



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

LUIZA THALITA CORDEIRO MONTENEGRO

OS EFEITOS DA PSICOMOTRICIDADE NA INTERVENÇÃO MOTORA
DE CRIANÇAS COM TEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

CAMPINA GRANDE – PB
2023

LUIZA THALITA CORDEIRO MONTENEGRO

**OS EFEITOS DA PSICOMOTRICIDADE NA INTERVENÇÃO MOTORA
DE CRIANÇAS COM TEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (Relato de Experiência) apresentado ao Departamento do Curso de Bacharelado em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Educação Física.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Luís Pessoa de Farias

**CAMPINA GRANDE - PB
2023**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

M777e Montenegro, Luiza Thalita Cordeiro.
Os efeitos da psicomotricidade na intervenção motora de crianças com TEA [manuscrito] : relato de experiência / Luiza Thalita Cordeiro Montenegro. - 2023.
13 p.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Educação Física) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2023.

"Orientação : Prof. Dr. Álvaro Luís Pessoa de Farias ,
Coordenação do Curso de Bacharelado em Educação Física -
CCBS. "

1. Transtorno do Espectro Autista . 2. Desenvolvimento motor . 3. Funções cognitivas . I. Título

21. ed. CDD 372.86

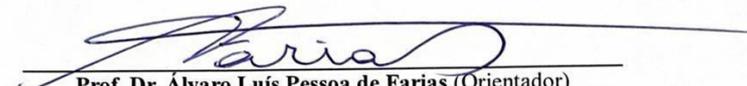
LUIZA THALITA CORDEIRO MONTENEGRO

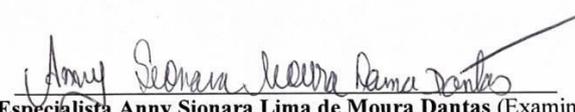
**OS EFEITOS DA PSICOMOTRICIDADE NA INTERVENÇÃO MOTORA DE
CRIANÇAS COM TEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

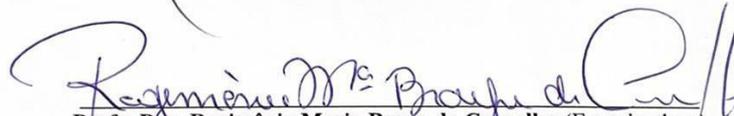
Trabalho de Conclusão de Curso (Relato de Experiência) apresentado ao Departamento do Curso de Bacharelado em de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção o título de Bacharelem Educação Física.

Aprovado em: 30/05/2023.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Dr. Álvaro Luís Pessoa de Farias (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB


Prof. Especialista Anny Sionara Lima de Moura Dantas (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba – UEPB


Prof. Dra. Regimênia Maria Braga de Carvalho (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	6
2.1 Transtorno do Espectro Autista	6
2.2 Psicomotricidade	8
3 METODOLOGIA	8
4 RELATO DE EXPERIÊNCIA	9
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	10
REFERÊNCIAS	11

OS EFEITOS DA PSICOMOTRICIDADE NA INTERVENÇÃO MOTORA DE CRIANÇAS COM TEA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE EFFECTS OF PSYCHOMOTRICITY ON THE MOTOR INTERVENTION OF CHILDREN WITH ASD: EXPERIENCE REPORT

