



ANA CLAUDIA VASCONCELOS DA COSTA

**PRÁTICAS CORPORAIS INCLUSIVAS COMO PROMOTORA DO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

LAVRAS – MG

2019

ANA CLAUDIA VASCONCELOS DA COSTA

**PRÁTICAS CORPORAIS INCLUSIVAS COMO PROMOTORA DO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Lavras, como parte das
exigências do Curso de Graduação em Educação
Física, para obtenção do título em Licenciatura.

Prof. Dra. Nathália Maria Resende
Orientadora

Prof. Dr. Kleber Tuxen Carneiro Azevedo
Coorientador

LAVRAS – MG

2019

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca
Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Costa, Ana Cláudia Vasconcelos da.

PRÁTICAS CORPORAIS INCLUSIVAS COMO
PROMOTORA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS
COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: : RELATO DE
EXPERIÊNCIA / Ana Cláudia Vasconcelos da Costa. - 2019.

51 p. : il.

Orientador(a): Nathalia Maria Resende.

Coorientador(a): Klebler Tuxen Carneiro Azevedo.

TCC (graduação) - Universidade Federal de Lavras, 2019.

Bibliografia.

1. Práticas Corporais. 2. Autismo. 3. Desenvolvimento. I.
Resende, Nathalia Maria. II. Azevedo, Klebler Tuxen Carneiro. III.
Título.

ANA CLAUDIA VASCONCELOS DA COSTA

**PRÁTICAS CORPORAIS INCLUSIVAS COMO PROMOTORA DO
DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO
AUTISTA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de Lavras, como parte das
exigências do Curso de Graduação em Educação
Física, para obtenção do título em Licenciatura.

APROVADA em 29 de novembro de 2019

Banca Examinadora

Prof. Vanda Vieira Linhares Perdomo – Secretaria de Educação - Membro

Prof. Dr. Kleber Tuxen Carneiro Azevedo – DEF/UFLA - Coorientador

Prof. Dra. Nathália Maria Resende – DEF/UFLA - Orientadora

LAVRAS – MG

2019

*“Bem aventurados os que me amam como sou.
Tão somente como sou e não como eles gostariam que eu fosse.”
(Autor Desconhecido)*

AGRADECIMENTOS

“Ainda bem que Deus não me dá tudo que eu quero, porque nem tudo que eu quero eu preciso e nem tudo que eu preciso eu mereço. Até a porta que Deus fecha é livramento. Ainda bem que Deus me conhece bem mais do que eu mesmo me conheço.”

(Leandro Borges)

Gratidão! Esta pesquisa se resume apenas a esta palavra, palavra pequena, mas de grande significado em minha vida. Gratidão a Deus por conceder o dom da vida e me proporcionar sabedoria para chegar até onde cheguei. Gratidões aos meus pais, que me acompanham de longe nesta trajetória, convivem com a saudade diária e se esforçam pelo meu futuro. Gratidão ao meu irmão que sempre me passa alegria e o “quebra gelo” de todo dia para superar mais um dia vencido e mais um dia longe de casa. Gratidão a toda minha família que sempre torceram por mim e sempre me passaram boas vibrações durante todos os anos da faculdade. Em especial, gratidão a minha avó paterna que ora todos os dias por mim e que sempre me instruiu a conquistar o mundo e nunca desistir dos meus sonhos. Gratidão ao meu noivo pelo carinho e paciência, compreensão e apoio em minhas escolhas e que está sempre comigo me dando confiança e muito amor. Gratidão aos amigos de curso e da vida que de alguma forma também contribuíram na minha formação.

Gratidão maior aos meus orientadores, professora Dra. Nathalia Maria Resende e professor Dr. Kleber Tuxen de Azevedo Carneiro que não mediram esforços em me instruir e me capacitar a ser capaz de conseguir chegar até o final. Gratidão também aos demais professores que fizeram parte da minha formação e contribuíram de forma assertiva. Gratidão pela Universidade Federal de Lavras por me oportunizar a janela do conhecimento e alçar novos voos.

Gratidão ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto que tanto me ensinou e me trouxe muitas lições de vida. Em especial aos companheiros do núcleo que dividiram comigo varias experiências e momentos importantes.

Gratidão especial pelo Centro de Apoio as Necessidades Auditivas, Visuais e TEA – CENAV, pela parceria há mais de um ano, auxílio e total apoio para esta pesquisa. Eterna gratidão as minhas crianças autistas que foram à essência e a base deste estudo fazendo - o acontecer, elas que alegraram meus dias e foram o meu aprendizado acadêmico.

Enfim, gratidão a mais um ciclo que se finda e a esperança de um novo que possa começar! Deixo expresso aqui meus sinceros agradecimentos e o misto de sensações que transbordam sobre mim.

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) ou Autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento que vem sendo estudado, mas que ainda se repercute em várias questões e contradições. Tal transtorno é responsável por déficits nos processos fundamentais de socialização, comunicação e aprendizado. O objetivo desta pesquisa foi relatar uma experiência junto às crianças autistas, compreendidas por atividades de jogos e brincadeiras voltados para o trabalho da coordenação motora grossa e fina, direção, equilíbrio, força, circuitos psicomotores, associação de números e cores, noções espaciais, brincadeiras populares e habilidades motoras básicas. A metodologia aplicada foi um estudo descritivo qualitativo durante o período de 14 semanas com o acompanhamento de nove crianças autistas. Os resultados obtidos apresentaram pontos positivos sobre a influência das práticas corporais para o desenvolvimento de crianças com TEA, sendo que 67% das crianças tiveram progressos nos aspectos da oralização, 100% na socialização, 89% nas mudanças de rotina, 78% no uso de objetos, 78% na resposta visual, 67% na resposta auditiva, 78% nas capacidades motoras, 89% na resposta intelectual e 100% no comportamento. Minha percepção sobre a vivência na aplicação das práticas corporais para as crianças com TEA foi que insistir na intervenção de atividades físicas para crianças autistas de modo direcionado e adequado e se fazer necessário em fomentar a estimulação das áreas de socialização, comunicação e comportamento destas crianças. Conclui-se com esta pesquisa que a função do profissional de Educação Física é primordial para a intervenção com crianças autistas de modo a contribuir para sua qualidade de vida e saúde.

Palavras-chave: Práticas Corporais. Autismo. Desenvolvimento.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 2. REFERENCIAL TEÓRICO | 4 |
| 3. OBJETIVOS..... | 10 |
| 4. JUSTIFICATIVA..... | 11 |
| 5. METODOLOGIA | 12 |
| 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 27 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 34 |
| REFERÊNCIAS | 36 |
| ANEXO A | 40 |

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa é fruto dos olhares das vivências adquiridas durante a participação como membro voluntário de Educação Física (EF) ao Centro de Apoio as Necessidades Auditivas, Visuais e TEA (CENAV), uma instituição parceira do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Paradesporto da Universidade Federal de Lavras (UFLA), cujo trabalho volta-se para a atividade física adaptada às crianças com deficiências, em especial aos cuidados de crianças diagnosticadas com o Transtorno do Espectro Autista (TEA). A inspiração para elaborar algo relacionado na área inclusiva tem forte relação ao abandono pedagógico de professores da rede básica regular de como transmitir o conhecimento e vivências corporais nas aulas de Educação Física para as pessoas com necessidades educacionais específicas. A iniciativa para o estudo sobre o Autismo tomou forma e muito anseio no segundo semestre de 2018, quando iniciei os trabalhos com crianças autistas na instituição CENAV. O panorama desta pesquisa contará com um estudo bibliográfico acerca do tema, que ainda vem sendo muito pouco investigado na literatura, e sobretudo pelo relato de experiência das práticas corporais de crianças autistas durante as intervenções de EF e sua importância para a vida das mesmas.

O Autismo é um distúrbio do desenvolvimento que vem sendo investigado há anos, porém com muitas indagações e contradições (SANTOS, 2015). Segundo *American Psychiatric Association* (APA, 2013 apud FARO et al., 2019), o TEA baseia-se em alterações no neurodesenvolvimento na fase inicial da infância, em que são características os *déficits* pertinentes na comunicação, interação social, comportamentos restritos e repetitivos. Em alguns casos, as dificuldades são maiores quando tais alterações estão ligadas a prejuízos cognitivos, havendo um baixo funcionamento adaptativo e intelectual impactando em comportamentos inadequado como lidar com situações novas, agressividade, baixo desempenho escolar e falta de estimulação. Neste sentido aumenta-se a dependência nas atividades diárias, inserção social ou trabalho (APA; FAMBONNE, 2009; FODSTAD; MATSON, 2008 apud FARO et al., 2019).

Segundo Fávero e Santos (2005), os eixos norteadores dos critérios diagnósticos para estudos psicopatológicos são empregados dentro dos sistemas de classificação internacional das doenças, sendo estes considerados teóricos e operacionais.

Segundo Rutter (2011 apud BACKES, 2017) as causas do TEA ainda são ocultas, no entanto já existem pesquisas que apontam para fatores neurobiológicos e genéticos. São considerados assim, por natureza, transtornos do neurodesenvolvimento que interrompem áreas cerebrais de socialização básica e precoce (KLIN, 2006). Mesmo com tantos estudos científicos, ainda existem inúmeras divergências e questões no campo de investigação do Autismo (MELLO, 2003 apud MONTEIRO et al., 2017).

Este transtorno vem sendo identificado com mais frequência nos últimos anos com prevalência populacional em torno de 2-5 indivíduos para 10.000 com predomínio para o sexo masculino (4:1). Geralmente é identificado por volta dos 3 anos de idade e frente ao diagnóstico é de fundamental importância a busca pelo tratamento prévio e intervenções (TAMANHA; PERISSINOTO, 2008).

A nova classificação do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua 5ª edição (DSM-V, 2014) apresenta quatro condições específicas do Autismo, quais sejam: déficit na comunicação; interação social; padrão de comportamento e, atividades e interesses restritivos e repetitivos, compreendidos no consenso da lógica científica para tais condições uma relação dos níveis de severidade dos sintomas (MONTEIRO et. al., 2017).

