



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**DANÇA EM INTERVENÇÃO PSICOMOTORA:
UM ESTUDO SOBRE OS REGULADORES DE
INTERAÇÃO SOCIAL EM CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO**

Catarina Isabel Póvoas Miranda

Orientação: Prof.^a Doutora Graça Duarte Santos

Co orientação: Mestre Vera de Oliveira Coimbra

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIAS

DEPARTAMENTO DE DESPORTO E SAÚDE

**DANÇA EM INTERVENÇÃO PSICOMOTORA:
UM ESTUDO SOBRE OS REGULADORES DE
INTERAÇÃO SOCIAL EM CRIANÇAS COM
PERTURBAÇÃO DO ESPETRO DO AUTISMO**

Catarina Isabel Póvoas Miranda

Orientação: Prof.^a Doutora Graça Duarte Santos

Co orientação: Mestre Vera de Oliveira Coimbra

Mestrado em Psicomotricidade Relacional

Dissertação

Évora, 2017

Agradecimentos

É com o terminar deste trajeto que posso, finalmente, agradecer às pessoas que mais contribuíram, de uma maneira ou de outra, para o fim deste projeto de investigação.

À Professora Doutora Graça Duarte Santos (orientadora) e à Dr.^a Vera Oliveira (co orientadora), que contribuíram para o aprimoramento da investigação e que nunca desistiram de apoiar este trabalho, encaminhando-me da melhor forma possível para a realização do mesmo.

Ao Agrupamento de Escolas Afonso de Paiva de Castelo Branco, pela colaboração e disponibilização de infra estruturas e equipamentos, e a todos os profissionais que acompanharam a intervenção, nomeadamente às professoras Aida Belo e Filomena Camelo (professoras da Unidade de Ensino Estruturado). À Escola Silvina Candeias, pela cedência de sala na escola de Castelo Branco, para o acompanhamento das crianças envolvidas no estudo.

À Psicóloga Ana Candeias, que se voluntariou a aplicar a CARS às crianças em estudo.

Aos Encarregados de Educação das crianças que intervieram no estudo... o meu agradecimento por confiarem no meu trabalho, na minha vontade e dedicação. Por nunca desistirem e por terem a determinação de continuarmos esta caminhada juntos.

Ao meu Pai, por ser a minha força; à Liliana por me ter sempre apoiado e incentivado, e ao meu Irmão Mateus, por me ensinar o que é ser criança e por sorrir todos os dias para mim. Ao meu namorado pelo apoio, compreensão e disponibilidade. E aos meus Padrinhos, por me ajudarem a todos os níveis nesta caminhada. Aos meus avós pelo carinho e apoio incondicional.

Às minhas amigas e colegas de mestrado, Sara Carvalho, Teresa Cardoso e Ana Filipa Guerreiro... obrigada por todo o apoio e amizade. À minha amiga Teresa Realinho, pela ajuda prestada na análise de dados.

E, por fim, mas não menos importante... Aos meus meninos, “AC”, “DD”, “DM”, “GP”, que me ajudaram a descobrir um novo mundo, uma nova paixão e uma nova forma de relação. Cada um tem em mim um lugar muito especial. E à Sofia, a primeira menina autista que conheci, que chegou com o sonho de dançar e que me fez decidir abraçar este projeto.

Resumo

A presente investigação centra-se na Dança enquanto recurso da Psicomotricidade Relacional como intervenção nas Perturbações do Espectro do Autismo (PEA). Partilhando aspetos comuns, estas abordagens centram-se no movimento do corpo, permitindo a comunicação, a expressão e a criatividade.

Esta investigação tem como objetivo geral o estudo do impacto da dança como recurso da psicomotricidade com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo, com particular foco no estudo de áreas da interação social, nomeadamente contato ocular, expressões faciais, utilização de gestos, utilização da voz/verbalizações, proxémia, relação com a atividade e interação. A investigação incide no estudo de quatro casos, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos. As intervenções individuais desenvolveram-se ao longo de 25 sessões bissemanais, com três crianças, e ao longo de 20 sessões semanais com outra criança.

Os instrumentos utilizados nos momentos pré e pós intervenção foram a *Childhood Autism Rating Scale* (CARS) e a *Grelha de Observação Psicomotora* (GOP) (Costa, 2008), e ao longo de toda a intervenção a *Grelha de Observação do Comportamento da Criança* (GOCC) (adaptada de Simões & Santos, 2009).

A análise dos dados evidenciou que a Dança como mediador na Psicomotricidade contribuiu positivamente para o desenvolvimento de áreas da interação social destas crianças, nomeadamente no contato ocular com o adulto; o sorriso, manifestando mais expressões faciais concordantes com a relação; a imitação de gestos; o uso e a exploração do gesto e do movimento espontâneo; o recurso a gestos para expressar afeto; a proxémia, manifestando mais tempo de proximidade física com o adulto e o tempo de permanência na atividade.

Palavras-chave: Dança; Psicomotricidade; Perturbação do Espectro do Autismo; Crianças; Interação Social.

Abstract

"Dance in Psychomotor Intervention: a study on Social Interaction Regulators in Children with Autism Spectrum Disorder"

The present research focuses on Dance as a resource of Relational Psychomotricity for intervention in Autism Spectrum Disorders (ASD). By sharing common factors, these approaches focus on body motion, allowing communication, expression and creativity.

The general objective of this research is the study of the impact of dance as a resource of psychomotricity in intervention with children suffering from Autism Spectrum Disorder, with particular focus on the study of areas of social interaction, namely eye contact, facial expressions, use of gestures, use of voice / verbalizations, proxemia, relation with the activity and interaction. The research focuses on the study of four cases, aged between 7 and 12 years old. Individual interventions were developed over 25 biweekly sessions with three children and over 20 weekly sessions with another child.

The Childhood Autism Rating Scale (CARS) and the Psychomotor Observation Grid (POG) (Costa, 2008), were the tools used in the pre- and post-intervention moments; and throughout all the intervention, the Child Behavior Observation Grid (CBOG) (Adapted from Simões & Santos, 2009).

Data analysis showed that Dance as mediator in Psychomotricity contributed positively to the development of areas of social interaction in these children, namely in the eye contact with the adult; the smile, showing more facial expressions concordant with the relation; the replication of gestures; the use and exploitation of gesture and spontaneous movement; the use of gestures to express affection; the proxemia, showing more time of physical proximity with the adult and the residence time in the activity.

Keywords: Dance; Psychomotricity; Autism Spectrum Disorder; Children; Social interaction;

Índice Geral

Introdução.....	1
Parte I – Aspetos Concetuais.....	3
Capítulo I – Perturbação do Espectro do Autismo.....	4
1. Aspetos Históricos	4
2. Caraterísticas e Co morbilidades.....	7
3. Intervenção nas Perturbação do Espectro do Autismo	14
3.1. Intervenções Educativas	15
3.2. Intervenções Desenvolvimentais	17
3.3. Intervenções de Mediação Corporal.....	19
3.4. Intervenções com Mediadores Artísticos	20
Capítulo II – Dança e Psicomotricidade.....	22
1. Dança Movimento Terapia (DMT).....	22
2. Dança, Movimento e Psicomotricidade	27
3. Dança e Psicomotricidade nas PEA.....	33
Parte II – Estudo Empírico	36
1. Tipo de Estudo.....	37
2. Questões da Intervenção	38
3. Objetivos	38
2.1. Objetivos gerais	38
2.2. Objetivos específicos	39
3. Participantes	39
4. Instrumentos	41
a. Childhood autism rating scale (CARS) (Schopler, Reicher & Renner, 1988).....	41
b. Grelha de observação psicomotora (GOP) (Costa, 2008).....	42
c. Grelha de observação do comportamento da criança (GOCC) (adaptada de Santos & Simões, 2009).....	43
5. Procedimentos.....	50
6. Intervenção	51
6.1. Construção e Implementação da Intervenção	51
6.2. Apresentação das sessões realizadas.....	56
Capítulo IV – Apresentação dos Casos	70
1. “AC”	70
1.1. Dados de Anamnese	70
1.2. Intervenção	71

1.3. Apresentação e análise de dados	75
a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)	75
b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)	77
c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)	80
1.4. Síntese Reflexiva	90
2. “DD”	93
2.1. Dados de Anamnese	93
2.2. Intervenção	94
2.3. Apresentação e análise de dados	99
a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)	99
b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)	101
c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)	104
2.5. Síntese reflexiva	115
3. “DM”	117
3.1. Dados de Anamnese	117
3.2. Intervenção	118
3.2. Apresentação e análise de dados	122
a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)	123
b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)	124
c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)	127
3.3. Síntese reflexiva	137
4. “GP”	139
4.1. Dados de Anamnese	139
4.2. Intervenção	140
4.3. Apresentação e análise dos dados	144
a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)	144
b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)	146
c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)	150
4.4. Síntese reflexiva	159
Capítulo V - Reflexão da Intervenção e dos Resultados	161
Conclusões	165
Referências Bibliográficas	167
Anexos	171

Índice de Tabelas

Tabela 1: A matéria de movimento definida por Rudolf Laban (Fonte: Silva, 2010, p. 36 cited in Laban, 1975)	30
Tabela 2 - Participantes no estudo	40
Tabela 3 - Sessão 1 (1ª fase)	58
Tabela 4 - Sessão 5 (2ª fase)	60
Tabela 5 - Sessão 10 (3ª fase)	62
Tabela 6 - Sessão 16 (4ª fase)	64
Tabela 7 - Sessão 21 (5ª fase)	66
Tabela 8 - Sessão 25 "DD" (6ª fase)	68
Tabela 9 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "AC"	76
Tabela 10 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "AC"	77
Tabela 11 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "DD"	99
Tabela 12 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "DD"	101
Tabela 13 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "DM"	123
Tabela 14 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "DM"	124
Tabela 15 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "GP"	145
Tabela 16 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "GP"	146

Índice de Figuras

Figura 1 - Contato Visual estabelecido com o Adulto e com os Estímulos – “AC”	81
Figura 2 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia – “AC”	81
Figura 3 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto – “AC”	82
Figura 4 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta – “AC”	83
Figura 5 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar – “AC”	84
Figura 6 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra – “AC”	84
Figura 7 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “AC”	85
Figura 8 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) – “AC”	86
Figura 9 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade – “AC”	86
Figura 10 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade – “AC”	87
Figura 11 - Proxémia: Proximidade Física – “AC”	88
Figura 12 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas – “AC”	88
Figura 13 - Interação: com o adulto, com o objeto – “AC”	89
Figura 14 - Interação: tempo de interação – “AC”	90
Figura 15 - Contato Visual estabelecido com o Adulto e com os Estímulos – “DD”	104
Figura 16 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia – “DD”	106
Figura 17 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto – “DD”	107
Figura 18 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta – “DD”	107
Figura 19 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar – “DD”	108
Figura 20 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra – “DD”	109
Figura 21 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “DD”	109
Figura 22 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (Surdina) – “DD”	110
Figura 23 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade – “DD”	111
Figura 24 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade – “DD”	112
Figura 25 - Proxémia: Proximidade Física – “DD”	113
Figura 26 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas – “DD”	113
Figura 27 - Interação: com o adulto, com o objeto – “DD”	114
Figura 28 - Interação: tempo de interação – “DD”	115

Figura 29 - Contato Ocular com o Adulto e com os Estímulos - "DM"	128
Figura 30 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia - "DM"	128
Figura 31 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto - "DM"	129
Figura 32 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta - "DM"	130
Figura 33 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar - "DM"	130
Figura 34 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra - "DM"	131
Figura 35 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália - "DM"	132
Figura 36 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) - "DM"	132
Figura 37 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade - "DM"	133
Figura 38 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade - "DM"	134
Figura 39 - Proxémia: Proximidade Física – “DM”	134
Figura 40 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas - "DM"	135
Figura 41 - Interação: com o adulto, com o objeto - "DM"	136
Figura 42 - Interação: tempo de interação - "DM"	136
Figura 43 - Contato Ocular com o Adulto e com os Estímulos - "GP"	150
Figura 44 - Expressões Faciais: Choro, Sorriso, Zanga, Apatia - "GP"	151
Figura 45 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto - "GP"	151
Figura 46 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta - "GP"	152
Figura 47 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade, Afetividade; Informar/ Solicitar - "GP"	153
Figura 48 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra - "GP"	154
Figura 49 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “GP”	154
Figura 50 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) - "GP"	155
Figura 51 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade - "GP"	156
Figura 52 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade - "GP"	157
Figura 53 - Proxémia: Proximidade Física - "GP"	157
Figura 54 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas - "GP"	158
Figura 55 - Interação: com o adulto, com o objeto - "GP"	158
Figura 56 - Interação: tempo de interação - "GP"	159

Lista de Abreviaturas

ABA – Applied Behavior Analysis

ADTA – American Dance Therapy Association

AEAP – Agrupamento de Escolas Afonso de Paiva

APA – American Psychiatric Association

CARS – Childhood Autism Rating Scale

CIM - Classification Statistique Internationale des Maladies

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder

ESDM – Early Start Denver Model

ESC – Escola Silvina Candeias

GOCC – Grelha de Observação do Comportamento da Criança

GOP – Grelha de Observação Psicomotora

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PID – Perturbação Invasiva do Desenvolvimento

PIPA – Programa Integrado para o Autismo

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

TEACCH – Treatment and Education for Autism and Related Communication Handicapped

Children

Introdução

A Perturbação do Espectro do Autismo é uma perturbação do desenvolvimento que tem despertado a curiosidade de investigadores de inúmeras áreas pela sua etiologia, pelo seu diagnóstico, pela sua expressão e pela vasta gama de intervenções que suscita. Fazem parte de um grupo de distúrbios neurológicos caracterizados por défices ao nível da comunicação, ao nível social e emocional, da reciprocidade e trocas sociais, bem como da presença de estereotípias e comportamentos restritos e repetitivos (Srinivasan & Bhat, 2013). Deste modo, têm sido desenvolvidas várias investigações e intervenções na área das PEA, permitindo desenvolver estratégias, modelos e programas de intervenção, novos métodos de avaliação e formas de diagnóstico, e novas abordagens ao tema. Com o desenvolvimento de várias abordagens de intervenção foi possível encontrar abordagens centradas no corpo, como as terapias com mediadores artístico-expressivos (a expressão plástica, a música, a dança e o drama) e as terapias de mediação corporal, como a psicomotricidade. Se já existem vários estudos sobre intervenções de dança terapia com as PEA, ainda há um número muito escasso de investigações que façam referência a intervenções de psicomotricidade, nomeadamente com recurso à dança. Desde modo, propomos uma investigação que visa estudar o impacto da intervenção psicomotora com foco na dança em determinadas áreas da interação social afetadas pela PEA.

Na primeira parte do trabalho procedemos à revisão bibliográfica, privilegiando conceitos associados ao estudo (Capítulo I - Perturbação do Espectro do Autismo: Aspectos Históricos; Características e Comorbilidades; Intervenção nas Perturbações do Espectro do Autismo. Capítulo II - Dança e Psicomotricidade: Dança Movimento e Terapia (DMT); Dança, Movimento e Psicomotricidade; Dança e Psicomotricidade nas PEA).

Na segunda parte do trabalho desenvolvemos o estudo empírico, onde apresentamos a metodologia, o tipo de estudo, as questões de intervenção, os objetivos (gerais e específicos),

os participantes, os procedimentos, os instrumentos, a intervenção, e por fim os estudos de quatro casos.

Na terceira parte do trabalho apresentamos a reflexão dos resultados e da intervenção e as conclusões do estudo desenvolvido.

Parte I – Aspectos Conceituais

Capítulo I – Perturbação do Espetro do Autismo

1. Aspectos Históricos

Em 1911, o termo autismo (do grego *autos* – “si mesmo”) referia-se a um distúrbio em esquizofrenia (Bleuler, 1911/1950, cited in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014), “*o retraimento de si, o isolamento do mundo exterior e estava associado a uma perda do contato com a realidade*” (Gillet, 2014, p. 11). Em 1943, Leo Kanner definiu o autismo como “*autistic disturbance of affective contact*” e identificou o autismo infantil como uma síndrome única, através de estudos de caso com 11 crianças (Folstein & Rosen-Sheidley, 2001; Kanner, 1943, cit. in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014), com comportamentos marcados pela “*incapacidade inata de estabelecer o habitual contato afetivo com os outros*” (Gillet, 2014, p. 15). Kanner identificou características idênticas em todas as crianças: a incapacidade de relacionamento com os outros; a falha no uso da linguagem; o desejo obsessivo de manter as coisas da mesma maneira; ansiedade; e excitação fácil com determinados objetos ou tópicos (Ozonoff, Rogers & Hendren, 2002, cited in Lima, 2012, p. 1). Na mesma altura, Hans Asperger acreditava que as crianças sofriam de perturbação com problemas característicos (Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014) mais ligeiros, dando-lhe o nome de *Síndrome de Asperger*. Estas crianças eram descritas como tendo comportamento de isolamento, “*guiados pelos seus próprios interesses e impulsos, sem que se preocupassem com os outros à sua volta*”. Tinham uma linguagem por vezes “*pedante*”, com um tom monótono, baixo e distante ou forte e gritante (Gillet, 2014, p. 12).

Em 1952, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) publica o seu primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-I), onde o autismo é apresentado como um sintoma e em 1968, no DSM-II, é associado a um sintoma da psicose infantil (Gillet, 2014, p. 21).

A partir dos anos 70 começou a manifestar-se um interesse crescente pelo autismo, uma vez que o termo foi introduzido na classificação internacional das doenças da Organização Mundial de Saúde (CIM 9) (Vidigal & Guapo, 2003, p. 61). Em 1978, António Damásio & Maurer sugerem que a perturbação resulte de uma “*disfunção no sistema das estruturas neuronais bilaterais*”, havendo outros estudos que apontam para a existência de regiões do cérebro afetadas, como o sistema límbico (amígdala e hipocampo), a região pré-frontal e os circuitos do cerebelo (Vidigal & Guapo, 2003, p. 79). Em 1979, Lorna Wing & Judith Gould criaram o termo de *espectro do autismo*, após um estudo epidemiológico com 35.000 crianças, onde se concluiu que “*o grupo tinha dificuldades na interação social, dificuldades na comunicação e falta de interesse em atividades*” (Lima, 2012, p. 1).

Em 1980, foram definidos os primeiros critérios de diagnóstico no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-III) sendo o autismo inscrito na categoria das Perturbações Globais do Desenvolvimento (PGD), saindo assim da psicose. Em 87, no DSM-II-R (versão revista), as Perturbações Globais do Desenvolvimento tornam-se Perturbações Invasivas do Desenvolvimento (PID) e o Autismo Infantil é substituído por Perturbação Autista (Gillet, 2014, pp. 22-23).

Em 1994 surge a versão DSM-IV, onde a Síndrome de Asperger vai ter lugar ao lado da Perturbação Autista, nas PID (Gillet, 2014, p. 23). Nesse mesmo ano realizou-se um estudo em França, Inglaterra, Espanha, Coreia, Japão e Israel, no ramo do autismo e das PID, usando critérios de DSM-IV, que mostrou um grau notável de consenso em todos os países no diagnóstico (Vidigal & Guapo, 2003, p. 63).

Atualmente, o termo Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) usado no DSM-V engloba o autismo infantil precoce, o autismo infantil, o autismo de Kanner, o autismo de alto funcionamento, o autismo atípico, a perturbação global do desenvolvimento, a perturbação desintegrada da infância e a síndrome de asperger (APA, 2013).

Hoje sabe-se que as Perturbações do Espectro do Autismo são perturbações do desenvolvimento, caracterizadas por um início precoce e grave (Rommelse, Peters, Oosterling, Visser, Bons, Stajn, Draainsma, Gaag & Buiteaar, 2010), embora com uma etiologia ainda não totalmente clarificada, mas provavelmente multimodal (HAS, 2010, cit. in Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015), como o Rutger van der Gaag (2002, cited in Vidigal & Guapo, 2003 p. 78) refere, não há uma causa responsável que se conheça pelo autismo, “*o que existe é uma “cascata” de causas orgânicas*”. Ao longo dos tempos várias causas têm sido apontadas e algumas investigações fizeram e fazem associações de diversas patologias orgânicas, principalmente durante a gravidez ou no período perinatal, havendo estudos que encontraram uma elevada frequência de rubéola congénita, anoxias cerebrais peri ou neonatais, apresentações patológicas do parto, presença de mecónio no líquido amniótico, podendo também associar-se a doenças metabólicas (Vidigal & Guapo, 2003, p. 79). Outros estudos ainda sugerem que as disfunções dos sistemas de neurónios-espelho são elementos explicativos para a patologia (Oberman, Hubbard, McCleery, Altschuler, Ramachandram & Pineda, 2005) e outros autores mencionam que a perturbação é causada por uma combinação genética e ambiental (Bronding, Fusar-Poli, Rocchetti, Provenzani, Barale & Politi, 2005), havendo uma suscetibilidade para o autismo ser herdado embora os fatores ambientais desempenhem um papel importante (Ramachandram & Oberman, 2006). Estudos realizados com gémeos monozigóticos demonstraram uma elevada contribuição genética (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015) embora não se possa reduzir o autismo a uma doença genética, visto que a concordância nos gémeos monozigóticos não é de 100%, ou seja, se um tem autismo o outro tem probabilidade de 60%, o que nos pode levar a pensar que existem outros fatores que podem modificar a predisposição para a perturbação (Vidigal & Guapo, 2003, p. 75). Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin (2015), mencionam que até à data, as características psicológicas dos pais não podem ser apontados como fator gerador da perturbação, assim como não existe ligação

com a doença celíaca e a intolerância ao glúten ou à vacinação, como é referido em determinados estudos. Desde modo, percebemos que a investigação neste campo tem aumentado, existindo um diverso leque de estudos e autores a investigarem a sua etiologia, embora ainda não se tenha chegado à sua causa.

A Perturbação do Espectro do Autismo afeta mais o género masculino do que o género feminino e altera precocemente o desenvolvimento da criança, persistindo até à idade adulta (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). Nos Estados Unidos e noutros países a PEA alcança 1% da população, em estimativas similares com amostras de crianças e de adultos (APA, 2013). Em França as estatísticas de 2012 estimam que a prevalência da PEA é em 0,6% - 0,7%, havendo 1500 casos de autismo (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015).

2. Caraterísticas e Co morbilidades

Ao longo dos anos têm sido realizados vários estudos sobre a Perturbação do Espectro do Autismo, onde estão referidos as principais caraterísticas da patologia. As caraterísticas variam segundo o nível de severidade, de desenvolvimento e a idade cronológica, e tornam-se evidentes na primeira infância com danos persistentes na comunicação social recíproca, na interação social e em comportamentos de interesses com padrões restritos e repetitivos, limitando e prejudicando o funcionamento diário da criança (APA, 2013). A PEA altera o funcionamento da criança e das suas dimensões sociais, comunicacionais, cognitivas, sensoriais, de motricidade e as questões emocionais (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015).

Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatmari (2005), referem que no primeiro ano as crianças dirigem-se para uma redução de interações sociais, uma ausência de sorriso, uma falta de expressões faciais (Adrien et al., 1992 cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatmari, 2005) e dificuldades em orientar o nome (Bernabi et al., 1998;

Osterling & Dawson, 1994; Maestro et al., 1999; Mars et al., 1998; Zakian et al., 2000 cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005). Há uma falta no apontar e no mostrar (Osterling & Dawson, 1994; Mars et al., 1998 cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005), uma diminuição da orientação das faces (Bernabei et al., 1998; Osterling & Dawson, 1994; Maestro et al., 1999; Mars et al., 1998; Zakian et al., 2000 cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005), uma falta de imitação espontânea (Mars et al., 1998 cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005) e uma anomalia no tônus muscular, postura e padrões de movimentos, inativas ou desorganizadas (Adrien et al., 1992; Teitelbaum et al., 1998, cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005). O temperamento pode ser uma das considerações úteis para a compreensão das diferenças iniciais do desenvolvimento em recém-nascidos de alto risco para o autismo (Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005). As alterações precoces na atenção, na reatividade comportamental, na regulação emocional e o comprometimento na qualidade e na quantidade de interações sociais são marcos importantes no diagnóstico precoce (Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian & Zatzmari, 2005).

De acordo com Sauvage (1984, cited in Gillet, 2014, p. 97) o período da primeira infância é quando os pais da criança referem as suas primeiras inquietações. Um estudo com questionários a pais de crianças autistas realizado por Ornitz et al., em 1977, *“mostrou que os pais se intrigam com o seu bebé porque por volta dos 6 meses ainda não lhes pede nada, dando a sensação que não repara neles ou repara muito pouco, dirigindo-lhes poucos ou nenhuns sorrisos”* (Gillet, 2014, p. 97). Assim, percebemos que é necessário estar atento desde cedo aos primeiros sinais da criança, uma vez que *“as crianças autistas aos 6 meses procuram pouco o contato interpessoal, mostrando-se mais atraídas aos estímulos não sociais, como determinados objetos ou brinquedos”* (Gillet, 2014, p. 97), existindo também sinais

psicomotores manifestados precocemente, como a postura, o tónus, a amplitude de movimentos e a ausência de linguagem articulada é outro sinal a ter em conta (Gillet, 2014, pp. 97-98).

A patologia é variável, existindo estudos que relatam a ausência de sinais antes dos 18-22 meses e outros que relatam a existência de uma fase de regressão no desenvolvimento (Davidovitch et al., 2000; Rogers & DiLalla, 1990, cited in Gillet, 2014, p. 99). *“Malvy et al., em 1999, analisaram filmes familiares de 12 crianças autistas e 12 crianças de controlo e observaram, a partir do primeiro ano, uma ausência de intenção e de interação e um défice na imitação, associando-os a uma aparência séria e silenciosa”* (Baird et al., 2000, cited in Gillet, 2014, pp. 97-98).

Atualmente sabemos, após vários estudos, que a PEA manifesta dificuldades na interação social e na comunicação com o outro (Asa & Gould, 1979, cited in Shih, Chang, Wang & Tseng, 2014), na capacidade de relação (Kanner, 1943, cited in Blake, Turner, Smoski, Pozdol & Store, 2003), apresentando uma *“incapacidade de estabelecer relações de forma normal com as pessoas e as situações, desde o início da vida”* (Kanner, 1943, cited in Gillet, 2014, p. 15), e em compreender as atitudes e intenções das pessoas (Baron-Cohen, 1991, cit. in Blake, Turner, Smoski, Pozdol & Store, 2003).

Em 1943, Leo Kanner enfatizou que as crianças com PEA têm défices nas habilidades sociais e é uma característica fundamental no diagnóstico (APA, 2013). A Classification Statistique Internationale des Maladies (CIM-10, 2008) diz-nos que para o diagnóstico de PEA é necessário que se manifeste pelo menos dois dos seguintes itens: *“ausência de utilização adequada das interações do contato ocular, da expressão facial, da atitude corporal e da gestualidade para regular as interações sociais; uma incapacidade de desenvolver relações com pares, implicando uma mútua partilha de interesses, atividades e emoções; falta de reciprocidade socio emocional, que se traduz numa resposta alterada ou desviante às emoções dos outros ou falta de adequação do comportamento segundo o contexto social ou fraca*

interação dos comportamentos sociais, emocionais e comunicativos; não há procura espontânea de partilha do seu prazer e interesses com os outros” (CIM-10, 2008 cited in Gillet, 2014, pp. 24-26).

A reciprocidade social (“troca mútua”) pode também estar comprometida na PEA visto que algumas crianças com PEA não aprendem a mostrar ou a compartilhar com os outros, apresentando dificuldades em envolverem-se em jogos sociais que exigem imitação, por exemplo (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). As dificuldades em jogar é outra característica comum, pelas dificuldades na interação com o outro. Estas crianças podem brincar com objetos miniatura ou bonecos mecânicos e fixam-se com rodas e brinquedos redondos, rodando-os e fixam-se em cenas repetitivas de livros ou na televisão (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

A atenção conjunta é fundamental para o desenvolvimento de comportamentos de comunicação da criança (Carpenter, Nagell & Tomasello, 1998, cited in Dawson, Toth, Abbott, Osterling, Munson, Estes & Liaw, 2004) e é necessário ter em conta uma vez que permite identificar 80% das crianças em que se coloca o diagnóstico de PEA (Dawson et al., 2004; Mundy et al., 1994, cited in Gillet, 2014, p. 100). As dificuldades na comunicação manifestadas pelas crianças com PEA, quer a nível verbal e/ou não-verbal, nomeadamente a nível do desenvolvimento da linguagem podem afetar negativamente a vida da criança, dificultando as suas interações sociais, as habilidades de jogo e incita dificuldades académicas (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014), uma vez que a criança ao desenvolver a sua linguagem aprende a comunicar eficazmente e a compreender o outro (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

“As alterações na linguagem observam-se numa maioria de crianças em que se coloca o diagnóstico de PEA, e 80% dos casos antes dos 2 anos de idade” (Howling et al., 2004, cited in Gillet, 2014, p. 99). A CIM-10 (2008) refere que para se fazer o diagnóstico de PEA têm de se manifestar pelo menos um ou dois dos seguintes itens: *“atraso ou ausência total de*

desenvolvimento da linguagem oral, sem a tentativa de comunicar por gestos ou por mímica; incapacidade relativa de iniciar ou manter uma conversa implicando uma troca recíproca com outros; uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou utilização idiossincrática de palavras ou frases; ausência de jogo de “faz de conta”.” (CIM-10, 2008 cited in Gillet, 2014, pp. 25-26). A regressão da fala ou da comunicação é outro indicador significativo, estimando-se que entre 25% a 30% das crianças com PEA apresentavam linguagem num período de tempo mas regredem subitamente ou gradualmente, sendo esta regressão acompanhada de outras perdas, como a perda do comportamento adaptativo de gestos comunicativos (como o apontar) e de comportamentos sociais, como o olhar (Rogers, 2004, cit. in Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). Os atrasos na fala ou défices na linguagem, nomeadamente na linguagem expressiva, são as preocupações mais comuns dos pais sobre as crianças entre o 1º e o 5º ano de idade (Filipek et al., 1999, cited in Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

Também podemos observar o mutismo em mais de 70% das crianças autistas pequenas, afetando também sinais não-verbais, como o gesto, as posturas e o olhar (Bartak & Rutter, 1976, cited in Gillet, 2014, p. 108). Quando há linguagem costuma ser unilateral, sem reciprocidade social, usada apenas para solicitar ou para rotular e há uma fala repetitiva, a ecolália que é uma atividade de repetição atrasada ou imediata de palavras ouvidas (APA, 2013). Pode haver o uso do “tu” ao referir-se si mesmo, uso estereotipado de palavras, frases ou padrões de prosódia (APA, 2013) e dificuldade em compreender metáforas e em interpretá-las (Ramachandram & Oberman, 2006).

Os comportamentos da comunicação não-verbal são usados para a interação social e são expressos por uso reduzido, ausente ou atípico de contato visual, gestos, expressões faciais, orientações corporais ou entoação da fala (APA, 2013). Ramachandram & Oberman (2006) também referem características comuns da comunicação não-verbal presentes nas crianças com

PEA, como o evitar o olhar, o balançar o corpo para cá e para lá ou até bater com a cabeça contra a parede, e falta de empatia com a maioria das pessoas.

Os comportamentos restritos e repetitivos são também característicos das PEA e englobam défices qualitativos numa grande variedade de comportamentos, rotinas inflexíveis, interesses restritos, entre outros (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). A CIM-10 (2008) diz-nos que no diagnóstico de PEA se manifesta pelo menos um ou dois dos seguintes itens: *“preocupação marcada por uma ou mais áreas de interesse estereotipadas e restritas, invulgares pelo seu conteúdo ou focalização, ou presença de um ou mais interesses invulgares pela sua intensidade ou carácter limitado, mas não pelo conteúdo ou focalização; adesão aparentemente compulsiva a hábitos ou rituais específicos; maneirismos motores estereotipados e repetitivos; preocupação por certas partes de um objeto ou por elementos não funcionais de materiais de jogo”* (CIM-10, 2008 cited in Gillet, 2014, p. 26).