Luiza Thalita Cordeiro Montenegro¹

Álvaro Luís Pessoa de Farias²

RESUMO

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na interação social e comunicação, presença de comportamentos restritivos e repetitivos, que acarretam atrasos significativos nas áreas emocionais, sensoriais, motoras e cognitivas. Diante de suas particularidades, pessoas com autismo necessitam de tratamento especializado para a minimização dos seus atrasos, e potencialização de suas habilidades, um desses tratamentos é realizado através da psicomotricidade, ciência que atua visando o desenvolvimento motor integrado as funções cognitivas num contexto social, em que pessoa com autismo é exposta a estímulos que tendem a reduzir atrasos motores. O objetivo desse trabalho foi relatar minha experiência como estagiária na Associação Campinense de Pais de Autistas – ACPA, que fica localizada na cidade de Campina Grade – PB e atende pelo Sistema Único de Saúde. Os estágios ocorreram de segunda a sexta, das 7h30 às 12h, sendo 30 minutos de terapia individualizada. Trabalhar com crianças com TEA não é uma tarefa fácil, e variam entre grandes evoluções ou sessões com poucos minutos de engajamento, suscetíveis a crises e oposição, porém laços são criados a cada nova semana em que percebemos avanços motores, afetivos, cognitivos e de comunicação. Além do desafio em atuar nessa área, precisamos constantemente nos manter capacitados, já que a psicomotricidade é uma ciência nova, e os diagnósticos de TEA estão cada vez mais comuns, sendo clara a urgência em estarmos preparados para inserir essas pessoas na sociedade da maneira mais acessível possível, dentro de suas limitações.

Palavras-Chave: Transtorno do Espectro Autista; desenvolvimento motor; funções cognitivas.

ABSTRACT

Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder characterized by difficulties in social interaction and communication, the presence of restrictive and repetitive behaviors, which cause significant delays in the emotional, sensory, motor and cognitive areas. Given its particularities, people with autism need specialized treatment to minimize their delays, and enhance their skills, one of these treatments is performed through psychomotricity, a science that acts aimed at the integrated motor development

¹ Graduanda do Curso de Bacharel em Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, luiza.montenegro@aluno.uepb.edu.br

² Professor Doutor do curso de Educação Física da Universidade Estadual da Paraíba, alvaro.luis@servidor.uepb.edu.br

of cognitive functions in a social context, in which a person with autism is exposed to stimuli that tend to reduce motor delays. The objective of this work was to report my experience as an intern in Associação Campinense de Pais de Autistas - ACPA from Campina Grande – PB. The internships took place from Monday to Friday, from 7:30 a.m. to 12 p.m., with 30 minutes of individualized therapy. Working with children with ASD is not an easy task, since the services are not linear, and vary between large evolutions or sessions with a few minutes of engagement, susceptible to crises and opposition, but ties are created with each new week in which we perceive motor, affective, cognitive and communication advances. In addition to the challenge of acting in this area, we constantly need to stay empowered, since psychomotricity is a new science, and the diagnoses of ASD are increasingly common, and it is clear the urgency to be prepared to insert these people into society in the most accessible way possible, within their limitations.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; motor development; cognitive functions.

1 INTRODUÇÃO

Frequentemente a palavra autismo vem aparecendo como assunto principal dentro da área da saúde, isso se explica devido ao aumento do número pessoas sendo diagnosticadas nos últimos anos. Kanner, em 1943, utilizou o termo autismo para se referir a indivíduos que apresentavam dificuldades no contato e comunicação socioafetiva, inabilidade do uso da linguagem, e que constantemente estavam reclusos em um seu próprio mundo. Com o decorrer do tempo, as especificações do transtorno foram se esclarecendo, e dessa forma, sintomas, termos, formas de diagnóstico e de intervenções mudaram bastante.

O Autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento, isso significa que algumas funções neurológicas não se desenvolveram como esperado em suas respectivas áreas cerebrais, assim, há uma variedade e amplitude dos sintomas que surgem devido as essas disfunções (GAIATO, 2018). Portanto, a pessoa autista pode ou não, apresentar as mesmas características que outra pessoa também diagnosticada com TEA. No geral, sintomas na área de comunicação socioafetiva, interesse restritos e padrões repetitivos, além de movimentos estereotipados (balançar as mãos, rodar, andar na ponta dos pés) são os mais comuns e fáceis de serem notados. Dentro dessas áreas outros sinais, porém aparecer: reversão ao toque, choro excessivo e ininterrupto, baixo contato visual, pouco interesse em brincadeiras, movimentos repetitivos utilizando o próprio corpo ou objetos de seu interesse, hiperfocos, incomodo com sons e mudanças na rotina.