Segundo Assumpção e Pimentel (2000), o tratamento é difícil e baseado em um contexto medicamentoso para redução dos sintomas mais frequentes como agressividade, irritação ou agitação.

As crianças autistas costumam apresentar, também, condições associadas a distúrbios sensoriais, dificuldades para prestar e/ou manter a atenção e deficiências na coordenação motora (KLIN, 2006; SILVA, 2009; GROFT; BLOCK, 2003 apud SCHLIEMANN, 2013). Pensando, neste sentido e na tentativa de amenizar o tratamento medicamentoso, corroborando com vários estudos que apontam para o tratamento não medicamentoso por meio das práticas corporais, foi que este estudo se desenvolveu, na tentativa de observar as implicações das mesmas para o desenvolvimento, melhorando a vida das crianças autistas.

As práticas corporais, em suas definições pela literatura de modo explícito, são vistas como manifestações culturais que destacam a dimensão corporal ligadas ao esporte, ginástica, dança, luta, tai-chi, yoga, práticas de aventura e jogos; com o propósito da

promoção da saúde, educação para sensibilidade, estética, para desenvolvimento do lazer e para o cuidado com o corpo (FILHO et al., 2010).

No entanto, apesar dos poucos estudos que evidenciam a prática corporal e Autismo, o assunto se torna de grande valia para esta pesquisa na busca de novos conhecimentos e resultâncias. Neste mesmo sentido a problemática para este estudo se contempla na seguinte questão: Qual a influência das práticas corporais inclusivas no desenvolvimento de crianças diagnosticadas com TEA? Para tanto, hipoteticamente, as práticas corporais para crianças com TEA são benéficas, pois promovem pontos positivos nos prejuízos acometidos pelo transtorno, como socialização, comportamento, comunicação e oralização, adaptação da rotina e mudanças, usam de objetos, aspectos motores, respostas visuais, auditivas e cognitivas, amenizando assim os sintomas e melhorando a qualidade de vida dessas crianças.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O termo TEA ou Autismo sofreu várias mudanças ao longo do tempo até se fixar a esta nomenclatura atual. Dos registros mais antigos os estudos apontam para pesquisadores que buscaram entender este transtorno. Segundo Mello (2005 apud SANTOS, 2015) cerca de dezoitos anos atrás criou-se a primeira associação pelo Autismo no país que se compunha por um pequeno grupo de pessoas entre médicos, profissionais da área e alguns pais.

Estudado há décadas pela ciência, este distúrbio do desenvolvimento humano ainda gera grandes contradições (SANTOS, 2015). Em meados de 1906, o psiquiatra suíço Plouller ao estudar pacientes com diagnóstico de demência precoce introduziu o termo autista na literatura psiquiátrica, enquanto em 1911, outro psiquiatra suíço, Eugen Bleuler definiu o Autismo como sendo uma impossibilidade ou dificuldade de comunicação gerando uma perda de contato com a realidade (ZUCHI, 2002 apud SILVA; RIBEIRO, 2012).

As primeiras descobertas do médico austríaco Léo Kanner, em 1942, remetiam a um Autismo extremo ligado a fenômenos da linha esquizofrênica classificado por ele como “distúrbio autístico do contato afetivo” (ASSUMPCÃO JR; PIMENTEL, 2000). No ano de 1943, Kanner realizou as primeiras publicações a respeito do Autismo (SCHMIDT; BOSA, 2003) ao avaliar onze crianças com semelhanças de comportamento atípico, o qual também utilizou o termo Autismo, por ele denominado uma inabilidade no contato afetivo e interpessoal. Além disso, Kanner relatou que essas crianças possuíam uma incapacidade de relacionar-se no início da vida e observou aspectos incomuns nas capacidades motoras (estereotípias), alterações às mudanças, na comunicação com inversão de pronomes e linguagem ecológica (KLIN, 2006). Em contrapartida, no ano de 1944, o pediatra austríaco Hans Asperger identificou casos em que predominavam algumas características autísticas, mas com uma inteligência incrível (GADIA, 2004).

Gilbert (1990) e Rutter (1996 apud BOSA, 2000) denotaram ao Autismo como uma síndrome comportamental no processo de desenvolvimento infantil de forma bastante deturpada.

Com o passar dos anos o Autismo foi ganhando forma e com base nas pesquisas científicas que por elas descobrimos várias etiologias, graus de severidades e características específicas, perdendo o foco em ser um quadro único e passando a ser considerada um transtorno comportamental (SILVA; RIBEIRO, 2012).

De acordo com o DSM-V (2014) o Autismo é definido pelo acometimento de quatro áreas do desenvolvimento da criança: inabilidade de interação social; comunicação; comportamentos; interesses restritos ou específicos e estereotípias. A APA (2013, p. 413) reforça que o TEA “é uma condição neurodesenvolvimental caracterizada por comprometimentos no desenvolvimento sociocomunicativo, além da presença de comportamentos repetitivos e estereotipados”.

Ainda neste parâmetro, Mello (2007) definiu o Autismo como um distúrbio do desenvolvimento caracterizado por mudanças presentes desde a idade muito precoce, geralmente antes dos três anos de idade, com impacto em áreas fundamentais do desenvolvimento humano, como a comunicação, interação social, aprendizado e a capacidade de adaptação.

Tais argumentos dos diversos autores corroboram com a Classificação Internacional de Doenças (CID – 10), onde o Autismo é definido como sendo um distúrbio precoce que implica no desenvolvimento da criança alterando suas habilidades de relação com o meio (SANTOS, 2015). Fávero e Santos (2005) também afirmam que o Autismo consiste em prejuízos na interação social, alterações da comunicação e padrões limitados ou estereotipados de comportamentos e interesses.

No entanto, perante a nova classificação pela Organização Mundial da Saúde (OMS), o CID – 11 apresenta o Autismo como:

O distúrbio do espectro do autismo é caracterizado por déficits persistentes na capacidade de iniciar e sustentar interação social recíproca e comunicação social, e por uma série de padrões de comportamento e interesses restritos, repetitivos e inflexíveis. O início do distúrbio ocorre durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, mas os sintomas podem não se manifestar completamente até mais tarde, quando as demandas sociais excedem as capacidades limitadas. Os déficits são suficientemente severos para causar prejuízos nas áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento e são geralmente uma característica generalizada do funcionamento do indivíduo observável em todos os ambientes, embora possam variar de acordo com aspectos sociais,

educacionais ou outros contextos. Indivíduos ao longo do espectro exibem uma gama completa de funções intelectuais e de linguagem (CID – 11, s/p).

Para Sprovieri e Assumpção Jr. (2001) a predominância do transtorno iniciada antes dos 3 anos de idade era diagnosticada em 5 crianças a cada 10.000 sendo o sexo masculino o predomínio maior por condições gestacionais mal esclarecidos ainda pela literatura.

O *Centers for Disease Control and Prevention* (2014) relatou dados epidemiológicos que demonstrou uma prevalência de um em cada 68 nascimentos, no entanto, tal prevalência vem crescendo nas últimas décadas, devido ampliação dos critérios diagnósticos ou pelos serviços de saúde.

Zhao e Chen (2018) explicam que no ano de 2014 nos EUA a estimativa de crianças com TEA ou ASD (*Autism Spectrum Disorder*) chegou a um aumento de percentual de quase 120%, ou seja, 1:68 quando comparado com o ano de 2000. Na china 1,61% das crianças menores de 15 anos são diagnosticadas com TEA e o país carece de muita conscientização e atenção. Entretanto, os estudos epidemiológicos no Brasil voltados para o Autismo ainda são escassos, sendo que em uma pesquisa realizada no município paulista de Atibaia a prevalência do diagnóstico foi de 1:114 crianças (RIBEIRO, 2007).

Algumas das características mais típicas das crianças autistas são observadas por:

[...] apresentam características de isolamento desde seus primeiros anos de vida, dificuldade em desenvolver relações pessoais, sendo esta observada precocemente e a dificuldade de vínculo com a figura materna. Essas crianças demonstram uma inaptidão para brincar em grupo ou para desenvolver laços de amizade. Normalmente, não participam de jogos cooperativos, demonstram pouca emoção, pouca simpatia ou pouca empatia por outros. Na medida em que crescem, pode-se desenvolver uma maior ligação, mas as relações sociais permanecem superficiais e imaturas. Grande parte dos pacientes autistas tem uma motricidade perturbada pela a manifestação intermitente ou contínua de movimentos repetitivos e complexos, denominados de movimentos estereotipados. Os movimentos mais típicos envolvem as mãos e os braços, mexendo-os frente aos olhos ou batendo palmas no mesmo ritmo, independente do momento ou espaço em que se encontram. (CAMARGOS, 2002 apud SILVA; RIBEIRO, 2012, p. 580).

Tais exposições destes impedimentos podem variar de acordo com o nível de desenvolvimento e a idade cronológica da criança junto a outros fatores existentes. Quanto

mais perturbação na parte cognitiva, maior é a tendência da criança se isolar e não se comunicar (KLIN, 2006; APA, 2002 apud SANINI; SIFUENTES; BOSA, 2013).

Sendo assim as crianças autistas sofrem grandes prejuízos nas habilidades linguísticas por não reproduzirem as imitações sociais durante o início da infância que é fator fundamental para seu desenvolvimento, como dar tchau, jogar beijos, atividades simbólicas, imitações da realidade e ausência de gestos para se comunicar (SILVA; RIBEIRO, 2012).

Os sintomas do TEA podem ocorrer graus variados na comunicação desde a habilidade verbal e não verbal, na inabilidade em enunciar informações ou linguagem imatura como ecolalia, reversão de pronome e entonação (SILVA; RIBEIRO, 2012). Também a parte sensorial pode ser afetada gerando a hipo ou hipersensibilidade a sonoridade, visão, tato, olfato e degustação (KLIN, 2006). Conforme Camargos (2002 apud SILVA; RIBEIRO, 2012) o humor dos autistas é muito característico por apresentar imprevisibilidade e se alterar de um instante para o outro, desde risos e choro sem razão e inexplicáveis. Em alguns casos, a linguagem é caracterizada por ecolalia, jargão, reversões de pronome, prosódia anormal e entonação monótona. Também apresentam padrões repetitivos ou estereotípias como agitar as mãos, balançar o corpo, andar em círculos ou repetição de frases, palavras e canções (GADIA, et al., 2004). Podem apresentar também distúrbios do sono e distúrbios alimentares. (SILVA, 2009; KLIN, 2006 apud SCHLIEMANN, 2013).