Podemos definir como comportamentos estereotipados e repetitivos as estereotipias motoras simples, como abanar as mãos, estalar os dedos, girar objetos (APA, 2013) e os comportamentos compulsivos como a falta de adesão a rotina e rituais fixos (Ronald, Happé & Plomin, 2005). Os comportamentos estereotipados já são, muitas vezes, evidentes no segundo ano de vida da criança (Schopler, 1988; Stone et al., 1994; Sullivan et al., 1990, cited in Swaigenbaum, Bryson, Rogers, Roberts, Brian, Zatzmari, 2005). Os comportamentos obsessivos refletem as dificuldades no relacionamento social (Ronald, Happé & Plomin, 2005) e diferem dos comportamentos obsessivos dos indivíduos com Perturbação Obsessivo-Compulsiva, uma vez que os autistas são mais propensos para comportamentos de repetição, acumulação e comportamentos auto prejudiciais (Russel, Mataix-Cols, Anson & Murphy, 2005).

A nível motor encontramos dificuldades motoras associadas à marcha, ao caminhar nas pontas dos pés, ao controlo e estabilidade postural, à dispraxia, à imitação, à coordenação

motora (Martin, 2014; APA, 2013). A imitação é uma ferramenta especialmente poderosa na interação socialmente com os outros (Rogers, Dawson & Vismara, 2015) porque a imitação automática que as crianças fazem das outras pessoas enriquece-as, promovendo a empatia; aumenta a capacidade de aprender com os outros; ajuda as crianças a aprender a comunicar; promove a comunicação não-verbal; e ensina-as sobre a forma como as coisas funcionam, ajudando-as a aprender as regras sociais para a conversação (Rogers, Dawson & Vismara, 2015). Também existem dificuldades na motricidade fina e grossa e em habilidades de motricidade visual (Kurtz, 2006; Lapata et al., 2007; Rosenhall et al., 1988; Shanne & Creedon, 1992, cited in Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014), no movimento corporal como o agarrar e o pegar objetos pequenos, o chutar e o pular; a nível da motricidade oral, nomeadamente nos movimentos da língua, lábios e outras partes da boca; e a nível da motricidade ocular, como mover ou fixar o olhar (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). Existem falhas no planeamento motor e na coordenação motora, assim como um défice na organização espaciotemporal, na simbolização do movimento e do ritmo, e um comprometimento do esquema corporal (Costa, 2008, pp. 142-143).

As dificuldades adaptativas também estão presentes em muitas crianças com PEA (Carpentieri & Morgan, 1996; Liss et al., 2001; Lord & Schopler, 1989, cited in Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014), incluindo as atividades de vida diária, como as habilidades pessoais, domésticas e da comunidade, com impacto na capacidade de viver de forma independente e de se envolver em atividades na comunidade (Tarboz, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

Os défices cognitivos são relatados também com frequência, (Baton-Cohen, et al., 2000, cited in Tarboz, Dixon, Sturmey & Matson, 2014) embora não seja uma característica definidora da perturbação (APA, 2013, cited in Tarboz, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). A cognição permite compreender estados mentais, como os pensamentos, os desejos, as intenções, as crenças, as emoções e as preferências (Tarboz, Dixon, Sturmey & Matson, 2014).

Podem ainda surgir associadas à PEA comportamentos agressivos, de irritabilidade, problemas na sensorialidade, insónias, apreensão e ansiedade (Levy et al., 2009, cited in Bolte & Drehl, 2013), comportamentos disruptivos e desafiadores, interesses alimentares limitados e fixos, híper ou hipo reatividade a estímulos sensoriais, como reações excessivas ou extremas ao gosto, ao cheiro, à textura ou à aparência da comida. São propensos à ansiedade e à depressão e apresentam dificuldades na aprendizagem (APA, 2013).

De acordo com APA (2013), normalmente surgem co morbilidades associadas ao diagnóstico de PEA, como a Epilepsia, a Síndrome de Rett, o Mutismo Seletivo, as Perturbações da Linguagem e da Comunicação Social, as Deficiências Intelectuais, as Perturbações do Movimento Estereotipado, as Perturbações de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Esquizofrenia. A Perturbação do sono está também associada assim como as Perturbações Alimentares.

3. Intervenção nas Perturbação do Espectro do Autismo

Existem uma diversidade de intervenções pela variedade de sintomas e de características da PEA, que devem ser destinadas a beneficiar a pessoa, independentemente da natureza da intervenção ou das características da pessoa (Poling, 1994, cited in Tarboz, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). Encontramos intervenções farmacológicas, desenvolvimentais, comportamentais, educacionais, assim como terapias complementares, expressivas (expressão plástica, música, drama e dança), psicoterapêuticas e de psicomotricidade. *“As abordagens ao tratamento do autismo incluem intervenções diversas, sendo que podem revestir-se de uma componente mais educacional ou mais terapêutica. Embora existam alguns estudos sobre a eficácia de diferentes intervenções, nenhum chegou a resultados conclusivos acerca da melhor abordagem às PEA”* (Santos & Simões, 2009, p. 16).

3.1. Intervenções Educativas

As intervenções de natureza educacional centram-se no comportamento e nas respostas educacionais da criança com PEA. Abaixo apresentamos os programas de intervenções educativas mais usados em Portugal: o programa TEACCH, que visa dar respostas educativas às crianças com PEA em escolas do ensino regular (Lima, 2012, p. 42); o programa PIPA, que é baseado no TEACCH; o programa ABA, que aplica os princípios do behaviorismo (Skinner) (Lima, 2012, p. 44).

TEACCH (Treatment and Education for Autism and Related Communication Handicapped Children)

Este é um programa estruturado, desenvolvido por Schopler & Reichler em 1960, na Universidade da Carolina do Norte, nos Estados Unidos, centrando-se, principalmente, na pesquisa sobre psicologia de aprendizagem (teorias cognitivo-comportamentais). O programa TEACCH foi instituído como “*reação à incompreensão freudiana do autismo*” (E. Schopler, 1997, cited in Vidigal & Guapo, 2003, p. 225), surgindo na sequência de um projeto de investigação que tinha como objetivo ensinar aos pais técnicas comportamentais e de educação especial que correspondessem às necessidades dos filhos com PEA (Lima, 2012, p. 42). Esta intervenção tem sido usada em muitos países, na educação das crianças com PEA e começou a ser aplicado em Portugal por opção do Ministério da Educação, em 1996 (Lima, 2012, p. 42).

“*O conceito chave do programa é o meio individualizado estruturado, em função do nível de compreensão, com exigências muito simples*” (Vidigal & Guapo, 2003, p. 226). Pretende estar próximo das capacidades de aprendizagem dos indivíduos proporcionando uma educação estruturada, no tempo, no espaço e nas interações sociais, diminuindo a tendência para um ambiente destruturado (Jacquet, Jutard, Menn-Tripì & Perrin, 2015).

Schopler organizou um programa para cada criança, com exercícios codificados e graduados que se adaptam às particularidades do autismo. Os exercícios devem ser repetitivos, numa sucessão de tempo, havendo espaços estruturados em zonas rigorosas escolhidas para cada atividade (Vidigal & Guapo, 2003, p. 225).

Programa PIPA (Programa Integrado Para o Autismo)

Este é um programa baseado na metodologia TEACCH e é promovido pelo Centro de Desenvolvimento LógicaMente, para crianças com PEA, com o objetivo de promover a socialização, a cognição, a comunicação/linguagem, a aprendizagem académica, a atenção/concentração, o comportamento, o desenvolvimento emocional, o desenvolvimento motor, a autonomia e a integração sensorial (Lima, 2012, p. 48-50). O programa PIPA pretende que haja colaboração conjunta com a escola e a família, formando os educadores/professores assim como toda a família. Este programa traduz-se na intervenção direta com a família, com a escola e com a técnica de intervenção (Lima, 2012, p. 49).

As sessões podem ser feitas por técnicos especializados com formação na metodologia TEACCH, como Psicólogos, Terapeutas da Fala e Psicomotricistas (Lima, 2012, p. 48).

ABA (Applied Behavior Analysis)

Foi iniciado em 1960, por Oli Ivan Lovaas, doutorado em Psicologia, e baseia-se, principalmente, numa investigação de psicologia educacional e no funcionamento operante, descrito por Skinner (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015).

O alvo de intervenção são os comportamentos chave da PEA contribuindo através do método para a integração social, fazendo aparecer comportamentos favoráveis ao desenvolvimento e reduzindo ou fazendo desaparecer os comportamentos consideráveis de inadaptção (Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). “*É necessário realizar uma*

avaliação funcional do comportamento onde se recolhem informações claras do problema de comportamento, identificando antecedentes, consequências e outros fatores ambientais que contribuem para o comportamento” (Lima, 2012, p. 44), para se criarem estratégias individuais.

3.2. Intervenções Desenvolvimentais

As intervenções desenvolvimentais centram-se no desenvolvimento de determinadas áreas da criança com PEA. Abaixo apresentamos programas usados em Portugal com as PEA: o programa Denver e ESDM que é baseado no modelo Denver, e combina abordagens comportamentais; o Modelo DIR – FLOORTIME, que pretende melhorar capacidades da criança.

Denver e Early Star Denver Model (ESDM)

O modelo Dever foi elaborado por Rogers & Dawson, em 1980, na Universidade do Colorado Health Sciences Center (Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014), com uma perspetiva desenvolvimentista para a educação de crianças em idade pré-escolar (2 a 5 anos) com o diagnóstico de PEA.

O modelo Early Star Denver Model (ESDM) é baseado no modelo Denver, com uma intervenção abrangente de desenvolvimento precoce com crianças com PEA, a partir dos 12 meses de idade, que tem como objetivo aumentar domínios da criança e diminuir sintomas caraterísticos da PEA (Rogers & Dawson, 2013).

O funcionamento básico destes modelos baseiam-se no desenvolvimento de crianças com emergência na relação social, centrando a intervenção no estabelecimento duma relação positiva com crianças para desenvolver a motivação social (Rogé, 2010, cited in Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). O Modelo Denver enfatiza fortemente as relações sociais intervindo nas interações sociais de forma a estimular a atenção conjunta e as relações com os

pares, levando assim as crianças a terem comportamentos sociais (Rogers et al., 2001, cited in Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson, 2014). Tarbox, Dixon, Sturmey & Matson (2014) referem que as famílias são parte integrante do programa e são encorajadas a observar e a participar na sala de aula, com oportunidade a discutir sobre o desenvolvimento da criança ou outras questões relacionadas com a paternidade durante a sua consulta semanal com o psicólogo infantil ou com o pediatra.

São programas multidisciplinares, que podem ser compostos por um psicólogo, educador, psicomotricista, entre outros profissionais (Rogé, 2013, cited in Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). A equipa interdisciplinar avalia inicialmente a criança e identifica os objetivos de desenvolvimento a atingir durante a intervenção. Esta, pode ser realizada nos contextos naturais da criança, utilizando-os como ambiente de aprendizagem (Rogers & Dawson, 2010).

Modelo DIR – FLOORTIME

O modelo DIR é um modelo de intervenção que tem vindo a ser desenvolvido pelo *Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders* (ICDL, 2000), dirigido por Stanley Greenspan & Serena Wieder, nos EUA (Lima, 2012, p. 43).

O Modelo DIR/Floortime inscreve-se numa abordagem desenvolvimental, tendo em conta a singularidade de cada criança, o seu nível de aprendizagem e desenvolvimento, traçando assim um plano terapêutico individualizado (Vismara & Rogers, 2010 cited in Wagner, Wallace, & Rogers, 2014). Coloca em primeiro plano e incita a espontaneidade, a iniciativa, os interesses e as motivações da criança, dando ênfase também às interações sociais recíprocas (Wagner, Wallace, & Rogers, 2014). É indicado para crianças em idade pré-escolar (Wagner, Wallace, & Rogers, 2014). “*É um modo de intervenção interativa não dirigida com o objetivo de envolver a criança numa relação afetiva, com princípios básicos a cumprir: seguir a atividade da criança; entrar na sua atividade e apoiar as suas intenções; através da nossa*

própria expressão afetiva e das nossas ações, levar a criança a envolver-se e a interagir; abrir e fechar ciclos de comunicação; alargar a gama de experiências interativas da criança através do jogo; alargar a gama de competências motoras e de processamento sensorial; adaptar as intervenções às diferenças individuais; tentar mobilizar em simultâneo os seis níveis de desenvolvimento emocional (atenção, envolvimento, reciprocidade, comunicação, utilização de sequências de ideias e pensamento lógico emocional)” (Lima, 2012, p. 44). O Modelo DIR/Floortime cumpre, de acordo com Wagner, Wallace, & Rogers (2014), os cinco requisitos das abordagens desenvolvimentais: respeitar a progressão desenvolvimental normativa; ter em conta os conceitos teóricos aprofundados da abordagem desenvolvimental; as relações interpessoais recíprocas e a sua qualidade; a criança como ponto central da intervenção; baseia-se no jogo. Esta abordagem pode ser desenvolvida em casa, em clínica ou num espaço educacional e os terapeutas trabalham em conjunto com os pais e/ou educadores para que possam aprender estratégias para ajudar a criança a atingir o seu mais alto nível de desenvolvimento (Wagner, Wallace, & Rogers, 2014).

3.3. Intervenções de Mediação Corporal

“A terapia relacional de mediação corporal ou motora implica um método criativo em que o que está a acontecer vai sendo vivido e partilhado em estruturas micro temporais constituídas por pequenas ações, pequenos acontecimentos, pequenos pensamentos, pequenos detalhes, sem importância aparente” (Mendes Pedro, 2007 in Costa, 2008, p. 296).

São várias as técnicas de mediação corporal que podem ser usadas com a PEA, como refere Vidigal & Guapo (2003, pp. 202-221): Massagens; Pack; Terapias de mediação com água, que estimulam a consciência corporal promovendo a coesão psíquica, pelo prazer que é proporcionado à criança estar dentro de água; Psicomotricidade, sendo esta uma terapia de mediação corporal com ênfase no movimento espontâneo, na relação com o corpo, o espaço e

os objetos (Costa, 2008, pp. 25-28); Hipoterapia e golfinhoterapia – terapia com cavalos e com golfinhos que promovem a comunicação. O cavalo permite à criança autista uma experiência de segurança, satisfação e promoção de autoestima, diminuindo a intensidade das estereotípias, aumentando a atenção ao mundo envolvente e a interação com o outro. O golfinho é um animal terno e meigo que procura o contato no seu habitat natural, a água. Este habitat que é um meio facilitador da relação e os golfinhos têm a capacidade de tranquilizar e conseguir o contato corporal com a criança autista (Vidigal & Guapo, 2003, pp. 215-216).

3.4. Intervenções com Mediadores Artísticos

Vidigal & Guapo (2003, p. 219) mencionam que os mediadores artísticos, como a música e a dança, são intervenções que recentemente têm demonstrado valor terapêutico pela interação que estabelecem e pela comunicação através de veículos sonoros e corporais não-verbais.

Uma das descobertas mais importantes feitas nos últimos 40 anos é o trabalho individual ou coletivo com autismo na arte expressiva, incluindo o movimento e a dança. Novos e velhos, meninos e meninas, homem e mulheres, verbal ou não verbal, em todos é possível verificar que com a participação da arte há uma melhoria e um desenvolvimento de habilidades essenciais, em áreas que o autismo apresenta dificuldades, como na fala e linguagem e em habilidades sociais ou certos comportamentos (Lara & Bowers, 2016, p. 19). Pesquisas mostram que o movimento e a dança são uma área importante para a PEA pelo trabalho com a interação social, a comunicação e a participação no meio (Donnellan et al., 2002, cited in Hardy & LaGasse, 2013). *“As intervenções pela dança e pelo movimento podem ser vistas de três dimensões, a corporal (gesto), o ritmo e a melodia levando à conceção da unidade corporal para acabar com o desmantelamento autístico”* (Vidigal & Guapo, 2003, p. 220).

Dalarun & Djemba (s.d., cited in Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015) fazem referência à dança africana pela sua lógica de dinâmica de avaliação do desenvolvimento psicomotor da

criança e da consciência de si. A base da prática da dança africana é curta e a interação do ritmo faz-se com cânticos ou verbalizações e há a mobilização de todas as formas do corpo de forma consciente. A origem desta perdeu-se no tempo (Tierou, 1989; Zebila, 1973, cited in Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015), mas sabe-se que tem diversas funções, rituais, espirituais, terapêuticas ou festivos (Duplan, 2001, cit. in Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015), tendo a particularidade de o indivíduo, na sua corporalidade e temporalidade, melhorar a consciência do seu corpo, revelar a sensorialidade, a emoção e o cognitivo, melhorar a expressão, definir o seu espaço pessoal e investir no espaço relacional.

A psicomotricidade pode também estar inserido nos mediadores artísticos, pela sua mediação corporal e expressiva (Fonseca, 2001, p.10) porque introduz a arte, como elaboração clínica e teórica, com modalidades expressivas que utilizam a música, a voz, a dança, o ritmo, a mímica, o jogo dramático, a expressão plástica, a pintura, a caligrafia, entre outras (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015). A psicomotricidade de base relacional privilegia a qualidade da relação que se estabelece com a criança, estimulando e valorizando as descobertas motoras, a criatividade e a espontaneidade; consciencializa as ações executadas, levando a criança a dar conta do que faz e como faz, desenvolvendo e apoiando as situações expressivas carregadas de emotividade e prazer; facilita o diálogo, através da junção da palavra ao gesto, de forma dar significado à intenção; estimula a apreciação e a reflexão da expressão motora do outro; e implica a criança na organização e gestão da sessão. A criança é coresponsabilizada, pela participação ativa que tem nas escolhas da sessão, para que a sua motivação seja potencializada (Costa, 2008, p. 63-64).

Capítulo II – Dança e Psicomotricidade

1. Dança Movimento Terapia (DMT)

Em 1916, Freud acreditava que um dos aspetos do processo terapêutico era concentrar e trabalhar com o corpo e o movimento para aumentar da integração do psicossoma (White in Chaiklin & Wengrower, 2009). A *Dance Movement Therapy* (DMT) surgiu entre 1940 e 1950, com aspetos não-verbais e expressivos e foi desde logo considerada como uma forma de terapia corporal, contando com os fatores de cura, ligando o corpo à mente e é uma terapia de criação artística (Cruz & Kock, 2014). Em 1966, a *American Dance Therapy Association* (ADTA) definiu a *Dance Movement Therapy* (DMT) como o uso psicoterapêutico do movimento enquanto processo promotor da integração emocional, cognitiva, social e física do indivíduo, cuja premissa central defende que o comportamento do movimento visível dos indivíduos corresponde à sua dinâmica intrapsíquica (Harris, 2007).

Marian Chace desenvolveu os princípios e os métodos que tornaram a DMT numa base teórica (Sandel, Chaiklin & Lohn, 1993, cited in Erfer & Ziu, 2006), tendo como princípios a reflexão, empatia ou espelhamento. O espelhamento é um exemplo de interação no movimento, proporcionando sensações, segurança, aceitação e confiança, desenvolvendo-se de forma não-verbal (Erfer & Ziu, 2006), e foi uma abordagem de grande sucesso em 1970, por reforçar a construção de uma relação mútua entre o terapeuta e o paciente (Adler & Kalish, 1979, cited in Koch, Mehl, Sobanski, Sieber & Fuchs, 2015).

Hoje sabe-se que a DMT é uma abordagem holística que integra o corpo e a mente (Martin, 2014), é um método não-verbal que forma relacionamentos e ajuda a interagir, podendo dar às crianças um veículo necessário para explorar sentimentos (Erfer & Ziv, 2006). Abordagens com DMT usam o recurso do movimento do corpo como um ponto de partida terapêutica (Koch, Mehl, Sobanski, Sieber & Fuchs, 2015) porque o corpo é algo expressivo e comunicativo, e é eficaz no reforço de sentimentos de segurança (Waldelish, 2009, cited in

Martin, 2014), sendo uma importante fonte de recurso pessoal e de vitalidade (Quinten, 2008, cited in Martin, 2014). Trabalha a tolerância à frustração, o controlo de impulsos, habilidades de socialização, de partilha e cooperação, trabalha a comunicação e a autoexpressão (Erfer & Ziu, 2006), baseando-se nos indivíduos e relacionando-os com o meio, expressando-se a si e aos seus impulsos e necessidades (Chaiklin, 2009).

Burn (2001), destaca o uso de reflexões e diálogos não-verbais, podendo o paciente envolver-se numa coreografia de relação com o objeto, enquanto o terapeuta analisa o seu corpo e o seu movimento explorando as experiências somáticas do mesmo, encarando-as como fenómenos emergentes dos contextos relacionais e motores (Burn, 2011). Esta terapia convida os pacientes a experimentarem novas combinações musculares e uma nova atividade respiratória, oferecendo uma oportunidade de ver alternativas para a expressão emocional e corporal dentro de um ambiente de apoio, auxiliando na regulação emocional. Está relacionada com o trabalho de consciência de experiências corporais, operando sobre a integração de sensações, perceções, tonalidade afetiva e significado, promovendo assim o desenvolvimento (White in Chaiklin & Wengrower, 2009).

A prática da DMT inscreve-se sobre três pressupostos essenciais: primeiro os movimentos refletem a personalidade de cada indivíduo; segundo, a relação estabelecida entre o terapeuta e o paciente através do movimento apoia e permite a modificação de comportamentos; terceiro, as mudanças ao nível do movimento vão afetar o funcionamento do indivíduo, pois o processo criativo do pensamento, da improvisação e da ação são naturalmente elementos terapêuticos (Harris, 2007). É uma modalidade terapêutica que se centra na pessoa como um todo (Baudino, 2010, cited in Erfer & Ziv, 2006), sendo assim indicada a crianças, visto que todas se movem de alguma maneira e todo o movimento é uma forma de comunicação (Hackney, 2002, cited in Martin, 2014). Esta modalidade terapêutica tem uma variedade de abordagens, como o movimento expressivo, a dança criativa, o role-playing, o gross motor, as atividades motoras e

perceptivas e a combinação de experiências de movimento estruturado e improvisados (Erfer & Ziv, 2006).

Resultados sugerem que a DMT e a dança são eficazes no aumento da qualidade de vida e na diminuição de sintomas de depressão e ansiedade. Os efeitos positivos foram encontrados também no aumento de bem-estar, humor positivo, melhoria da imagem corporal e maior capacidade afetiva (Koch, Kunz, Lykou & Cruz, 2014). Pode ser uma intervenção eficaz para crianças com ou sem autismo, havendo vários estudos elaborados que mostram a eficácia desta abordagem terapêutica em determinadas problemáticas ou perturbações (Harris, 2007).

Kock, Kunz, Lykou & Cruz (2014) encontraram vários estudos que fornecem um suporte científico para a eficácia da DMT em diferentes grupos: crianças, adultos, pacientes, doentes psiquiátricos, adultos com problemas do desenvolvimento ou deficiências físicas e populações idosas, e em geral a DMT é eficaz em populações com perturbações, como a ansiedade, o autismo, o cancro da mama, fibrose cística, depressão, demência, distúrbios alimentares, envelhecimento, fibromialgia, jovens em risco, artrite reumatoide, esquizofrenia, stresse, Parkinson, entre outros. É adequada para tratar precocemente a PEA, nomeadamente aspetos como a comunicação e desafios sociais (Martin, 2014) e pode ter o objetivo de construir a imagem corporal e o desenvolvimento de habilidades psicomotoras, com base no facto da mente e do corpo serem inseparáveis (Levy, 1988, cited in Erfer & Ziv, 2006).

Koch, Gaida, Kortum, Bodingbower, Manders, Thomas, Sieber, Arnim, Hirjak & Fuchs (2016), realizaram uma investigação com 10 jovens com PEA em que usam a DMT como intervenção, com o objetivo de melhorar a imagem do corpo. A imagem do corpo é algo pouco investigado nas PEA, mas que tem bastante importância pela dificuldade na capacidade de perceber e sentir os outros, na capacidade de socialização, comunicativa e de se relacionar ou de estabelecer ligações (Koch et al., 2016). Para a investigação foram realizadas dez sessões

semanais de DMT, onde se verificaram (pós-teste) melhorias significativas na imagem corporal.

Kock, Mehl, Sobanski, Sieber & Fuchs (2015), realizaram uma intervenção terapêutica através do movimento e da dança, baseada no espelhamento de movimentos em 3 jovens com PEA, com o objetivo de aumentar as habilidades sociais, a empatia e o bem-estar, e aumentar a distinção do *eu-outro*. Foram propostas sete semanas de intervenção, uma hora por semana e no final das sete semanas foi possível verificar-se uma melhoria do bem-estar, da consciência corporal, das habilidades sociais e uma melhor distinção do *eu-outro*. Kock, Mehl, Sobanski, Sieber & Fuchs (2015) concluíram que a terapia através do movimento e da dança pode ser uma abordagem eficaz e viável no tratamento de pessoas com PEA.

Em 2013, Mateos-Moreno & Antencia-Duna realizaram um estudo com música e DMT para avaliar a eficácia de uma Escala Clínica de Avaliação do Comportamento Autista (ECA-R) onde propuseram 36 sessões de DMT de uma hora com dança, prática instrumental, canto e observação e imitação do movimento. Os resultados observados foram positivos (Erfer & Ziv, 2006).

Em 2003, Torrance estudou um grupo de quatro rapazes com PEA com idades entre os 16-18 anos, que tinham sido rejeitados em escolas regulares devido a comportamentos agressivos. Foram realizadas nove meses de sessões de DMT, 45 minutos por semana, e no final verificou-se um aumento na coesão de grupo, no respeito pelo outro e uma diminuição da violência (Erfer & Ziu, 2006).

Em 2001, Hartshorn et al., realizou um estudo de DMT com 38 crianças com PEA, durante dois meses, com sessões de 30 minutos duas vezes por semana, que continham movimentos diversos, pistas de obstáculos e movimentos com som. No final da intervenção houve um aumento na atenção e uma diminuição no stresse das crianças (Erfer & Ziu, 2006).

Outro estudo com DMT e PEA, realizado por Loman, em 1995, mostrou também resultados positivos no desenvolvimento da criança. Este estudo foi realizado por fases em que o fez voltar atrás no desenvolvimento com sessões de ritmo, para que, posteriormente, pudessem avançar (Erfer & Ziu, 2006).

Um estudo de caso realizado por Boettinger, em 1978, de DMT com crianças com PEA, durante 8 semanas, três vezes por semana, com duração de 30 minutos, fez com que as crianças aumentassem a tolerância ao toque físico e ao contato visual, a exploração do corpo do terapeuta e por fim o seu, e começou a imitar os movimentos e os comportamentos do terapeuta. Estes resultados positivos fazem com que os terapeutas recomendem o ritmo a dança para crianças com PEA (Erfer & Ziu, 2006).

Há resultados da DMT também em estudos na depressão, ansiedade, imagem corporal, cancro, esquizofrenia, demência, entre outros (Bradt et al., 2001; Karkou & Mekums, 2014; Meekums, Karkou & Nelson, 2012; Ren & Xia, 2013, cited in Cruz & Koch, 2014). Outro estudo, no qual foram aplicadas sessões de DMT durante um período de tempo de três meses a uma população de 50 indivíduos (25 do sexo feminino e 25 do sexo masculino), com alguns problemas emocionais relacionados com o envelhecimento. Foram observados resultados positivos nos efeitos do envelhecimento ao nível da dinâmica psicofisiológica, da adaptação social e da qualidade de vida (Gayvirinskava & Shapovalov, 2010).

Num outro estudo, foi aplicado um programa de arte terapia e DMT com a duração de seis semanas a pequenos grupos de crianças com problemas do comportamento. As crianças foram informadas que as sessões não eram apenas para brincar mas também trabalhar nas questões que as preocupassem. Foi constatado que as crianças, com duas horas de terapia semanal, diminuíram as respostas agressivas agidas e aumentaram as respostas emocionais (Shennum, 1987).

Uma investigação experimental, levada a cabo em 1981, por Jennifer & Couper, mostrou-nos os efeitos da DMT e da terapia sensoriomotora no equilíbrio de crianças com dificuldades de aprendizagem (Jennifer & Couper, 1981). O estudo foi efetuado com uma amostra de 10 crianças, posteriormente divididas em grupo controlo (GC) e grupo experimental (GE), com idades compreendidas entre os sete e os onze anos e sinalizadas com dificuldades de aprendizagem. As crianças do GC usufruíram de terapia sensoriomotora na qual lhes foi aplicada estimulação vestibular numa frequência bissemanal, em sessões com a durabilidade de uma hora (Jennifer & Couper, 1981). O GE usufruiu de sessões de DMT com base no movimento criativo e expressivo numa frequência igualmente bissemanal, em sessões com a durabilidade de 45 minutos. Após um período de quatro semanas ambos os grupos foram reavaliados e o GE manifestou melhores resultados ao nível do desempenho motor comparativamente ao GC (Jennifer & Couper, 1981).

Deste modo, conseguimos perceber que as pesquisas em DMT aumentaram consideravelmente na última década do século XX e início do século XXI (Meekums, 2013, cited in Koch, Kunz, Lykou & Cruz, 2014) com a criação da ADTA, havendo um crescimento no interesse pela DMT, nomeadamente nas suas funções, objetivos e efeitos (Kock, Kunz, Lykou & Cruz, 2014).

2. Dança, Movimento e Psicomotricidade

“A dança não exprime portanto o sentido.

Ela é o sentido” (José Gil, 2001, p. 97)

“A psicomotricidade compreende uma mediação corporal e expressiva” (Fonseca, 2001, p. 10), *“não tem finalidade de “atividade física” mas sim de desenvolvimento/integração*

psicomotora” (Vidigal & Guapo, 2003, p. 211).

A dança é uma experiência natural do Homem, uma prática universal, que se caracteriza pelo prazer de se mover, facilitando o instrumental e o funcional. É uma prática artística relacionada com o tempo e com certas concepções do corpo (Hemeisdael, Moreau & Vennat, 2015), que beneficia de um potencial para promover um vínculo social e aumentar a capacidade expressiva e comunicativa (Torner, 2013; Behrends, Muller & Dziobek, 2012), e tem sido fundamental ao nível da expressão do ser humano, uma vez que *“viver é movimento, assim como os gestos e as expressões do corpo são veículos de partilha de experiências.”* (Vidigal & Guapo, 2003, p. 219).

Segundo Dhami, Moreno & DeSousa (2015), a natureza da dança combina o físico com o cognitivo e não se limita a incorporar habilidades físicas e motoras, acionando diversas funções cognitivas, como a percepção, a emoção, a memória, entre outras. Historicamente, muitas culturas dançavam para expressar emoções, usando o corpo como forma de conexão com o outro (Block & Kissell, 2001; Levy, 1992, cited in Block & Johnson, 2013). Vidigal & Guapo (2003, p. 219), relatam que posteriormente à II Guerra Mundial, nos Estados Unidos, começou a usar-se a dança como uma modalidade terapêutica, na tentativa de resolver problemas psíquicos provenientes da guerra.

Reinders, Fletcher & Bryden (2015), bem como outros autores, mostram-nos que são muitos os benefícios da dança, quer para pessoas com desenvolvimento típico, quer para pessoas com necessidades especiais, por ser uma atividade criativa com muitos aspetos do desenvolvimento infantil, quer físico, social e emocional (Dow, 2010, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015). Fisicamente, a dança pode melhorar a força muscular, a resistência cardiovascular e a flexibilidade das articulações (Ward, 2008, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015). Socialmente ensina as crianças a seguir instruções e a cooperar com outros (Oliver e Hearn, 2008, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015), embora que o bem-estar emocional seja afetado pela oportunidade de autoexpressão verbal (Dow, 2010, cited in

Reinders, Fletcher & Bryden, 2015), aumentando a autoconfiança e a aprendizagem, pela capacidade de dominar novas habilidades (Oliver & Hear, 2008, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015). Também promove o desenvolvimento cognitivo pela liberdade em circular e mover-se de acordo com a sua criatividade (Giguere, 2010, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015). Hoje sabe-se que a dança não é meramente emocional, de expressão ou uma atividade física, havendo estudos que mostram que é uma experiência cognitiva que tem impactos em regiões do cérebro envolvidos na comunicação verbal e não-verbal, desenvolvendo novas células e novas conexões no cérebro, ajudando-nos a libertar o stress que pode interferir na aprendizagem e ao mesmo tempo pode motivar a aprendizagem (Nim, 2016).