Algumas pessoas com diagnostico de TEA também podem ter subdiagnóstico, ou seja, comorbidades acompanhadas ao autismo: deficiência intelectual, TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade), TOD (Transtorno Opositivo-Desafiador), TCD (Transtorno do Desenvolvimento da Coordenação), Tiques, distúrbios do sono, entre outros, que geram dificuldades e maximizam a dependência, ou seja, essas pessoas podem ter dificuldades na escola, nas atividades diárias, como por exemplo, tomar banho, vestir a própria roupa, arrumar a cama, e por isso a necessidade do tratamento se faz necessário.

Desenvolvendo atividades interdisciplinares, que envolvam o físico, psicológico, sensorial e de aprendizagem, facilitamos a integração da criança no meio social, visando retardar seus atrasos melhorando a qualidade de vida e garantindo independência. Nesse contexto, a psicomotricidade entra como ferramenta chave para buscar o alinhamento do

desenvolvimento motor das crianças conforme sua idade, trabalhando com recursos que remetam a vida diária para que os níveis de ajuda sejam cada vez menores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Transtorno do Espectro Autista

A palavra “autismo” deriva do grego “autós” que significa “voltar para si mesmo”. Utilizada pela primeira vez pelo psiquiatra suíço Eugene Bleuler no ano de 1911, na tentativa de descrevê-la como “a fuga da realidade e o retraimento interior dos pacientes acometidos de esquizofrenia” (CUNHA, 2012) e que ficou conhecido como os quatro ‘A’s: alucinações, afeto embotado, a incongruência e autismo, que seria a relação enfraquecida com o meio social e comportamento introspectivo.

Anos depois, em 1943, Léo Kanner, psicólogo austríaco e naturalizado norte americano, observou 11 crianças em que o distúrbio se caracterizava como “a incapacidade de se relacionarem de maneira normal com pessoas e situações, desde o princípio de suas vidas” (KANNER, 1943) e as descreveu em seu artigo intitulado *Distúrbios autísticos do contato afetivo* (MERCADANTE; ROSÁRIO, 2009, p. 35) onde foram citados três categorias dos comportamentos observados: inabilidade do comportamento interpessoal, atraso na fala e dificuldades motoras. Em 1949, Kanner descreve o mesmo quadro com outra denominação “autismo infantil precoce” em que novas características começam a aparecer. No ano seguinte, o psicólogo apresenta mais 38 casos em *Tratado de Psiquiatria Infantil*, e decide separar autismo e esquizofrenia infantil, ressaltando a necessidade de enxergar o autismo como sintoma primário.

Desde então, outros pesquisadores passaram a estudar o autismo, enriquecendo a literatura e apresentando novas concepções psicanalíticas, destacando-se os anos de 1970 e 1980 em que surgem estratégias comportamentais direcionadas a pessoas com diagnóstico de autismo, dentre elas o ABA (*Applied Behavioral Analysis*), ciência que visa contribuir com mudanças no comportamento que são socialmente importantes, permitindo àquele que está dentro do espectro ter suas habilidades melhoradas, contribuindo para sua independência, desenvolvimento e manejo de limitações.

O método que surgiu por meio dos trabalhos de Ivar Loovas, psicólogo e pesquisador, na Universidade da Califórnia – EUA, atualmente é o mais utilizado dentro das intervenções multidisciplinares, o ABA trabalha diversas habilidades durante o processo terapêutico, elas incluem comportamentos sociais como comunicação funcional e contato visual; comportamentos acadêmicos, além de desenvolver e treinar habilidades diárias (GAIATO, 2018) também procura reduzir os comportamentos inadequados, tais como autolesões, agressões, birras e oposições às regras, com intuito de amenizar não só prejuízos sociais, como o sofrimento da pessoa com TEA.