Infelizmente até os dias atuais, o Autismo não possui esclarecimentos sobre os fatores responsáveis por desencadear o transtorno, a julgar por fatores genéticos e do meio (SANTOS et al., 2012). Vidigal e Guapo (2003 apud SANTOS et al., 2012) afirmam que ambos os fatores podem ocasionar a maturação do sistema nervoso central afetando o sistema intelectual e afetivo da criança.

Conforme Bourzac (2012 apud MONTEIRO et al., 2018), o Autismo é apenas diagnosticado com idade média de 5 anos, onde nesta fase já enfrentam dificuldades na convivência social, linguagem, comportamento e rotinas não funcionais.

Sendo assim, o diagnóstico de Autismo apenas tem validade pela decisão clínica com base em uma lista de critérios comportamentais. O DSM-V (2014) atesta que para uma

criança ser diagnosticada com TEA, ela deve apresentar durante a avaliação, comportamentos que atendam aos critérios descritos determinados no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para TEA oferecidos pelo DSM-5

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>A. Deficiências persistentes na comunicação social e interações sociais em diversos contextos, não explicadas por atrasos no desenvolvimento em geral, e que se manifestam por todos os três dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Deficiência de reciprocidade sócio-emocional;2. Deficiência em comportamentos comunicativos não-verbais utilizados para a interação social;3. Deficiência no desenvolvimento e manutenção de relacionamentos. <p>B. Padrões restritos, repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, manifestados por pelo menos dois dos seguintes sintomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Linguagem, movimentos motores ou uso de objetos estereotipados ou repetitivos;2. Aderência excessiva às rotinas, padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal ou resistência excessiva às mudanças;3. Interesses fixos, altamente restritos, que não são normais em intensidade ou foco;4. Hiper ou hipo-reatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum em aspectos sensoriais do ambiente. <p>C. Sintomas devem estar presentes na primeira infância, porém podem não se manifestar plenamente até que as demandas sociais excedam as limitadas capacidades.</p> <p>D. Sintomas em conjunto limitam e prejudicam o funcionamento diário</p> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Fonte: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-5 (2014)

Backes (2017) ressalta que os critérios diagnósticos do DSM-V retratam alterações na dimensão sociocomunicativa, encontradas sobre a reciprocidade socioemocional, comportamentos comunicativos verbais e não verbais e o estabelecimento e manutenção de relações. Em relação a presença de comportamentos repetitivos e restritos pode se apresentar por meio das estereotípias e repetições de movimentos motores, no uso de objetos e na fala, assim como interesses restritos, adesão excessiva e rígida a rotinas e hipo ou hipersensibilidade sensoriais.

Além disso, o diagnóstico parece ser de responsabilidade clínica com uso de escalas de avaliação e baterias de testes objetivos e padronizados para a obtenção de uma compreensão melhor do distúrbio e estabelecimento das intervenções e prognósticos apropriados (GADIA et al., 2004 apud SCHLIEMANN, 2013).

Mesmo com todos os recursos, em alguns casos ainda acontecem incoerências de diagnóstico, devido aos autistas apresentarem características semelhantes a uma criança que

possua defasagens na aprendizagem ou distúrbios mentais e doenças congênitas, como por exemplo confundir o Autismo com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (SANTOS, 2015). Entretanto alguns estudos voltam-se para a hipótese e suspeita de aspectos genéticos como possíveis causadores de Autismo que, no entanto, ainda não vem oferecendo evidências positivas no campo das pesquisas (SCHLIEMANN, 2013).

Em relação ao foco desta pesquisa para as práticas corporais, Bracht (2005) afirma que a Educação Física vem contextualizando de forma histórica, as práticas corporais do movimento produzidas pelo homem ao longo dos tempos. Para Oliveira (1998) as práticas corporais formam a expressão criativa, da consciência, da capacidade de comunicação e a interação das relações sociais do homem e do meio. Segundo Silva, Lazzarotti e Silva (2010) nos dias atuais, as práticas corporais vêm sendo recolocadas por outras possibilidades, através de tecnologias, lazer e educação.

Norteando as práticas corporais inclusivas pensadas a partir das pessoas com quaisquer necessidades específicas, Berselli (2017) reconhece em seu estudo, as práticas corporais na perspectiva da acessibilidade no aspecto atitudinal, ou seja, no sentido “do que fazer”, caracterizando-as enquanto uma abordagem física do movimento em relação a sua utilização para possibilitar maior contato para as pessoas com deficiência. A autora ainda reforça que as mesmas possam ser ajustadas, adaptadas ou reformuladas para cada tipo de praticante e suas dificuldades.

No estudo de Massion (2006) retrata-se que as atividades físicas e esportivas em geral possibilitam excelentes oportunidades de aprendizagem para crianças e adultos autistas, bem como prazer e autoestima, melhorando sua qualidade de vida. Além disso, concede o progresso do autista em vários aspectos como rendimento físico, capacidades e as representações do corpo e a comunicação e socialização com os companheiros de atividades. Adendo que grande parte de crianças autistas estão próximas do risco da inatividade física por consequências de suas condições, aliando a obesidade como sendo um fator de risco para a saúde dos mesmos (PAN; FREY, 2005; OBRUSNIKOVA; CAVALIER, 2011 apud SCHLIEMANN, 2013).

3. OBJETIVOS

Esta pesquisa objetivou aprimorar conhecimentos sobre o tema por meio de embasamentos em referenciais bibliográficos e pelo relato de experiência com crianças diagnosticadas com o TEA, na tentativa de descrever os principais desenvolvimentos da criança por meio das intervenções com práticas corporais inclusivas. Além disto, os objetivos específicos deste trabalho foram:

- Investigação dos aspectos de socialização, comportamento, comunicação e oralização, afetividade, adaptação da rotina e mudanças, uso de objetos, aspectos motores, respostas visuais, auditivas e cognitivas das crianças autistas após intervenção com práticas corporais inclusivas;
- Relevar a importância de intervenções pedagógicas no campo da Educação Física como ferramenta adequada para o progresso e desenvolvimento da criança autista.

4. JUSTIFICATIVA

Desde o meu ingresso no Núcleo de Estudos, Pesquisas e Extensão em Paradesporto, no segundo semestre de 2018, após todas as experiências nos projetos com diversas deficiências, o TEA me chamou muita atenção e despertou vários interesses de investigação em torno da Educação Física Inclusiva. Pois, as principais características que são marcantes do Autismo, como o isolamento, inabilidades comunicativas e interação social, são aspectos que criam prejuízos em várias áreas do desenvolvimento da pessoa com Autismo, sendo assim, muitos estudos apontam para a importância das atividades físicas (AGUIAR; PEREIRA; BAUMAN, 2017).

A inserção de práticas corporais através da Educação Física para crianças autistas oportuniza que a mesma desenvolva suas habilidades sociais e a qualidade de vida (TOMÉ, 2007). Vatajuk (1996 apud TOMÉ, 2007) ao questionar a influência das atividades físicas para as pessoas com Autismo, criou uma reflexão que a preocupação se deve no desenvolvimento total e não apenas em capacidades motoras. Sendo assim, as atividades físicas permitem a melhora da interação social, coordenação motora, capacidades cognitivas e emocionais, consciência corporal e espaço temporal (SANTOS et al., 2012). Desta forma, tornando necessário o estudo acerca de quais são as contribuições das práticas corporais para as crianças autistas.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipos de Pesquisa

Segundo Cavalcante e Lima (2012, p. 96) “o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional de interesse da comunidade científica”. Neste sentido esta pesquisa é fruto de um relato de experiência que descreve os aspectos e as vivências da minha atuação voluntária como professora em formação de Educação Física para crianças com o TEA. A pesquisa teve um olhar descritivo com abordagem qualiquantitativa por meio das intervenções com práticas corporais inclusivas para crianças autistas.

5.2 Lócus da Pesquisa

5.2.1 Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto – NEPE

Segundo Fonseca (2019), o Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Paradesporto teve sua fundação e registro oficial na UFLA em 13 de junho de 2017 (Figura 1) pelo grupo de discentes dos cursos (Licenciatura e Bacharelado) de Educação Física da UFLA e da Profa. Dra. Nathália Maria Resende, em que o intuito estava no interesse de desenvolver atividades voltadas para as pessoas com deficiências (PcD) na área esportiva adaptada e proporcionando espaços para discussões sobre a Educação Física Inclusiva na sociedade em prol da socialização e da transmissão de valores paralímpicos. Ainda conforme a autora, o grupo de estudantes realizavam reuniões administrativas registradas em atas pela secretária que seriam base para as pequenas ações do projeto, como a busca de instituições parceiras para intervenções na área da Educação Física numa perspectiva inclusiva. As parcerias feitas e que se encontram até hoje estão ancoradas com o apoio da Prefeitura Municipal de Lavras/MG, especificamente com a Secretaria de Educação Especial e Secretaria de Esportes, Lazer e Turismo (SELT); Conselho da Pessoa com

Deficiência, Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), Centro de Educação e Apoio as Necessidades Auditivas e Visuais (CENAV) e Associação Regional para o Desenvolvimento do Cidadão com Transtorno do Espectro Autista (ASSOCIAÇÃO CONTATO), Associação de Pais e Amigos dos Surdos e Cegos (ASPAC) e Associação Conquista de Pessoas com Deficiência (ASSOCIAÇÃO CONQUISTA).

A Figura 1 retrata o registro oficial do Núcleo pela UFLA como uma entidade de extensão institucional.

Figura 1 – Registro oficial do Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Paradesporto na UFLA.