Ao contrário de outras atividades físicas, é adequada a crianças, jovens e adultos, com necessidades educativas especiais (Grumich, 2008; Ward, 2008; Dow, 2010; Anjula & Redding, 2013, cited in Reinders, Fletcher & Bryden, 2015), uma vez que oferece uma *“experiência de aprendizagem em camadas que aprofundam o comportamento e a resposta para o mundo”* (Lorenzo-Losa et al., 2007, cited in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014: 213), sendo um processo criativo de envolvimento do movimento do corpo, no tempo e no espaço (Ingram, 1978; Kaeppler, 1978, cited in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014). Esta associação do corpo e mente foi reconhecida há mais de 2000 anos, por Hipócrates, o pai da medicina moderna, que nos diz que a terapia através da dança e do movimento é o casamento perfeito entre a arte e a ciência (Boris, 2001, cited in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014).

Rudolf Laban revolucionou o mundo da dança pela sua capacidade de rejeitar a estética e a técnica clássica ou moderna, classificando novos objetivos para a expressão do corpo, contrastando de movimentos com diferentes ações e várias formas de usar o corpo, o espaço e as relações. Laban publicou vários estudos sobre esta nova forma de ver a dança e sistematizou

as possibilidades e variações do movimento a partir de ações e do comportamento humano definindo cinco elementos: Corpo, Espaço, Ações, Dinâmica e Relações (Silva, 2010, p. 36).

Tabela 1: A matéria de movimento definida por Rudolf Laban (Fonte: Silva, 2010, p. 36 cited in Laban, 1975)

Corpo	A estrutura corpo permite a variedade de movimento, podendo utilizar: as articulações para um movimento mais contido; as partes num movimento mais curto e “partido”; as superfícies que desenharam um movimento mais amplo; e a totalidade do corpo que pode englobar todas as anteriores em simultâneo.
Espaço	O espaço é onde a dança acontece através do corpo que se move. O corpo deve ter uma orientação espacial, isto é, o movimento é definido pela forma espacial na qual o corpo se encontra, como por exemplo: cubo, prisma, esfera, diagonais, eixo do corpo, planos da porta, da mesa e da roda, etc. Estas formas ajudam o corpo a desenhar o movimento no espaço. Esse movimento pode ter: progressão espacial (deixar um “rasto” de movimento), projeção espacial (movimento focado), convergência espacial (regresso do movimento ao corpo) e tensão espacial (por exemplo: duas partes do corpo a moverem paralelas). O movimento pode ser grande ou pequeno. O corpo também se move pelo espaço em trajetórias: curvas ou retas, e em níveis: baixo (chão), médio ou alto.
Ações	As ações são os movimentos que o corpo pode executar: locomover, parar, saltar, transferir o peso, torcer, encolher, esticar, rodar, inclinar, desequilibrar, gesticular e movimento qualquer.
Dinâmicas	A dinâmica do movimento pode ser relativa ao espaço, ao tempo, ao peso e à fluência. Na dinâmica de espaço encontra-se o movimento direto (foco definido direção clara) e o movimento flexível (sem foco espacial, sem direção definida). Na dinâmica de tempo temos a possibilidade de um movimento urgente (rápido) ou suspenso (lento, resistente). Quanto ao peso, pode haver uma movimentação pesada (movimento resistente) e leve (movimento sem esforço). Existe também a dinâmica de fluência de movimento que inclui a possibilidade de movimento fluente (contínuo, harmonioso), e stacato (movimento pequeno e intermitente).
Relações	As relações podem ser referentes a um objeto, a uma ou mais pessoas ou ao próprio corpo e dizem respeito à atenção a..., aproximar, afastar, tocar, rodear e carregar.

Neste sentido, “o movimento e a dança oferecem a possibilidade de expressar emoções, favorecendo a integração mente-corpo ao aumentar a consciência e as potencialidades expressivas da linguagem corporal ultrapassando a barreira da comunicação verbal, melhorando a comunicação consigo mesmo e com os outros e harmonizando o espaço externo e as representações internas” (Santos & Simões, 2009, p. 38).

Esta tabela de Laban (1975 cited in Silva, 2010) vai ao encontro das abordagens da psicomotricidade com o fundamento do movimento do corpo no tempo, no espaço, no diálogo tônico e na criatividade (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015). Estas terapias centradas no corpo têm vindo a adquirir muita importância (Costa, 2008, p. 25) e neste sentido, Costa (2008, p.28), refere que *“o nosso corpo vai até onde o nosso olhar atinge, até onde ouvimos, até onde alcançamos com as nossas mãos e conseguimos lançar objetos”*. Este é um grande desconhecido onde se concebem as funções psíquicas e emocionais, é uma individualidade disponível a descobrir capacidades e potencialidades do ser humano (Costa, 2008, p. 27), deste modo, a dança coloca o corpo como matéria de sentir, viver, aproximar e reapropriar (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015). Costa (2008, p.27) menciona que só *“temos consciência do nosso corpo através do envolvimento afetivo que nos foi proporcionado e da forma como esse envolvimento nos dará suportes para reagir ao meio envolvente”* (Costa, 2008, p. 27). O trabalho corporal encontrado na maioria dos dançarinos contemporâneos revisita o desenvolvimento psicomotor da criança em diferentes esquemas e movimentos (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015), uma vez que envolve um trabalho a nível postural, do tónus, do equilíbrio, da lateralização, da noção do corpo, da estruturação espaço-temporal, das praxias, do alinhamento e do alongamento do corpo, dos apoios, da respiração, da flexibilidade, da força, da agilidade e coordenação, assim como o trabalho mais expressivo, que envolve a expressão corporal e facial, a qualidade e a amplitude do gesto.

Em relação à questão do corpo no tempo podemos referir, através de Costa (2008, p. 79), que o tempo é algo emocional e afetivo, sendo um percurso que medeia entre um acontecimento e outro, e é fundamental que a criança tenha tempo suficiente nas atividades para que sinta e retire prazer dessas ações, saboreando-as. O movimento da dança inscreve-se numa dimensão temporal estruturante e organizada, implementando o corpo uma certa duração, sucedendo uma cadeia de movimento que possibilita prolongar a escuta (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015).

Quando pensamos no corpo no espaço sabemos que a criança deve ter a possibilidade de se apropriar do espaço, sentindo-se acolhida e confortável (Costa, 2008, p. 69), com a possibilidade de experimentar diferentes possibilidades motoras em diversos pontos do espaço, assumindo diversos modos de deslocação (Louppe, 2004, cit. in Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015). O espaço para uma sessão de psicomotricidade deve ser “*securizante, atrativo e estimulante, rodeado de materiais e objetos que despertem e convidem a criança a estimular o seu gesto espontâneo e a sua criatividade*” (Costa, 2008, p. 64).

O diálogo tónico encontra-se entre dois corpos com a dança, favorecendo a chave da compreensão para acompanhar os estados de tensão e estados emocionais do outro (Laban, 1950, cited in Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015). Este permite dar início à organização da identidade e está relacionado com a emoção, a vinculação e a qualidade da relação que se estabelece entre a mãe e o bebé (Costa, 2008, p. 25). A dança permite o trabalho de acesso ao simbólico, utilizando o contato, a respiração, a voz e a regulação tónica, dando-nos também acesso ao sensível, à qualidade expressiva do corpo em movimento, à precisão das formas, à orientação e ao ritmo (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015).

É, ainda, fundamental referir que a dança muitas vezes é acompanhada de música e de trabalho rítmico, este que envolve a tonicidade, a capacidade de coordenação, a estruturação do tempo e espaço (Pijulet, 2015). “*(...) o batimento cardíaco da mãe, ouvido pelo feto in útero, é uma importante influência para a constituição do sentido de ritmicidade (...) da capacidade auditiva do feto (...) ganha vulto, pelos seus comportamentos responsivos quando percebe sons do corpo materno.*” (Castro, 2003, p.61). Há formas de expressão que se podem associar à música, como a dança, a arte pictural e a relaxação (Pijulet, 2015). “*Está provado que o verdadeiro poder terapêutico da música reside na sua prática, seja sob a sua forma de canto, seja sob a sua forma de simples exercícios rítmicos ou de desenvolvimento ou*

tocada em instrumentos de fácil aprendizagem” (M. Teresa David Lopes, 1972, cited in Vidigal & Guapo, 2003, p. 220).

3. Dança e Psicomotricidade nas PEA

A dança e a psicomotricidade podem ser identificadas como intervenções de mediação corporal e de mediação artística pelo seu trabalho corporal e expressivo. Um dominador comum dos indivíduos com PEA é a dificuldade em áreas da interação social, como já vimos anteriormente, e a psicomotricidade e a dança trabalham estas áreas e centram-se na criança como um todo, privilegiando a relação entre a criança, o adulto, o espaço e os materiais. Tal como Costa (2008, pp. 63-64) refere, a psicomotricidade é uma intervenção de base relacional que privilegia a qualidade da relação que se estabelece com a criança, valorizando as descobertas motoras, estimulando a criatividade e a espontaneidade, consciencializando as ações executadas, desenvolvendo e apoiando as situações expressivas carregadas de emotividade e prazer, facilitando o diálogo, através da junção da palavra ao gesto, de forma a dar significado à intenção. Estimula a apreciação e a reflexão da expressão motora do outro, implicando a criança na organização e gestão da sessão. De acordo com Hemelsdael, Moreau & Vennat, (2015), o trabalho do psicomotricista pretende essencialmente dinamizar o desenvolvimento global da pessoa, mais especialmente o desenvolvimento da sensorialidade, da motricidade, do esquema corporal e da motricidade social (imitação de gestos, comunicação não-verbal, cooperação motora, entre outras), sendo necessário, no início da intervenção psicomotora, tocar, ver, ouvir, provar e sentir, para que se faça a passagem de sensações sensoriais a sensações e sentimentos, perceções e representações (Costa, 2008, p. 136).

A dança é uma intervenção que apela ao desenvolvimento de aptidões essenciais afetadas nas PEA, como a fala, a linguagem e a comunicação; a motricidade fina e grossa e o seu planeamento; o proprioceptivo, o equilíbrio e a orientação espacial; a integração sensorial; as

habilidades sociais; o bem-estar psíquico; a autoestima, a autoconsciência e a autodeterminação; a ansiedade e a depressão (Lara & Bowers, 2016, p. 20). Segundo Santos & Simões (2009, p. 37), *“através da dança e do movimento, as distorções motoras e os gestos repetitivos inerentes à criança autista são aceites como forma de comunicação, mesmo que inconsciente e não intencional”*, uma vez que *“o movimento é biológico e instintivo. Se o movimento existe, subentende o repouso (ausência da ação), mas sendo o movimento uma ação, tem um objetivo: visa um fim; e tem uma consequência: uma certa intenção, que é a relação com o meio. O movimento põe-nos na relação com o outro e com o meio sobre o qual agimos, e dos quais recebemos estímulos e influências.”* (João dos Santos, 2013, p. 440). Desta forma salientamos que *“os movimentos das mãos de uma criança autista no ar podem parecer semelhantes aos de tantas outras crianças autistas mas têm sempre algo de novo e próprio daquela criança e é desta forma que o terapeuta deve encarar o encontro que ocorre com a criança na sessão terapêutica. Este recurso expressivo promove a tomada de consciência corporal, possibilitando ao sujeito compreender-se melhor a si e ao mundo que o rodeia, a partir do movimento”* (Parteli, 1995, Santos, 2007, cited in Santos & Simões, 2009, p. 37).

Há muito tempo que terapeutas da dança trabalham com Perturbações do Espectro do Autismo, por exemplo, Janet Adler (1970) trabalhou com crianças com autismo precoce, tendo como foco o visionamento de filmes de dança (Tortora, 2006; Levy, 2005, cited in Martins, 2014). No início do século XX, profissionais de dança, como Rudolf Laban (1966) e John Martin (1936), fazem a ligação entre o movimento e a emoção (Behrends, Mullerm & Dziobek, 2012), e terapeutas e professores de dança expressam a ideia de que o movimento articular e a dança fortalecem laços entre as pessoas, tornando-os mais atentos às emoções do outro (Behrends, Mullerm & Dziobek, 2012). A Psicomotricidade é uma abordagem também usada com crianças com PEA, permitindo uma integração psicomotora, o desenvolvimento de competências motoras, provocando modificações no comportamento e uma melhor adaptação

ao meio, reduzindo as estereotípias e facilitando o estabelecimento da relação com o outro através da integração de informações proprioceptivas havendo, conseqüentemente, uma modificação do esquema corporal, permitindo à criança um controlo das suas representações (Vidigal & Guapo, (2003, p. 211).

A terapia através da dança, tal como a psicomotricidade, baseia-se nos indivíduos, relacionando-se com o meio, expressando-se a si e aos seus impulsos e necessidades (Chaiklin, 2009, cited in Behrends, Muller & Dziobek, 2012), pode ajudar no desenvolvimento de habilidades sociais e comunicativas, integrando aspetos cognitivos, físicos e sociais (Martin, 2014). A terapia através da dança ou dançoterapia é uma forma de psicoterapia que se focaliza no uso de movimento como meio de mudança (Vidigal & Guapo, 2003, p. 219), que pode ativar vias sensoriais que viabilizam o aprimoramento do gesto, tendo, assim, um papel importante no estímulo da integração da sensação (Machado, 2015). O corpo em movimento é o principal foco da terapia e é uma importante fonte de recursos pessoais e de vitalidade (Quinten 2008, cited in Behrends, Muller & Dziobek, 2012), são meios de comunicação (Boris, 2001; Koff 2000, cited in Scharoun, Reinders, Bryden & Fletcher, 2014), quer verbal, quer não-verbal, pela sua envolvimento das totalidades afetivas que são inevitavelmente expressas, embora em determinadas ocasiões permaneçam a nível inconsciente e se manifestem a nível motor (White in Chaiklin & Wengrower, 2009). Assim percebemos que, a junção da dança com a psicomotricidade permitirá à criança a sua descoberta motora, a descoberta do seu corpo e do seu esquema corporal, do corpo no outro, do corpo no espaço, no tempo e com ou sem materiais, permitindo sentir o seu corpo e descobrir o seu corpo em movimento, quer individual quer a dois.

Parte II – Estudo Empírico

Capítulo III - Metodologia

Neste capítulo é descrita toda a caracterização do estudo para a construção da intervenção psicomotora que tem objetivos que vão de encontro à bibliografia estuda atempadamente e que considerou fundamental avaliar e estimular áreas de interação social afetadas pela PEA.

As intervenções individuais realizaram-se em Castelo Branco ao longo de 25 sessões bissemanais, com três crianças, e ao longo de 20 sessões semanais com outra criança. Estas foram sujeitas a gravação áudio visual por uma câmara suportada por elementos presentes na sala, posicionada intencionalmente num local estratégico, de modo a que seja privilegiada a visualização total da sua área. Foram filmados entre 30 a 45 minutos da sessão e posteriormente avaliadas as variáveis de estudo e registadas na Grelha de Observação do Comportamento da Criança (adaptado de Santos & Simões, 2009), respeitando a observação de 1 minuto em cada intervalo de tempo.

1. Tipo de Estudo

A presente investigação enquadra-se num Estudo de Caso Múltiplo, com quatro crianças, com vista a investigar o impacto de uma intervenção psicomotora com foco na dança em cada caso.

O estudo de caso utiliza, fundamentalmente, uma metodologia qualitativa com vista a investigar as particularidades e singularidades de um caso (Stake, 2005 cit. in Fernández, 2013), é um método de pesquisa que se concentra em entender a dinâmica de configurações individuais (Fernández, 2013). A principal vantagem do estudo de caso é a sua compreensão mais profunda de instâncias específicas de um fenómeno (Fernández, 2013), examinando o contexto e outras condições complexas relacionadas com o caso estudado.

No estudo de caso, as técnicas de recolha de dado estão associados a metodologias qualitativas: a observação é uma técnica de recolha de dados usada para recolher informação

sobre indivíduos e ambientes; pode usar a gravação de áudio e vídeo; a entrevista é outra técnica de recolha de dados, assim como as notas e os diários de campo (Fernández, 2013).

O estudo de caso múltiplo é uma variante do estudo de caso que inclui duas ou mais observações do mesmo fenómeno, permitindo a replicação, ou seja, usa vários casos para confirmar e forma independente e emergente construções e proposições (Fernández, 2013).

2. Questões da Intervenção

É possível avançar com questões de intervenção a que tentaremos dar resposta ao longo da investigação:

1. As crianças apresentam alterações em áreas da interação social (contato ocular, expressões faciais, utilização de gestos, utilização de verbalizações, proxémia, relação com a atividade e interação), durante a intervenção, avaliados através da Grelha de Observação do Comportamento da Criança (adaptado de Santos & Simões, 2009)?

2. As crianças com PEA apresentam alterações nos seus comportamentos autísticos após a intervenção, avaliados pela CARS?

3. As crianças com PEA apresentam alterações no seu comportamento psicomotor após a intervenção, avaliados através da Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008)?

3. Objetivos

2.1. Objetivos gerais

Pretendemos verificar se a Dança enquanto recuso da Psicomotricidade tem impacto em áreas de interação social afetadas pela Perturbação do Espectro do Autismo, nomeadamente no contato ocular, expressão facial, utilização de gestos, proxémia, utilização da voz/verbalizações, relação com a atividade e interação.

Também é do interesse do estudo perceber se existe impacto nos comportamentos autísticos e na psicomotricidade da criança.

2.2. Objetivos específicos

Através da GOCC verificaremos se a intervenção tem impacto em áreas da interação social, afetadas pela PEA, nomeadamente:

- No contato ocular: aumento do contato ocular com o adulto e com o objeto.
- Nas expressões faciais: aumento do sorriso e diminuição as expressões neutras (apatia).
- Na utilização dos gestos: aumento do uso de gestos espontâneos e da imitação de gestos.
- Na proxémia: aumento da proximidade física com o adulto.
- Na utilização da voz/verbalizações: aumento do uso das verbalizações/ uso da palavra.
- Na relação com a atividade: aumento da adesão à tarefa/ atividade proposta, da atenção conjunta (relação triangular sujeito/objeto/outro) e do tempo na atividade.
- Na Interação: aumento da interação com o adulto.

Através da CARS percebemos se a intervenção tem impacto nos comportamentos autísticos das crianças, nomeadamente na Relação com as Pessoas; Imitação; Resposta Emocional; Expressão Corporal; Uso do Objeto; Adaptação às Mudanças; Uso do Olhar; Uso da Audição; Uso do Paladar, Olfato e do Tato; Medo e Nervosismo; Atividade; Grau de Consistência das Respostas da Inteligência; Impressão Geral.

Pretendemos verificar, através da GOP, o impacto da intervenção ao nível psicomotor, nomeadamente ao nível dos Aspectos Gerais, do Gesto Espontâneo, da Atividade Espontânea, da Linguagem, da Expressão dos Afetos e do Pensamento Simbólico.

3. Participantes

Os participantes para o estudo foram selecionados a partir de critérios de inclusão:

- Ter diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, feito por um médico especializado.

- Ter idade compreendida entre os 6 e os 12 anos.

- Não frequentar aulas de dança.

A seleção dos participantes contou com um levantamento de crianças que respeitavam os critérios de inclusão, tendo sempre em conta a autorização dos encarregados de educação, assim como a disponibilidade destes e da criança e o interesse que mostraram pelo programa que propusemos, obtendo assim um a população-alvo de quatro participantes, de idades entre os 7 e os 12 anos do concelho de Castelo Branco.

Para manter o anonimato dos participantes será atribuído uma letra, a cada um, de identificação. Apresentamos, na tabela 2, os quatro participantes do estudo.

Tabela 2 - Participantes no estudo

Participantes	Género		Idade	Diagnóstico	Terapias a Frequentar	Ano Escolar
	F	M				
“AC”		X	7 anos	Perturbação do Espectro do Autismo, por psicóloga e médico (Equipa PIN)	- Terapia da Fala - Terapia Ocupacional - Psicomotricidade em meio aquático - Psicologia	1º ano
“DD”		X	9 anos	Perturbação do Espectro do Autismo (Autismo Infantil com Perturbação do Sono), por Médico Pediatra.	- Terapia da Fala -Terapia Ocupacional (APPACDM) - Psicologia	2º ano
“DM”		X	10 anos	Perturbação do Espectro do Autismo e Alteração do Comportamento, por médico neuro pediatra.	- Terapia da Fala -Terapia Ocupacional (APPACDM) - Psicomotricidade m meio aquático.	3º ano

“GP”		X	12 anos	Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbação Global do Desenvolvimento, por médica pediatra.	- Terapia da Fala - Terapia Ocupacional (APPACDM) - Psicomotricidade m meio aquático.	6º ano
------	--	---	------------	--	---	--------

4. Instrumentos

A presente investigação seguiu uma metodologia de Estudo de Caso Múltiplo com quatro crianças, com intervenções individuais a desenvolverem-se ao longo de 20-25 sessões semanais e bissemanais.

Para perceber se a intervenção tem impacto em áreas da interação social afetadas pela PEA procedeu-se ao estudo longitudinal com a aplicação da *Grelha de Observação do Comportamento da Criança* (adaptada de Santos & Simões, 2009). E para perceber o impacto da intervenção nos comportamentos autísticos e ao nível psicomotor avaliámos a criança em dois momentos (pré e pós intervenção) através da *Childhood Autism Rating Scale (CARS)*, aplicado por uma psicóloga, e da *Grelha de Observação Psicomotora* (Costa, 2008), avaliada por uma psicomotricista.

a. Childhood autism rating scale (CARS) (Schopler, Reicher & Renner, 1988).

A CARS é uma escala de pontuação para o autismo na infância, que é dada com base na informação dada pelos pais/cuidadores da criança. Deve ser aplicada por um técnico especializado a crianças a partir dos 2 anos de idade.

É constituída por 15 itens: Relação com as Pessoas; Imitação; Resposta Emocional; Expressão Corporal; Uso do Objeto; Adaptação às Mudanças; Uso do Olhar; Uso da Audição; Uso do Paladar, Olfato e do Tato; Medo e Nervosismo; Atividade; Grau de Consistência das Respostas da Inteligência; Impressão Geral.

Cada área é cotada de 1 a 4 (1 – 1,5 – 2 – 2,5 – 3 – 3,5 – 4) que corresponde ao tipo comportamento demonstrado pela criança. No final da entrevista há a soma das várias áreas para a obtenção do resultado final, que se traduz em três graus para o autismo: **Normal (15 – 29,5); Autismo leve/moderado (30 – 38,5); Autismo grave (acima dos 37).**

A CARS é utilizada com frequência em avaliações psicológicas a crianças com PEA, existindo várias referências que fazem uso da CARS em investigações de caráter psicológico.

b. Grelha de observação psicomotora (GOP) (Costa, 2008).

A GOP é uma ferramenta de observação da psicomotricidade da criança de modo informal. É constituída seis categorias e várias subcategorias:

- **Aspetos Gerais:** Contato; Desenvolvimento estato-ponderal; Aparência Física; Interesses da criança; Noção do corpo; Impressão da imagem corporal.

- **Gesto Espontâneo:** Qualidade do Gesto; Interação do Movimento; Resposta ao estímulo motor; Regulação do Esforço; Postura; Tonicidade; Sincinesias; Paratonias; Lateralidade; Cardinalidade; Equilíbrios; Perceção Visual; Perceção Auditiva; Deslocação no Espaço (Orientação no espaço; Estruturação Rítmica; Coordenações motoras segmentares).

- **Atividade Espontânea:** Interação com o adulto: Participação; Inclusão; Preferências; Entreatajuda; Cooperação; Observação/ Reprodução; Competitividade; Solidariedade.

Harmonia com os materiais: Utilização dos materiais; Interesse pelo jogo; Atenção; Intenção; Planificação; Atitude perante as tarefas.

- **Linguagem:** Linguagem recetiva; Linguagem expressiva; Voz; Semântica; Sintaxe; Pragmática; Olhar; Sorriso; Expressão facial; Postura; Gesticulação.

- **Expressão dos Afetos**

- **Pensamento Simbólico**

Dentro de cada categoria o observador deve assinalar com um X o tipo de comportamento que a criança apresenta no momento de observação.

A GOP é utilizada com frequência em avaliações psicomotoras. Foi utilizada em 2013 por Oliveira, na dissertação de mestrado em Psicossomática.

c. Grelha de observação do comportamento da criança (GOCC) (adaptada de Santos & Simões, 2009).

A Grelha de Observação do Comportamento da Criança (GOCC) tem o objetivo de observar de uma forma sistemática, baseada na frequência do evento, componentes implícitos em áreas da interação social.

A observação é feita através do registo vídeo das 20-25 sessões com 30-35minuto. Este registo é feito por uma câmara suportada por elementos presentes na sala, posicionada intencionalmente num local estratégico, de modo a que seja privilegiada a visualização total da sua área. Posteriormente são observados os 20-25 vídeos de cada criança, com 30-45 minutos, e avaliados em quatro momentos da sessão, observando 1 minuto aos 5 minutos, 1 minuto aos 15 minutos, 1 minuto aos 25 minutos e 1 minuto aos 35 minutos da sessão. Por fim, é feita uma análise estatística dos dados recolhidos através do EXCEL e a elaboração de gráficos.

Para o desenvolvimento dos parâmetros integrados nas áreas de interação social considerámos fundamental avaliar as seguintes variáveis:

Contato ocular: transmite muita informação sobre os estados internos da vida social e do outro, sendo crucial para avançar na comunicação social (Senju, Yaguchi, Tojo & Hasegawa, 2003). A visão é o primeiro e mais importante modo de comunicação interpessoal (Dill, 1984, cited in Fonseca, 2001, p. 57) e o olhar mútuo é um sinal importante que uma pessoa tem interesse e intenções com o outro (Gibson & Pick, 1963, cited in Senju, Yaguchi, Tojo & Hasegawa, 2003) e serve para comunicar (Kleinke, 1986, cited in Senju, Yaguchi, Tojo &

Hasegawa, 2003). Dificuldades no contato ocular processam dificuldades em determinadas informações sociais, sendo os padrões de contato ocular desviante encontrados em indivíduos com PEA, como um sinal muito característico da perturbação (Senju & Johnson, 2009). Atualmente o contato ocular está incluído nos critérios de diagnóstico de PEA, apresentadas pelo DSM e pela CID-10 (Senju & Johnson, 2009).

Considerámos importante incluir os seguintes subparâmetros de observação do contato ocular:

- Com o Adulto: Quando a criança olha para o adulto, mesmo por breves instantes ou quando a criança mantém o olhar mútuo com o adulto.

- Com os Estímulos: Quando a criança olha para os estímulos que estão ao seu redor (material disponível na sala) por breves instantes ou quando mantém a sua fixação visual num estímulo disponível.

- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não estabelecer qualquer tipo de contato ocular.

Expressões faciais: são uma componente crucial no desenvolvimento humano, quer emocional quer social (Darwin, 1872, cited in Blair, 2003). As expressões faciais facilitam a interação social, as relações interpessoais e o reconhecimento emocional (Lundquist & Dimberg, 1995; McIntosh, 1996; McIntosh, Druckman & Zajonc, 2005, cited in McIntosh, Reichmann-Decker, Winkielman & Wilbarger, 2006). A PEA está associada a uma redução automática das suas expressões faciais (McIntosh, Reichmann-Decker, Winkielman & Wilbarger, 2006), tendo mais dificuldades nas expressões relacionadas com a emoção (Grossman et al., 2000, cited in Casteli, 2005).

Considerámos então os seguintes subparâmetros importantes para a observação das expressões faciais:

- Choro: A criança chora com ou sem lágrimas.

- Sorriso: A criança sorri com ou sem motivo aparente. A criança sorri para o adulto ou para o objeto.

- Zanga: Quando a criança dá gritos de zanga, podendo auto agredir-se (bate com força na cabeça, morde-se, etc.) ou dirigir a sua agressividade e zanga para os objetos ou para o adulto. Pode também expressar a nível corporal ou facial a sua zanga, cerrando os dentes, fechando os punhos, ficando hipertónico.

- Apatia: Expressão facial inexistente, neutra.

- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não se conseguir expressar a nível facial.

A Utilização de gestos: “*constroem as primeiras intuições representativas da interseção social*” (Fonseca, 2001, p. 61) e desempenham um papel importante no desenvolvimento das crianças, envolvendo a atenção conjunta e a expressão de estados afetivos (Ingersoll, Lewis & Kroman, 2007). A comunicação gestual é universal e multicultural porque a criança só começa a ser compreendida e começa a expressar-se quando tem acesso ao gesto (Fonseca, 2001, p. 60). As crianças com PEA usam significativamente menos gestos do que outras crianças (Buitelaar et al., 1991, cited in Ingersoll, Lewis & Kroman, 2007), com um desenvolvimento normal, que fazem uso dos seus gestos para ilustrar objetos, situações e ações (Fonseca, 2001, p. 60).

Considerámos os seguintes subparâmetros importantes para a observação da utilização dos gestos:

- Imitação de Gestos: Quando a criança imita os gestos do adulto, quer seja de forma total ou parcial. A criança pode mostrar intensão de imitar, mas não ser capaz de o fazer.

O termo imitação tem muitas definições, no entanto há quem defina imitação como uma capacidade do indivíduo replicar um ato motor que é observado, assim como há a definição de imitação como sendo exigido que haja uma nova ação que é aprendida ao observar o outro

(Vanvuchelen, Royers & Weerdt, 2011). A imitação mútua entre o cuidador e a criança constituem um papel importante no desenvolvimento, não é intencional, é uma verdadeira tendência humana, para imitar gestos inconscientes do outro, imitar posturas e discursos (Behrends, Muller & Dziobek, 2012). As crianças com PEA podem apresentar diferentes padrões de défices na imitação de acordo com o seu nível funcional (Smith & Bryson, 1994, cited in Vanvuchelen, Royers & Weerdt, 2011).

A imitação permite que a criança aprenda sobre as ações e as intenções dos outros, estando ligada à comunicação (Martin, 2014). A imitação leva à inclusão em grupos sociais (Lakin et al., 2003, cited in Behrends, Muller & Dziobek, 2012) e promove o desenvolvimento emocional (Behrends, Muller & Dziobek, 2012).

- Interação apenas com o Objeto: Quando a criança utiliza o seu gesto apenas com o objeto.
- Gestos com Intenção de Expressar: Quando a criança utiliza o seu gesto com intenção de expressar agressividade (gestos bruscos, com força, com intenção de magoar o adulto ou com intenção de atingir o objeto), afetividade (gestos com afeto – procura de colo, carinho. Quando pede ou dá um beijo ao adulto) ou com intenção de informar/solicitar (quando a criança aponta, acena “adeus”, etc.).
- Gestos de Atenção Conjunta: Quando a criança aponta para o objeto para o pedir ou quando compartilha o objeto com o adulto para a partilha de interesses comuns.
- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não utilizar gestos.

Utilização da voz/verbalizações: são uma forma paralinguística da comunicação e envolvem a velocidade, o volume, o ritmo, o tom e a expressão da voz (Kreps, 1995, cit. in Lems, 2006, cited in Santos & Simões, 2009, pp.44-45). É importante salientar que, antes de a criança verbalizar tem de usar os gestos para exprimir as significações (Fonseca, 2001, p. 60).

Considerámos os seguintes subparâmetros importantes para a observação da utilização da voz/verbalizações:

- Tom de Voz: Quando criança verbaliza usa um tom de voz elevado; normal ou baixo (surdina).

- Uso da Palavra: A criança usa a palavra com intenção de comunicar.