Introduzido no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da American Psychiatric Association (APA), é também em 1980 que o autismo foi classificado pela primeira vez como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento (TID), em sua terceira versão do manual. Em 2015, acontece a publicação da quinta versão, e a mais atual, que exclui os Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD), categoria que englobava os cinco transtornos: autismo, síndrome de Asperger, síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e o Transtorno Invasivo do Comportamento, e cria uma única categoria diagnosticada para os casos de autismo denominada “Transtorno do Espectro do Autismo” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Em 1º de Janeiro de 2022, a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas a Saúde, teve o diagnóstico de TEA unificado na

CID-11, lançada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) unindo todos esses diagnósticos dentro do espectro (código 6AO2 – em inglês Autism Spectrum Disorder), com subdivisões apenas relacionadas prejuízos na linguagem funcional e deficiência intelectual com intenção de facilitar o diagnóstico e simplificar a codificação. Juntamente ao DSM-5, a CID-11 são diretrizes utilizadas para classificar diagnósticos de TEA.

O diagnóstico do autismo deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, juntamente com familiares que participem da convivência da criança, e fechado por um médico. De acordo com Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Academia Americana de Pediatria, entre os 18 e 24 meses de idade, mesmo que não tenha sinais clínicos evidentes para TEA ou outros atrasos de desenvolvimento, o rastreamento deve acontecer, e caso haja identificação de sinais de autismo, a criança é encaminhada para uma avaliação mais criteriosa (SBP, 2019). As características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (Critério B), e ao emitir o laudo, orienta-se a identificação de comorbidades como comprometimento intelectual e transtorno estrutural da linguagem, bem como alguma condição médica (epilepsia, distúrbios do sono, constipação) ou fator ambiental (DSM-5, 2014).

O DSM-5 classifica a gravidade de acordo com a necessidade de apoio: 1º Nível “exigindo apoio”, sem ajuda, o indivíduo apresenta déficits na comunicação social, dificuldades em interagir e podem apresentar pouco interesse em se relacionar com o outro; 2º “ exigindo apoio substancial” esse é o nível 2, em que o indivíduo apresenta graves déficits nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal, prejuízos sociais aparentes mesmo na presença de apoio, limitações em dar início a interações e resposta reduzida ou anormal a interações que partem de outros; Nível três e de maior gravidade “exigindo apoio muito substancial”, o indivíduo autista apresenta déficits graves nas habilidades de comunicação social verbal e não verbal causam prejuízos graves de funcionamento, grande limitação em dar início a interações sociais e resposta mínima a aberturas sociais que partem de outros, além da inflexibilidade de comportamentos e dificuldade em lidar com mudança ou outros comportamentos restritivos/repetitivos.

A respeito das áreas afetadas, o DSM-5 diz que:

Muitos indivíduos com transtorno do espectro autista também apresentam comprometimento intelectual e/ou da linguagem (p. ex., atraso na fala, compreensão da linguagem aquém da produção). Mesmo aqueles com inteligência média ou alta apresentam um perfil irregular de capacidades. A discrepância entre habilidades funcionais adaptativas e intelectuais costuma ser grande. Déficits motores estão frequentemente presentes, incluindo marcha atípica, falta de coordenação e outros sinais motores anormais (p. ex., caminhar na ponta dos pés). Pode ocorrer autolesão (p. ex., bater a cabeça, morder o punho), e comportamentos disruptivos/desafiadores são mais comuns em crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista do que em outros transtornos, incluindo deficiência intelectual (DSM-5, 2014, p.55).