Exibir Entidade de Extensão
Histórico de Reprovações

Índice:

| | | |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Dados Gerais da Entidade de Extensão | Dados do Coordenador | Situação de Aprovação |
| Vínculos | Histórico de Coordenação | |

Dados Gerais da Entidade de Extensão

Nome: Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto
Tipo de Entidade de Extensão: Núcleo de Estudos
Data de Fundação: 13/07/2017
Local: Departamento de Educação Física
Objetivo: Objetiva a inserção de PcD no mundo esportivo, a partir da adaptação das atividades lúdicas, artísticas, físicas e esportivas.
Histórico: O Núcleo em Paradesporto foi fundado no dia 13 de julho de 2017, por um grupo de discentes do curso de Educação Física e a docente Nathália Maria Resende. Esse grupo tinha em comum o interesse em propiciar espaços para discutir e desenvolver atividades sobre/para as pessoas com deficiência nas práticas esportivas e físicas adaptada. Discutir as questões sobre o esporte adaptado para pessoas com deficiência e a educação inclusiva desempenha um importante papel na formação do homem e da vida em sociedade, pois promove socialização e transmissão de valores, consolida instrumento de educação e saúde, desenvolve e ressaltam as expressões artísticas-culturais e valoriza o movimento humano.
Outras Informações:
 Instituições parceiras:
 - APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais;
 - Associação Contato - Associação Regional para o Desenvolvimento do Cidadão com Transtorno do Espectro Autista;
 - CENAV - Centro de Educacional e Apoio As Necessidades Auditivas e Visuais.

Dados do Coordenador

Coordenador: NATHALIA MARIA RESENDE
Setor: DEPARTAMENTO DE EDUCACAO FISICA
E-mail Institucional: nathalia.resende@ufla.br
E-mail Alternativo: nathy_resende@yahoo.com.br

Situação de Aprovação

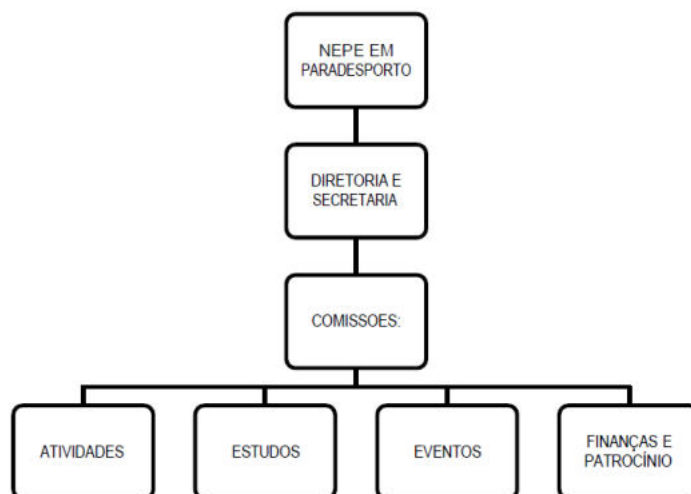
Situação de Aprovação: Registrado

Fonte: Sistema Integrado de Gestão UFLA – Entidades de Extensão (FONSECA, 2019).

O sistema administrativo e organizacional do Núcleo (Figura 2) teve sua estrutura, segundo Fonseca (2019), que seguia uma linha de comissões compostas por determinados integrantes do Núcleo pré-estabelecidos em reuniões que atuavam de forma voluntária ou como bolsista quando selecionados nos processos seletivos da UFLA. Além disso, foram

estabelecidos critérios relacionados à assiduidade, forma de participação e a quantidade de ingressantes, justificativa de faltas e a criação de um Estatuto.

Figura 2 – Organograma das funções administrativas do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto da UFLA.



Fonte: FONSECA (2019).

Após aprovação do Estatuto, as contribuições do profissional de Educação Física na saúde e nas Políticas Públicas da Deficiência foram evidenciadas em seu primeiro artigo:

Art. 1 – O Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto, entidade civil, apartidária, sem fins lucrativos, com tempo de duração indeterminado, com sede e foro na cidade de Lavras - MG, é órgão destinado a congregar profissionais, estudantes e comunidade, tendo por finalidade promover eventos que possam contribuir para a elevação dos conhecimentos no ramo da Educação Física Adaptada e Paradesporto, bem como celebrar convênios e prestar consultorias, além de promover o constante treinamento e aperfeiçoamento de estudantes de graduação em Ensino, Pesquisa e Extensão. Objetiva a inserção de pessoas com deficiência no mundo esportivo, a partir da adaptação das práticas esportivas. As modalidades paralímpicas e os esportes adaptados são desenvolvidos de forma adequada para todos os deficientes. A prática desses esportes visa transmitir valores morais ligados ao olimpismo, para corpos que se encontram fora dos padrões de normalidade (física, fisiológica, comportamental, social) estipulados por determinado grupo social, e que necessitam de superação e compreensão para serem aceitos na sociedade, promovendo assim o movimento de inclusão e diversidade. (FONSECA, 2019, p. 26)

Ainda conforme a autora, o Estatuto traz em detalhes no Capítulo II, as atribuições:

Art. 2 – São atribuições do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto:

- a) Promover a solidariedade e a aproximação entre os membros através de reuniões de caráter científico, simpósios, seminários, encontros técnicos, palestras, debates e outros eventos que possam contribuir para a melhoria da divulgação dos conhecimentos relacionados ao Movimento Paralímpico e Educação Inclusiva.
- b) Promover o constante treinamento e aperfeiçoamento de estudantes de graduação.
- c) Promover cursos destinados à comunidade acadêmica e não acadêmica;
- d) Colaborar no planejamento e execução de trabalho de pesquisa;
- e) Discussão e mesa redonda;
- f) Executar atividades de extensão relacionadas com atividades físicas e esportivas adaptadas, promoção da saúde, inclusão para deficientes;
- g) Promover intercâmbio e colaboração com entidades congêneres. (FONSECA, 2019, p. 27).

Além do grande contato do discente, membro do Núcleo, com as diversas instituições de apoio e parcerias, o mesmo está responsável pelo estudo em aportes teóricos sobre as deficiências, participar e executar as reuniões administrativas e de estudos, organizar eventos e desenvolver as intervenções, construir relatórios e resultados para eventos acadêmicos e científicos.

No segundo semestre de 2018 realizei meu ingresso no Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Paradesporto da UFLA, iniciando minha atuação como membro voluntário e integrante da Comissão de Estudos. No ano de 2019 – semestre seguinte – tornei-me responsável pela Comissão de Estudos e fui indicada a vice-presidência do Núcleo. No segundo semestre, deste ano fui novamente indicada a presidência que perdura até os dias atuais.

Atuei na maioria das instituições parceiras, como APAE, CONQUISTA, CONTATO e CENAV, lidando com as intervenções inclusivas com diversas deficiências e levando para casa um grande aprendizado a cada dia. O CENAV foi que despertou em mim o maior interesse, por conta do trabalho com as crianças autistas, fato este que continuo com as intervenções até os dias atuais. A mais de um ano que permaneço com as intervenções nesse local e sinto que agreguei muitos conhecimentos sobre o TEA e muita

vontade em construir um conhecimento mais aprofundado. Esse interesse me possibilitou trabalhar práticas corporais com crianças autistas e possibilitar para elas direito ao esporte, lazer e saúde.

Além das atuações voluntárias, realizei reuniões de estudos, organizações de eventos, participei de capacitações, simpósios, congressos internacionais, cursos de arbitragem em esportes paralímpicos, minicursos na área escolar, vivenciei a experiência de palestrar em uma universidade e outros eventos acadêmicos com a oportunidade de levar minhas experiências e resultados alcançados.

O Núcleo em Paradesporto além de agregar e despertar um grande interesse pelo trabalho e dedicação as pessoas com deficiência, me tornou uma pessoa melhor e mais agradecida pelo mundo, me amadureceu academicamente e profissionalmente. No Quadro 2, a seguir, estão os registros de algumas das experiências acadêmicas vivenciadas em prol do Núcleo e pela educação inclusiva.

Quadro 2 - Experiências acadêmicas vivenciadas no Núcleo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Paradesporto da UFLA.



Natal Solidário APAE



Voluntariado Festival Paralímpico



VI Congresso Paradesportivo



Palestrante na FADMINAS



Apresentação de trabalhos



Seminário Internacional – Aracaju/SE



Apresentação de trabalhos - São Carlos



Piquenique APAE



PREPARE – TEA



PREPARE – TEA



Palestra – NEPE



Natal Voluntário CENAV



Intervenção APAE



Confraternizações



Passeios APAE



Capacitação Bocha Paralímpica – TC



UFLA de Portas Abertas



Organização de Eventos



II Simpósio Paradesporto – NEPE



Projeto Atletismo para TEA



Minicurso Vôlei Sentado – Aracaju



Minicurso Recreação Adaptada – Aracaju



UFLA faz Extensão



Instituição CONQUISTA

5.2.2 CENAV

Meu lócus de estudo com maior atuação enquanto membro voluntário do Núcleo em Paradesporto se fez presente ao redor de crianças com o TEA que frequentavam o CENAV (Centro de Apoio as Necessidades Auditivas, Visuais e TEA).

O CENAV que se localiza na cidade de Lavras/MG, e é um local de infraestrutura completa, desde salas especializadas, materiais e equipe de profissionais, como pedagogas e psicopedagogas.

O escopo do CENAV é realizar atendimentos em contraturno as pessoas com deficiência auditivas e visuais em apoio as escolas trabalhando aspectos importantes para a inserção dos mesmos no mercado de trabalho e melhor aprendizado. Na perspectiva de que o local se torne um centro de referências, o CENAV possui parcerias com outras instituições e também recebe para atendimentos outras deficiências, como o Autismo e

paralisias cerebrais através do apoio da Prefeitura Municipal, pelo transporte gratuito - fruto de muita luta. Segundo a coordenadora do CENAV, Eva Cacilda Coelho, em uma entrevista afirmou que “o sonho é que consigamos um lugar melhor e sejamos referência para todas as deficiências como um grande centro de AEE (Atendimento Educacional Especializado).”

Desde o início dos atendimentos, o CENAV conta com a construção de projetos para o aprendizado, busca de melhorias e materiais adequados para cada deficiência. Além do mais, a equipe considera a prática de Educação Física essencial para o desenvolvimento das crianças e pretende no futuro contar com profissional de Educação Física na composição da equipe.

5.3 Participantes

Para a descrição do relato, esta pesquisa contou com 9 crianças diagnosticadas com Autismo de grau leve e moderado com faixa etária de 4 a 12 anos de idade.