- Inespecífica: Quando a criança verbaliza sem intenção de comunicar, não é direcionada.

Podem ser gritos ou sons emitidos pela criança.

- Ecolália: Quando a criança repete sons ou palavras do adulto, total ou parcialmente.

- Não Observável: A criança não usa a voz.

Proxémia: corresponde ao uso que o ser humano faz do espaço na comunicação interpessoal (Fonseca, 2001, p. 62), é o estudo adequado das distâncias entre as pessoas durante a interação social (Gessaroli, Santelli, Pellegrino & Frassinetti, 2013).

Considerámos os seguintes subparâmetros importantes para a observação da proximia:

- Proximidade Física: A criança aproxima-se do adulto ou deixa que o adulto se aproxime.

- Alinhamento: Posicionamento do corpo da criança face ao do adulto (alinhamento é frontal, diagonal ou de costas). Dá indicações sobre a abertura à relação com o adulto.

- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não se aproxima do adulto.

A relação com a atividade: diz respeito à forma como a criança está na atividade proposta pelo adulto e a forma que a criança adere à atividade e permanece nela.

Considerámos os seguintes subparâmetros importantes para a observação da relação com a atividade:

- Adesão à tarefa: A criança adere à tarefa proposta pelo adulto.

- Atenção Conjunta: Pode ser amplamente definida como a capacidade de cooperar a atenção entre o objeto e o adulto, num contexto social (Adamson & McArthur, 1995, cited in Whalen, Schreibman, 2006). A atenção conjunta é importante para a aquisição de comportamentos de comunicação (Carpenter, Nagell & Tomasello, 1998, cited in Dawson,

Toth, Abbott, Osterling, Munson, Estes & Liaw, 2004). A atenção conjunta é um dos critérios para o diagnóstico de PEA (APA, 2013).

- Tempo de Permanência na Atividade: O tempo em que está na atividade (exemplo: 2 minutos).

- Manifestação da Compreensão da Atividade: Quando a criança compreende o que está a ser solicitado pelo adulto.

- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não se conseguir relacionar com a atividade.

A **interação** é entendida como a relação entre duas pessoas. As crianças com PEA têm dificuldades a nível da interação (Asa & Gould, 1979, cited in Shih, Chang, Wang & Tseng, 2014) e na capacidade de relação (Kanner, 1943, cited in Blake, Turner, Smoski, Pozdol & Store, 2003).

- Iniciada pela criança com o Adulto: Quando a criança inicia a interação com o adulto.

- Iniciada pela criança com o Objeto: A criança inicia a interação com o objeto.

- Tempo de Interação: Quanto tempo interage com o adulto ou com o objeto (exemplo: 1 minuto).

- Não Observável: Não se observa por má filmagem ou por a criança não interagir com o adulto ou com o objeto.

A Grelha de Observação do Comportamento da Criança está dividida em sete Categorias e Subcategorias, onde serão avaliadas numa duração de 1 minuto a frequência ou a duração dos comportamentos da criança da seguinte forma:

Na categoria:

- Contato Ocular (Com o Adulto ou com o Estímulos): deveremos assinalar a frequência do comportamento, ou seja quantas vezes a criança estabelece contato ocular com o adulto ou com os estímulos.

- Expressão Facial (Choro, Sorriso, Zanga ou Apatia): deveremos assinalar a frequência do comportamento com um X na categoria que observámos. É importante que se faça uma Descrição do Comportamento do minuto, por exemplo: a criança mostrou uma expressão neutra ou a criança sorriu em 3 momentos.

- Utilização do Gestos (Imitação do Gestos): deveremos assinalar a frequência do comportamento, ou seja quantas vezes a criança imitou o gesto do adulto.

- Utilização do Gestos (Interação apenas com o Objeto, Gestos com Intenção de Expressar: Agressividade, Afetividade ou Informar/Solicitar, Gestos de Atenção Conjunta): deveremos assinalar a frequência do comportamento com um X na categoria que observámos, por exemplo: se a criança no minuto de observação mostrou gestos de atenção conjunta devemos assinalar com um X a categoria Gestos de Atenção Conjunta. É importante que se faça uma Descrição do Comportamento do minuto, por exemplo: a criança entregou o objeto ao adulto para que este o jogasse.

- Utilização da Voz/ Verbalizações (Tom de Voz: Alto (invasiva), Normal ou Baixo (surdina)): deveremos assinalar a frequência do comportamento com um X na categoria que observámos, por exemplo: se a criança no minuto de observação utilizou um tom de voz normal devemos assinalar com um X a categoria Normal.

- Utilização da Voz/ Verbalizações (Uso da Palavra, Inespecífica, Ecolalia): deveremos assinalar a frequência do comportamento, ou seja quantas vezes a criança usou a palavra.

- Relação com a Atividade (Adesão à Tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade): deveremos assinalar a frequência do comportamento com um X na categoria que observámos.

- Relação com a Atividade (Tempo de Permanência na Atividade): deveremos assinalar a duração do comportamento, por exemplo: a criança permaneceu na atividade durante 10 segundos.

- Proxémia (Proximidade Física): deveremos assinalar a frequência do comportamento, ou seja quantas vezes a criança se aproxima do adulto.

- Proxémia (Alinhamento: Frontal, Diagonal ou Costas): deveremos assinalar a frequência do comportamento com um X na categoria que observámos.

- Interação (Iniciada pela criança com o Adulto, Iniciada pela criança com o Objeto): deveremos assinalar a frequência com que surge o comportamento, ou seja quantas vezes a criança iniciou interação com o adulto.

- Interação (Tempo de Interação): deveremos assinalar a duração do comportamento, por exemplo: a criança interagiu durante 1 minuto.

- Inobservável: deveremos assinalar esta categoria com um X sempre que não for possível a observação.

Sempre que necessário é importante que se faça uma Descrição do Comportamento do minuto, para completar a informação da observação.

A GOCC foi utilizada em 2006 por Santos, na dissertação de doutoramento em Psicologia, e em 2009 por Simões & Santos, na dissertação de mestrado em Psicologia.

5. Procedimentos

Num momento inicial da investigação procedemos ao pedido de autorização à direção do Agrupamento de Escolas Afonso de Paiva de Castelo Branco para a realização da investigação e após receção do parecer positivo por parte da direção do Agrupamento (anexo I) e com intuito de cumprir com os princípios éticos e morais da investigação só iniciámos após as assinaturas do consentimento informado dos encarregados de educação dos participantes (anexo III). Foi garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, tal como foi explícito que existiria a gravação audiovisual das intervenções. Três encarregados de educação deram parecer positivo e posteriormente encontrámos a quarta criança, fora do agrupamento,

procedendo assim à solicitação de uma sala para a intervenção à direção da Escola Silvína Candeias (anexo II).

Com as devidas autorizações procurámos ter um momento com os encarregados de educação, para a apresentação do estudo e para a realização da anamnese da criança (anexo IV).

Foram realizadas avaliações em dois momentos (pré e pós intervenção) com dois instrumentos para verificar se a intervenção psicomotora com recurso à dança tem impacto nos comportamentos autísticos da criança e ao nível da sua psicomotricidade. A *Childhood Autism Rating Scale* (anexo V) foi aplicada aos encarregados de educação por uma psicóloga externa ao estudo, e a *Grelha de Observação Psicomotora* (Costa, 2008) (anexo VI) foi aplicada às crianças, individualmente, nas primeiras quatro sessões e em duas sessões finais, pela interventora e avaliada por uma psicomotricista que cotou e avaliou os vídeos das sessões de avaliação. Com o intuito de aprofundar o impacto da intervenção em áreas de interação social, afetadas pela PEA realizámos ainda um estudo longitudinal recorrendo à *Grelha de Observação do Comportamento da Criança* (GOCC) (adaptada de Santos & Simões, 2009) (anexo VII). Foram observados, através de registo vídeo, 20-25 sessões com 30-45 minutos de cada criança, onde observámos 1 minuto em quatro intervalos de tempo (5, 15, 25 e 35). Por fim, procedemos a uma análise estatística dos dados recolhidos pela GOCC, através do EXCEL, e à elaboração de gráficos. Houve ainda um registo livre no final de cada sessão como forma de reflexão sobre cada sessão e sobre cada caso, ajudando a planificar as sessões e a alterá-las sempre que possível, indo assim ao encontro dos interesses e necessidades de cada criança (anexo VIII).

6. Intervenção

6.1. Construção e Implementação da Intervenção

Para proceder à construção da intervenção de dança enquanto recurso da psicomotricidade foi necessária a leitura atempada da bibliografia sobre as Perturbações do Espectro do Autismo e de trabalhos desenvolvidos de dança e dança terapia, de modo a construir os objetivos em que intervir.

As intervenções com as quatro crianças com PEA respeitaram uma estrutura: *aquecimento (warm-up)*; *parte do movimento em díade (dyadic movement part)*; *parte do processamento verbal (verbal processing part)*. Encontrámos esta estrutura em vários estudos com *Dance/Movement Therapy (DMT)* com as PEA, nomeadamente em estudos realizados por Behrends, Muller & Dziobek (2012), Kock, Mehl, Sobansk, Sieber & Fuchs (2015), Lara & Bowers (2016), reconhecendo que esta é estrutura é adequada à nossa prática por facultar rotinas que ajudam os participantes a organizar-se e a autonomizar-se, por serem realizadas de forma contínua.

O *aquecimento* é uma introdução à relação e ao movimento. A criança entra na sala, tira os sapatos e inicia a sua relação com a interventora através de pequenos contatos, com o olhar, o falar e cumprimentar. A interventora procura em todas as sessões formas de interagir e comunicar com a criança, dando-lhe a conhecer os materiais disponíveis para a sessão e dando-lhe a oportunidade de os explorar de forma livre, sendo um momento de preparar o corpo para o movimento, através de exercícios de exploração espacial e exploração das várias ações do movimento, como o andar, o correr, o rebolar, o girar e o saltar.

Consideramos a *parte do movimento em díade* uma introdução ao movimento a dois com recurso aos materiais, embora seja respeitada a vontade da criança se relacionar ou não com a interventora e com os materiais, por vezes é necessário recorrer ao movimento individual antes do movimento a dois. A interventora deve servir sempre de modelo da ação, reforçando positivamente a criança e auxiliando-a sempre que necessário, ajustando a sessão às vontades, desejos e capacidades. Podem surgir tarefas de movimento simples, propostas pela

interventora, com ou sem material, com ou sem música, com ou sem contato verbal ou ocular, tal como podem surgir propostas de movimento feitas pela criança, que a interventora deve pegar e trabalhar, conseguindo, assim, chegar mais à criança e às suas vontades, necessidades e capacidades, ajudando a melhorar a sessão e o planeamento das restantes.

A parte do processamento verbal consideramo-la como um momento em que a criança se prepara para o fim da sessão, ajuda a arrumar o material e a sala e reflete sobre sessão referindo aspetos positivos ou negativo da sessão, ou sugere futuras atividades.

O plano da sessão apresenta, de modo resumido, o que se pretende realizar; os objetivos gerais e específicos que se pretendem alcançar com a atividade; as estratégias a usar para auxiliar a criança e melhorar a sua vivência na sessão; o material utilizado ao longo da sessão; a duração total da sessão e a duração de cada tarefa proposta; e por fim existe um espaço para as observações da sessão.

Foi tido em conta, para a planificação das sessões, a importância da oportunidade de vivenciar um vasto número de experiências, quer a nível corporal, relacional e material, dando-lhes a possibilidade de poder explorar novas sensações, novas relações, novas aprendizagens e novas formas de usar o corpo no espaço, no tempo e com o outro. Deste modo, as sessões recorreram a vários materiais fundamentais para estabelecer a relação com a criança, a relação da criança com o seu corpo, com o espaço e com o corpo do outro, com as sensações que o material lhe dá e com a sua capacidade criativa e de movimento. Os materiais usados nas sessões são: bolas, de várias dimensões e cores, por continuarem a ser um objeto privilegiado das crianças e por oferecerem estímulos diferentes causados pelos diversos impactos e dimensões (Costa, 2008:69); balões coloridos, *“voam no ar com outro tempo permitindo um melhor enquadramento e posicionamento da criança, associado de um prazer reforçado e entusiasmante, porque o eventual falhanço que pode invadir a criança na execução é quase nulo”* (Costa, 2008:69); penas coloridas, que estimulam a criança e, tal como os balões, voam

no ar com outro tempo; panos com formas moldáveis, com diversas texturas e cores, estimulam a proprioceptividade da criança, envolvendo o corpo (Costa, 2008:75). São materiais ora de aconchego afetivo ora de apelo, quer à sensibilidade corporal, quer ao imaginário da criança (Onofre, 2004:142); fitas de cetim coloridas ou cordas permitem a descoberta da criança e do seu tratamento pessoal e peculiar. Permitem saltar, enrolar-se ou atar-se enquanto se procura efeitos estéticos com as fitas, volteando-as no ar, etc. (Onofre, 2004:147); instrumentos musicais e suporte musical, para que *“a criança desenvolva e consolide a sua capacidade de aperfeiçoamento, a propósito das suas sensibilidades acústicas e vocais, de destreza rítmica e de expressividade sonora”* (Onofre, 2004:119). Todos sabem provocar diversos sons, seja com diferentes partes do corpo ou com objetos da sala. O fundamental é explorar a sonoridade dos objetos, explorando e conhecendo o ritmo, a batida, a sonoridade, a musicalidade corporal, o diálogo sonoro, o aprender a vez, o ouvir e replicar, distinguindo os sons graves, médios e agudos, e associando-os a sentimentos (Costa, 2008:75). A música serve de mediador entre o corpo e o movimento e é um elemento importante na dança porque ajuda à libertação. É necessário ter em conta que há crianças que podem ser mais sensíveis à música, sendo, assim, essencial fazer uma integração gradual da música e do ritmo, que deve estar de acordo com a maturidade, modernidade e interesse da criança, estando relacionada com a disposição e parte afetiva das crianças sugerindo uma certa emoção que pode ser altamente estimuladora, tornando-se cada vez mais um elemento essencial e indispensável porque permite que todos os indivíduos ou coletividades se expressem, favorecendo a relação, a comunicação e a partilha, afim de perceber as sensações e as emoções, desenvolver as capacidades de concentração e a motricidade (Pijulet in Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015). Existem objetivos terapêuticos da música: solicita a percepção do ritmo e a inscrição de temporalidade; mobiliza as sensações corporais, das emoções e dos afetos; solicita a memória e a concentração; promove o relaxamento muscular para a libertação do movimento; favorece o aparecimento da

relaxação; desenvolve a criatividade e a sensorialidade; promove a capacidade de partilha, de comunicação e de verbalização (Pijulet in Jacquet, Jutard, Menn-Tripi & Perrin, 2015); o espelho, que é um material imprescindível numa sala de psicomotricidade, para a criança se ver a si, às suas expressões e para conhecer pormenores de si (Costa, 2008:73). *“Através da imagem especular a criança integra a imagem de si, bem como também permite o reconhecimento das várias partes do seu corpo, estruturando concomitantemente a noção de esquema corporal”* (Costa, 2008:74); material gráfico, como o papel de cenário ou folhas brancas e canetas, possibilitando o terapeuta a acompanhar a criança na sua descoberta criativa (Onofre, 2004:149). O papel de cenário, de grande dimensão, permite o contorno do corpo em tamanho real, o que facilita a maximização do autoconhecimento, percebendo, assim, os seus limites (Costa, 2008:76).

A intervenção realizou-se num ginásio de uma escola, de grande dimensão com boa iluminação e temperatura amena, e possui algum material que pode ser utilizado nas sessões, como um espaldar, uma piscina de bolas, um espelho ao fundo da sala, cilindros, bolas de várias dimensões, material esponjo e bancos suecos; numa sala média com iluminação natural, tem três cadeiras e uma mesa redonda ao fundo da sala; e num estúdio de uma escola de dança, de tamanho médio com iluminação natural e temperatura amena, com espelhos na parede, colchões azuis esponjosos e sistema de som.

Procurámos que o espaço para as sessões fosse adequado para a adaptação da criança, uma vez que o espaço e o tempo são importantes para organizações do corpo, dando-nos um quadro de referências das nossas sensações, perceções, movimentos e gestos, sendo um agente integrador e uma referência às nossas vivências sensoriomotoras (Galliano, Pavot & Potel, 2015). Segundo Pavot & Galliano (2015), o espaço é também distância, separando o eu e o não-eu, o outro e o objeto, e suporta a relação e a comunicação e é necessário ter em conta que a perceção do espaço nas crianças é progressiva, evolutiva e dinâmica, estando relacionada

com o desenvolvimento psicomotor, com aspetos neuro-motores e neuro-sensoriais, com as suas experiências e com a qualidade do desenvolvimento psicoafectivo (Pavot & Galliano, 2015).

A intervenção foi inicialmente comum para as quatro crianças, tendo sido planeada de forma idêntica com os mesmos objetivos, tarefas e materiais embora hajam bastantes pontos que divergiram pelas reações ou pelas suas capacidades e vontades pessoais. As últimas sessões foram planeadas de forma individual, procurando os pontos de interesse, os momentos mais positivos da intervenção e os materiais que melhor resultaram com cada criança.

A intervenção foi planeada por fases:

1ª Fase (sessões 1-4) – 1ª observação/ avaliação da psicomotricidade da criança, estabelecendo os primeiros contatos com a criança e iniciando, assim, a relação terapêutica;

2ª Fase (sessões 5-9) – explorar a sensorialidade da criança, através de materiais, encorajando a criança ao movimento espontâneo, à imitação de gestos e à coordenação;

3ª Fase (sessões 10-15) – estimular a consciência corporal e a exploração do espaço, dos seus limites e dimensões, e do movimento do corpo no espaço (individual e em díade);

4ª Fase (sessões 16-20) - ritmo e tempo: ligar o ritmo ao movimento corporal e trabalhar de ritmo com instrumentos musicais ou objetos;

5ª Fase (sessões 21 e 22) – 2ª observação/ avaliação da psicomotricidade da criança;

6ª Fase (sessões 23-25) – movimento em díade (sessões com objetivos individuais).

A criança que apenas realizou sessões uma vez por semana, interrompeu às 20 sessões o que nos levou a modificar a planificação da sua intervenção, passando pelas três primeiras fases de forma idêntica aos restantes participantes, mas a 4ª fase – ritmo e tempo, foi mais curta (16-18) e terminou na 5ª fase (19-20) de observação/ avaliação da psicomotricidade da criança.

6.2. Apresentação das sessões realizadas

Conseguimos verificar, ao longo dos planos, que as sessões são planificadas pelas fases já mencionadas, e após uma análise detalhada, fase após fase, do que foi realizado com a criança, procurando detetar erros, necessidades, capacidades, exigências e novas formas de melhorar a intervenção, tornando-a com mais qualidade e mais próxima da criança. Deste modo, apresentamos seguidamente seis sessões, uma de cada fase, de modo a mostrar o progresso do planeamento.

Tabela 3 - Sessão 1 (1ªfase)

Objetivo Geral da Sessão: Estabelecer uma relação com a criança. Avaliar os seus fatores psicomotores, através da Grelha de Observação de João Costa (2008). Duração: 45 minutos Data: ___/___/____ Nome da criança: _____					
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	- Apresentação: “Eu sou a Catarina e tu como é que te chamas?” “Quantos anos tens?”. Iniciando, assim, os primeiros contatos. - Dar a conhecer o material da sessão.	- Estabelecer os primeiros contatos e iniciar uma relação. - Estabelecer uma relação com o espaço e os objetos;	- Auxiliar a criança, sempre que necessário.	_____	15 minutos
MOVIMENTO EM DIADE	- A criança e o adulto deveram relacionar-se com o objeto (bolas) individualmente. - Procurar que a criança se relacione com o objeto (uma bola) e com o terapeuta. Podemos juntar ao jogo os nossos nomes e a lateralidade.	- Estabelecer uma relação com os objetos disponíveis (bolas) e com a interventora; - Trabalhar a lateralidade da criança e perceber qual o seu lado dominante.	- Reforço positivo; - Ser capaz de respeitar o espaço e a vontade da criança; - Procurar estabelecer a relação com a criança.	- Uma bola de bobath. - Uma bola média esponjosa - Bolas pequenas - Música calma (clássica) - Sistema de som.	10 minutos 15 minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	- Arrumar o material; - Ajudar a criança a calçar os sapatos. - A interventora olha para a criança e começa a perguntar “tu gostaste?” “Olha, o que gostaste mais de fazer?”	- Preparar a criança que a sessão vai terminar; - Organização temporal; - Trabalhar a verbalização e a expressão dos afetos.	- Auxiliar a criança no necessário;	_____	5 minutos

OBSERVAÇÕES:

Na primeira fase (sessões 1-4) observámos a psicomotricidade da criança e a sua capacidade de relacionamento com os objetos e com a interventora.

Iniciávamos as sessões dando a conhecer à criança o espaço, o ritmo, os rituais e as regras da sessão, os materiais e a interventora, havendo uma iniciação gradual das propostas de movimento, assim como uma iniciação gradual da progressão temporal das sessões. Inicialmente o aquecimento foi mais longo, tal como a parte do processamento verbal, e a parte do movimento em díade mais curta, aumentando progressivamente. Estabeleceram-se, assim, os primeiros contatos com a criança para podermos iniciar uma relação terapêutica, tendo sempre em conta o ritmo natural da criança e a sua vontade.

Na primeira e na segunda sessão foram usadas bolas (bola de bobath, bola média esponjosa, bolas pequenas coloridas), por ser um objeto que cativa a criança e porque ajuda a interventora a iniciar o jogo a dois. Na terceira sessão foram usados balões coloridos e na quarta sessão foram usadas fitas de cetim coloridas, começando a ser introduzido e estimulado o movimento espontâneo da criança com o objeto, através do suporte musical. E foram gradualmente introduzidas várias formas de deslocação no espaço.

Para o desenho real do corpo da criança, na quarta sessão, usámos papel de cenário, tesoura e lápis e canetas e cor.

Tabela 4 - Sessão 5 (2ª fase)

Objetivo Geral da Sessão: Explorar a sensorialidade da criança, o movimento espontâneo através dos objetos disponíveis e estimular a empatia através da imitação de gestos.

Duração: 45 minutos

Data: ___/___/___

Nome da criança: _____

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	<p>- Estimular a criança a andar pela sala, explorando as formas de andar (de gatas, a arrastar no chão, em bicos de pés, passos grandes e pequenos) e as várias dimensões do espaço (alto, médio, baixo), servindo de modelo da ação.</p> <p>- Mostrar o material, deixando que a criança o explore livremente, enquanto o adulto também o faz.</p>	<p>- Explorar a dimensão espacial;</p> <p>- Estimular a imitação;</p> <p>- Estabelecer uma relação com os objetos.</p>	<p>- Auxiliar, sempre que necessário;</p> <p>- Respeitar o espaço da criança e a vontade da criança.</p>	<p>- Penas coloridas</p> <p>- Música Clássica</p> <p>- Sistema de som</p>	15 minutos
MOVIMENTO EM DIADE	<p>- Procurar que a criança se relacione com o objeto (as penas), explorando-o</p> <p>- Procurar que a criança se mova livremente no espaço, ao som da música, em redor das penas. A criança tem a liberdade de se mover como entender (andar, correr, saltar, rebolar ou simplesmente mexer os braços).</p>	<p>- Estimular a sensorialidade; a empatia pela imitação; a criatividade; o movimento espontâneo; a ligação da ação à música;</p> <p>- Estimular a atenção conjunta; e a deslocação no espaço;</p>	<p>- Reforço positivo;</p> <p>- Procurar servir de modelo na ação.</p> <p>- Auxiliar sempre que necessário.</p> <p>- Procurar estabelecer a relação com a criança.</p>	<p>- Penas coloridas</p> <p>- Música Clássica (no 1º exercício)</p> <p>- Música Ritmada (no 2º e 3º exercício)</p> <p>- Sistema de som.</p>	5 minutos 5 minutos 10 minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	<p>- Arrumar a sala.</p> <p>- Refletir sobre a sessão.</p>	<p>- Trabalhar a verbalização e a expressão dos afetos.</p> <p>- Trabalhar os contatos de interação.</p>	<p>- Reforço positivo;</p> <p>- Auxiliar na memória dos acontecimentos da sessão;</p>	_____	10 minutos

OBSERVAÇÕES:

Na segunda fase (sessões 5-9), como verificamos no exemplo em cima, foi proporcionado à criança a exploração da sua sensorialidade através de penas coloridas e panos coloridos, de várias dimensões e texturas, para a exploração do movimento espontâneo da criança com os materiais, onde a interventora procura explorar também o seu movimento reforçando a criança visualmente e verbalmente, incentivando-a à procura do seu movimento de forma livre. Assim, a imitação de gestos também é estimulada e procurada pela criança, nesta fase.

A vontade da criança é respeitada nas sessões, tal como as suas sugestões de movimento e as suas dificuldades em respeitar a planificação.

Tabela 5 - Sessão 10 (3ª fase)

Objetivo Geral da Sessão: Estimular a exploração espacial e as suas dimensões e limites. Trabalhar o esquema corporal e as áreas da interação social (proxémia, contato ocular, gestos, verbalização).

Duração: 45 minutos

Data: ___/___/___

Nome da criança:

ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar à criança o material que podemos explorar. - Andar à volta das fitas procurando as várias dimensões do espaço ao som da música. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a relação com a criança e com o objeto, explorando as dimensões espaciais e sensoriais; - Promover a ligação da música ao movimento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo; - Ser capaz de a auxiliar; - Procurar a relação; - Procurar ser um modelo de ação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitas coloridas de diferentes dimensões - Música Clássica 	10 minutos
MOVIMENTO EM DIÁDE	<ul style="list-style-type: none"> - Explorar o movimento espontâneo da criança com as fitas, no espaço; explorar diversas maneiras de andar no espaço (normal, ½ ponta, joelhos dobrados, calcanhares, passos largos e passos pequenos) ao som da música; - Estimular o movimento em diáde com o objeto, no ritmo da música, respeitando os tempos de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar o movimento espontâneo com um objeto; a imitação de gestos; as diversas formas de andar no espaço; o tempo de espera na música; a proxémia e a interação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo; - Ser capaz de a auxiliar; - Procurar ser um modelo de ação; - Procurar o tempo de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitas coloridas de diferentes dimensões - Música com pausas - Música clássica - Sistema de som 	10 minutos 10 minutos 5 minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar a criança para o final da sessão; - Consciencialização da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a verbalização e a expressão dos afetos; - Organização temporal; 	<ul style="list-style-type: none"> - Auxiliar na memória dos acontecimentos da sessão. - Auxiliar se necessário; 	_____	10 minutos

OBSERVAÇÕES:

Nesta terceira fase (sessões 10-15) é proporcionada a exploração do espaço, dos seus limites e dimensões, através de simples exercícios com fitas de cetim coloridas e com um pano azul transparente de grande dimensão. Estes materiais também permitem que a criança ganhe consciência do seu corpo e do espaço só pelas suas dimensões, permitindo à criança envolver o seu corpo no material (enrolar-se no pano), ganhando, assim, consciência das extremidades do seu corpo, do seu esquema corporal, da sua tonicidade e de um relaxamento corporal que por vezes ocorreu de forma espontânea. O trabalho com o pano permitiu ainda consciencializar a criança do tamanho, do peso, da textura e da liberdade que o movimento poderia ter, quer fosse individual ou em díade.

Na 15ª sessão usámos bolas de sabão para trabalhar a sensorialidade e explorar as dimensões do espaço. As bolas de sabão voam no espaço e desaparecem no ar, provocando na criança sentimentos de surpresa e curiosidade.

Tabela 6 - Sessão 16 (4ª fase)

Objetivo Geral da Sessão: Estimular a exploração espontânea do ritmo de cada objeto, e a sensorialidade auditiva. Promover a ligação do ritmo com o movimento corporal. Duração: 45 minutos Data: ___/___/____ Nome da criança:					
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	- Mostrar à criança o material que podemos explorar, deixando-a observar e explorar livremente.	- Trabalhar a relação da criança com o objeto e com a interventora, estimulando a exploração espontânea do ritmo de cada objeto.	- Reforço positivo; - Ser capaz de auxiliar; - Procurar a relação; - Respeitar a vontade da criança.	- Instrumentos musicais: xilofone; tambor; maracas; triângulo; entre outros.	10 minutos
MOVIMENTO EM DIADE	- Procurar que a criança explore cada instrumento musical, procurando o seu ritmo. - Promover a ligação do ritmo de um instrumento musical com o movimento espontâneo.	- Trabalhar o movimento espontâneo com um objeto e a aquisição de vários ritmos; - Trabalhar a proximidade; a interação; o contato ocular; as expressões faciais; a atenção conjunta; e o movimento espontâneo.	- Reforço positivo; - Ser capaz de auxiliar; - Procurar servir de modelo de ação;	- Instrumentos musicais: xilofone; tambor; maracas; triângulo; entre outros.	15 minutos 15 minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	- Refletir sobre a sessão; - Preparar para o fim da sessão.	- Trabalhar a verbalização e a expressão dos afetos;	- Auxiliar na memória dos acontecimentos da sessão.	_____	5 minutos

OBSERVAÇÕES:

Na quarta fase (sessões 16-20) quisemos proporcionar à criança a possibilidade de experienciar e vivenciar o ritmo, a batida e os diversos tipos de sonoridades, através de instrumentos musicais e de suporte musical rítmico. Posteriormente, a criança é estimulada a ligar o ritmo ao movimento corporal, com ou sem objeto, através de tarefas. A interventora reforça a criança auditivamente, visualmente e verbalmente servindo de modelo da ação e aceitando sugestões que possam surgir da criança, quer a nível verbal quer a nível corporal.

Tabela 7 - Sessão 21 (5ª fase)

Objetivo Geral da Sessão: Avaliação através da GOP (Costa, 2008).					
Duração: 45 minutos		Data: ___/___/___		Nome da criança:	
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	- Mostrar à criança o material que podemos explorar (bolas).	- Avaliar a procura de relação entre a criança, o objeto e a interventora; e a forma como a criança utiliza e está em harmonia com o material.	- Reforço positivo; - Ser capaz de auxiliar; - Procurar a relação; - Respeitar a vontade da criança.	- Bolas: de bobath; pequenas e médias dimensões;	10 minutos
MOVIMENTO EM DIÁDE	- Procurar que a criança jogue com a interventora para a avaliação da lateralidade, do movimento, do equilíbrio, da orientação no espaço e no tempo. - A interventora deve estimular o movimento em diáde com a bola, explorando as diferentes partes do corpo - Procurar que a criança se desenhe.	- Avaliar/observar o gesto espontâneo da criança; as coordenações motoras segmentares (óculo-manual; óculo-pedal); a lateralidade; a percepção visual e auditiva; a orientação no espaço; os equilíbrios; a imitação de gestos; a qualidade do gesto da criança; a atenção nas tarefas; a impressão da sua imagem corporal;	- Reforço positivo; - Ser capaz de auxiliar; - Procurar servir de modelo de ação; - Fazer sugestões à criança com a capacidade de ouvir também as suas sugestões; - Ser capaz de avaliar a criança na tarefa.	- Bolas: de bobath; de pequenas e médias dimensões; - Música com pausas; - Música ritmada; - Sistema de som; - Folha de papel Branca; - Canetas ou lápis de cor.	10 minutos 5 minutos 10 minutos 5 minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	- Arrumar a sala; - Devem refletir sobre a sessão.	- Avaliar a capacidade de verbalização e a linguagem. - Preparar a criança para o fim da sessão.	- Reforço positivo; - Auxiliar na memória dos acontecimentos da sessão.	_____	5 minutos

OBSERVAÇÕES:

Na quinta fase (sessões 21-22) observámos e avaliámos a psicomotricidade da criança e a sua capacidade de relacionamento com os objetos e com a interventora, através da Grelha de Observação Psicomotora, de Costa (2008).

Nas sessões foram usadas bolas (bola de bobath, bolas pequenas coloridas, bola média) e balões coloridos para as tarefas de avaliação por serem os materiais usados na primeira avaliação.