O Centro de Controle de Prevenção de Doenças (CDC) é uma agência de Departamento de Saúde e Serviços Humanos do EUA, que conduz pesquisas e fornece informações a respeito de diversas áreas da saúde. Em 2004, o número divulgado pelo CDC era de 1 a cada 166 crianças eram diagnosticadas com autismo, em 2012 era 1 para 88, em 2018 era 1 em 59. Na última publicação do CDC de 2020, a prevalência já estava em 1 em 54. Seu último relatório, publicado em 2021 de dezembro, mostra o número de 1 a cada 44, e com um adendo: as crianças tem 50% mais chances de receberem o diagnóstico até os 4 anos de idade, ou seja, melhora nas chances de um tratamento precoce. O TEA é causado por uma contribuição de fatores ambientais – idade parental

avançada, baixo peso ao nascer, exposição fetal a ácido valproico – e fatores genéticos e fisiológicos. Atualmente, até 15% dos casos de transtorno do espectro autista parecem estar associados a uma mutação genética conhecida, com diferentes variações no número de cópias de novo ou mutações de novo em genes específicos associados ao transtorno em diferentes famílias (DSM-5, 2014).

2.2 Psicomotricidade

A Psicomotricidade é a ciência que tem como objeto de estudo o homem através do seu corpo em movimento e em relação ao seu mundo interno e externo. Está relacionada ao processo de maturação, onde o corpo é a origem das aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. Psicomotricidade, portanto, é um termo empregado para uma concepção de movimento organizado e integrado, em função das experiências vividas pelo sujeito, cuja ação é resultante de sua individualidade, sua linguagem e sua socialização (SBP, 2004).

Embora não esteja entre os sintomas para diagnóstico, o atraso motor é bastante comum nas crianças com TEA. Um estudo de Sacrey et. al (2014) afirma que em mais de 50% dos casos, pôde-se observar alteração no tônus muscular, bem como hipotonia moderada, além de outros distúrbios como padrões motores anormais, que incluem coordenação motora fina e grossa, dificuldades na execução de movimentos precisos e atraso na aprendizagem motora.

O desenvolvimento psicomotor se caracteriza pela maturação que integra o movimento, o ritmo, a construção espacial, o reconhecimento dos objetos, das posições, a imagem do nosso corpo e a palavra (Bueno, p. 91). Incluem-se no domínio motor três tipos básicos de comportamento: contatar, manipular e/ou mover um objeto; controlar o corpo ou objetos quando em equilíbrio, e mover ou controlar o corpo ou parte do corpo no espaço, com tempo, num ato ou sequência breve ou longa, sob situações previsíveis e/ou imprevisíveis (BUENO, p. 198).

Nos estudos de Okuda et. al (2010), as crianças com TEA que foram avaliadas apresentaram idade motora geral abaixo do esperado para a idade cronológica. Larson et al (2008), também confirmam as series de alterações motoras em crianças autistas, como coordenação, motricidade global, equilíbrio, esquema corporal e organização espacial e temporal, evidenciando que o atraso no desenvolvimento motor é uma característica do espectro.

Sendo assim, a psicomotricidade se mostra fator essencial e insubstituível para resgatar ao máximo os atrasos motores de crianças com TEA. Há necessidade que conceder experiências motoras a crianças dentro do espectro autista, para que ocorra o aprendizado, a organização e a internalização dos atos motores, que podem ser realizadas por meio de atividades e jogos lúdicos para estimular todas as áreas do desenvolvimento psicomotor (GONZAGA et. al, 2015).

3 METODOLOGIA

O estudo trata-se de um relato de experiência com abordagem qualitativa, descritiva, de cunho crítico reflexivo, guinada em referências bibliográficas e na minha experiência como estagiária em Educação Física, atuando na área da psicomotricidade na Associação Campinense de Pais de Autistas – ACPA, em Campina Grande, no período de agosto a dezembro de 2022. Por ser um relato de experiência, todos os dados se deram estritamente por observação e atuação direta com as crianças.