5.4 Intervenções com práticas corporais inclusivas

As intervenções com as crianças autistas correram na própria instituição do CENAV, onde o local oferece uma área externa descoberta de chão firme e grosso que foi o ambiente de trabalho para a realização das atividades. Os diversos materiais utilizados durante as intervenções foram emprestados – em sua maioria – pelo Núcleo em Paradesporto e Departamento de Educação Física da UFLA. Os materiais utilizados consistiam em bolas de diversos tamanhos e cores, cones, bambolês, cordas, trampolins, figuras ilustrativas, bola com guizo, bolas de meias, cabos, matérias recicláveis, cestos, tatames, materiais de pinturas, entre outros. Em momentos de chuva, as intervenções ocorriam em salas comuns ou de estimulação do CENAV.

O cronograma da sequência de conteúdos trabalhados durante as intervenções com as crianças autistas totalizou em 6 meses, sendo 14 semanas completas com 1 intervenção por semana de 30 minutos. O conteúdo trabalhado norteou a temática de “Noções

Corporais com materiais” que englobou atividades diversas de modo recreativo utilizando bolas, bambolês, cones, cordas, entre outros materiais dispostos pela instituição.

5.5 Escala de cotação CARS

A escala de cotação *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) traduzida no Brasil como Escala de Classificação do Autismo Infantil, segundo Hollerbusch (2001) foi construída para recolher informações da criança autista para identificar as diferentes gravidades do Autismo, sendo ela uma das mais utilizadas como instrumento de validação para o Autismo (PEREIRA, 2007).

Para o relato a escala CARS foi adaptada com redução dos domínios de imitação, resposta emocional, uso corporal, resposta ao paladar, olfato e tato, medo ou ansiedade e impressão global, pois não se enquadraram dentro das observações das práticas desenvolvidas. (Quadro 3) e, na pontuação parcial. A escala CARS adaptada foi utilizada tanto na fase pré quanto na pós-intervenção com as práticas corporais inclusivas.

Quadro 3 - Escala de Classificação do Autismo Infantil Adaptada.

| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|
| | | | |
| I | Oralização | | |
| II | Relação com pessoas (social) | | |
| III | Adaptação às mudanças | | |
| IV | Uso de objetos | | |
| V | Resposta visual | | |
| VI | Resposta auditava- ao som | | |
| VII | Nível de capacidade motora | | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | | |
| IX | Comportamento | | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | | CLASSIFICAÇÃO DO DOMÍNIO |

Fonte: Hollerbusch (2001)

Em relação ao somatório de pontos o quadro de comparação também foi adaptado classificando os domínios em ruins, regulares e bons (Quadro 4) e não em relação a gravidade do Autismo.

Quadro 4 - Classificação dos domínios da Escala de Classificação do Autismo Infantil Adaptada.

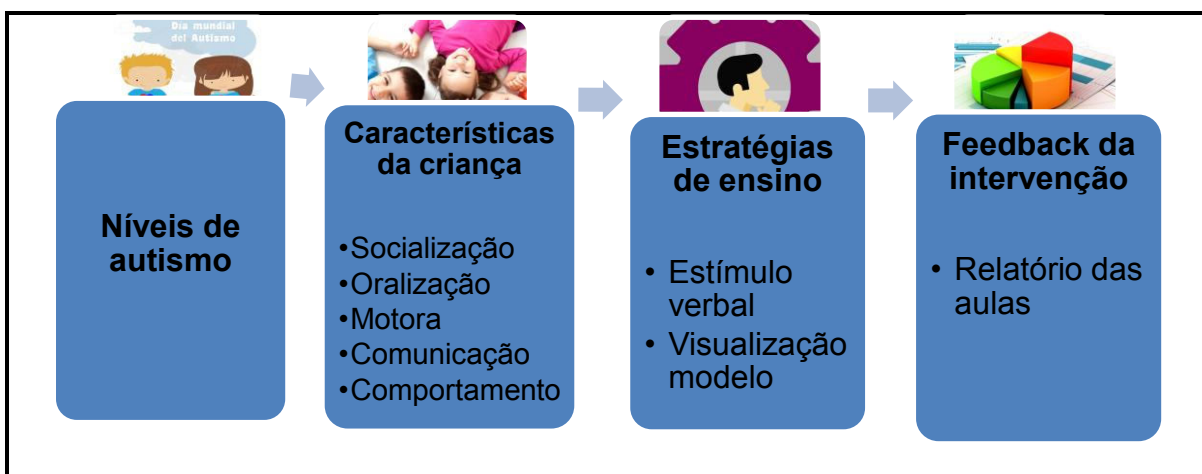
| 0 a 10 pontos | 10 a 20 pontos | 20 a 30 pontos |
|----------------------|---------------------------|-----------------------|
| DOMÍNIOS BONS | DOMÍNIOS REGULARES | DOMINIOS RUINS |

Fonte: Hollerbusch (2001)

5. 6 Etapas e estrutura de intervenção

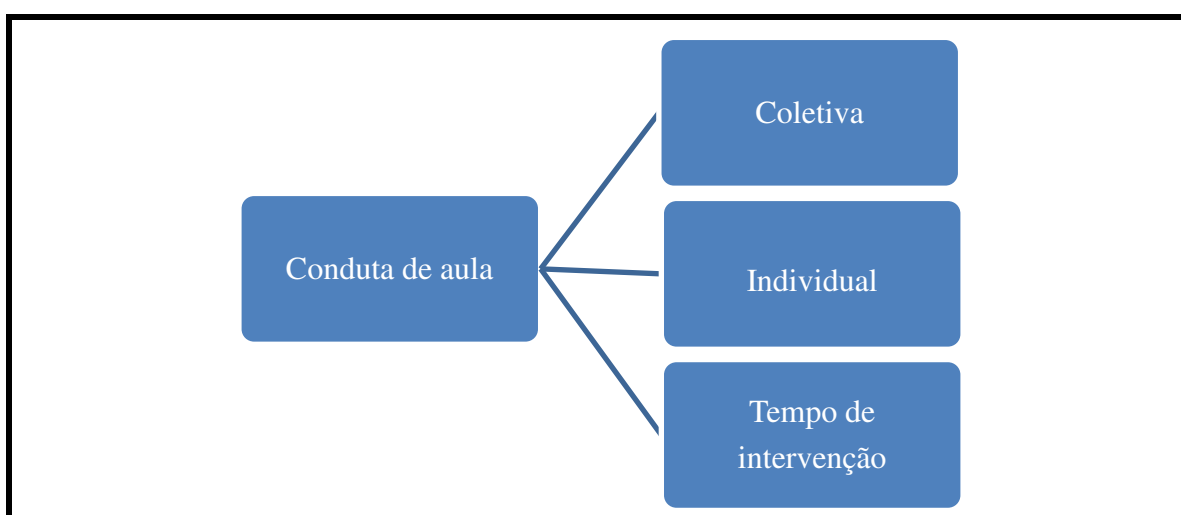
As etapas a seguir fazem parte de uma estruturação propriamente denominada por este relato durante o período de intervenção. Criou-se um quadro que compunham as etapas de estrutura do processo da pesquisa que consistia na separação dos grupos conforme o nível de cada criança, a seleção das características, a estratégia de ensino e o relatório das intervenções. Também se levou em consideração a conduta de aula devido à disposição de horários de todas as crianças. Os Quadros 5 e 6 demonstram as respectivas etapas e estrutura de intervenção com práticas corporais inclusivas.

Quadro 5 - Etapas das intervenções com práticas corporais inclusivas para crianças autistas.



Para esta pesquisa, foi-se necessário a divisão de 2 grupos, sendo um composto por sete crianças do sexo masculino com nível de Autismo leve (Crianças A, B, C, D, E, F e G) e o outro composto por duas crianças do gênero masculino e feminino com nível de Autismo moderado (Crianças H e I). O quadro 4 mostra a conduta de aula realizada na maioria das vezes de modo individual e, em alguns casos pela compatibilidade do horário dos alunos, de modo coletivo por um período mínimo de 30 minutos por intervenção.

Quadro 6 - Estruturas das intervenções das práticas corporais inclusivas.



5.7 Pré-intervenção das práticas corporais inclusivas

O período de pré-intervenção das práticas corporais inclusivas compreendeu-se pela observação de cada criança autista antes da realização das intervenções com as atividades físicas. Para esta etapa aplicou-se a escala CARS. A escala consiste na análise de pontuação comparada através de um quadro de classificação em relação aos domínios já estabelecidos.

Assim, foram estabelecidas as pontuações de cada domínios para cada criança autista participante desta pesquisa. A escala também determinou as pontuações de categoria ótima à ruim para os domínios estabelecidos que são somados ao final. No anexo A estão todas as escalas CARS de cada criança realizadas pré-intervenção.

5.8 Intervenção das práticas corporais inclusivas

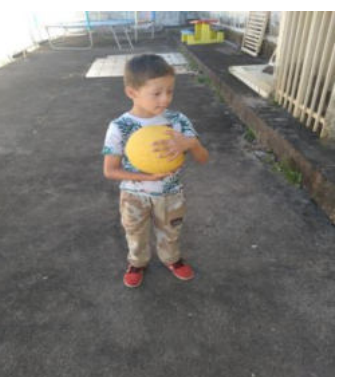
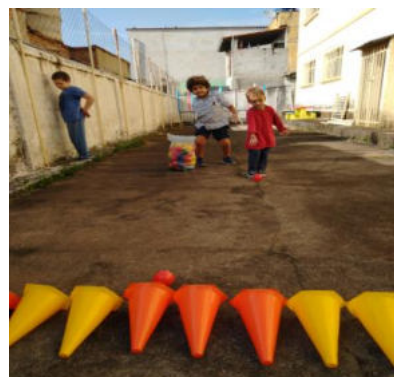
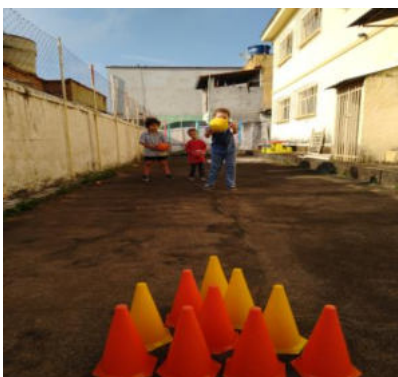
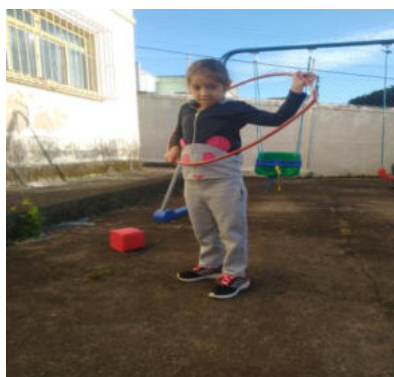
O período de intervenção com as práticas corporais inclusivas aconteceu durante 14 semanas, no período de março a setembro de 2019, englobando atividades e os conteúdos diversos da sub área de Educação Física que abrangeram a coordenação motora fina, coordenação motora grossa, direção, equilíbrio, força, circuitos psicomotores, iniciação a esportes paralímpicos (Boccia), associação de números e cores, noções espaciais, lateralidade, habilidade e capacidades motoras básicas e brincadeiras populares. Cada intervenção compreendia um tempo de apenas 30 minutos.