Tabela 8 - Sessão 25 "DD" (6ª fase)

Objetivo Geral da Sessão: Estimular áreas de interação social, a sensorialidade e o ritmo do corpo e o movimento a dois. Duração: 45 minutos Data: ___/___/___ Nome da criança: "DD"					
ATIVIDADE	DESCRIÇÃO	OBJETIVOS ESPECIFICOS	ESTRATÉGIAS	MATERIAL	TEMPO
AQUECIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar à criança o material que podemos explorar 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a relação com a criança e com o objeto; 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de a auxiliar; - Procurar a relação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitas coloridas de vários tamanhos e cores. 	5 minutos
MOVIMENTO EM DIADE	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar que a criança se relacione com o objeto e com a interventora, através do movimento; - Procurar movimentos com vários ritmos; - A interventora deve procurar dançar com a criança e com as fitas, fazendo-lhe sugestões de movimento (deslizar, rodar, saltar). 	<ul style="list-style-type: none"> - Procurar diversos ritmos; e estimular o movimento espontâneo da criança, individual e em díade; - Estimular a proxémia; o contato ocular; a interação; a imitação de gestos; a criatividade; a sensorialidade. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo; - Ser capaz de a auxiliar; - Procurar servir de modelo de ação; - Fazer sugestões à criança com a capacidade de ouvir também as suas sugestões; - Ser capaz de respeitar a vontade da criança. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fitas coloridas; - Música clássica; - Música com ritmos; - Música com pausas; - Sons de estátuas; - Sistema de som. 	15 minutos 5 minutos 10 Minutos
PROCESSAMENTO VERBAL	<ul style="list-style-type: none"> - Arrumar a sala. - Tomar consciência da sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhar a verbalização dos afetos; - Preparar a criança que a sessão vai terminar. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reforço positivo; - Auxiliar na memória dos acontecimentos da sessão. 	<hr/> -	5 minutos

OBSERVAÇÕES:

Estas últimas sessões, que fazem parte da sexta fase (sessões 23-25), foram planeadas de modo individual indo ao encontro das necessidades e interesses da criança, bem como os pontos positivos das restantes sessões.

É importante referir que após cada sessão foi elaborado uma reflexão aprofundada da sessão com pontos que ajudaram a melhorar o planeamento das seguintes sessões.

Capítulo IV – Apresentação dos Casos

O Estudo de Caso foi desenvolvido com quatro crianças com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, com idades compreendidas entre os 7 e os 12 anos, com o objetivo de conhecer o impacto da dança enquanto recurso da psicomotricidade em áreas de interação social.

1. “AC”

1.1. Dados de Anamnese

“quero que seja feliz e autónomo”, mãe do “AC”

“AC” é um menino com 7 anos, filho único e vive com os pais.

Em entrevista, a mãe de “AC” partilha que apesar de a gravidez ter sido planeada, ocorreu num período de grande agitação, por andar demasiado empenhada num novo projeto profissional, revelando que não se recorda de ter imaginado o bebé, nem de o ter sentido mexer. A gestação não teve complicações até às 24 semanas onde induziram o parto e “AC” nasceu com menos de 1 kg, ficando na incubadora bastante tempo com um prognóstico muito reservado. *“Ninguém está preparado para ter um bebé de 24 semanas”* (refere a mãe).

“AC” sempre foi um bebé muito calmo que não manifestava sinais de prazer nem de desprazer, não dirigiu o olhar aos pais e nunca se expressou com choro, sorrisos ou gestos. Aos 12 meses sentou-se e aos 2 anos segurou a cabeça e virou-se sozinho. Nunca gatinho, apenas se arrastava, e começou a andar aos 3 anos, a subir e descer escadas aos 4 anos. Usou o biberão até aos 3 anos, começou a beber por um copo aos 2 anos e a comer por uma colher aos 5, e só tolerou a introdução de sólidos em 2014 pois até então todas as tentativas não tiveram sucesso, devido à sua hipersensibilidade aos alimentos.

Adquiriu o controlo dos esfíncteres aos 5 anos de idade, embora atualmente estejam presentes episódios de enurese noturna. Ainda hoje não despe as meias, não veste camisolas nem abotoa o casaco sozinho.

Nunca realizou lalações e gorjeio. Começou a verbalizar por palavras aos 3 anos “maki” e as primeiras frases surgiram aos 4 anos quando começou também a responder ao nome.

“AC” apresenta constipações frequentes, asma e algumas tonturas com o exercício, tem pele atópica, otites frequentes, obstipação crónica e range os dentes. Tem um andar descoordenado e problemas visuais (alta miopia) por um deslocamento da retina em bebé. Até aos 5 anos tomou medicação frequente para a hipertensão e para as convulsões. Em 2015 realizou uma avaliação de desenvolvimento onde foram observadas características da Perturbação do Espectro do Autismo, mais especificamente de Síndrome de Asperger, com base no perfil cognitivo e comportamental identificado. Atualmente vai com frequência ao pediatra, de 6 em 6 meses, e presentemente não toma medicação.

Apurámos que ambos os progenitores cuidaram de “AC” nos primeiros meses de vida e posteriormente teve uma ama e frequentou o jardim-de-infância e atualmente frequenta o 1º ano de escolaridade.

1.2. Intervenção

A intervenção com “AC” ocorreu uma vez por semana, devido à disponibilidade dos pais, no estúdio 2 da Escola Silvina Candeias em Castelo Branco.

As primeiras sessões foram sentidas por parte da interventora como uma adaptação à maneira eufórica e invasiva da criança, visível logo no primeiro contato em que correu para os braços da interventora, abraçando-a e beijando-a fortemente, sem antes se conhecerem, o que deixou a interventora surpresa em relação à criança, porque, em leituras anteriormente realizadas assimilámos que crianças com PEA normalmente têm contatos evitantes rejeitando

o toque, embora hajam outras que manifestem contatos e comportamentos desajustados. Após procedermos à apresentação “AC” percorre a sala com o olhar e com o seu tom de voz que ecoava, falado sobre as estações do ano e sobre o seu aniversário. Falava sem procurar o outro, sem intensão de interagir com a interventora ou de estabelecer uma relação. Só interagia com a interventora quando esta interrompia o seu discurso para o questionar ou comentar.

Para dar início à interação sugerimos jogar com a bola e “AC” aceitou, tendo de se adaptar a uma sala estruturada, na qual podia brincar à sua maneira mas com determinadas regras e tarefas. Brincou por instantes com a interventora mas logo começa a dar asas à sua imaginação e mostra naquilo que é bom, falar, criar histórias e fantasias. A interventora deixou-se guiar pela criança, percebendo que esta se perdia na narração, apresentando por vezes um discurso incoerente e confuso, desorganizando-se no espaço com o final da sessão.

Na segunda sessão “AC” leva uma caixa de cartas dos *invisibles* para brincar com a interventora, mas após lhe ter sido feita a sugestão de brincarmos primeiro com as bolas frustra e faz uma fuga para a sua fantasia tentando comandar a sessão. Após insistência da interventora, aceita por instantes um jogo a par mas logo se desinteressa, voltando a sessão para as suas sugestões e fantasias. Perde-se no discurso e nas sugestões pois não tem capacidade de expressar de forma coerente as suas vontades.

Na terceira sessão as bolas foram trocadas por balões e “AC” faz resistência à mudança, acabando por se interessar após lhe ser mostrado as potencialidades do balão, o mover-se, o poder voar no ar, o poder soprá-lo e lança-lo ao ar. Acaba por imitar o gesto de soprar o balão, mas logo se desinteressa por este jogo a dois, fazendo uma retirada da relação para fantasiar sobre os *invisibles*. Dizia que o balão era um ovo de *invisible* e que a interventora tinha de cuidar bem dos ovos para não se partirem e para poderem eclodir, enquanto ele ia a uma reunião, porque era o Presidente e o pai dos ovos. A interventora deixa-se guiar pela criança durante algum tempo, mas, a certa altura, coloca música numa tentativa de sugerir tarefas para

observar a lateralidade da criança, a noção do corpo e os equilíbrios, mas “AC” rejeita qualquer sugestão até que se interessa pela música e pela sugestão da interventora: fazer várias estátuas; andar de várias formas (gatas, bicos dos pés, calcanhares, para a frente e para trás) e “AC” também sugere andar à zombie e à múmia.

Na quarta sessão “AC” percorreu a sala com toda a energia e agitação, não respeitando o ritual de entrada e faz resistência ao novo material e às atividades propostas, dizendo “*não quero... eu é que mando*”. A interventora conseguiu motivá-lo após algumas tentativas, “*dá-me as tuas mãos e vamos ver o que trouxe hoje, se não gostares dizes, mas temos de tentar...*” (interventora), rodámos de mãos dadas até que “AC” ficou tonto, perdendo por momentos a noção de espaço. Quando lhe foi mostrado as fitas de cetim coloridas e ficou feliz, procurando explorá-las à sua maneira, fazendo as suas sugestões. A resistência de “AC” fez com que a interventora saísse do planeamento da sessão para pegar em ideias dadas pela criança, conseguindo, assim, motivá-lo e criar momentos de sintonia e de exploração do material ao som da música.

Para a observação da noção de corpo procurámos contornar o corpo de “AC” um papel de cenário. “AC” ao ver o seu corpo desenhado em tamanho real quis completá-lo, “*faltam os meus olhos*” (diz “AC”), desenhando-os.

Seguiram-se quatro sessões com panos coloridos, de várias dimensões e texturas como material da sessão e “AC” tentou, várias vezes, cortar a relação com o adulto experimentando, inicialmente, o objeto sozinho. Esta atitude é respeitada para que a criança ganhe a capacidade de se mover espontaneamente. Através desta exploração de movimentos com os panos conseguimos trabalhar o esquema corporal, as distâncias físicas e as várias ações de movimento e explorações espaciais.

As sessões estavam planeadas e estruturadas com tarefas simples para que a criança atingisse determinados objetivos e quando a criança as aceitava, por insistência do adulto, era-

lhe dado reforço positivo “boa “AC”; *muito bem...*”, conseguindo assim que este se motivasse mais um pouco.

As duas sessões seguintes recorreram a fitas de cetim coloridas com várias dimensões e “AC” explorou o material juntamente com a interventora, alcançando movimentos de exploração das várias ações de movimento (andar, correr, rebolar, rastejar, girar) com as fitas e a música, e das várias dimensões espaciais (cima, baixo, médio, frente, trás e lados), e explorámos também o movimento espontâneo individual e em díade e a proxémia com o material. O movimento de “AC” por vezes mostrava-se brusco e agitado, acompanhado de gritos e sons que ecoam pela sala “yaaaa” “WOOOO”. Faz a sugestão de ideias para tarefas com o material que são aceites pela interventora em determinados momentos, sendo por vezes oportunos para trabalhar determinados aspetos, como a imitação, como por exemplo “*agora fazes o que eu faço e depois trocamos*” (“AC”), e “AC” começa, assim, a estar mais participativo nas tarefas propostas, embora resista bastante na parte final das sessões.

As três sessões seguintes recorreram a um pano azul de grande dimensão onde foi possível explorar as dimensões espaciais (cima, médio, baixo, dentro e fora) e várias formas de deslocamento no espaço, através de sugestões dadas pela interventora enquanto se deslocam juntos, ao som da música clássica, por cima do pano azul; explorar o movimento do pano em díade, em que a criança pegava numa ponta e a interventora noutra procurando o movimento, momentos de proximidade e de envelope corporal, proporcionando-lhe, assim, também momentos de relaxamento. O relaxamento foi procurado pela criança na 14ª sessão, onde este se enrola pelo pano, tapa a cara e deita o corpo no chão. A interventora respeita a vontade da criança.

Na 15ª sessão utilizámos bolas de sabão para trabalhar a imitação do gesto, a atenção conjunta, a exploração do espaço e do movimento, e a sensorialidade da criança, através de

tarefas simples sugeridas pela interventora “*AC, apanha as bolas de sabão que eu faço... Faz tu bolas a girar...*”, ou pela criança “*tenta fazer uma grande para eu rebentar*”.

As três sessões seguintes recorreram aos instrumentos musicais (xilofone, tambor, maracas, triângulo, etc.) trabalhando a sensorialidade tátil e auditiva, a imitação do gesto, a atenção conjunta, o ritmo, a exploração do movimento espontâneo e o tempo de espera (esperar pela sua vez). O adulto aceita a vontade da criança em formar uma banda “*vamos fazer uma banda, eu toco à frente*” (refere “AC”), alterando, assim, o seu planeamento inicial da sessão. Mas é de salientar que esta primeira tarefa realizada por sugestão da criança fez com que a seguinte tarefa de movimento espontâneo corresse de forma fluída e entusiástica. Foi-lhe sugerido que se movesse livremente ao ritmo do instrumento tocado pela interventora. O ritmo varia entre o lento e o rápido, sendo necessário auxiliar a criança na mudança de ritmo “*Olha que agora é muito lento... Tens de dançar devagar!*”. Posteriormente trocámos de papéis.

Na última sessão utilizámos a bola de bobath para observação/avaliação psicomotora através da Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008), por ter sido o primeiro material usado nas sessões. A intervenção com “AC” terminou na 20^a, pela indisponibilidade dos pais em continuar por já se encontrarem em período de férias (verão).

Com a bola foi possível jogarmos a par, com as mãos e com os pés; dançar com a bola colocando-a nas várias partes do corpo, “*bola nas cabeças... e dança!*”; e saltitar na bola, proporcionando-lhe momentos de relaxamento.

1.3. Apresentação e análise de dados

a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Foi aplicada a CARS em dois momentos (pré e pós intervenção), por uma psicóloga externa ao estudo ao encarregado de educação de “AC”, onde se verificam os seguintes resultados:

Tabela 9 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "AC"

Áreas Avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultados	Cotação da aplicação pós-avaliação	Resultados
Relacionamento inter-pessoal	2,5	Autismo leve/moderado	2,5	Autismo leve/moderado
Imitação	2,5		2	
Resposta Emocional	2,5		3	
Expressão corporal	2		2,5	
Uso do Objeto	4		1,5	
Adaptação e mudanças	2		3,5	
Uso do olhar	2,5		2	
Uso da audição	2		1,5	
Uso do paladar, olfato e do tato	3,5		3,5	
Medo e nervosismo	1,5		2,5	
Comunicação não-verbal	1,5		3	
Atividade	3		2,5	
Grau e consciência das respostas da inteligência	2		1,5	
Impressão Geral	2,5		2,5	
Total	35,5	36,5		

Verificamos que o resultado da primeira avaliação (pré intervenção) com a CARS é de um valor total de **35,5**, que refere um **autismo leve/moderado**. As maiores dificuldades do “AC” estão no Uso do objeto, que é desorganizado e disfuncional, bem como na área do Paladar, olfato e tato, que apresenta muitas limitações. O Uso do olhar também é feito com distração e evitamento e a área da Atividade é bastante desorganizada, pelas dificuldades em gerir a sua energia e a sua adequação às diferentes tarefas.

Verificamos que a segunda avaliação (pós intervenção) o valor total é de **36,5**, mantendo-se similar à primeira nas áreas com maiores dificuldades.

A avaliação foi feita em contexto de sala, com entrevista ao encarregado da educação da criança, que forneceu todas as informações necessárias ao preenchimento da escala. A psicóloga não conseguiu realizar a observação direta da criança em nenhum contexto do seu dia-a-dia, pelo que as respostas apenas se reportam à informação dada pelo encarregado da educação da criança. Não foi possível recolher informação junto de outros adultos significativos para criança. E alguns itens, pelo carácter generalista da prova, não forneciam a informação precisa sobre a possível mudança de comportamentos de uma primeira avaliação para uma segunda.

b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)

Na utilização da GOP (Costa, 2008), pré e pós intervenção, verificam-se os seguintes resultados:

Tabela 10 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "AC"

1ª Avaliação (1ª – 3ª Sessão)	2ª Avaliação (21ª e 22ª Sessão)
Contacto: desadequado, evitante e excessivo (situações da sua preferência).	Contacto: desadequado, excessivo.
Desenvolvimento estato-ponderal: sem alteração.	Desenvolvimento estato-ponderal: sem alteração.
Aparência Física: cuidada/investida.	Aparência Física: cuidada/investida.
A criança apresenta interesses descontextualizados.	A criança apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos, com atributo simbólico.
Noção do esquema corporal: imatura. A impressão da imagem corporal: adequado.	Noção do esquema corporal: adequado. A impressão da imagem corporal: adequado.
Gesto Espontâneo	
Qualidade do gesto: brusco, impulsivo, precipitado, inábil, com sincinesias e paratonias.	Qualidade do gesto: brusco, impulsivo, precipitado e inábil, com sincinesias e paratonias.
Intenção do movimento: inoperante por imaturidade.	Intenção do movimento: inoperante por imaturidade. Por vezes eficiente.

Resposta ao estímulo motor: desadequada, lentificada.	Resposta ao estímulo motor: desadequada, lentificada ou precipitada (depende da tarefa).
Regulação do esforço: atinge o objetivo com muito esforço.	Regulação do esforço: desadequado, atinge o objetivo com muito esforço ou não atinge o objetivo (depende da tarefa).
Postura: desadequada - tônico-emocional, e uma tonicidade hipertônica	Postura: desadequada - tônico-emocional, e uma tonicidade hipertônica.
Exibe sincinesias e paratonias segmentares naturais.	Exibe sincinesias e paratonias segmentares naturais.
Reconhecimento da lateralidade: não reconhece. Reconhecimento da cardinalidade: falta de informação.	Reconhecimento da lateralidade: reconhece em si Reconhecimento da cardinalidade: adequada.
Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por descontrolo corporal.	Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por descontrolo corporal.
Percepção visual: insuficiente (deslocação da retina; usa óculos) Auditiva: adequada.	Percepção visual: insuficiente (deslocação da retina; usa óculos) Auditiva: adequada.
Deslocação no espaço	
Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: desorganizada.	Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: desorganizada.
Estruturação rítmica: imatura e arritmica.	Estruturação rítmica: imatura e arritmica.
Coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: imaturas.	As coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual e óculo-segmentares: imaturas. Óculo-pedal: insuficiente e imatura.
Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece, mas não aceita.	Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita, embora hajam alturas em que não aceita (quando é contrariado).
Atividade Espontânea	
Participação: ativa, não sintónica e exclusiva.	Participação: ativa, com momentos de sintonia. Tem momentos de não sintónica. Inclusiva e Exclusiva (depende da tarefa).
Apresenta preferências; Entreajuda: indiferente. Coopera: por aceitação.	Apresenta preferência. Entreajuda: não tem. Coopera: por aceitação.
Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. É excessivamente competitivo e não é solidário por indiferença.	Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. É excessivamente competitivo e não é solidário por indiferença.

<p>Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo disruptivo (pega e larga, por falha de constância).</p> <p>Discordante na relação por disrupção (pega e larga, por falha de constância).</p> <p>Adequado (raramente) de acordo com o valor sensorial do material,</p> <p>Desadequado, pela sua utilização descuidada e disruptiva (tudo depende do interesse que a criança tem com os materiais).</p>	<p>Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo disruptivo (pega e larga, por falha de constância)</p> <p>Discordante na relação, por disrupção (pega e larga, sem exploração aparente)</p> <p>Adequado de acordo com o valor sensorial do material.</p>
<p>No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro para exercício de domínio.</p> <p>Desinteresse no outro, quando o adulto não o deixa dominar a situação.</p>	<p>No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns e para exercício de domínio.</p> <p>Em determinadas tarefas mostra desinteresse no outro e acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”).</p> <p>Apresenta momentos de Dissincronia.</p>
<p>Atenção: discordante, sendo reduzida e não focalizada (só foca a sua atenção em tarefas da sua preferência ou para dominar a sessão).</p>	<p>Atenção: não focalizada em momentos que não sejam do seu interesse.</p>
<p>Manifesta: desejo e antecipa, sendo perseverante e obsessivo. Tem momentos em que não consegue antecipar.</p>	<p>Manifesta: desejo e antecipa, sendo obsessivo (em tarefas da sua preferência) e desistente (em situações novas).</p>
<p>Planificação: Semiestruturada (não vai até ao fim)</p>	<p>Planificação: Semiestruturada (não vai até ao fim)</p>
<p>Atitude: participativa, em oposição.</p> <p>Não participa por desistência (falta de motivação) ou por oposição (quando a tarefa não corresponde às suas expetativas ou quando o adulto não o deixa dominar a sessão).</p>	<p>Atitude: participativa, passiva.</p> <p>Não participativa por desistência (sentimento de incapacidade) ou por oposição.</p>
Linguagem	
<p>Linguagem recetiva: desinteressada</p> <p>Com compreensão (interpretação linear do discurso).</p> <p>Linguagem expressiva: excessiva (verborreica) e demasiado elaborada face à sua idade.</p> <p>Voz: falsete e invasiva (tom demasiado alto).</p> <p>Semântica: adquirida em concordância.</p> <p>Sintaxe: adquirida mas com alguma desorganização.</p> <p>Pragmática: compreensão da intenção do discurso.</p>	<p>Linguagem recetiva: Adequada (a aprofundar),</p> <p>Desinteressada,</p> <p>Com compreensão (interpretação linear do discurso).</p> <p>Linguagem expressiva: excessiva (verborreica)</p> <p>Voz: falsete e invasiva (tom demasiado alto).</p> <p>Semântica: adquirida em concordância.</p> <p>Sintaxe: adquirida em concordância.</p> <p>Pragmática: compreende a intenção do discurso.</p>

<p>Olhar: evitante e aceitante (depende da tarefa)</p> <p>Sorriso: concordante (por vezes) e discordante por alheamento.</p> <p>Expressão facial: discordante, paradoxal.</p> <p>Postura: desafiante e impositiva.</p> <p>Gesticulação: inoperante, excessiva e exuberante.</p>	<p>Olhar: intencional, aceitante, intrusivo e evitante.</p> <p>Sorriso: concordante (por vezes) e discordante por ansiedade (quando não sabe o que o espera a seguir)</p> <p>Expressão facial: concordante com a emoção;</p> <p>Postura: desafiante e impositiva</p> <p>Gesticulação: inoperante, excessiva e exuberante.</p>
Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos.	Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos, mas já tenta verbalizar.
Pensamento simbólico: evasivo (com fugas).	Pensamento simbólico: evasivo (com fugas).

Na avaliação com o instrumento acima referido, aplicado pela interventora e avaliado, através de filmagens das sessões, por uma psicomotricista, verificam-se alterações ao nível do esquema corporal, que parece que deixa de ser imaturo para começar a ser adequado; na intenção do movimento, que começa a apresentar momentos em que é eficiente. Começa a reconhecer a sua lateralidade e a ter uma cardinalidade adequada, e na gestão da distância, inicia o reconhecimento e a aceitação do adulto, embora com momentos de não-aceitação por ser contrariado. A sua participação passa a ser ativa com momentos de sintonia.

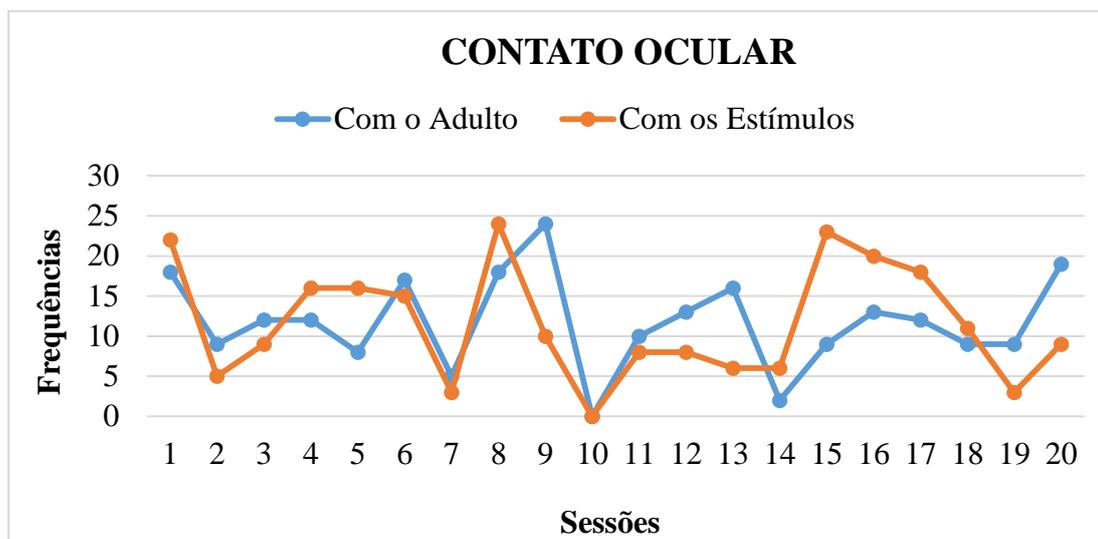
Em relação à sua linguagem recetiva verifica-se que possa começar a ser adequada (a aprofundar), com compreensão (interpretação linear do discurso) embora com algum desinteresse em determinados momentos e assuntos.

“AC” começa a apresentar um olhar intencional, aceitante e por vezes até intrusivo, apesar de continuar evitante em certos momentos, e começam a surgir expressões concordantes com a sua emoção.

c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)

As sessões foram sujeitas a gravação audiovisual e à aplicação da GOCC (adaptada de Santos & Simões 2009), sendo assim possível apresentar os seguintes dados:

Figura 1 - Contato Visual estabelecido com o Adulto e com os Estímulos – “AC”



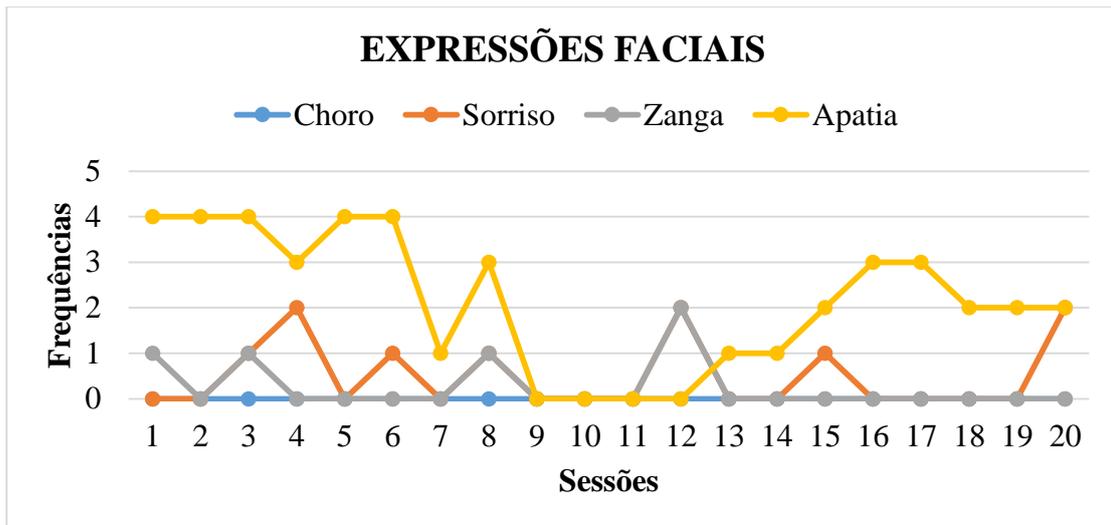
Ao nível do estabelecimento do contato ocular com o adulto verifica-se que na primeira sessão houve contato ocular por a criança se encontrar entusiástica, percorrendo toda a sala a absorver o que a rodeava, nomeadamente, o contato com a interventora. Há um declínio nas seguintes sessões, visto que já se apresentam estruturadas e com tarefas, o que não satisfaz o “AC” ao início, pela sua vontade de comandar sempre a sessão.

Ao longo das sessões existem picos de contato ocular relacionadas com a sua preferência por determinados materiais, por determinadas tarefas e pela sua pré disposição.

Nas últimas 5 sessões “AC” começa a estabelecer um contato ocular com mais frequência e regularidade, olhando a interventora durante as tarefas ou quando esta o chamava.

Em relação ao contato ocular com os estímulos verificamos que ao longo da intervenção “AC” teve bastantes picos de contato ocular, dependendo da sua preferência pelos materiais.

Figura 2 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia – “AC”



Podemos verificar que “AC” ao longo das sessões demonstrou menos apatia (expressões neutras), nomeadamente com a introdução de panos de várias dimensões e texturas, aumentando, assim, os momentos de sorriso.

Mostrou alguns momentos de zanga, nomeadamente na sessão 1, 3, 8 e 12, por se querer impor em determinadas atividades e se opor às propostas da interventora. Estes momentos foram contornados através de chamadas de atenção à criança, tentando mostrar-lhe que a tarefa ou o objeto pode ter interesse e ser prazeroso. Procurámos pegar em sugestões dadas pela criança para o aumento da sua motivação.

Figura 3 - Utilização do Gestos: Imitação do Gestos – “AC”



Observamos que a imitação oscila ao longo da intervenção, consoante o seu interesse. Verificamos que nas primeiras duas sessões não existe tentativa de imitação do gesto, mas na sessão 3 a criança começa a tentar imitar a interventora em tarefas do seu interesse. Embora nas seguintes sessões haja uma ligeira descida da frequência continua a estar sempre presente alguns momentos de imitação do gesto.

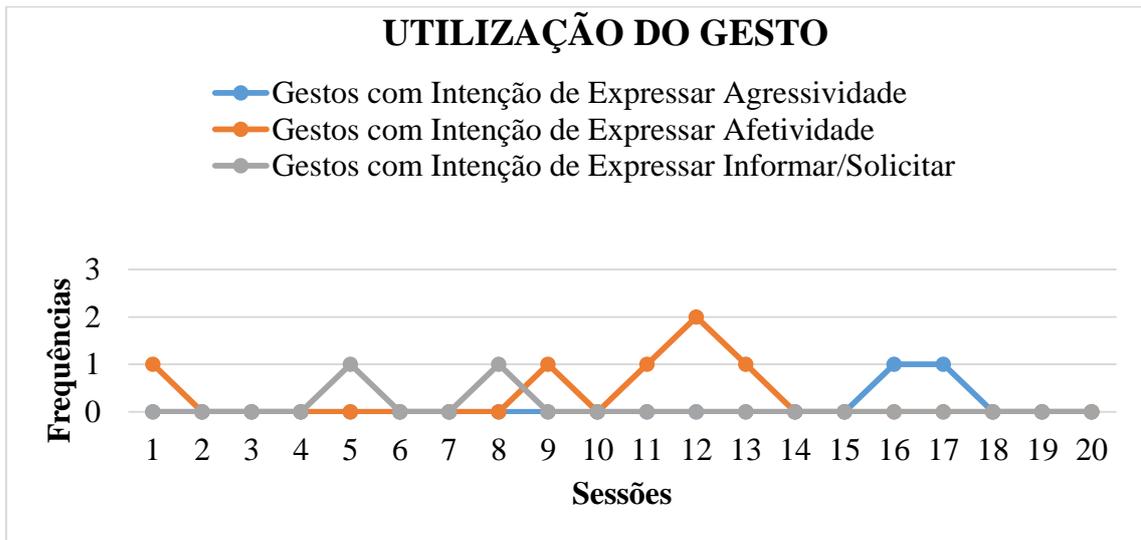
Figura 4 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta – “AC”



Na seguinte figura verificamos que a criança usa apenas gestos de atenção conjunta, como apontar para o objeto, na sessão 2, 8 e 11.

A criança interage apenas com o objeto nas primeiras e nas últimas sessões, com maior incidência na sessão 5. Nas restantes sessões “AC” procura sempre estar a interagir com o adulto, partilhando o seu objeto.