Inicialmente o meu contato com a associação foi por indicação de uma colega para o cargo de estágio, fiz a entrevista no mês de julho, e durante o decorrer do mês fiquei responsável por regularizar todas as documentações de Estágio Não Obrigatório exigidas pela UEPB, para então iniciar as atividades a partir do mês Agosto. As terapias duravam 30 minutos e ocorriam de segunda a sexta, das 7h30 às 12h, dessa forma 8 crianças eram atendidas toda manhã, com a supervisão de um profissional formado em Educação Física durante os atendimentos.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ao ingressar no estágio, o primeiro contato foi por meio de observação e conversa com o meu supervisor. Durante os atendimentos dele, discutimos a respeito dos objetivos e perfil das crianças, materiais disponíveis no ambiente e atividades que seriam planejadas. Tive total independência e voz para propor métodos de avaliação, fichas e atividades. Foram em média 3 semanas para que a minha agenda de atendimentos estivesse completa, optei por 2 atendimentos exclusivos de adaptação e análise visual da criança, propondo atividades e brincadeiras, em que de forma implícita aparecesse possíveis atrasos ou déficits a ser corrigidos.

Utilizando o Manual de Avaliação Motora do Rosa Neto (2002) como norte, observei de maneira bem inicial quesitos como: coordenação motora grossa e fina, esquema corporal, organização espacial, lateralidade e equilíbrio. Através de diálogos e brincadeira, eram anotados outros pontos importantes como contato visual, diferenciação de cores, números, conceito de tamanhos, se atendia pelo nome quando era chamado, e como seguia as instruções solicitadas.

Logo após essas 2 semanas de adaptação, montamos uma ficha de registro para cada criança com as atividades que focavam nas habilidades psicomotoras que estavam em déficits, prestando atenção nos antecedentes, resposta e reforçadores, bem como se aplica a ciência ABA, de maneira individualizada e específica, com análise funcional de todas as valências. Ao longo do atendimento, nessa mesma ficha, eram registrados o tempo de espera, contato visual, imitação, segmento de instrução e a presença de comportamentos, no qual eram interpretados da seguinte forma: adequado (A), emergente (E) e falho (F), assim como a necessidade de ajuda em cada exercício, que eram classificados em: independente (I), ajuda leve (AL), ajuda total (AT), verbal (AVE) ou visual (AVI).

Com isso, as intervenções iniciaram de maneira planejada, com o ambiente adaptado para cada criança, e com atividades específicas para cada déficit encontrado, respeitando suas particularidades, sejam elas fisiológicas ou biomecânicas, e de maneira lúdica e estratégica. Sempre que possível, junto ao meu supervisor, buscamos alinhar nossa terapia com a dos outros profissionais que trabalhavam na associação (psicóloga, psicopedagoga e fonoaudióloga), já que a intervenção interdisciplinar sempre nos mostrou mais avanços, bem como realizar terapias conjuntas com outra criança, em que conseguíamos avaliar tempo de espera, socialização, conversação e as habilidades de compartilhar.

Foi notória a evolução das crianças durante as semanas de atendimento, principalmente as que tinham em casa atividades que estimulavam o domínio motor como era sugerido aos pais ou responsáveis durante os feedbacks dos atendimentos. Habilidades psicomotoras essenciais foram desenvolvendo gradualmente, o que possibilitava aumentar a dificuldade das atividades antes definidas, bem como a melhora significativa nas habilidades de comunicação, socialização e principalmente comportamental, como o tempo de espera que estava cada vez maior e a presença de comportamentos inadequados

(especialmente agressões e oposição) diminuídos, durante a terapia e no dia a dia com os familiares.

Fica evidente que a melhoria na funcionalidade da criança é o ponto alto das evoluções das terapias. A atividade física propõe a criança a oportunidade de se conhecer, testar seus limites e adquirir confiança em si mesmo, além da melhora em déficits como o equilíbrio que conseqüentemente reduz quedas e tropeços, propriocepção, que o faz adquirir melhores movimentos para se reconhecer e localizar-se no espaço, e coordenação, valência importante para a sua independência nas AVD'S (atividades de vida diária), temos de maneira geral um incentivo a criança, e as pessoas que estão ao seu redor, continuarem acreditando que a intervenção motora é importante é indispensável.