Durante as semanas de intervenção, foi possível construir um vínculo com as crianças. Imediato a isto, ao iniciar as atividades sempre direcionei o olhar para elas, falando de frente e na mesma altura e com poucos comandos de ordens simples.

Do total de participantes o índice de prevalência por gênero se deu (8:1) sendo o sexo masculino em sua maioria. Corroboro com a literatura ao afirmar que existe uma maior incidência de Autismo em meninos do que em meninas sendo as proporções médias relatadas de 4:1 em relação ao sexo masculino e feminino, respectivamente (KLIN, 2006).

Levando em consideração o fato de que crianças autistas possuem defasagens em relação a comunicação, diálogo e interpretação de algumas tarefas, as atividades tiveram estratégias de intervenção voltadas para o comando verbal insistente e repetitivo e a visualização modelo por parte do professor, adaptadas conforme a necessidade de cada criança e em relação a suas características. Isso permitiu a participação de todas as crianças em todas as atividades desenvolvidas. O Quadro 7 retrata as imagens das intervenções ao longo do período de 14 semanas.

Quadro 7 - Registros das atividades desenvolvidas com crianças autistas.





6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Pós-intervenção das práticas corporais inclusivas

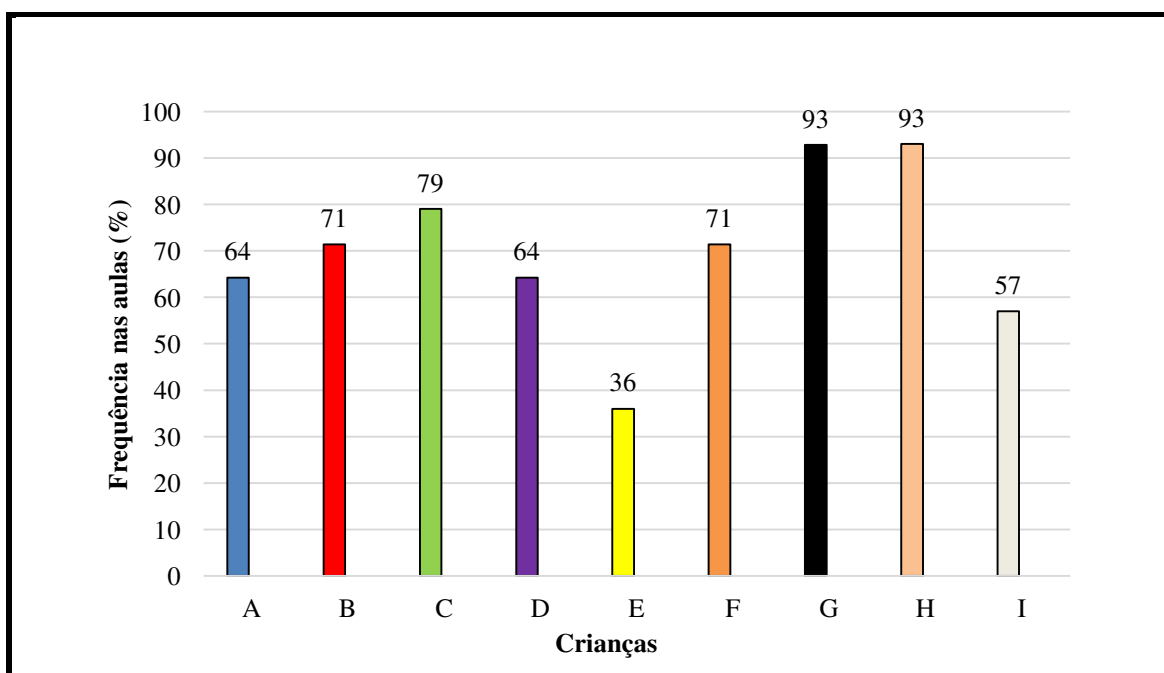
Após o período de intervenção, cada criança foi reavaliada pelos domínios da escala CARS e relacionada ao quadro de comparação destas pontuações. Para esta pontuação levou-se em consideração a observação o ponto de vista das principais evoluções da criança

durante as práticas. No anexo A estão todas as escalas CARS de cada criança realizadas pós-intervenção.

6.2 Desenvolvimentos das crianças autistas

No Gráfico 1 estão determinados os valores relativos da frequência de cada criança autista nas intervenções durante as 14 semanas. Entende-se pelo gráfico que a maioria das crianças teve boa participação durante as intervenções, salvo em alguns casos de crianças que se ausentaram devido a consultas médicas, atestados de saúde, indisponibilidade por relato dos pais, problemas no transporte e outros compromissos.

Gráfico 1 – Valores relativos da frequência de cada criança autista nas aulas das intervenções pelas práticas corporais.



No Quadro 8 estão os valores da pontuação CARS de cada crianças pré e pós-intervenção com as práticas corporais inclusivas, assim como os valores de delta que

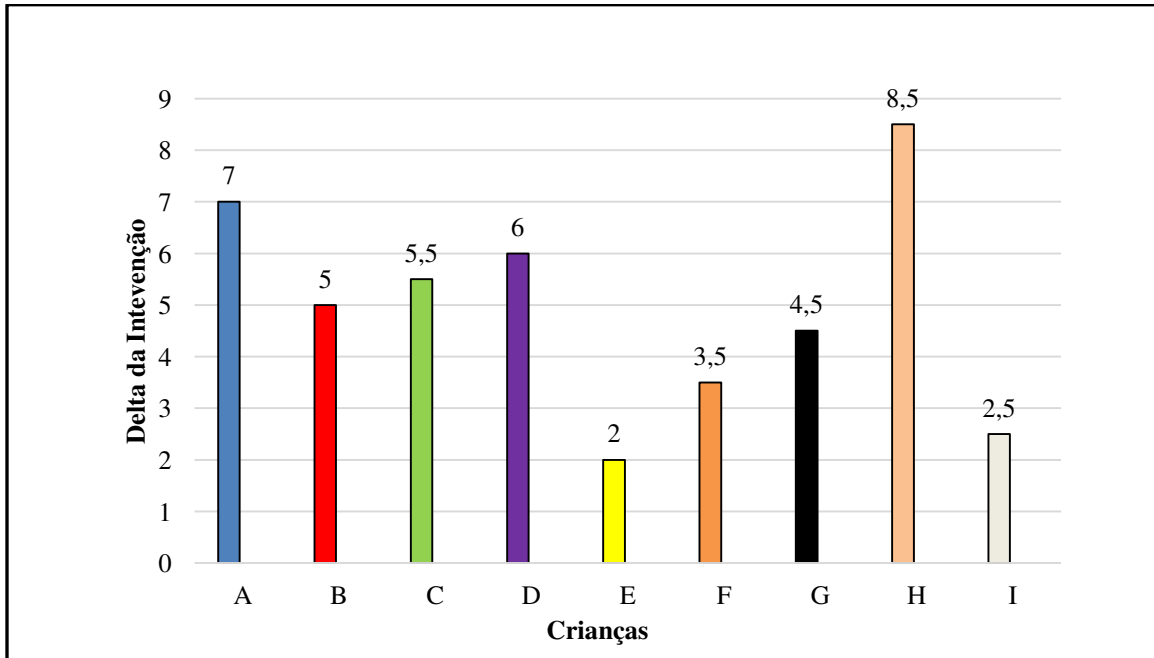
retratam a mudança ocasionada pela intervenção e, a frequência das crianças autistas nas aulas.

Quadro 8 - Pontuação total de pré e pós-intervenção pelas práticas corporais de crianças autistas.

| CRIANÇA | NÍVEL | PRÉ INT. | PÓS INT. | DELTA (Pós-Pré) | FREQUÊNCIA DE AULAS |
|----------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------------|--------------------------------|
| A | Leve | 19 | 12 | 7 | 9/14 (64%) |
| B | Leve | 19,5 | 14,5 | 5 | 10/14 (71%) |
| C | Leve | 19 | 13,5 | 5,5 | 11/14 (79%) |
| D | Leve | 20 | 14 | 6 | 9/14 (64%) |
| E | Leve | 20 | 18 | 2 | 5/14 (36%) |
| F | Leve | 14,5 | 11 | 3,5 | 10/14 (71%) |
| G | Leve | 17,5 | 13 | 4,5 | 13/14 (93%) |
| H | Moderado | 24 | 15,5 | 8,5 | 13/14 (93%) |
| I | Moderado | 25,5 | 23 | 2,5 | 8/14 (57%) |

A pontuações delta representam a evolução da criança autista como um todo, o que significa que quanto maior o valor, melhor o desempenho da criança em relação aos domínios observados na pós-intervenção. O Gráfico 2 demonstra a pontuação de cada criança autista pela pré e pós-intervenção das práticas corporais.

Gráfico 2 – Evolução de cada criança autista após as aulas das intervenções pelas práticas corporais.