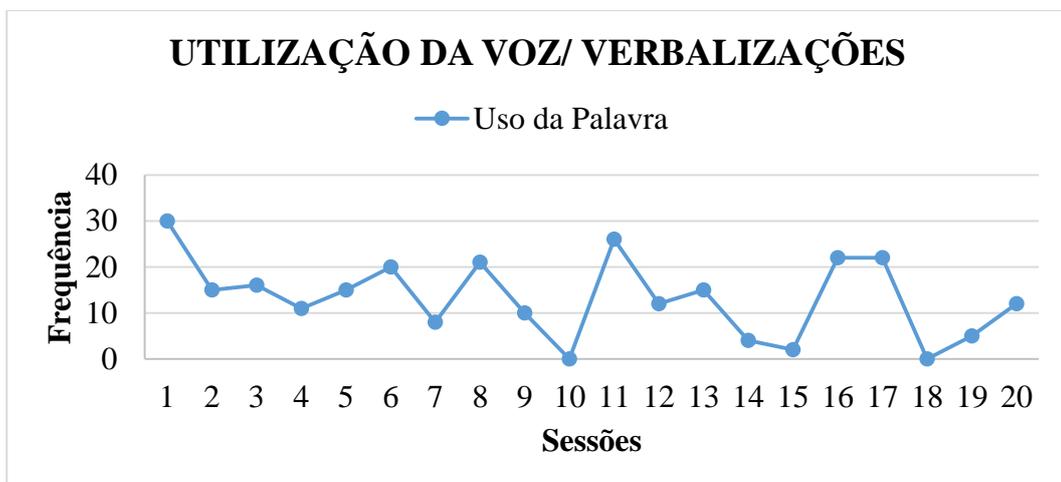
Figura 5 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar – “AC”



Ao longo da intervenção a criança recorreu maioritariamente ao gesto com intenção de expressar afetividade, procurando, por vezes, um abraço, um carinho, um beijo ou até mesmo colo.

Expressou agressividade na sessão 16 e 17, com o objeto para se impor na tarefa. Utilizou gesto com intenção de informar/solicitar na sessão 5 e 8.

Figura 6 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra – “AC”



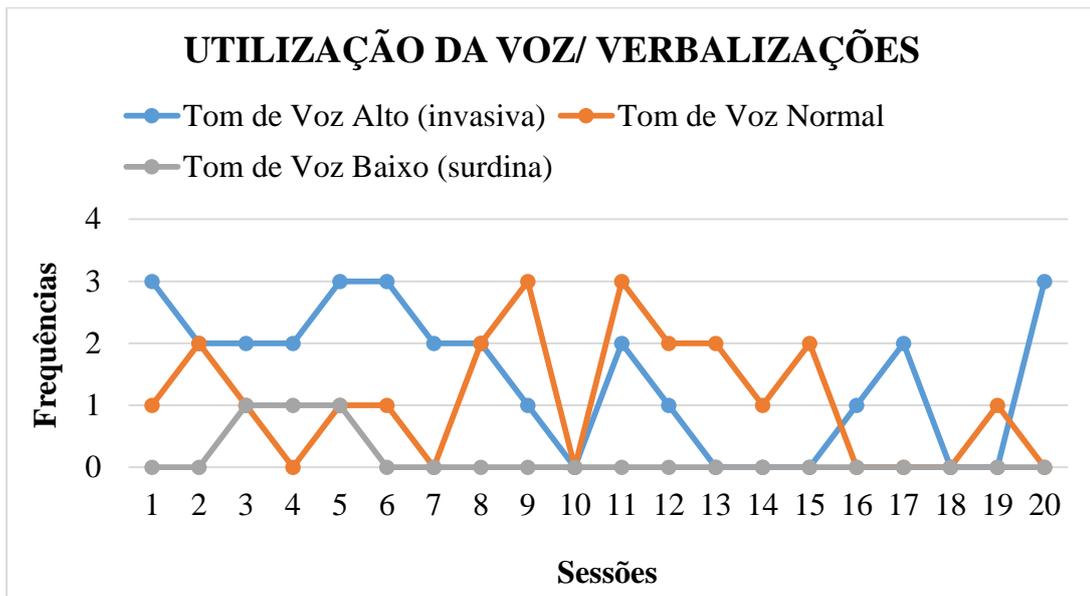
Ao longo da intervenção verificamos que “AC” usa muito a palavra, tornando-se por vezes repetitivo, desorganizado e confuso. Com o avançar da intervenção verificamos uma ligeira diminuição e várias oscilações no longo do tempo, uma vez que começou a dar mais importância ao movimento que à palavra.

Figura 7 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “AC”



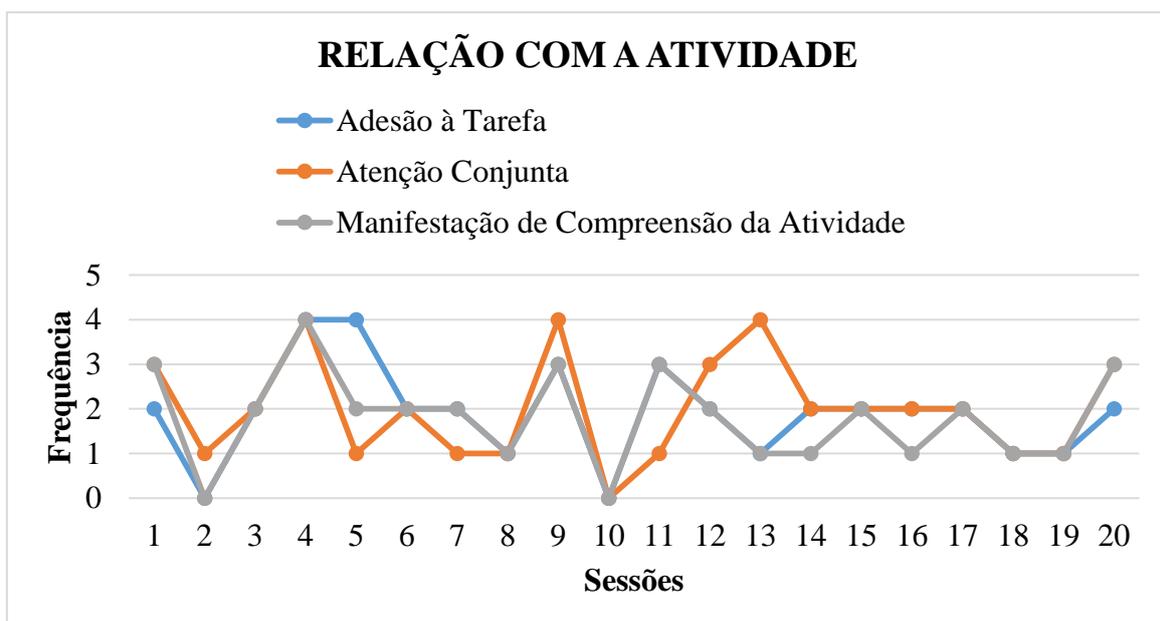
Ao longo da intervenção verificamos que “AC” não apresenta ecolália, mas, ao longo das sessões, faz uso da voz sem intenção de comunicar com muita frequência, usando sons e gritos (inespecíficas). A partir da 12ª sessão esta utilização da voz sem intenção de comunicar vai diminuindo, pela estabilização da criança nas sessões e por começar a dar a importância ao movimento que antes não dava.

Figura 8 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) – “AC”



Verificamos que “AC” nas primeiras sessões apresenta um tom de voz alto (invasivo), principalmente quando usava a voz sem intensão de comunicar. Este tom vai diminuindo gradualmente embora com oscilações, surgindo momentos em que usa um tom normal e na sessão 3, 4 e 5 apresenta um tom baixo.

Figura 9 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade – “AC”



Ao longo da intervenção verificamos que na adesão à tarefa a criança se mantém com oscilações, dependendo do seu maior ou menor interesse pela tarefa ou pelo material disponível, aderindo com mais facilidade quando a interventora aceita nas suas sugestões para as tarefas da sessão.

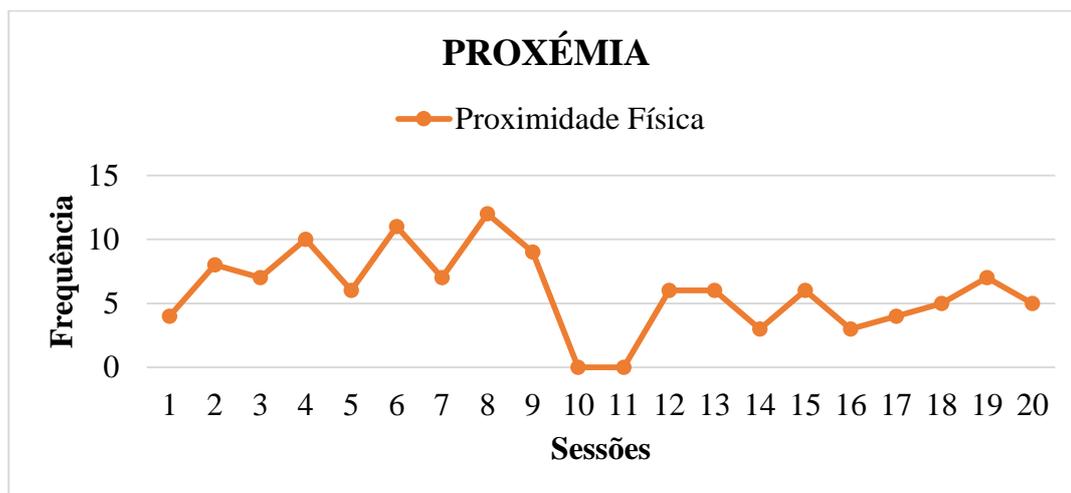
Verificamos que também existem oscilações na sua atenção conjunta, na atividade triangular adulto/criança/objeto, havendo uma maior ocorrência na sessão 4, 9, 12, 13 e 20. Ao nível da manifestação de compreensão da atividade verificamos que “AC” normalmente compreende o que lhe é pedido, embora a figura apresente oscilações ao longo da intervenção, sendo nula na 2ª e 10ª sessão.

Figura 10 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade – “AC”



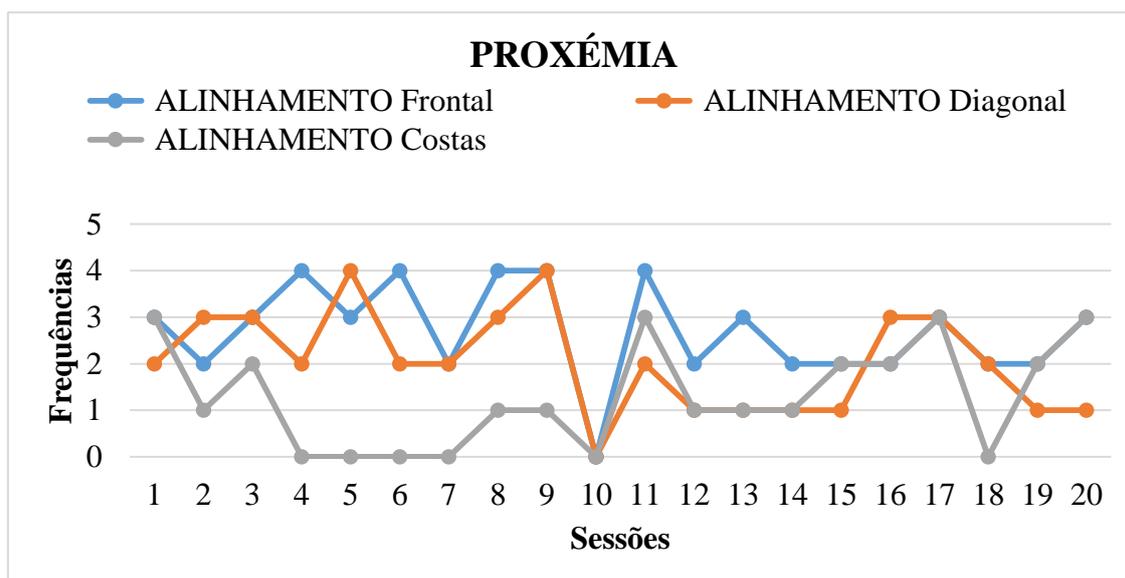
Verificamos, ao longo da intervenção, que há um aumento de permanência na atividade (em minutos) logo na 3ª sessão, oscilando nas seguintes, pelo seu interesse na atividade. As sessões 4, 9 e 13 apresentam a maior duração de permanência na atividade. Na sessão 4 foram usadas fitas de cetim coloridas e na sessão 9 e 13 foram usados panos coloridos, de várias dimensões e texturas.

Figura 11 - Proxémia: Proximidade Física – “AC”



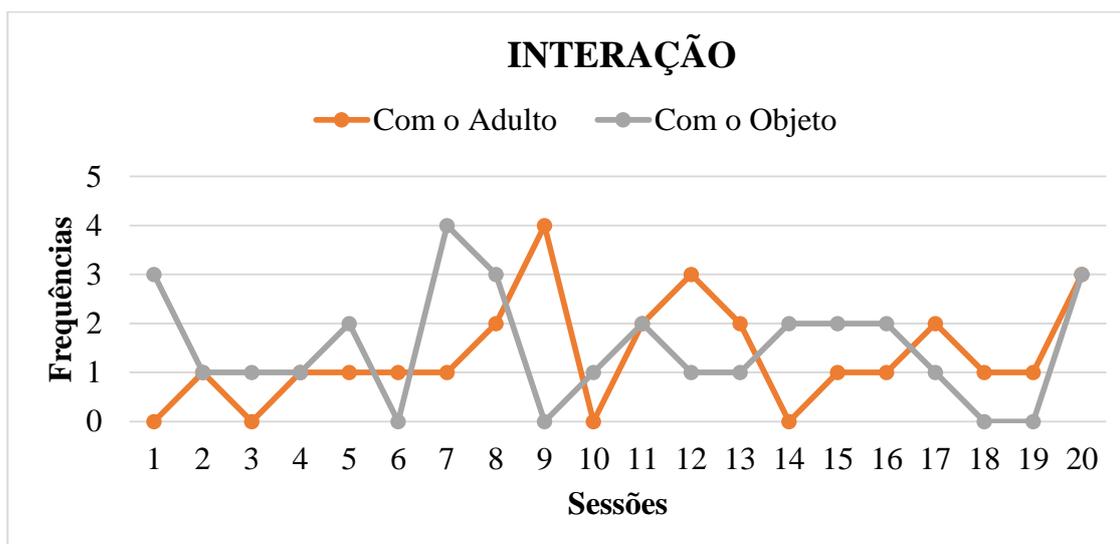
Verificamos que “AC” apresenta maior proximidade física do adulto nas primeiras 9 sessões. Nas sessões 10 e 11 não há a existência de proximidade física visível nos minutos de observação, voltando a manifestar-se na 12ª sessão e vai manter-se até do final da intervenção. Verificamos nas últimas sessões que a proximidade que “AC” procura e estabelece tem maior tempo de duração, deixando de ser apenas o aproxima e afasta, como se verificou nas primeiras sessões.

Figura 12 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas – “AC”



Ao longo da intervenção verificamos que a criança manifesta com mais regularidade o uso do alinhamento frontal, seguindo-se do alinhamento diagonal embora com menos incidência. Verificamos ainda que a criança apresenta momentos em que está de costas para o adulto.

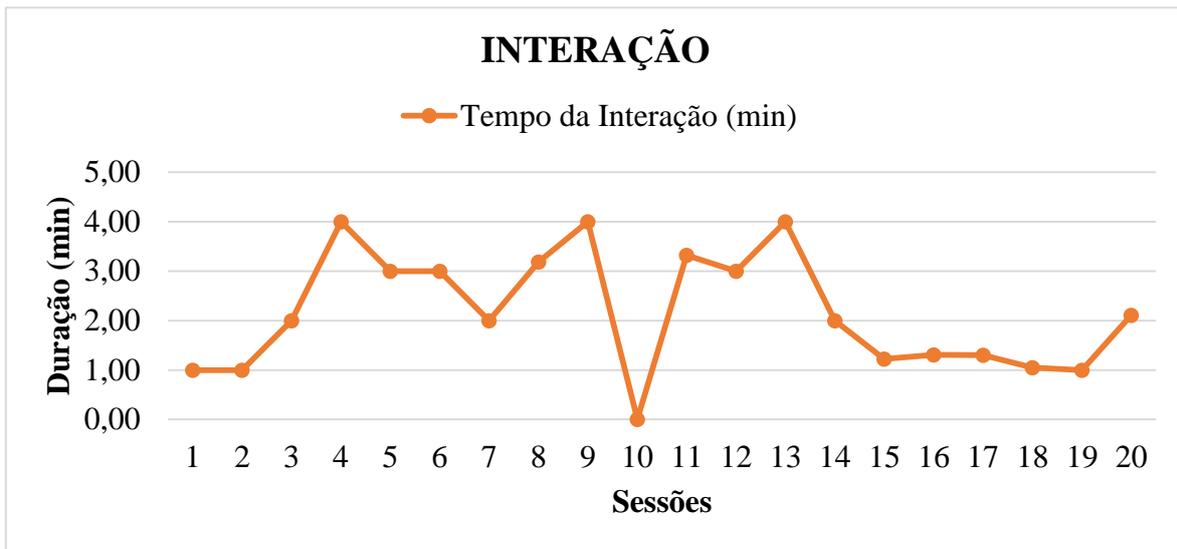
Figura 13 - Interação: com o adulto, com o objeto – “AC”



Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta um aumento na interação com o adulto, embora não seja regular visto que existem oscilações entre as sessões, dependendo do seu interesse e motivação.

Em relação à interação com o objeto verificamos que a criança vai interagindo ao longo das 20 sessões, embora com oscilações devido ao seu interesse mais particular por determinados objetos, nomeadamente por bolas, penas, panos, fitas de cetim e bolas de sabão.

Figura 14 - Interação: tempo de interação – “AC”



Ao longo da intervenção verificamos que existe um aumento na duração de interação na atividade com o adulto, embora com algumas ligeiras oscilações. Há uma diminuição na 14ª sessão e mantem-se regular durante as seguintes 5 sessões voltando a aumentar na última. Na 10ª sessão não se verifica interação.

1.4. Síntese Reflexiva

No início da intervenção “AC” demonstra várias características comuns da PEA, nomeadamente o contato desadequado com a interventora, com momentos em que se manifesta evitante e outros em que se manifesta excessivo, não conseguindo gerir as distâncias. Não verificávamos reciprocidade social (“troca mútua”), interesse em partilhar e jogar com o outro, apenas se interessa em satisfazer os seus interesses tentando dirigir a atenção do outro esses interesses. Com interesses e comportamentos muito restritos e uma comunicação verbal verborreica, mas com uma comunicação não-verbal insuficiente com pouco contato ocular, expressões faciais, gestos, etc.

“AC” é uma criança cognitivamente desenvolvida e com uma boa adaptação escolar, a nível académico, mas com dificuldades a nível social, nomeadamente em fazer amigos, e em

focar a sua atenção. A nível motor “AC” observámos dificuldades na coordenação, no controlo postural, na imitação, no planeamento motor, na organização espaciotemporal e no seu esquema corporal.

“AC” tem associada à Perturbação do Espectro do Autismo a Perturbação Alimentar com hipersensibilidade aos alimentos, pois só ingeriu aos 6 anos de idade.

Com a intervenção em dança enquanto recurso da psicomotricidade, embora ainda com alguma disfunção, começou por se relacionar com a interventora, reconhecendo-a como elemento que gere a sessão e ponto de referência nas tarefas, começando, assim, a aceitar as suas sugestões e a participar sem se opor às tarefas propostas e estruturadas. Através da figura 13, verificamos que “AC” interage mais do que com o adulto ao longo da intervenção, embora o seu interesse nem sempre se manifeste. Este progresso também se manifesta na proximidade com o adulto, que começa a ser mais duradora e intencional (figura 11).

“AC” começa a estabelecer um contato ocular com o adulto mais regular e com maior frequência ao longo da intervenção (figura 1), deixando de se manifestar evitante para começar a manifestar-se aceite e intencional, e, por vezes, até intrusivo. Começam a surgir momentos de sorrisos, com uma diminuição da apatia em determinados momentos da intervenção (figura 2), principalmente quando a interventora ia de encontro com as suas preferências, alterando a estrutura e o planeamento da sessão. Surgem momentos de afetividade e relaxamento junto ao adulto, colocando a euforia de lado (figura 5), começando também a manifestar maior qualidade nos gestos, com início ao espontâneo, embora por vezes ainda seja muito disfuncional.

Diminuiu ligeiramente a sua utilização da voz sem intenção de comunicar, como gritos, respeitando, ainda que com dificuldade, os momentos de silêncio da sessão, a música e o seu ritmo. Por sua vez, o uso da palavra também diminuiu, respeitando mais a palavra da interventora (figura 6, 7 e 8). Acima de tudo, “AC” percebeu, com a intervenção que, por vezes,

o movimento pode substituir a palavra e é necessário que recorramos ao movimento sem a comunicação verbal. Para tal, foi necessário dar reforço positivo para o aumento da sua motivação e diminuição da desistência, conseguindo assim atingir objetivos propostos.

Por ser uma criança que gosta e costuma comandar o que a rodeia, é necessário ter em conta a necessidade de figuras de referência, de regras e de organização do seu dia-a-dia, deste modo a intervenção procurou dar à criança regras e referências que foram adquiridas de forma muito gradual, como o ritual de entrada e de saída da sessão.

2. “DD”

2.1. Dados de Anamnese

“*quero que seja feliz*”, mãe do “DD”

“DD” é um menino com 9 anos, filho único e vive com os pais.

Em entrevista, a mãe de “DD” partilha que a gravidez foi planeada pelos progenitores e sem dificuldades de conceção, sendo acompanhada e com um estado emocional muito tranquilo e sem complicações. Revela que imaginava o bebé, começando a senti-lo às 20 semanas de gestação. Às 41 semanas “DD” nasce, de fórceps, com 12 horas de trabalho de parto, mostrando-se um bebé calmo e sorridente, “*perfeito*” (diz a mãe), que manifestava sinais de prazer e desprazer, principalmente as cólicas.

“DD” por volta dos 2 meses segurou a cabeça, os 4 meses virou-se sozinho e sentou-se sozinho aos 6 meses. Nunca gatinhou, apenas se arrastava, porém ficou de pé sozinho aos 9 meses, adquirindo a marcha aos 12 meses, em bicos de pés. A mãe refere que “DD” dirigiu desde cedo o olhar, embora não se recorde da altura certa, assim como respondeu ao nome e aos 4 anos apontou pela primeira vez, expressando-se com choro, sorriso e gestos.

A comida sólida foi introduzida aos 4 meses, iniciando com sopa, aos 12 meses começou a beber por um copo, e mamou até aos 18 meses não usando quase biberão e começou a comer por uma colher sozinho na mesma altura. Atualmente não tem problemas na alimentação, só não come doces.

Aos 18 meses começou a despir as meias mas ainda hoje não se consegue vestir sozinho. O controlo dos esfíncteres ainda está em processamento, com episódios de enurese noturna. Sempre dormiu bem, mas para adormecer fica na cama com o tablet ou com alguns brinquedos, e apesar de ter quarto e cama própria dorme com a mãe por opção dos progenitores.

A mãe partilha que ele ri e mostra-se contente e satisfeito em determinados momentos e não requer muita atenção parental. Não gosta de brincar com crianças, tendo dificuldades em

fazer amigos, mas gosta de brincar com adultos e com bolas, não mostrando ficar incomodado ou desconfortável ao conhecer novas pessoas. Por vezes perde o controlo quando se zanga por ser contrariado, fazendo birras, e tem medo de motas e de sons altos perdendo a não noção dos perigos.

Aos 18 meses realizou as primeiras vocalizações por palavras, “a”, “e”, “i”, “o”, “u” e a primeira frase a surgir foi “quero água”, aos 2 anos.

“DD” apresenta eczemas e range os dentes com frequência. Nunca teve com medicação por um período prolongado de tempo e nunca foi hospitalizado. Foi-lhe dado diagnóstico de Autismo Infantil com Perturbação do Sono, por um Médico Neuro Pediatra, e vai uma vez por ano ao pediatra, contudo tem apoio psicológico e terapêutico regular.

Foram ambos os progenitores que cuidaram nos primeiros meses de vida e teve uma ama durante 1-2 anos. Posteriormente frequentou o jardim-de-infância e atualmente frequenta o 2º ano do primeiro ciclo e é acompanhado pela educação especial.

2.2. Intervenção

A intervenção com “DD” foi realizada duas vezes por semana.

“DD”, um menino de olhos e cabelo escuro, pequeno e franzino, chega com um olhar evitante e longínquo, rejeitando o contato, as mudanças e as novas rotinas, gritava, chorava, batia na cabeça com força, e não aceitava a presença da interventora, uma pessoa estranha para ele. Foi necessário algum trabalho por parte das professoras de ensino especial e dos encarregados de educação para a aceitação da interventora e da nossa rotina das sessões. “DD” aceita ir até ao ginásio com a interventora, embora desconfiado, tira os sapatos com ajuda e diz o seu nome baixinho. Era possível observar a sua agitação e as suas estereotipas ao vê-lo correr por toda a sala, gritando, onde todas as tentativas de interação pareciam inúteis. A interventora atira-lhe a bola e chama-o para brincar, mas acaba por jogar sozinha, pegando nas bolas e

atirando-as ao ar. “DD” olha a interventora e volta a correr, parando junto a uma bola e atira-a ao ar e a interventora imita o gesto da criança, conseguindo assim um pouco da sua atenção, e repete o gesto enquanto conta “1...2...3...”, “DD” estereotipa, apanha as bolas e repete, “1...2...3...”, corre e apanha as bolas entregando-as nas mãos da interventora, dando assim início à relação.

Na sessão seguinte, assim que entrou na sala, deu a mão à interventora dizendo o nome pausadamente, “*Catarina*”, e logo procura a atividade da primeira sessão com as bolas, mostrando-se satisfeito e interativo enquanto estereotipa e grita, ecoando pela sala. Verificámos que não tinha capacidade de devolver a bola, pelo chão ou pelo ar. Foi introduzida música durante a última parte da sessão, sendo aceite pela criança.

Na terceira sessão quando “DD” percebe que o material foi alterado chora, grita e auto agredir-se, batendo com as mãos na cabeça, e a interventora, numa tentativa de o acalmar, procura brincar com o balão sozinha, atirando-o ao ar, enchendo-o e largando-o, mas parecia inútil. A interventora procura várias tentativas para o acalmar, mas sem sucesso, acabando por se focar, por instantes, na ação produzida pela interventora, aproxima-se e começa a explorar sensorialmente o balão lambendo-o enquanto esboça leves sorrisos. Quando a interventora se senta “DD” chega perto e puxa-o para voltar a brincar e satisfazer o seu desejo de ver o balão pelo ar, sendo este gesto interpretado pela interventora como o início de uma relação, para a satisfação dos seus desejos.

Na sessão seguinte “DD” reage normalmente ao material novo, às fitas de cetim coloridas e de várias direções, sendo possível iniciar o trabalho em díade e a exploração do material no espaço, verificando-se nele a intenção de imitar o gesto e uma maior aproximação, com um olhar intencional em determinados momentos. Não foi possível desenhar o corpo em tamanho real por “DD” não estar desperto para este tipo de tarefas, sendo necessário primeiro explorar a sensorialidade, a espontaneidade e a organização da criança. Deste modo, no papel de cenário

desenhámos apenas as nossas mãos e “DD” escreve em letras bem grandes “MÃE” e “PAI”. De seguida, iniciámos um momento de aproximação com as fitas e no final “DD” encosta a sua testa junto da cara o adulto, pedindo-lhe um beijo.

Na quinta sessão, também reagiu normalmente à mudança de material por penas coloridas. Estereotipa enquanto observa a interventora a explorar as penas, aproxima-se e conta “1...2...3...”, pedindo assim, que as atirasse ao ar para depois imitar o gesto. Já com música há a tentativa por parte da interventora de explorar o espaço, mas só é possível através de corridas pela sala enquanto as penas voam pelo ar através de sopros. Com simples toques no rosto, nos braços e mãos com as penas, permitidos pela criança, foi possível uma aproximação positiva e trabalhar o esquema corporal “*pena nos braços... pena nas mãos...*”.

Usámos panos coloridos, de várias dimensões e texturas, nas seguintes quatro sessões. “DD” ignora a presença dos panos na sala mas logo que a interventora os começa a explorar a sua atenção foca-se, procurando também explorá-los a nível sensorial, colocando-os na cara, cheirando-os e lambendo-os, atirando-os ao ar, enquanto estereotipa. A interventora experimenta esconder-se debaixo do pano e o “DD” aproxima-se, espreitando por debaixo, “*cucu*”, diz a interventora, enquanto “DD” lhe tira o pano, tapando-se de seguida, sorrindo. Nestas sessões foi possível trabalhar o movimento em díade e a proxémia, através dos panos. Inicialmente “DD” tinha intenção de imitar o gesto mas era ineficaz, necessitando de ajuda mas como o desenrolar das sessões já conseguia iniciar o movimento de se enrolar pelo pano com até à interventora. Foi possível trabalhar também ações de movimento (saltar, andar e girar), as dimensões espaciais (cima, baixo, médio, frente, trás e lados) e os ritmos e tempos de espera através de música ritmada e com pausas.

Nas duas sessões seguintes, foram usadas fitas de cetim coloridas com várias dimensões, e “DD” faz resistência à mudança de material, correndo pela sala a gritar, acabando por aceitar após insistência da interventora em mostrar movimentos com as fitas, procurando as várias

dimensões do espaço, as várias formas de deslocação no espaço, os ritmos e tempos de espera, o movimento em díade e a proximidade física.

Nas três sessões seguintes utilizámos um pano azul de grande dimensão e “DD” faz novamente resistência ao novo material, auto agredindo-se, chorando e gritando, sendo bastante difícil acalmá-lo. Para captar a sua atenção a interventora coloca a música ritmada com pausas, por ter sido uma atividade do agrado de “DD” e este acaba por aceitar o novo material, sendo, assim, possível trabalhar as deslocações no espaço e as dimensões espaciais (dentro e fora do pano), o movimento em díade e a exploração da sua sensorialidade e a percepção de si, frente ao espelho. Na 15ª sessão utilizámos bolas de sabão, onde “DD” procurou imitar o gesto de fazer bolas de sabão, interagindo bastante.

Nas três sessões seguintes utilizámos instrumentos musicais (xilofone, tambor, maracas, triângulo, etc.) para trabalhar a sensorialidade tátil e auditiva, a imitação do gesto, a atenção conjunta, o ritmo, a exploração do movimento espontâneo e o tempo de espera (esperar pela sua vez), e “DD” fixa-se pelo triângulo (som de metal), explorando o som metalizado que ecoava pela sala, escuta-o atento e coloca o instrumento perto do seu ouvido. Explorámos os diversos instrumentos disponíveis, ora tocava a interventora ora tocava o “DD”, não sendo possível seguir a planificação da sessão uma vez que para “DD” o mais importante é ter a liberdade de experimentar, sentir, ouvir e tocar. Com o avançar das sessões, “DD” por vezes ia para junto do espelho ver-se a tocar o instrumento, assimilando assim a sua imagem. A interventora pergunta “*quem é? Quem está no espelho?*”, não responde logo, volta a olhar-se atento “*é o menino*”, responde-me. Com o avançar das sessões ligadas ao ritmo, a interventora arrisca em mostrar-lhe como é possível produzir sons com o corpo através de palmas, bater o pé, etc., e “DD” imita o gesto da interventora.

Na 19ª sessão encontrámos o “DD”, antes da hora da sessão, bastante alterado, chorando e auto agredindo-se, chamando pela mãe. Foi para o ginásio mas continuava a chorar e com

dificuldade em acalmar-se, só sendo possível tranquilizá-lo através de uma canção infantil, “*ai ó lé, ai ó lé, foi na loja do mestre André...*”. Olhou a interventora, escuta-o e cantarolou também. “*eu perdi o dó da minha viola, da minha viola eu perdi o dó... dormir é muito bom, é muito bom...*”.

