Educação Especial, no que diz respeito às áreas da comunicação, de interação social e das aprendizagens escolares.

Entre as características principais do TEA, sinalizamos que a criança apresenta desenvolvimento limitado das competências de interação social e o repertório acentuadamente restrito de atividades e interesses. Assim, a criança tem dificuldades de socializar-se com seus pares, de imaginar, de brincar, em entender as emoções do outro e dificuldade de entender o próprio corpo e poder abrir espaço para as novas relações. Estas limitações estão associadas à dificuldade da criança com TEA em atender seu esquema corporal.

Salientamos, que a recomendação da psicomotricidade para esse indivíduo é colaborar, da melhor forma, para o processo de significação desse corpo fracionado. Desta forma essa criança terá a possibilidade de sentir e vivenciar esse corpo. O oferecimento dessa intervenção é de ofertar a criança autista o prazer de experimentar, por meio do seu corpo, nas várias relações que está progredirá.

No que concerne às estratégias educativas no decorrer da aprendizagem a psicomotricidade vem como forma de prevenção, permitindo o encontro dos aspectos cognitivos, afetivos e sociais do desenvolvimento infantil, contribuindo assim para a formação

das relações estabelecidas com o espaço, o tempo, os objetos, as pessoas e com o seu próprio corpo (SILVA; TAVARES, 2010).

Na promoção da interação social as crianças autistas normalmente são delimitadas por estigmas, rejeição, abandono, negação ou superproteção. Ao relacionar-se com o psicomotricista é possível resignificar esses conflitos, possibilitando o início do desenvolvimento de novas maneiras de sair ou permanecer nas relações de forma mais afetiva e positiva (SIMEÃO, 2016). Crianças autistas se interessam normalmente por objetos, sem ter interesse algum em estar com seus pares. Para potenciar a autonomia a estratégia mais referida é a partir do brincar, no qual estas situações irá proporcionar à criança o aprendizado e a descoberta de capacidades corporais bem como reflexões e produções quando brinca em grupo (FALKENBACH; DIESEL; OLIVEIRA, 2010).

Na área da estimulação cognitiva e aprendizagens escolares as estratégias não precisam ser tão diretas, estruturadas com avaliações individualizadas dos pontos positivos da criança. Devemos procurar o antes possível desenvolver: a autonomia e a independência; a comunicação não-verbal; os aspectos sociais como imitação, aprender a esperar a vez e jogos em equipe; a flexibilização das tendências repetitivas; as habilidades cognitivas e acadêmicas; ao mesmo tempo é importante: trabalhar na redução dos problemas de comportamento; utilizar tratamento farmacológico se necessário; que a família receba orientação e informação; que os professores recebam assessoria e apoio necessários. (MELLO, 2007).

Quanto à área de maior preocupação, a comunicação. É nesta área de maior dificuldade que o psicomotricista terá que trabalhar com o seu corpo, está disponível, perceber as dificuldades e as modulações tônicas, fazer contato físico, se comunicar verbal e corporalmente, no gesto, no olhar, que ele vai fazer as suas intervenções. Aucouturier e Lapierre (1986) acreditam que a comunicação é um dos princípios fundamentais para estabelecer a terapia com a criança. O olhar também é fundamental. Fernandes (2008) considera que, o olhar é um dos primeiros investimentos que a criança recebe, pois quando alguém nasce alguém lhe olha e lhe diz quem ela é. E a partir do olhar que a criança encontra seu lugar no mundo e desenha a sua identidade.

Reforçamos o modelo de intervenção Psicomotora para o tratamento precoce de crianças com TEA. Intervenção essa onde traz benefícios tanto para a criança, a família e a escola. É uma abordagem facilitadora e com atividades lúdicas. Os benefícios se manifestaram de modo próprio em cada criança, em virtude da complexidade de fatores etiológicos, das

circunstâncias ambientais e das diferenças individuais de cada ser humano (KUMAMOTO, 2012).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O respectivo trabalho buscou entender a dificuldade que o autismo apresenta, referindo-se, a começar de uma construção histórica, sua origem e as características que rodeiam a criança com autismo. Podemos comparar que o transtorno de espectro autista ganhou diferentes termos dados pelos autores que se submeteram a investigar ao longo do tempo, tais como, movimentos estereotipados, psicose, esquizofrenia, inaptidão ou dificuldade de se relacionar. Confirmamos que esse transtorno pode afetar a comunicação, a interação social, o comportamento, o desenvolvimento motor, além da afetividade. Por meio dos estudos realizados sobre as características da criança com TEA vale salientar que o diagnóstico não deve ser aceito como concreto na qual limita as possibilidades de desenvolvimento dessas crianças. A partir da psicomotricidade, podemos pensar que é possível fazer intervenções que auxiliem para o desenvolvimento da criança através das suas potencialidades, assim como as dificuldades que cada uma apresenta.