Com isso, concludo sem sombra de dúvidas, que toda a experiência adquirida através do estágio foi enriquecedora. É gratificante colocar em pratica o que aprendi durante anos dentro de sala, e em todos os cursos de capacitação que pude participar. Realizar as intervenções com respeito e autonomia, gerou a confiança necessária para ter certeza de que passos longos serão dados com a psicomotricidade para a melhoria da vida de crianças com TEA, além de participar diretamente da felicidade dos pais que sempre foram muito gratos a cada evolução que conquistamos juntos. Sem dúvida, o crescimento profissional e humano, foi enorme, já que lidar com autismo não é uma tarefa fácil, ou linear, faz parte do processo entender que o trabalho pode ser lento, com regressões durante o caminho, e muitas dificuldades, o que me fez entender que como profissionais estamos sempre suscetíveis a erros, mas que a persistência é a chave de uma intervenção bem-sucedida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

É evidente o importante papel que a psicomotricidade desempenha na qualidade de vida de indivíduos diagnosticados com TEA, já que os exercícios psicomotores e todo o conteúdo que o envolve, demonstram com efetividade sua eficiência. Dessa forma, a Educação Física adaptada se mostra fundamental e insubstituível para que ocorram melhoras significativas no desenvolvimento motor, afetivo e social de crianças com Transtorno do Espectro Autista, bem como a redução de sintomas comuns que envolvem o comportamento.

Sabendo que desenvolvimento de aspectos motores, sociais e cognitivos estão diretamente ligados a estimulação, além de aspectos biológicos e ambientais, a ausência destes estímulos podem ocasionar atrasos significativos do desenvolvimento. Assim, a avaliação motora em crianças com TEA é um diferencial importante para um tratamento individualizado, na busca por esses atrasos, prevenção de limitações futuras e intervenção precoce, a melhora nos aspectos fisiológicos, comportamentais, de funcionalidade e comunicação, serão alcançados com mais facilidades.

Portanto, as discussões e pesquisas dentro desse tema são indispensáveis, já que não há dúvidas que a psicomotricidade provoca e se mostra como uma grande auxiliadora na redução dos danos causados pelo atraso de desenvolvimento, e conseqüentemente aumentam o as chances de maior independência da criança, não apenas beneficiando suas atividades diárias que são fortemente afetadas por uma idade motora abaixo do ideal, mas reduzindo a sobrecarga dos seus familiares e rede de apoio, bem como o enriquecimento na formação do profissional de Educação Física que atua com crianças dentro do Transtorno do Espectro Autista, rompendo, também, o que seria titulado como normalidade dentro dos parametros sociais e profissionais que ensejam a falta de proporcionalidade em suas interações.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BUENO, Jocian Machado. **Psicomotricidade: teoria e prática da escola à aquática**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2014.

BRASIL. **Linha de cuidado para a atenção integral às pessoas com transtorno do espectro do autismo e suas famílias na Rede de Atenção Psicossocial do Sistema Único de Saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoas_transtorno.pdf> Acesso em: 19 abr. 2023.

CUNHA, Eugênio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e práticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak, 2012.

DE ANGELIS, L. O.; TEIXEIRA, M. C. T. V. Transtorno do Espectro Autista (TEA): Caracterização, Diagnóstico e Intervenção. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, [S. l.], v. 22, n. 2, p. 108–125, 2023. Disponível em: <<https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/15625>. Acesso em: 19 abr.> 2023.

GAIATO, Mayra., TEIXEIRA, Gustavo. **O Reizinho Autista: Guia para lidar com comportamentos difíceis**. São Paulo: nVersos, 2018.