Na 20ª sessão apresenta-se, de novo, agitado e a choramingar, aponta para a porta e chora., só se tranquilizando quando a interventora começa a tocar no tambor, cantarolando novamente “*ai ó lé, ai ó lé, foi na loja do mestre André...*”. Ao tranquilizar-se foi possível trabalhar a proxémia, a atenção conjunta e a imitação do gesto através de tarefas com um tambor e exercícios musicais com música infantil. No final da sessão explorámos o movimento, dançando a par e “DD” pediu colo à interventora, inclinando o seu corpo e, ao colo, dançou, enquanto sorria e olhava, mostrando-se feliz e satisfeito.

Na 21ª sessão as bolas de várias dimensões foram utilizadas para a 2ª avaliação psicomotora, através da Grelha de Observação Psicomotora (Costa, 2008). “DD” correu pela sala atirando as bolas ao ar e explorando uma e outra e a interventora atira-lhe a bola numa tentativa de estabelecer um jogo triangular (eu, tu e a bola) e embora “DD” inicialmente não se mostrasse interessado após reforço positivo da interventora esboçou uma tentativa de devolver a bola, devolvendo uma e outra vez e vai sempre sendo reforçado positivamente. Com música foi possível dançar de mãos dadas, estabelecendo uma maior proximidade e interação. Ao avaliar o seu equilíbrio verificámos que começa a ter intenção de imitar o gesto do outro, procurando sempre a interventora como a sua referência do movimento.

Na sessão seguinte, ainda numa fase de avaliação psicomotora, usámos penas coloridas e balões e “DD” ao ver as penas desinteressou-se pelos balões, tendo, assim, de alterar o planeamento da sessão. Com as penas foi possível movermo-nos em díade, e explorar o ritmo e tempos de espera, assim como os equilíbrios estáticos e dinâmicos através do suporte musical.

Na 23ª sessão usámos apenas a bola de bobath e música infantil, com intenção trabalhar a interação, a escuta auditiva, o relaxamento com a bola, o movimento espontâneo em díade, e a proxémia. “DD” sentado na bola de bobath a saltitar e ouvir música infantil junto da interventora mostra entusiasmo, calma e um grande sorriso.

Na 24ª sessão foram utilizados três panos coloridos de modo a trabalhar a sensorialidade, o movimento espontâneo individual e em díade, a organização espacial, o esquema corporal (envelope corporal com os panos), a proxémia e o reconhecimento de si ao espelho. “DD” apresenta dificuldade de se reconhecer ao espelho e nesta sessão procura o colo da interventora, após a exploração em díade do pano. Deita-se no banco sueco junto ao espelho e de seguida passa para o colo da interventora, que o balançou ao som da música, permitindo o relaxamento da criança.

Na última sessão foram utilizadas fitas de cetim coloridas de várias dimensões, trabalhando o movimento em díade, a deslocação espacial, o ritmo e os tempos de espera, a imitação, a atenção conjunta, a proxémia, o esquema corporal (envelope corporal com as fitas), através de simples sugestões feitas pela interventora ou pela criança ao som da música. Esta última sessão teve em conta aspetos positivos das sessões passadas, assim como objetivos individuais que foram ao encontro das necessidades, capacidades e gostos da criança.

2.3. Apresentação e análise de dados

a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Foi aplicada a CARS, por uma psicóloga externa ao estudo, ao encarregado de educação de “DD” onde se verificam os seguintes resultados pré e pós intervenção:

Tabela 11 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "DD"

Áreas Avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultados	Cotação da aplicação pós-avaliação	Resultados
------------------------	---	-------------------	---	-------------------

Relacionamento inter-pessoal	4	Autismo grave	3	Autismo grave
Imitação	4		3	
Resposta Emocional	3		3	
Expressão corporal	3		1,5	
Uso do Objeto	3		1,5	
Adaptação e mudanças	4		4	
Uso do olhar	3		3	
Uso da audição	3		2	
Uso do paladar, olfato e do tato	1		1	
Medo e nervosismo	3		3	
Comunicação não-verbal	3,5		3	
Atividade	3		2,5	
Grau e consciência das respostas da inteligência	3		3	
Impressão Geral	3		3	
Total	44,5		39,5	

Verificamos que o resultado obtido na primeira avaliação com a CARS é de um valor total de **44,5**, que se refere a um **autismo grave**. Grande parte das áreas avaliadas estão bastante comprometidas, já que o Relacionamento interpessoal é muito deficitário (comportamentos de isolamento e um grau de atenção muito limitado), as respostas de Imitação são muito difíceis e o Uso do Objeto e a Expressão corporal é limitada. Tem muitas dificuldades na Adaptação à mudança e em estabelecer o Contato ocular. Existem algumas mudanças significativas no comportamento da criança após a intervenção de dança como recurso da psicomotricidade, contudo não é muito significativo em termos de valores quantitativos, mas sim através da observação direta.

A avaliação foi feita em contexto de sala, com entrevista ao encarregado da educação da criança, que forneceu todas as informações necessárias ao preenchimento da escala. A

psicóloga não conseguiu realizar a observação direta da criança em nenhum contexto do seu dia-a-dia, pelo que as respostas apenas se reportam à informação dada pelo encarregado da educação da criança. Não foi possível recolher informação junto de outros adultos significativos para criança e existem alguns itens, pelo carácter generalista da prova, que não fornecem a informação precisa sobre a possível mudança de comportamentos de uma primeira avaliação para a segunda.

b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)

Na aplicação GOP (Costa, 2008), pré e pós intervenção, verificam-se os seguintes resultados:

Tabela 12 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "DD"

1ª Avaliação (1ª – 3ª Sessão)	2ª Avaliação (21ª e 22ª Sessão)
Contacto: desadequado, evitante.	Contacto: desadequado, evitante.
Desenvolvimento estato-ponderal: inferior ao escalão etário.	Desenvolvimento estato-ponderal: inferior ao escalão etário.
Aparência Física: descuidada/desinvestida.	Aparência Física: cuidada/investida.
A criança apresenta interesses descontextualizados.	A criança apresenta interesses descontextualizados mas já com interesses (restritos) de acordo com os contextos factuais lógicos (sem atributo simbólico).
Noção do esquema corporal: insuficiente. A impressão da imagem corporal: não foi possível recolher pela dificuldade simbólica da criança.	Noção do esquema corporal: insuficiente. A impressão da imagem corporal: inferior ao escalão etário.
Gesto Espontâneo	
Qualidade do gesto: retraído e inábil.	Qualidade do gesto: inábil.
Intenção do movimento: inoperante, sem planeamento e imaturo.	Intenção do movimento: inoperante por imaturidade e por não apresentar planeamento.
Resposta ao estímulo motor: desadequada, lentificada.	Resposta ao estímulo motor: desadequada, lentificada.
Regulação do esforço: desadequado pois não atinge o objetivo.	Regulação do esforço: desadequado, atinge o objetivo com muito esforço ou não atinge o objetivo (depende da tarefa). Ausente.

Postura: desadequada - tônico-emocional, e uma tonicidade hipertônica	Postura: desadequada - tônico-emocional, e uma tonicidade hipertônica.
Exibe sincinesias e paratonias segmentares naturais.	Exibe sincinesias e paratonias segmentares naturais
Reconhecimento da lateralidade: não reconhece. Reconhecimento da cardinalidade: não reconhece (falta de experiências)	Reconhecimento da lateralidade: não reconhece Reconhecimento da cardinalidade: não reconhece (falta de conhecimento). Ausente (por vezes)
Equilíbrios estáticos: não estão adquiridos. Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por dificuldades de percepção.	Equilíbrios estáticos: com oscilações. Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por dificuldades de percepção.
Percepção visual e auditiva: imatura.	Percepção visual e auditiva: sem informação suficiente.
Deslocação no espaço	
Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: imatura e desorganizada.	Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: imatura e desorganizada.
Estruturação rítmica: ausente.	Estruturação rítmica: imatura
Coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: insuficientes.	As coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual e óculo-segmentares: imaturas e insuficientes. Óculo-pedal: insuficiente e ausente (em determinados momentos).
Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): não reconhece.	Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita.
Atividade Espontânea	
Participação: passiva, não sintônica e exclusiva.	Participação: ora ativa ora passiva, ora sintônica ora não sintônica; Inclusiva e exclusiva.
Apresenta preferências; Entreajuda: não Coopera: por aceitação.	Apresenta preferência. Entreajuda: indiferente Coopera: por aceitação
Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. Não é competitivo por indiferença	Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. Não é competitivo por indiferença.
Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo disruptivo (pega e larga, por falha de constância). Discordante na relação por indiferença. Adequado de acordo com o valor sensorial do material, Desadequado, pela sua utilização descuidada.	Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo disruptivo (pega e larga, por falha de constância) Discordante na relação, por indiferença e por disrupção (pega e larga, sem exploração aparente) Adequado de acordo com o valor sensorial do material. Desadequado, pela falta de compreensão do

	material (por ainda estar numa fase mais sensorial) e por utilização descuidada.
No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns, Desinteresse Dissintonia	No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns, e tem uma acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”). Desinteresse no outro.
Atenção: discordante, sendo reduzida, não focalizada e privilegia a atenção periférica.	Atenção: discordante, reduzida.
Manifesta: desejo e antecipa, sendo perseverante e obsessivo.	Manifesta: desejo e antecipa, sendo perseverante e obsessivo.
Planificação: ausente (não tem iniciativa) Semiestruturada (não vai até ao fim)	Planificação: ausente. Semiestruturada (não vai até ao fim)
Atitude: participativa, passiva ou não participa por indiferença.	Atitude: participativa, passiva e em colaboração. Não participativa por indiferença.
Linguagem	
Linguagem recetiva: adequada (a aprofundar) e duvidosa. Desinteressada e, por vezes, sem compreensão.	Linguagem recetiva: alheada, Adequada (a aprofundar) (com o uso do gesto). Sem compreensão.
Linguagem expressiva: imatura e insuficiente por falta de uso da palavra no sistema comunicativo.	Linguagem expressiva: imatura e insuficiente por falta de uso da palavra no sistema comunicativo.
Voz: surdina.	Voz: surdina.
Semântica: imatura.	Semântica: imatura.
Sintaxe: não adquirida.	Sintaxe: não adquirida.
Pragmática: é de compreensão parcial do discurso do outro (necessita de reforço visual).	Pragmática: compreensão parcial do discurso do outro.
Olhar: evitante.	Olhar: intencional, aceitante, evitante (em momentos).
Sorriso: discordante por dificuldades de leitura ou de compreensão.	Sorriso: discordante por dificuldade de leitura ou de compreensão.
Expressão facial: discordante, sendo inexpressivo.	Expressão facial: concordante com a emoção.
Postura: retraída.	Postura: retraída e impositiva.
Gesticulação incoerente.	Gesticulação: exuberante
Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos.	Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos.
Pensamento simbólico: não apresenta.	Pensamento simbólico: não apresenta.

Na avaliação com o instrumento acima referido, verificam-se alterações nos resultados apresentados, em determinadas áreas, nomeadamente na sua aparência física e nos seus interesses que embora continuem a apresentar-se descontextualizados já aparecem, por vezes,

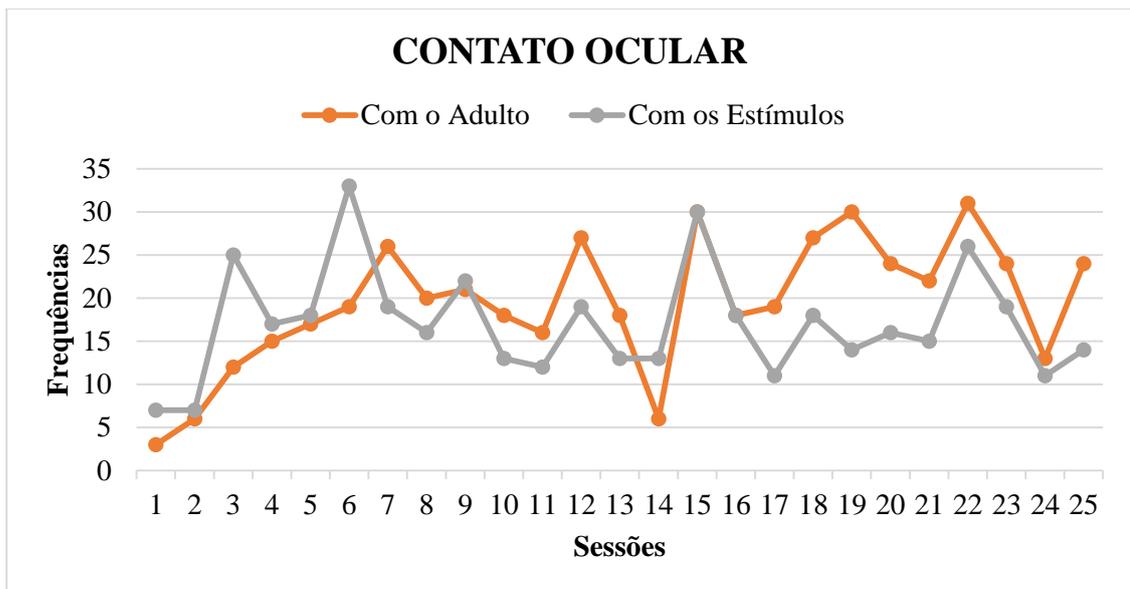
interesses de acordo com os contextos factuais lógicos (sem atributo simbólico); na qualidade do gesto que deixa de ser retraída para ser apenas inábil e na regulação do esforço em que, embora continue desadequada, verifica-se que “DD” consegue atingir, em certos momentos, o objetivo embora com muito esforço. Os equilíbrios estáticos apresentam-se com oscilações, e começa a reconhecer e a aceitar o adulto (gestão das distâncias) e a sua participação passa a ser ora ativa ora passiva, ora sintónica ora não sintónica e, por vezes, inclusiva ou exclusiva. Na harmonia com os materiais, embora continuasse com momentos discordantes na relação, por indiferença ou disrupção, e momentos em que é desadequado pela falta de compreensão do material, por ainda se encontrar numa fase mais sensorial, e por ter uma utilização descuidada do mesmo, passa a ter também momentos em que é concordante na relação e adequado de acordo com o valor sensorial do material.

“DD” passou a ter olhar intencional, aceitante embora evitante em certos momentos e uma expressão facial concordante com a emoção.

c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)

As sessões foram sujeitas a gravação audiovisual e à aplicação da GOCC (adaptada de Santos & Simões 2009), sendo assim possível apresentar os seguintes dados:

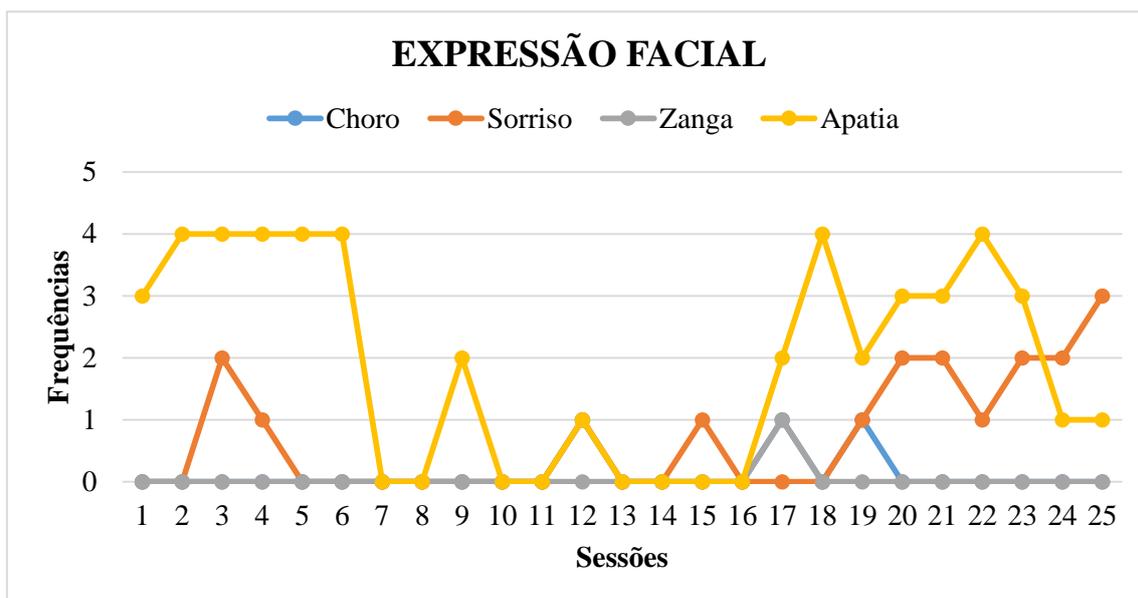
Figura 15 - Contato Visual estabelecido com o Adulto e com os Estímulos – “DD”



Ao nível do estabelecimento do contato ocular com o adulto verifica-se um aumento até à sessão 7, sofrendo ligeiras oscilações nas seguintes quatro sessões, voltando a aumentar na sessão 12 e a descer na sessão 14. Na sessão 15 volta a verificar-se um aumento no contato ocular, oscilando de sessão para sessão.

Em relação ao contato ocular com os estímulos verificamos que ao longo da intervenção “DD” teve bastantes picos de contato ocular, dependendo da sua preferência por determinados estímulos ou tarefas. As sessões 3, 6, 9, 15 e 22 foram as que “DD” estabeleceu mais contato ocular com os estímulos.

Figura 16 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia – “DD”

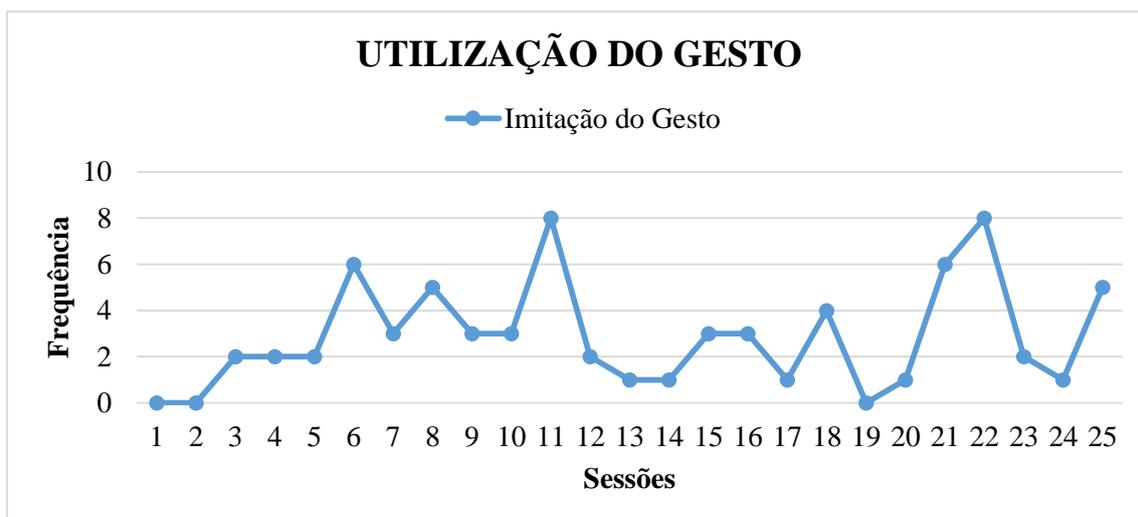


Podemos verificar que “DD” nas primeiras seis sessões se apresenta apático, com expressões neutras, mas estas vão diminuindo nas seguintes sessões, não manifestando apatia nas sessões 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15, e 16. Nestas sessões em que não observamos apatia foram usadas panos de várias dimensões e texturas, fitas de cetim coloridas, bolas de sabão e instrumentos musicais. As músicas usadas nas sessões também foram do agrado de “DD”, músicas ritmadas e com pausas permitindo desenvolver tarefas diferentes e música com o som do mar. A criança volta a manifestar nas seguintes sessões apatia e diminui nas duas últimas.

Verificam-se momentos de sorriso nas sessões 3, 4, 15 e a partir da sessão 19 manifesta sorrisos regulares até fim da intervenção. Na sessão 3 foram usados balões, na sessão 4 usámos fitas de cetim coloridas e na sessão 15 bolas de sabão. A partir da sessão 19 foram usadas músicas infantis que despertaram muito o seu interesse.

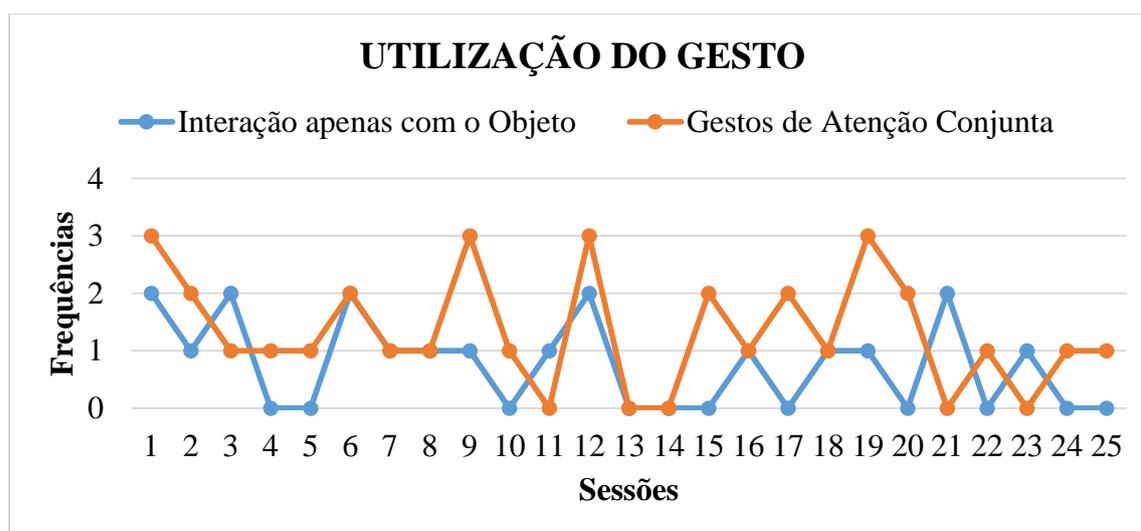
Manifesta zanga na sessão 17 e chora na 19 por fatores externos à sessão.

Figura 17 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto – “DD”



Verificamos que “DD” só começa a tentar imitar o adulto a partir da terceira sessão embora com bastante dificuldade. Na sessão 6, 11, 21, 22 e 25 manifesta mais momentos de imitação dos gestos do adulto, pelo seu maior interesse pelos materiais e pelas tarefas propostas. Na sessão 6 e 11 foram usados panos coloridos de várias dimensões e texturas, e nas sessões 21, 22 e 25 foram usadas bolas e muito trabalho rítmico.

Figura 18 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta – “DD”



Verificamos que a criança usa gestos de atenção conjunta em toda a intervenção, como apontar para o objeto ou entregar ao adulto o objeto para que este lhe satisfaça o seu desejo, exceto nas sessões 13, 14, 21 e 23. Os gestos de atenção conjunta sofrem algumas oscilações de sessão para sessão tendo mais incidência nas sessões 1, 9, 12 e 19.

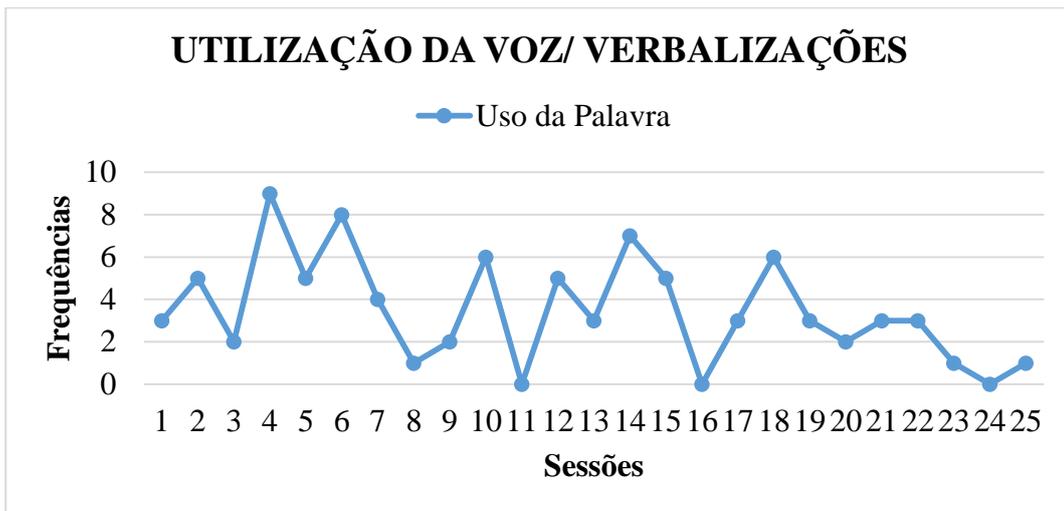
A criança interage apenas com o objeto em vários momentos da intervenção. Nas sessões 4, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 20, 22, 24 e 25 não se verifica que “DD” interaja apenas com o objeto.

Figura 19 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar – “DD”



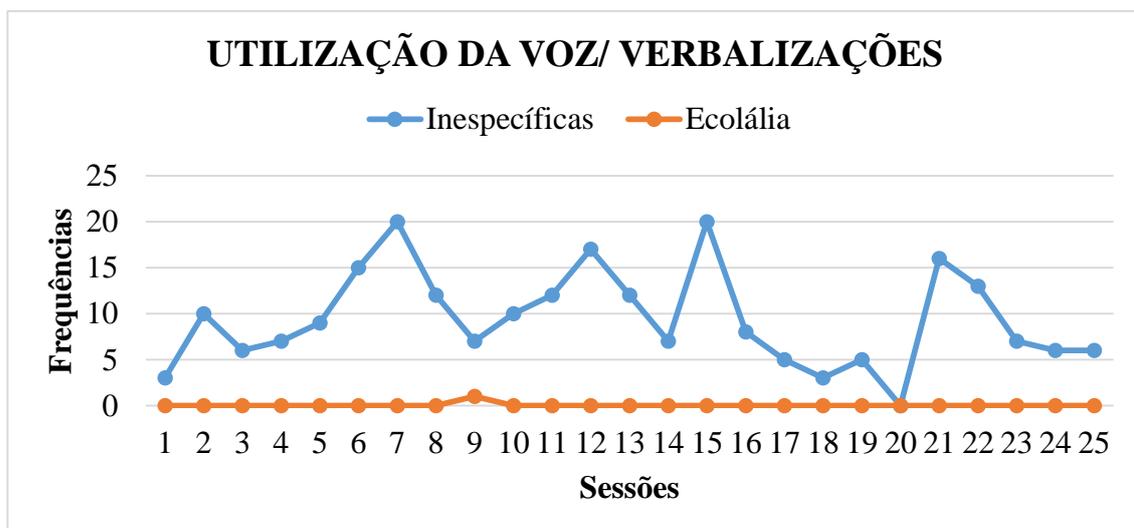
Ao longo da intervenção a criança recorreu maioritariamente ao gesto com intenção de informar/solicitar, nas primeiras 13 sessões, não se manifestando posteriormente. Manifesta alguns momentos de afetividade, com momentos em que pede colo, pede um beijo, etc. Também se verifica agressividade nas sessões 17, 19, 20, 23 e 24, pela mudança do material, auto agredindo-se, chorando e gritando.

Figura 20 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra – “DD”



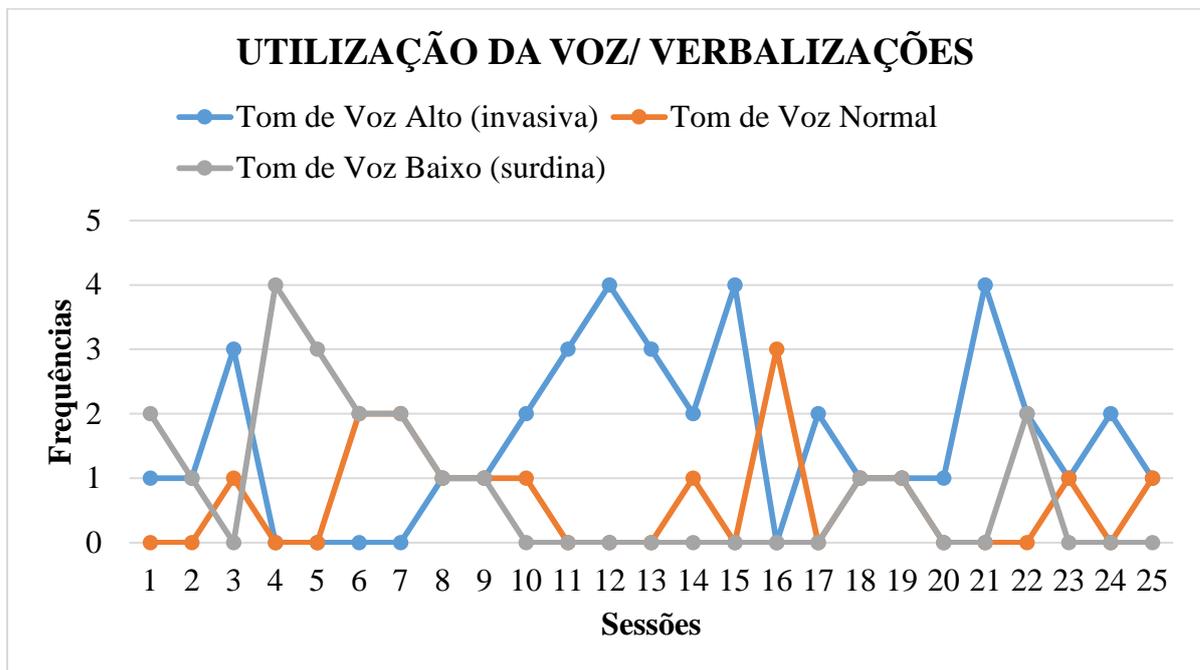
Ao longo da intervenção verificamos que “DD” apresenta várias oscilações no uso da palavra, existindo sessões com frequência de 7, 8 e 9 e outras com frequência 0 como verificamos nas sessões 11, 16 e 24. “DD” limita-se a responder a questões colocadas pelo adulto, a rotular determinados objetos ou a referir através de palavras ou frases curtas os seus desejos. “DD” fora do contexto das sessões também usa apenas palavras ou frases simples quando necessário.

Figura 21 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “DD”



Ao longo da intervenção “DD” só manifesta ecolália na sessão 9. Apresenta ao longo das sessões muita frequência na utilização da voz sem intenção de comunicar, usando sons e gritos (inespecíficos). Esta frequência sofre várias oscilações ao longo da intervenção e nas últimas 5 sessões verifica-se um decréscimo, por estar a estabilizar mais nas sessões e por estas irem de encontro aos seus gostos e necessidades.