Da mesma forma buscou entender a evolução histórica da psicomotricidade e algumas ideias estudadas por essa abordagem. Assim, vimos que a Psicomotricidade lidará com o corpo em movimento e, simultaneamente, com questões afetivas, tônico-emocionais, cognitivas e sociais. Identificamos, por entre vários estudiosos da Psicomotricidade, que esta abordagem vem atingindo a sua independência, a partir de muitos pontos de vista para a sua comprovação e dos conceitos discutidos.

Com os estudos realizados, percebemos que a Psicomotricidade pode ajudar no desenvolvimento de crianças diagnosticadas com TEA. Notou-se com esse estudo que o Psicomotricista terá que estar disponível para trabalhar a particularidade de cada caso, tornando-os únicos. As potencialidades serão trabalhadas da melhor forma possível, tendo consciência de que cada um possui um tempo diferente para se desenvolver.

Nos resultados apresentados neste referido estudo vimos que a criança autista precisa de acompanhamento permanente com diversas estratégias. E no estudo de caso “Marina” cita que a Psicomotricidade pode ser uma via a ser trilhada, com relação à intervenção com crianças autistas. Porém não existe um método que servirá a todas as crianças autistas, do mesmo jeito. Cabe ao Psicomotricista notar de qual forma irá intervir em cada caso sempre respeitando o tempo e os limites de cada um. Pois cada criança tem um desenvolvimento diferente em relação às propostas do Psicomotricista.

Salientamos que essa trajetória pede paciência, estimulação e compreensão do psicomotricista, pois sinais mínimos dados por essas crianças tem uma importância enorme no desenvolvimento da criança.

Compreendemos que, mesmo diante dos resultados positivos apresentados nesta pesquisa, surgiram algumas limitações no desdobrar-se do processo; não se pode fazer um estudo de caso, devido o tempo para a pesquisa bibliográfica e de campo.

Por fim, as questões abordadas nesta pesquisa merecem ser aprofundadas no que diz respeito às intervenções que a Psicomotricidade pode proporcionar as crianças com espectro autista. Com a finalidade de disponibilizar mais conhecimento sobre essa prática, como trajetória para o desenvolvimento da criança, apoiando as suas individualidades e potencialidades apontadas ao longo dessa trajetória.

REFERÊNCIAS

ASPERGER, H. Die “Autistischen Psychopathen” in Kindesalter. **Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten**,v.110, p. 76 - 136, 1944.

ALMEIDA, S.R.Marina. **Diagnóstico Transtorno Espectro Autista CID-11**São Vicente: Instituto Inclusão Brasil,2019 Disponível em <<https://www.institutoinclusaobrasil.com.br/diagnostico-transtorno-do-espectro-autista-cid-11/>>. Acesso em: 11 de Jan.2020.

A.P.A. DSM-V. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Trad. Maria Inês Corrêa Nascimento. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BERCHERIE, P. A clínica psiquiátrica da infância: estudo histórico. In: CIRINO, O. **Psicanálise e psiquiatria com crianças**: desenvolvimento ou estrutura. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

BORGES, M. F.; RUBIO, J. A. S.; A Educação Psicomotora como instrumento no processo de Aprendizagem. **Revista Eletrônica Saberes da Educação**, São Paulo v. 4, n. 1, p. 01-12, 2013.

BOSA, Cleonice; CALLIAS, Maria. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: reflexão e crítica**. Porto Alegre. v 13, n.1, p. 167-177, 2000.

BRASIL. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3o do art. 98 da Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112764.htm Acesso em: 02 jun. 2019.

_____. Presidência da República. **Lei nº 13.861, de 18 de julho de 2019**. Dispõe sobre Os censos demográficos realizados a partir de 2019 incluirão as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista 2019. Brasília: Planalto, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm>. Acesso em: 03 de Jan.2020.

BORBA, M. M. C.; BARROS, R. S. Ele é autista: como posso ajudar na intervenção? Um guia para profissionais e pais com crianças sob intervenção analítico comportamental ao autismo. **Cartilha da Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental** Local de publicação: ABPMC, 2018.

CUNHA, E. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de janeiro: Wak, 2009.

FALKENBACH, A.P; DIESEL, D.; OLIVEIRA,L.C; O jogo da criança autista nas sessões de Psicomotricidade Relacional. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v.31, n. 2 p.203-214, jan.2010.

FERNANDES, S. FABIANA. O corpo no autismo. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, Universidade Federal do Amazonas, v.9, nº 1, p.109-114, Jan/Jun 2008.