Antes de executar a Escala CARS na fase pós-intervenção, os relatórios de cada intervenção das crianças autistas, já constatavam avanços perceptíveis nos aspectos de interação social, oralização e comportamentos.

O grupo das crianças de autismo nível 1 leve representadas por A, B, C, D, E, F e G se mantiveram na mesma classificação dos domínios nas fases pré e pós-intervenção, mas com diferença na comparação das pontuações o que representa um ganho positivo para estas crianças. No entanto, o grupo de crianças de autismo nível moderado representadas por H e I, teve resultado satisfatório apenas para a criança H.

A criança H que apresentou maior relevância de pontuação, recebeu na sua Escala CARS pré-intervenção uma pontuação alta classificada como domínios ruins e após as 14 semanas de intervenções apresentou na sua Escala CARS pós-intervenção uma grande diferença na pontuação, decaindo para os domínios regulares. Conforme a avaliação dos relatórios da criança H, na primeira semana de intervenção foi relatado características condizentes para a pontuação dos domínios da pré-intervenção, pois a criança autista

apresentava comportamento agitado e desestruturado, agressividade, não respondia a comandos de voz, não oralizava bem, não mantinha socialização com as outras crianças, apresentava pouco interesse aos objetos e possuía capacidades motoras pouco desenvolvidas. Durante as semanas finais de intervenção, a criança H demonstrou avanços em todos os domínios, não apresentando agressividade, tentativas de oralização e verbalização de algumas palavras, melhorou a socialização com as outras crianças, sua afetividade com as mesmas, aumentou seu interesse pelos objetos utilizados nas intervenções e suas capacidades motoras tiveram progressos. Importante salientar que a frequência nas aulas da criança H se deu em um percentual de 93%, o que justifica um processo condizente com os conteúdos trabalhados.

Segundo Massion (2006 apud SCHLIEMANN, 2013), as crianças autistas podem se privilegiar das práticas esportivas e da atividade física em relação ao aprendizado sensorio-motor, comunicativo e social, além de serem fatores para o sucesso da melhoria da motivação e da autoconfiança.

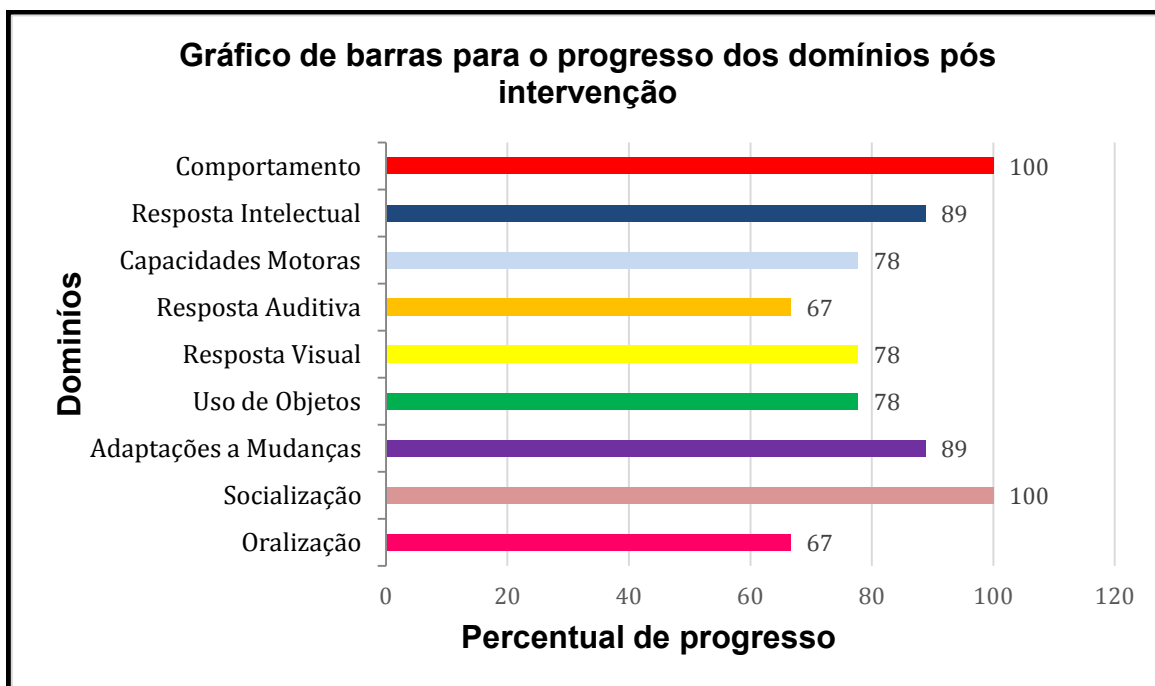
Adverso a isto, a criança I não apresentou sucesso nas pontuações de pré e pós-intervenção, sendo uma diferença insignificante de uma pontuação para a outra. Entretanto ao observamos que a criança I pertence ao grupo de nível moderado e não obteve sucesso como a criança H, podemos justificar tal acontecimento pela irrelevância da sua frequência de aulas (57%). A criança I tem autismo moderado e recebeu uma pontuação condizente na sua pré-intervenção, pois seus relatórios de intervenção apresentavam grande dificuldade por parte da professora em transmitir as práticas corporais, sem oralização, com muita dificuldade de socialização, não tem interesse pelos objetos, apresenta agressividade, em suas crises emite muitos sons aleatórios e se desorganiza cognitivamente, não mantém contato visual e se dispersa muito das atividades. Em relação a sua frequência, esta, totalizou apenas 57% sendo a maioria de suas faltas justificadas por consultas médicas, indisponibilidade ou viagens. Contudo, ao final das últimas semanas de intervenção a criança I teve pequenos progressos no contato com outras pessoas e um interesse pelas atividades. Não teve desenvolvimento na oralização e em aspectos do comportamento. Entende-se assim que não houve progressos relevantes nos domínios observados, mas é de suma importância reconhecer que não houve regressão dos mesmos.

Em comparação ao grupo com crianças autistas de nível leve, todas as crianças se mantiveram na mesma classificação, mas sofreram diferença em relação a pré e pós-intervenção, temos destaque apenas para a criança E que não teve resultados relevantes, além disso apresentou frequência nas aulas de apenas 36% sendo suas faltas na maioria das vezes não justificadas. Esse fator parece ter contribuído desfavorecendo a continuidade dos conteúdos trabalhados com as práticas corporais e a pequena diferença na comparação das pontuações de pré e pós-intervenção.

Lourenço et al. (2015) ressaltaram em sua pesquisa que a prática de atividades físicas pode atenuar várias características das pessoas com Autismo, desde os padrões de comportamento, estereotípias e agressividades.

Sendo assim, em relação aos domínios estabelecidos verificou-se que 100% dos participantes tiveram sucesso nos domínios de comportamento e socialização; 89% nas adaptações as mudanças e resposta intelectual; 78% nos usos de objetos, resposta visual e capacidades/habilidades motoras; e 67% nos domínios de oralização e resposta auditiva, conforme representado no Gráfico 3.

Gráfico 3 – Evolução de cada criança autista após as aulas das intervenções pelas práticas corporais.



Em relação à conduta de aula (individual ou coletiva), não houve interferência em relação aos resultados obtidos. Além disso, as atividades sempre eram organizadas e planejadas com o objetivo de causar nas crianças prazer e satisfação. Na maioria das intervenções era nítido observar, a expressão de alegria e o envolvimento das crianças.

Aguiar et al. (2017) afirmam que a realização contínua de atividade física contribui para o melhor desenvolvimento de crianças com TEA. Em relação ao o percentual de progresso dos domínios, ambos foram perceptíveis nas crianças durante o desenvolvimento das intervenções planejadas. Justificando assim ainda mais a influência de um trabalho bem planejado e adequado para cada criança. É preciso levar em consideração que o tempo de intervenção de cada criança por semana seja considerado um tempo mínimo, o que nos mostra que um trabalho melhor efetivado por um maior período de tempo na semana seja ainda mais promotor para o desenvolvimento destas crianças.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para esta pesquisa, confirmo a minha hipótese gerada em que as práticas corporais inclusivas são benéficas para o desenvolvimento da criança com TEA nos aspectos observados como socialização, comportamento, comunicação e oralização, afetividade, adaptação da rotina e mudanças, uso de objetos, aspectos motores, respostas visuais, auditivas e cognitivas.

Diante dos resultados obtidos, mesmo tendo crianças autistas distintas em suas características e níveis de classificação, foram obtidos resultados satisfatórios em relação ao progresso dos domínios. Durante as intervenções a após o final das mesmas foi perceptível às mudanças e evolução em cada criança autista, mesmo sendo um progresso mais lento.

Nesta perspectiva, entendemos que as práticas corporais inclusivas compreendem um campo extremamente rico, vasto e variado de possibilidades para o trabalho com crianças autistas. A contribuição que tais práticas favorecem por meio dos jogos, brincadeiras e esportes para o desenvolvimento destas crianças, comprova a conjectura deste estudo sobre sua influência em algumas características prejudicadas pelo transtorno. Vale ressaltar que Lourenço et al. (2015) mostraram que são poucos os trabalhos sobre atividade física com pessoas com autismo e seus benefícios, mas os existentes e analisados salientam efeitos positivos em relação a essas atividades.

Cabe aqui destacar a importância do profissional de Educação Física para o tratamento não medicamentoso de uma criança autista e sua continuidade durante seu desenvolvimento propagando sua qualidade de vida e saúde. A aplicação das atividades de práticas corporais requer planejamento, conhecimento, insistência e perseverança por parte do mesmo. De um modo geral, tais práticas foram pertinentes para o desenvolvimento de cada criança e contribuiu de forma positiva para minha formação, pois comprovou a eficácia da atuação do profissional de Educação Física para com a criança com TEA. Mais do que isto, realça para a formação do discente uma oportunidade do trabalho com as pessoas com deficiência e sua inclusão na sociedade.

É de grande valia destacar que após esta vivência, foi possível concluir que tanto as práticas corporais inclusivas quanto o TEA são dois universos com extensas manifestações

e características. As intervenções nesse âmbito para com o autismo não devem ser baseadas em regras pré-estabelecidas ou receitas prontas, mas sim em conceitos fundamentados, olhar individualizado e ação multidisciplinar.