GALLAHUE, David L., OZMUN, John C., GOODWAY, Jackeline D. **Compreendendo o desenvolvimento motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos**. Tradução: Denise Regina de Sales. 7.ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GONZAGA, Caroline Nunes. et al. **Deteção e intervenção psicomotora em crianças com transtorno do espectro autista**. *Colloquium Vitae*, [s. l.], v. 7, n. 3, p. 71-79, 2015. Disponível em: <<https://journal.unoeste.br/index.php/cv/article/view/1512>.> Acesso em: 09 mai.2023.

KANNER, L. **Autistic disturbances of affective contact**. *Nervous Child*, Baltimore, v. 2, p. 217-250, 1943.

LARSON, Jennifer. C. Gidley. et al. **Acquisition of internal models of motor tasks in children with autism**. *Brain*, November, [S. l.], v. 11, n. 13, p. 2894-2903, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18819989/>.> Acesso em: 09 mai.2023.

MAENNER MJ, SHAW KA, BAKIAN AV, et al. **Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years** — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2018. *MMWR Surveill Summ* 2021, Vol 70, 1–16.

MERCADANTE, Marcos T.; ROSÁRIO, Maria C. **Autismo e cérebro social**. São Paulo: Segmento Farma, 2009.

OKUDA, Paola Matiko. **Caracterização do perfil motor de escolares com transtorno autístico.** Revista Educação Especial, [S. 1.], v. 23, n. 38, p. 443-454, set. 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/1462>.> Acesso em: 09 mai.2023.

SACREY, Lori-ann R. et al. **Reaching and grasping in autism spectrum disorder: a review of recent literature.** Front Neurology, Canadá, v. 23, n. 5-6, p. 1-13, jan. 2014. DOI: 10.3389/fneur.2014.00006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24478753/>.> Acesso em: 09 mai.2023.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter sido tão justo e generoso em ter me concedido a oportunidade de vivenciar estes quatro anos de formação, sem Ele jamais teria conseguido entender o meu propósito e conseguido superar as adversidades.

Segundo a minha mãe, Maria das Graças, que desde o início foi o meu suporte, a maior incentivadora dos meus sonhos e desejos, que nunca hesitou em arcar com custos de cursos, viagens, ou quaisquer oportunidades de me qualificar. Passamos por muitas dificuldades, mas em nenhum momento foi uma opção colocar a minha formação em segundo plano, e é por ela que busco melhorar a cada dia.

A todos os meus amigos, e familiares, que me deram apoio e compartilharam comigo cada nova conquista. Em especial a minha amiga Vitória Almeida, que desde o ensino médio permanece de mãos dadas comigo, e por tantas vezes cedeu a sua casa para que eu pudesse assistir as aulas, e estudar para provas e seminários, com direito a lanchinhos e muito afeto, toda a minha gratidão.

Ao meu orientador, Álvaro Luís, por ser um facilitador, principalmente durante o período em que precisamos nos ausentar das aulas presenciais, sua alegria e leveza foi imprescindível para que o EAD fosse proveitoso, e humano, mesmo com toda a insegurança e ansiedade de dias tão incertos. A professora Anny Sionara, um ser humano de coração imenso, foi a pessoa a abrir as portas para o meu primeiro contato com a Educação Física Adaptada, me apresentando a uma equipe de excelência que me deu oportunidade de aprender a trabalhar com crianças com TEA.

Bem como, a Roberta e toda a equipe da ACPA, que confiaram em mim para acrescentar na evolução de tantas crianças, ao meu supervisor de estágio Neto Ramos, que se tornou um grande amigo, e me ensinou o quão importante é ter amor pelo caminho que escolhi seguir.

E por fim, a Vinícius Samuel, o meu primo e primeiro encontro com o amor atípico e o desejo de mudança por um mundo que o acolha, e a Maria Eduarda, que mesmo pequena e sem compreender, foi a minha melhor companhia durante as aulas e atividades remotas, todos os seus abraços e poucas palavrinhas foram acalento ao meu coração.