FERREIRA, I.M.D.M. **Uma criança com perturbação do espectro do autismo: um estudo de caso**. 2011. Tese (Mestrado em Educação Especial) - Escola Superior de Educação. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Lisboa 2011.

FERREIRA, C.A.M.; THOMPSON,R (Orgs.). **Imagem e Esquema Corporal**. São Paulo: Lovise, 2002.

FONSECA, V. Psicomotricidade: uma visão pessoal. **Construção Psicopedagógica**, São Paulo - SP v.18, n. 17, p. 42-52, 2010.

KANNER, L. Autistic disturbances of affective contact. **Nervous Child**, New York, v.2, p. 217-250, 1943. Disponível em: < http://neurodiversity.com/library_kanner_1943.pdf>. Acesso em 16 de Jul.2019.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, on-line v. 28, supl 1, p.s3 – s 11, 2006.

LAPIERRE, A El juego: expresión primera del inconsciente. **Revista Iberoamericana de psicomotricidade y técnicas corporales**, Espanha, n.31, p.37-42, 2008.

LAPIERRE, A; AUCOUTURIER, B. **A simbologia do movimento: Psicomotricidade e educação**. Curitiba: Filosofart, 2004.

LAPIERRE, A.; LAPIERRE, A. **O adulto diante da criança de 0 a 3 anos: psicomotricidade relacional e formação da personalidade**. Tradução de Maria Ermantina GG. Pereira. 2ª ed. atualizada. Curitiba: Ed. da UFPR, 2005.

LEON, V. **Estudo das Propriedades Psicométricas do Perfil Psicoeducacional PEP-R**: Elaboração da versão brasileira [dissertação]. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002

LEVIN, Esteban. História da psicomotricidade. In: LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Tradução de Julieta Jerusalinsky. 9. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. Cap. 1. p.21-43.

LEVIN, Esteban. O corpo e o Outro. In: LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Tradução de Julieta Jerusalinsky. 9. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. Cap. 2. p. 44- 77.

LEVIN, Esteban. A abordagem psicomotora do autismo e da psicose na infância. In: LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora: o corpo na linguagem**. Tradução de Julieta Jerusalinsky. 9. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011. Cap. 8. p. 191- 214.

LIMA, C. B. **Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção**. 2ª ed. Lisboa: Lidel, 2012.

MELLO, Ana Maria S. Ros de. **Autismo: guia prático**. 5 ed. São Paulo: AMA. Brasília: CORDE, 2007.

MULAS, Fernando et al. Modelos de intervención en niños con autismo. **Revista de Neurologia**, on-line, v.50, n.3, p. 77-84, 2010.

NEGRINE, Airton. **Aprendizagem e desenvolvimento infantil: psicomotricidade: alternativas pedagógicas**. 2ª ed. Porto Alegre: Etida, 1998. vol. 3.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Portal da saúde.on-line Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10.htm Acesso em: 28 jun.2019

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Transtorno do espectro autista**. Opas Brasil, Folha informativa, Abril de 2017 Disponível em:< <https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098> > Acesso em:12 jan.2020.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: Métodos e Técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA NETO, Francisco et al. Efeitos da intervenção motora em uma criança com Transtorno do Espectro do Autista. **Temas Sobre Desenvolvimento**, São Paulo, v.19, n. 105, p 110-114, abr, 2013.

SANTOS, Évelyn Crys Farias dos; MÉLO, Tainá Ribas. Caracterização Psicomotora de Criança Autista pela Escala de Desenvolvimento Motor. **Revista Eletrônica Interdisciplinar Diverso@!** Matinhos, v.11, n.1, p.50-58, jan./jul.2018. <https://revistas.ufpr.br/diver/article/view/61270>

TAVARES, H. M.; DINIZ OLIVEIRA SILVA, F. Psicomotricidade relacional na escola infantil tradicional. **Revista Em Extensão**, v. 9, n. 1,p.19-32 15 out. 2010.

SIMEÃO, D. L. O. **Os efeitos do programa de intervenção da psicomotricidade relacional com a criança autista na construção das interações sociais**. 2016. 97f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Programa de pós-graduação em Educação Física. Natal, RN, 2016.

SIMEÃO, D. L. O. et al. **efeitos do programa de intervenção da psicomotricidade relacional com a criança autista na construção das relações afetivas**. Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

SOARES, C. S. F. **O espectro do autismo**. 2009. Monografia (Educação Física) - Escola Superior de Educação Paula Francinetti, Porto, 2009.

VIERA ,J. L. Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. **Perspectivas Revista Científica On-line**, Campos dos Goytacazes v.3 n.11, p.2007 – 2010, 2014.

VAYNER, P. **O diálogo corporal**. A ação educativa para crianças de 2 a 5 anos. São Paulo. Editora Manole Ltda. 1984.