O fruto deste trabalho é uma contribuição para o campo da ciência nesta área, que ainda necessita de muito estudo, a fim de reafirmar e conscientizar as famílias e profissionais de sua total importância.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, R. P. De; PEREIRA, F. S.; BAUMAN, C. D. Importância da prática de atividade física para pessoas com autismo. **J. Health Biol Sci.**, v. 5, n. 2, p. 178–183, 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Artmed Editora, 2014.

ASSUMPÇÃO JR, Francisco B.; PIMENTEL, Ana Cristina M. Autismo infantil. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 22, p. 37-39, 2000.

BACKES, Bárbara; ZANON, Regina Basso; BOSA, Cleonice Alves. Características Sintomatológicas de Crianças com Autismo e Regressão da Linguagem Oral. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 33, e3343, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722017000100403&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 nov. 2019. Epub 22-Jun-2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e3343>.

BERSELLI, MARCIA. Práticas e técnicas corporais promovendo a presença de artistas com deficiência na cena contemporânea. **REVISTA GEARTE**, v. 4, p. 54-66, 2017.

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

BRACHT, Valter. Cultura corporal, cultura de movimento ou cultura corporal de movimento. **SOUZA JÚNIOR, M. Educação Física Escolar: teoria e política curricular, saberes escolares e proposta pedagógica. Recife: EDUPE**, p. 97-106, 2005.

DE LIMA CAVALCANTE, Bruna Luana; DE LIMA, Uirassú Tupinambá Silva. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. **Journal of Nursing and Health**, v. 2, n. 1, p. 94-103, 2012.

DSM-V. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais [recurso eletrônico]: DSM-5 / [American Psychiatric Association ; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.] ; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ... [et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FARO, Katia Carvalho Amaral et al. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico**, v. 50, n. 2, p. 30080, 2019.

FÁVERO, Maria AB; SANTOS, MA dos. Autismo infantil e estresse familiar: uma revisão sistemática da literatura. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 18, n. 3, p. 358-369, 2005.

FILHO, Ari Lazzarotti et al. O termo práticas corporais na literatura científica brasileira e sua repercussão no campo da Educação Física. **Movimento**, v. 16, n. 1, p. 11-29, 2010.

FONSECA, Lara Coelho. **NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EXTENSÃO EM PARADESPORTO DA UFPA:: RELATO DE EXPERIÊNCIA NA PERSPECTIVA INCLUSIVA**. 2019. 88 f. TCC (Graduação) - Curso de Educação Física, Educação Física, Universidade Federal de Lavras, Lavras, 2019.

GADIA, Carlos A.; TUCHMAN, Roberto; ROTTA, Newra T. Autismo e doenças invasivas de desenvolvimento. **Jornal de pediatria**, v. 80, n. 2, p. 83-94, 2004.

HOLLERBUSCH, Ricardo Miguel da Silva Lopes. O desenvolvimento da interação social das crianças com alteração do espectro do autismo: estudo exploratório da influência da educação física na promoção do relacionamento interpessoal. 2001.

ICD - 11. **International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics**. 2019. Disponível em: <<https://icd.who.int/icd11refguide/en/index.html>>. Acesso em: 10 nov. 2019.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral Autism and Asperger syndrome: an overview. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. Supl I, p. S3-11, 2006.

LOURENÇO, Carla Cristina Vieira et al. Avaliação dos efeitos de programas de intervenção de atividade física em indivíduos com transtorno do espectro do autismo. **Rev. bras. educ. espec., Marília**, v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015.

MASSION, Jean. Sport et autisme. **Science & sports**, v. 21, n. 4, p. 243-248, 2006.

MEIMES, Máira Ainhoren; SALDANHA, Helena Castro; BOSA, Cleonice Alves. Adaptação materna ao transtorno do espectro autismo: relações entre crenças, sentimentos e fatores psicossociais. **Psico**, v. 46, n. 4, p. 412-422, 2015.

MELLO, Ana Maria S. Ros de, Autismo: guia prático. 7º ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007. 104 p.: il.

MONTEIRO, Andrea Freire et al. Considerações sobre critérios diagnósticos de transtorno do espectro autista, e suas implicações no campo científico. **DO CORPO: ciências e artes**, v. 7, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, M. A. T. de. Existe espaço para o ensino da Educação Física na escola básica? Pensar a prática. Goiânia, 2: 1-23, jun./jul.,1998.

PEREIRA, Alessandra Marques. Autismo infantil: Tradução e validação da CARS (Childhood Autism Rating Scale) para uso no Brasil. 2007.

RIBEIRO, S.H.B. **Prevalência dos transtornos invasivos do desenvolvimento no município de Atibaia: Um estudo piloto**. 2007.114f. Dissertação (Mestrado – programa de distúrbios do desenvolvimento, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2007.

SANINI, Cláudia; SIFUENTES, Maúcha; BOSA, Cleonice Alves. Competência social e autismo: o papel do contexto da brincadeira com pares. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 29, n. 1, p. 99-105, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722013000100012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 nov. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722013000100012>.

SANTOS, E. de O. et al. Análise das mediações ocorridas a partir da aplicação de um programa de atividades psicomotoras de caráter lúdico-recreativo em crianças autistas. 2012, Presidente Prudente: [s.n.], 2012.

SANTOS, Juliana Silva Oliveira dos. Autismo e sociedade: definição, reflexão e relação social, 2015.

SAUDE, Organização Pan- Americana de. **OMS divulga nova Classificação Internacional de Doenças (CID 11)**. 2019. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=featured&Itemid=101>. Acesso em: 13 nov. 2019.

SCHLIEMANN, André. **Esporte e Autismo: Estratégias de ensino para inclusão esportiva de crianças com transtornos do espectro autista (TEA)**. 55f. Trabalho de conclusão de curso - Faculdade de Educação Física da Universidade de Campinas, Campinas, 2013

SCHMIDT, Carlo; BOSA, Cleonice. A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, 2003.

ANEXO A

- **PRÉ-INTERVENÇÃO**

CRIANÇA A- 11 ANOS- MASCULINO- CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 1,5 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 19 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA B- 6 ANOS-MASCULINO- CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 3 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |

| | | | |
|------|--------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 19,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA C- 4 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 2,5 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 19 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA D- 6 ANOS – MASCULINO – CONDUTA INDIVIDUAL

| |
|--------------------|
| Observação inicial |
|--------------------|

| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 20 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA E - 12 ANOS – MASCULINO – CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2,5 | |
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |

| | | | |
|--|------------------------|-----------|---------------------------|
| | SOMATÓRIO TOTAL | 20 | DOMÍNIOS REGULARES |
|--|------------------------|-----------|---------------------------|

CRIANÇA F – 8 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA -

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 1,5 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 1,5 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 14,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA G – 11 ANOS – MASCULINA – CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 1,5 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |

| | | | |
|------|--------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 2 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 17,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA H- 6 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA-

| Observação inicial | | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 3 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 3 | |
| III | Adaptação às mudanças | 3 | |
| IV | Uso de objetos | 2,5 | |
| V | Resposta visual | 2,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2,5 | |
| IX | Comportamento | 3 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 24 | DOMÍNIOS RUINS |

CRIANÇA I – 7 ANOS – FEMININO – CONDUTA INDIVIDUAL

| |
|--------------------|
| Observação inicial |
|--------------------|

| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 3 | |
| III | Adaptação às mudanças | 3 | |
| IV | Uso de objetos | 3 | |
| V | Resposta visual | 2,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 3 | |
| IX | Comportamento | 3 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 25,5 | DOMÍNIOS RUINS |

- **PÓS INTERVENÇÃO**

CRIANÇA A- 11 ANOS- MASCULINO- CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1 | |
| V | Resposta visual | 1 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 1,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 1,5 | |

| | | | |
|----|------------------------|-----------|---------------------------|
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 12 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA B- 6 ANOS-MASCULINO- CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 2 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 1,5 | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 14,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA C - 4 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 2 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |

| | | | |
|------|--------------------------------------------|-------------|-----------------|
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 1,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 1 | |
| IX | Comportamento | 1 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 13,5 | DOMÍNIOS |

CRIANÇA D- 6 ANOS – MASCULINO – CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 15,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA E - 12 ANOS – MASCULINO – CONDUTA INDIVIDUAL

| |
|------------------|
| Observação final |
|------------------|

| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 2 | |
| IV | Uso de objetos | 2 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 2 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 18 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA F – 8 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| | I | Oralização | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 1,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta | 1 | |

| | | | |
|----|------------------------|-----------|---------------------------|
| | intelectual | | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 11 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA G – 11 ANOS – MASCULINO – CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 1 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 1,5 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 1,5 | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 13 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA H- 6 ANOS – MASCULINO – CONDUTA COLETIVA

| Observação final | | | |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----|------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | OBSERVAÇÃO |
| I | Oralização | 2,5 | |

| | | | |
|------|--------------------------------------------|-------------|---------------------------|
| II | Relação com pessoas (social) | 1,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 1,5 | |
| IV | Uso de objetos | 1,5 | |
| V | Resposta visual | 1,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 1,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2 | |
| IX | Comportamento | 1,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 15,5 | DOMÍNIOS REGULARES |

CRIANÇA I – 7 ANOS – FEMININO – CONDUTA INDIVIDUAL

| Observação final | | | |
|------------------|----------------------------------------------|-----------|-----------------|
| DOMÍNIOS | PONTUAÇÃO PARCIAL (1 - 1,5 - 2 - 2,5 - 3) | | OBSERVAÇÃO |
| | Ótimo - Muito bom - Bom - Regular - Ruim | | |
| I | Oralização | 3 | |
| II | Relação com pessoas (social) | 2,5 | |
| III | Adaptação às mudanças | 3 | |
| IV | Uso de objetos | 2,5 | |
| V | Resposta visual | 2,5 | |
| VI | Resposta auditava- ao som | 2,5 | |
| VII | Nível de capacidade motora | 2 | |
| VIII | Nível/consistência da resposta intelectual | 2,5 | |
| IX | Comportamento | 2,5 | |
| | SOMATÓRIO TOTAL | 23 | DOMÍNIOS |