Figura 22 – Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (Surdina) – “DD”

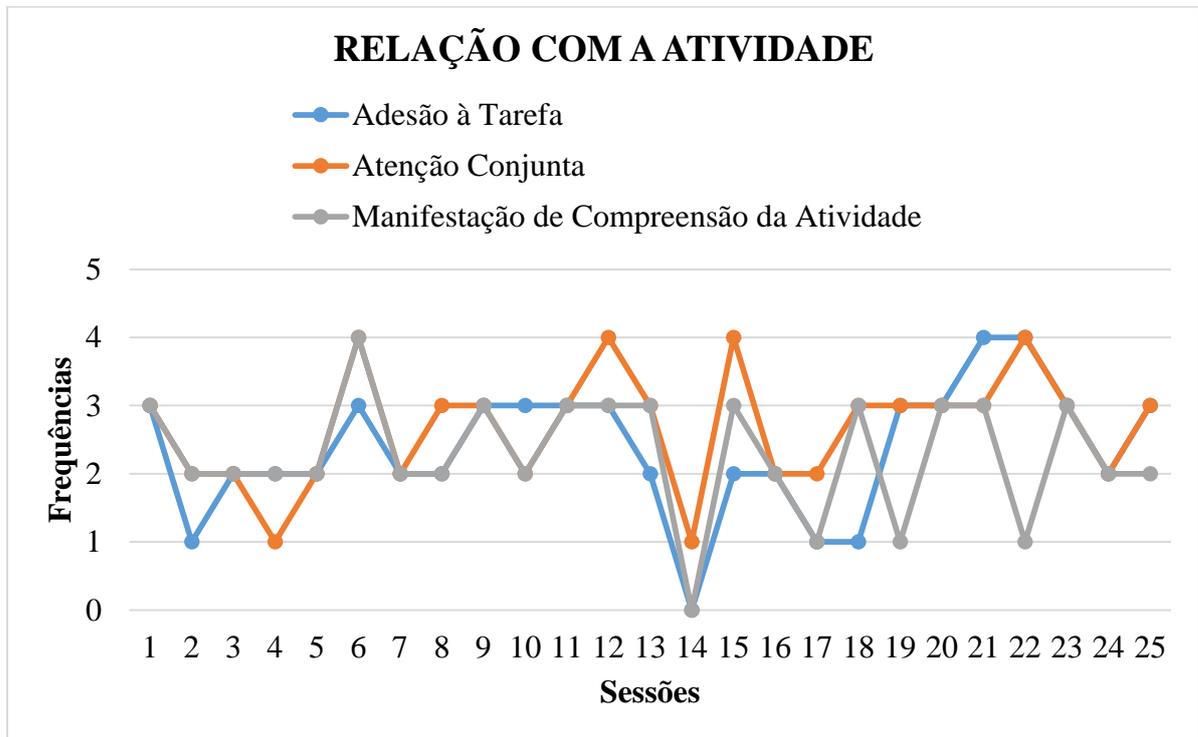


Verificamos que o “DD” usa um tom de voz, em determinados momentos, em surdina, respondendo ao adulto num tom de voz muito baixo. Apresenta um tom alto em determinados principalmente quando utiliza a voz sem intenção de comunicar, gritando e emitindo sons.

Observamos que manifesta menos frequência no uso de um tom de voz normal.

Figura 23 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade

- “DD”



Ao longo da intervenção verificamos que a sua adesão à tarefa depende do seu maior ou menor interesse pela tarefa ou pelo material disponível, nomeadamente quando se usa bolas, panos coloridos de várias dimensões e texturas, fitas de cetim coloridas, músicas infantis e rimadas e penas coloridas. A sua frequência centra-se maioritariamente no nível 3.

Verificamos, também, que existem oscilações na sua atenção conjunta, ou seja na atividade com triangular adulto/criança/objeto, havendo uma maior incidência na sessão 12, 15 e 22. Na sessão 12 usámos o pano azul de grande dimensão e foi uma sessão em que “DD” se mostra muito participativo e interessado pelas sugestões e movimentos do adulto. A certa altura pede colo ao adulto. Na sessão 15 usámos bolas de sabão, despertando o seu interesse. Na sessão 22 foi usada a bola de bobath e músicas infantis.

Ao nível da manifestação de compreensão da atividade verificamos que se mantém com oscilações ao longo da intervenção, existindo tarefas em que “DD” manifesta compreender melhor.

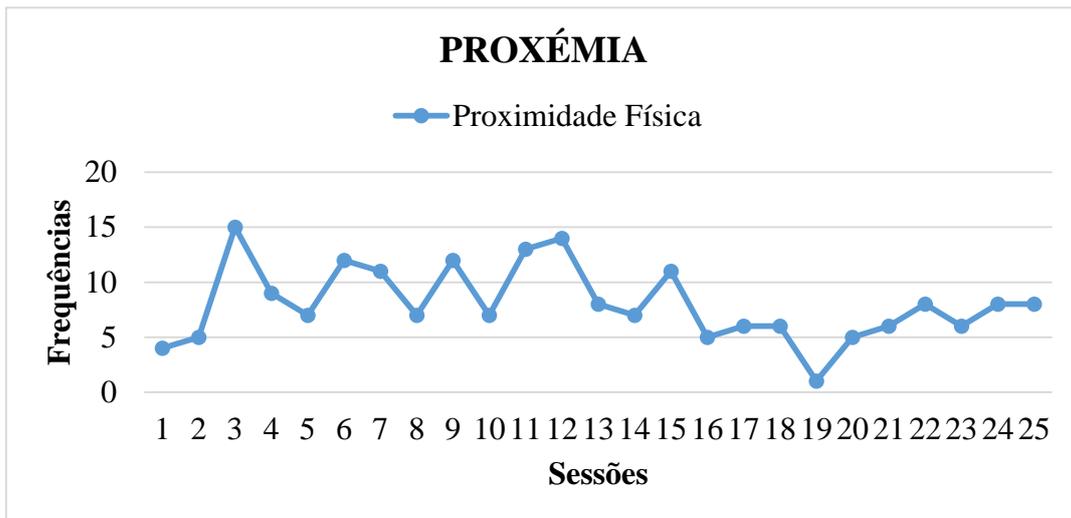
Figura 24 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade – “DD”



Ao longo da intervenção verificamos que na duração da permanência na atividade “DD” manifesta várias oscilações, dependendo da tarefa e do interesse que o material lhe desperta, existindo, assim, observação de sessões com duração de 4 e 3 minutos e outras de 1 minuto (4 e 17) ou menos (2 e 14).

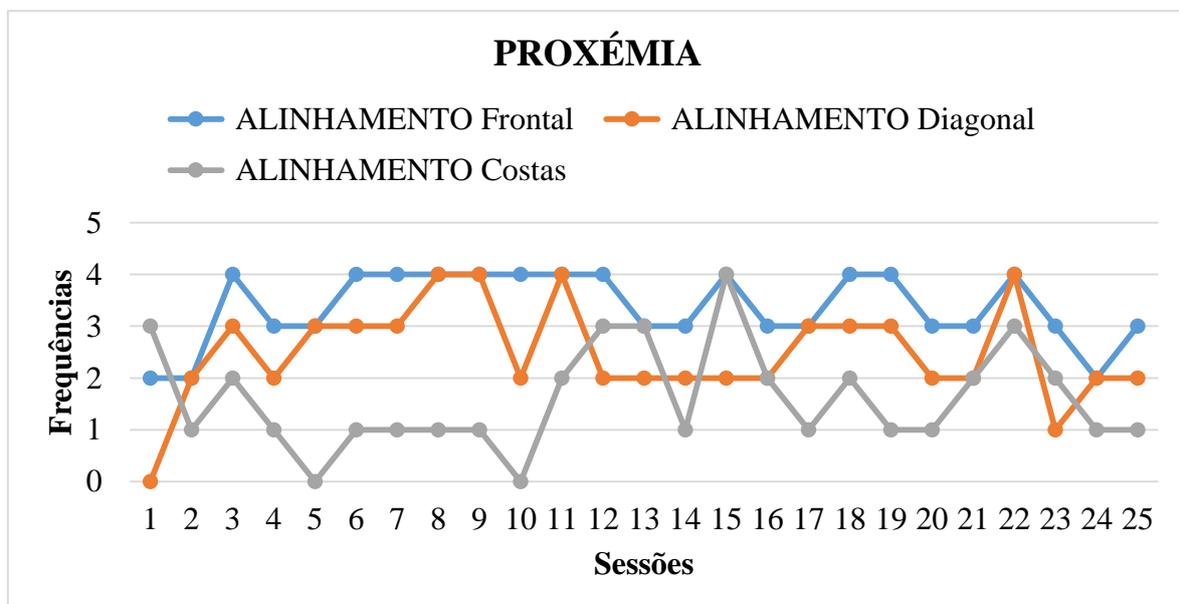
Não se verifica relação com a atividade na sessão 2 e 14.

Figura 25 - Proxémia: Proximidade Física – “DD”



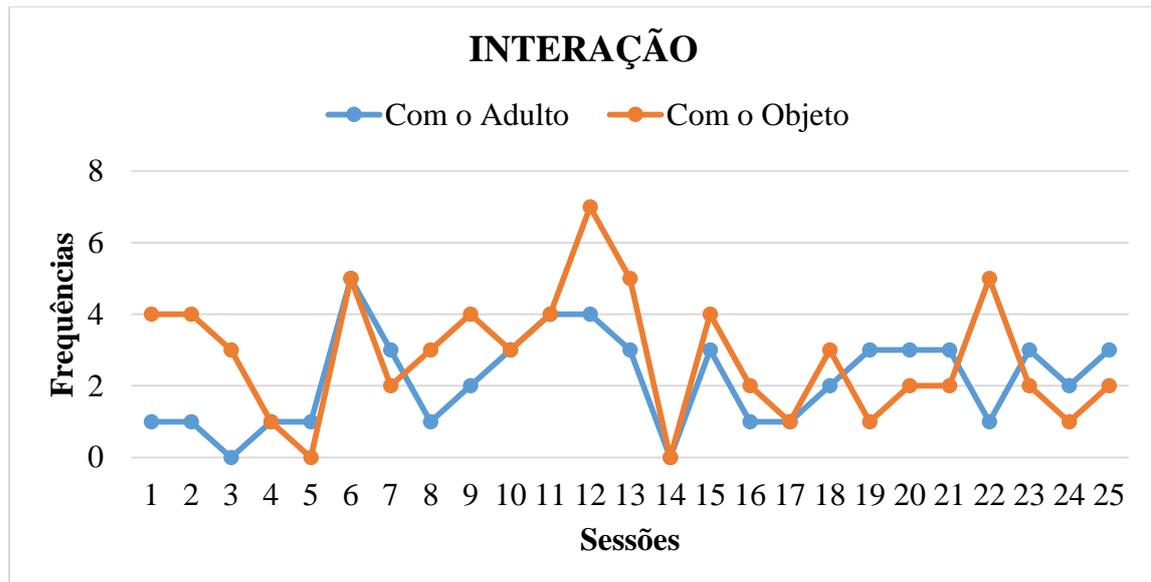
Verificamos que “DD” exibiu vários momentos de proximidade física do adulto, com aproximações e afastamentos do adulto, não existindo uma sessão em que a criança não manifestasse momentos de proximidade física com a interventora, verificando-se, no final das sessões, uma proximidade com maior duração.

Figura 26 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas – “DD”



Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta com mais regularidade o alinhamento frontal, seguindo-se do alinhamento diagonal, também com bastante incidência. A criança tem vários momentos em que está de costas para a interventora, embora com menos ocorrência.

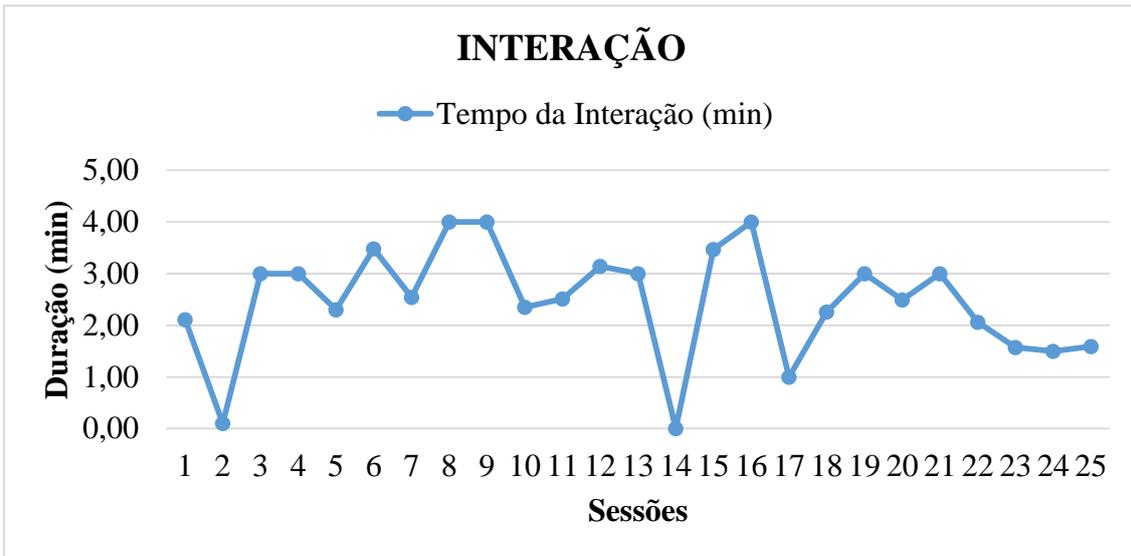
Figura 27 - Interação: com o adulto, com o objeto – “DD”



Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta um aumento na interação com o adulto, embora não seja regular.

Em relação à interação com o objeto verificamos que a criança foi interagindo ao longo das 25 sessões, com oscilações devido ao seu interesse mais particular por determinados objetos. Observamos uma falta de interação com o adulto e com o objeto na sessão 14 por falta de interesse nas tarefas propostas e planeadas pela interventora.

Figura 28 - Interação: tempo de interação – “DD”



Ao longo da intervenção verificamos que existe um aumento na duração de interação na atividade com o adulto embora com algumas oscilações. Há uma diminuição na 14ª sessão e a partir da 18ª sessão. A partir desta a criança volta a regularizar a sua interação com o adulto até final da intervenção.

2.5. Síntese reflexiva

A presente intervenção com “DD” permite-nos refletir que o corpo manifesta as necessidades, os desejos e as dificuldades e cabe à interventora estar atenta, conseguindo alterar a sua proposta de intervenção para ir ao encontro da individualidade da criança.

No início da intervenção “DD” foi-nos possível observar várias características comuns da PEA, nomeadamente o contato evitante e indiferente, apresentando dificuldades na relação e na compreensão do outro. A relação com “DD” é conseguida com a satisfação dos seus desejos e necessidades, caso contrário não se mostra disponível para interagir, manifestando autoagressões e muitas birras quando é contrariado ou quando existem mudanças e a novas rotinas a cumprir.

Manifesta ausência na imitação dos gestos com padrões de movimento desorganizados e com uma organização espaciotemporal também desorganizada, exibe estereotípicas em situações novas ou em momentos de grande excitação, diminuindo assim a sua ansiedade. Tem muitas dificuldades na comunicação, quer verbal, quer não-verbal, apresentando maioritariamente uma voz em surdina. A nível motor, manifesta uma marcha em bicos dos pés e uma descoordenação motora, com dificuldade em reconhecer a sua lateralidade, nas coordenações segmentares (óculo-manual, óculo-pedal) e dificuldades adaptativas. A criança ainda se encontra numa fase sensorial, apresentando a necessidade de lambar os objetos, de os cheirar e testar a sua textura.

Com a intervenção em dança como recurso da psicomotricidade relacional, “DD” inicia o seu contato ocular com a interventora, aumentando com a intervenção, deixando de se manifestar evitante para se manifestar também intencional e aceitante (figura 15). Começam a surgir vários momentos de sorrisos, com expressões faciais concordantes com a situação, havendo um decréscimo na expressão apática (figura 16). Surge a intenção de imitar o gesto da interventora (figura 17), existindo momentos em que a criança foca a sua atenção, observa-a e procura imitá-la, dando início ao gesto espontâneo, tendo a interventora como referência para a ação. No final da intervenção “DD” já reconhece as regras e os rituais da sessão.

3. “DM”

3.1. Dados de Anamnese

“já deixei de ter expetativas. Um passo de cada vez”, mãe de “DM”

“DM” é um rapaz de 10 anos, filho único a viver com os pais.

Em entrevista, a mãe partilha que a gravidez foi planeada pelos progenitores e sem dificuldades de conceção, foi uma gestação acompanhada e com um estado emocional muito nervoso e agitado, devido a situações profissionais uma vez que teve de trabalhar até ao último dia de gestação. O bebé sempre se mostrou agitado ao longo da gestação *“nunca parava, só quando eu adormecia”* (mãe de “DM”). Nasce às 38 semanas, de parto normal com 7 horas de duração, com baixo peso, 2.700 kg, manifestando-se logo um bebé sossegado e bem-disposto mas sem manifestar sinais de prazer ou desprazer, *“nem pedia para comer”* (diz a mãe). A mãe partilha que na gravidez sonhou que o bebé nascia perfeito, muito bonito mas com a boca serrado, deixando-a assustada e nervosa toda a gravidez, pensando nele ainda hoje, *“devia ser um sinal”* (refere a mãe).

“DM” virou-se sozinho aos 5 meses e segurou a cabeça por volta dos 6 meses, sentou-se aos 7 meses, gatinhou aos 8 meses e ficou de pé sozinho a andar aos 15 meses, e começou a subir e a descer escadas aos 18 meses. Nunca dirigiu o olhar e começou a responder ao nome, a apontar e a expressar-se com choro, sorriso e gestos aos 4 anos, começando também a despir as meias e aos 5 anos a vestir camisolas sozinho, mas ainda hoje não abotoa casacos. Controlou os esfíncteres também aos 4 anos.

“DM” sempre teve reflexo de sucção, mamando até aos 4 meses e, posteriormente, passou para o biberão até aos 18 meses, e aos 4 anos foi-lhe introduzida comida sólida, apresentando hipersensibilidade aos alimentos que ainda hoje demonstra. Bebeu por um copo aos 2 anos e meio e comeu por uma colher aos 4 anos.

Em bebé “DM” não dormia, ficava horas acordado sem que ninguém percebesse e tinha um horário de sono irregular, embora os pais fizessem um esforço para o deitarem sempre à mesma hora. Atualmente tem um tipo de sono considerado normal, com 10 horas de sono por dia, e dorme sozinho sem nenhum ritual antes de dormir, contudo sonha muito e tem pesadelos e terrores noturnos, chamando a mãe com frequência.

A mãe refere que “DM” se ri e se mostra contente e satisfeito, parecendo feliz a maior parte das vezes, e não requer muita atenção parental. Gosta de brincar com crianças e com adultos, mas prefere brincar sozinho, não tendo facilidade em fazer amigos, mas não fica desconfortável em conhecer novas pessoas. Por vezes perde o controlo quando se zanga por ser contrariado ou por determinados medos, nomeadamente andar na rua e o escuro. Tem preferência pela informática, andar de bicicleta, jogar à bola e pela língua inglesa.

Nunca esteve com medicação por um período prolongado de tempo e nunca foi hospitalizado. Foi-lhe dado o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo e Alteração do Comportamento, por um médico pediatra, indo assim uma vez por ano ao médico pediatra. Tem apoio psicológico e terapêutico regular.

Foi a mãe que o cuidou nos primeiros meses de vida e posteriormente. Atualmente frequenta o 3º ano do primeiro ciclo e é acompanhado pela educação especial.

3.2. Intervenção

A intervenção com “DM” decorreu duas vezes por semana.

Na primeira sessão “DM” exterioriza curiosidade, olhando toda a sala e para a interventora sorrindo e relacionando-se bem com o material disponível (bolas), olhando-as, tocando-lhes e jogando com elas e com a interventora, sendo possível desenvolver desde logo um jogo triangular (eu, tu e o objeto). Iniciámos a observação da sua psicomotricidade, a lateralidade e a coordenação óculo-manual, óculo-pedal e óculo segmentares e logo nesta primeira sessão

“DM” procura o colo da interventora após uma tarefa de observação do esquema corporal, em que lhe foi pedido para colocar a bola em determinadas partes do corpo, “*bola no pé, bola na perna... bola na barriga...*”. Esta necessidade da criança foi aceite pela interventora embora a tenha deixado desconfortável e com dúvidas, uma vez que após leitura bibliográfica sobre as características da perturbação não se esperava que esta procurasse este tipo de contato mais afetivo e próximo.

A segunda sessão teve o planeamento idêntico à primeira para observar a psicomotricidade da criança e durante o jogo com a bola “DM” faz referência dos nomes enquanto joga, “*bola para a Catarina... bola para o DM*”. Foi possível balanceá-lo na bola de bobath, proporcionando-lhe um momento de relaxamento e “DM” afasta-se por instantes e volta a procurar a proximidade física da interventora, procurando novamente o seu colo enquanto observávamos a sua noção corporal “*DM vamos tocar na barriga... nos braços*” (sugere a interventora). A sessão foi interrompida a meio pela criança “*tenho de ir lavar os olhos. Estão negros.*” (diz “DM” enquanto esfrega os olhos) e sai a correr. Quando regressa procurámos voltar a jogar.

Na terceira sessão “DM” estava agitado antes de entrar para o ginásio, encontrando-se distante em determinados momentos. Utilizámos balões e procurou encher alguns, pedindo à interventora que lhe desse um nó, mas em toda a sessão não consegue focar a sua atenção por muito tempo. Por instantes jogámos com o balão individualmente e no final da sessão procura novamente ficar mais no chão junto à interventora, procurando que esta o aconchegue, sendo aceite pela interventora que procura que “DM” relaxe.

Na quarta sessão “DM” estava de novo empolgado e entusiasmado com as fitas de cetim coloridas de várias dimensões, sendo possível trabalhar o movimento em díade, a proxémia e o seu esquema corporal (enrolar o corpo pela fita). Com música clássica a criança explora o seu movimento com o objeto, observando e procurando imitar o movimento da interventora.

Explorámos o sentido rítmico, os tempos de espera na música, os equilíbrios estáticos e dinâmicos, e as várias formas de deslocação pelo espaço, através de simples tarefas sugeridas pela interventora. Observámos também a sua noção do corpo, através do desenho real do corpo em papel de cenário, onde a interventora delineou o corpo de “DM” e no final olhou o papel de cenário e desenha-lhe 2 olhos e uma boca, sorrindo.

“DM” interrompe as sessões por motivos de saúde e quando regressa, embora entusiasmado, mostra uma postura cansada e sem energia. Procurámos os deslocamentos no espaço ao som da música e a interventora mostra-lhe o material disponível para a sessão, as penas coloridas, conseguindo assim que “DM” imitasse o gesto de soprar as penas e de as atirar ao ar, mas com o passar da sessão mostrasse cada vez mais cansado procurando um momento de afeto e de relaxamento com a interventora, que é aceite.

Nas quatro sessões seguintes usámos panos coloridos, de várias dimensões e texturas como material da sessão e “DM” explora a sensorialidade dos panos, pisando-os e tocando-lhes. Trabalhámos várias formas de deslocação no espaço (bicos de pés, de gatas, etc.) e as várias dimensões espaciais (cima, médio, baixo e lados), com música e com a interventora servindo de modelo da ação; o movimento espontâneo individual e várias ações de movimento (rebolar, saltar, correr), através da imitação e da interação com a interventora. Explorámos o momento em díade, a proxémia e o esquema corporal (enrolar pelo pano até ao adulto) através dos panos e de música clássica. Em todas as sessões “DM” procura os panos mais escuros e pesados para se colocar lá debaixo, enrolando-se com força, não aceitando que a interventora lhe tentasse tirar o pano ou entrar também dentro do pano, e em determinados momentos de tarefas com ritmo e pausas “DM” não aceitava as sugestões da interventora. Procurámos aceitar esta necessidade da criança procurando movimentos baixo dos panos.

Nas duas sessões seguintes utilizaram-se fitas de cetim coloridas com várias dimensões e com elas explorámos as várias dimensões do espaço e o movimento individual. “DM” pedia

para se enrolar pela fita e a interventora aceitava, enrolava os seus dedos e as suas mãos à fita, tapando também os seus olhos com força. A interventora procura imitar o gesto de “DM” para que a sua atenção e motivação aumentasse, sendo possível, posteriormente, trabalhar o ritmo e o tempo de espera com momentos de pausa na música.

Nas três sessões seguintes utilizámos um pano azul de grande dimensão sendo possível explorar dimensões espaciais (dentro de fora do pano) e a proxémia; o movimento em díade, pegando “DM” numa ponta e a interventora noutra correrem e mexerem-se os dois em sintonia pela sala ao som de música clássica; e as várias ações de movimento (correr, andar, rastejar, rebolar), através de tarefas simples de deslocação. “DM” a mostrar-se passivo e cansado, procurando enrolar-se com força ao pano e a interventora procura tapá-lo numa sessão, enrolando-o ao pano e com uma bola fazia pressão no corpo, enquanto mencionava “*pé, pernas...*”, proporcionando-lhe assim um momento de relaxamento e de interiorização do seu esquema corporal.

Na 15ª sessão “DM” estava agitado e a chorar, por um desentendimento com outra criança no recreio, apresentando um discurso desorganizado, “O “DM” *empurrou um menino pequenino*”, falou na terceira pessoa e como se ele fosse outra pessoa o que nos deixou confusos e em alerta. Acalma-se quando vê o material, bolas de sabão, conseguindo trabalhar a imitação do gesto, a atenção conjunta e o movimento com o objeto.

Nas quatro sessões seguintes foram utilizados instrumentos musicais (xilofone, tambor, maracas, triângulo, etc.) para trabalhar a sensorialidade tátil e auditiva, a imitação do gesto, a atenção conjunta, o ritmo, a exploração do movimento espontâneo e o tempo de espera (esperar pela sua vez). Enquanto a interventora toca, a criança movesse ao som do instrumento e vice-versa, e embora inicialmente a criança se encontrasse retraído com o avançar das sessões vemos uma libertação do movimento, aderindo bem à tarefa proposta. Nas últimas sessões recorreremos ao trabalho rítmico sem instrumentos, usando apenas palmas e músicas ritmadas e com tempos

de espera. Na 20ª sessão “DM” mostra-se agressivo e irritado, tendo de terminar a sessão e junto das professoras de ensino especial percebemos que “DM” tinha estado agressivo nos últimos dias, e ao falar com a mãe percebemos que “DM” iniciou uma nova medicação, prescrita pelo seu médico pediatra.

Na sessão seguinte “DM” volta a mostrar-se irritado e confuso da realidade, falando do Diogo 1, Diogo 2 e Diogo 3. Mas foi possível, após insistência da interventora, jogarmos com a bola de bobath, avaliando-o ao nível da sua psicomotricidade (coordenação óculo-manual, óculo-pedal, lateralidade, cardinalidade, equilíbrios, noção do corpo). Na sessão seguinte a interventora procura continuar com a avaliação/observação psicomotora, recorrendo aos balões e às penas coloridas.

A 23ª sessão utilizámos novamente a bola de bobath, estimulando a sua sensorialidade, o movimento individual e o relaxamento do corpo. No início jogámos com a bola e “DM” apresenta alguma dificuldade na receção, e depois dançámos com a bola em díade. Após “DM” referir que estava cansado foi-lhe proporcionado um relaxamento na bola, junto ao espelho e no final recorreremos ao trabalho rítmico através de palmas e do bater dos pés.

Na 24ª sessão utilizámos aos panos coloridos e à música infantil, conseguindo uma maior proximidade da criança com a interventora, um movimento em díade com o objeto e explorar novos ritmos com diferentes intensidades e “DM” procura imitar o gesto da interventora.

Na última sessão não foi utilizado material, usando apenas o suporte musical e vários ritmos de palmas e para trabalhar o movimento de várias formas e com várias sugestões, *“vamos dançar como se fossemos o vento... como se fossemos muito pesados, como se fosses um pastilha elástica”*. “DM” libertou o seu movimento, seguindo a interventora como modelo da sessão.

3.2. Apresentação e análise de dados

a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Foi aplicada a CARS em dois momentos de avaliação (pré e pós intervenção), por uma psicóloga externa ao estudo, aos encarregados de educação de “DM” onde verificámos os seguintes resultados:

Tabela 13 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "DM"

Áreas Avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultados	Cotação da aplicação pós-avaliação	Resultados
Relacionamento inter-pessoal	2	Autismo leve/ moderado	2	Autismo leve/ moderado
Imitação	2		2	
Resposta Emocional	2		2	
Expressão corporal	2,5		2,5	
Uso do Objeto	1,5		1,5	
Adaptação e mudanças	1,5		1	
Uso do olhar	3		3	
Uso da audição	1,5		1,5	
Uso do paladar, olfato e do tato	3		2,5	
Medo e nervosismo	2,5		3	
Comunicação não-verbal	3		2,5	
Atividade	3		3	
Grau e consciência das respostas da inteligência	3		3	
Impressão Geral	2		2	
Total	35,0		34,5	

Verificámos que o resultado obtido numa primeira avaliação com a CARS, é de um valor total de **35,0**, referindo-se a um **autismo leve/ moderado**. É de salientar os valores mais elevados no *Uso do olhar*, com distração e evitamento e nas grandes dificuldades sentidas no *Uso do paladar, olfato e tato*, já que a sua utilização é muito deficitária e a criança é bastante

seletiva na escolha das comidas. A *Comunicação não-verbal* também se revela mais deficitária, bem como a área dos *Medos e Nervosismo* que são bastante acentuados. Numa segunda avaliação os resultados mantêm-se similares, sendo estas as áreas que se mantêm mais deficitárias.

A avaliação foi feita em contexto de sala, com entrevista ao encarregado da educação da criança, que forneceu todas as informações necessárias ao preenchimento da escala. A psicóloga não conseguiu realizar a observação direta da criança em nenhum contexto do seu dia-a-dia, pelo que as respostas apenas se reportam à informação dada pelo adulto encarregado da educação da criança. Não foi possível recolher informação junto de outros adultos significativos para criança. Alguns itens, pelo carácter generalista da prova, não forneciam a informação precisa sobre a possível mudança de comportamentos de uma primeira avaliação para a segunda.

b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)

Na aplicação pré e pós intervenção da GOP (Grelha de Observação Psicomotora) (Costa, 2008) verificam-se os seguintes resultados:

Tabela 14 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "DM"

1ª Avaliação (1ª – 3ª Sessão)	2ª Avaliação (21ª e 22ª Sessão)
Contacto: desadequado, excessivo.	Contacto: excessivo e evitante (por vezes).
Desenvolvimento estato-ponderal: não apresenta alterações.	Desenvolvimento estato-ponderal: não apresenta alterações.
Aparência Física: cuidada/investida.	Aparência Física: cuidada/investida.
A criança apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos, sem atributo simbólico.	A criança apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos, sem atributo simbólico.
Noção do esquema corporal: adequada. A impressão da imagem corporal: desadequada, inferior ao escalão etário.	Noção do esquema corporal: adequada. A impressão da imagem corporal: desadequada, inferior ao escalão etário.
Gesto Espontâneo	

Qualidade do gesto: desadequada, brusco e precipitado, Retraído, inábil, Com sincinesias e paratonias.	Qualidade do gesto: brusco e precipitado; Retraído e inábil.
Intenção do movimento: inoperante, sem planeamento e imaturo.	Intenção do movimento: inoperante, imaturo e por vezes eficiente.
Resposta ao estímulo motor: desadequada, precipitada ou lentificada.	Resposta ao estímulo motor: desadequada, lentificada
Regulação do esforço: desadequado, atingindo o objetivo com muito esforço.	Regulação do esforço: desadequado, atinge o objetivo com muito esforço.
Postura: desadequada - tónico-emocional, e uma tonicidade hipotónica	Postura: desadequada - tónico-emocional, e uma tonicidade hipotónica.
Exibe sincinesias e paratonias segmentares e de localização (faciais).	Exibe sincinesias e paratonias segmentares e de localização (faciais).
Reconhecimento da lateralidade: reconhece em si. Reconhecimento da cardinalidade: adequada.	Reconhecimento da lateralidade: reconhece em si. Reconhecimento da cardinalidade: adequada.
Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por descontrolo corporal.	Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: não regulados, por descontrolo corporal.
Perceção visual e auditiva: adequada.	Perceção visual e auditiva: adequada.
Deslocação no espaço	
Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: imatura	Orientação no espaço de arquitetura do pensamento: imatura e desorganizada. Orientação no espaço de cardinalidade: imatura.
Estruturação rítmica: imatura.	Estruturação rítmica: adequada; Imatura.
Coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: imaturas e insuficientes.	As coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: imaturas e insuficientes.
Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita.	Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita.
Atividade Espontânea	
Participação: ativa ou passiva, sintónica e inclusiva (depende da tarefa).	Participação: ativa ou passiva, sintónica e inclusiva (depende da tarefa).
Apresenta preferências; Entreajuda: sim Coopera: por aceitação.	Apresenta preferência, entreajuda e cooperação. Entreajuda: sim Coopera: disponibilidade
Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. Não é competitivo por indiferença.	Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. Não é competitivo por indiferença ou por estar indisponível.

<p>Na harmonia com os materiais: discordante na relação por indiferença e por ser disruptivo (pega e larga, sem exploração aparente, Adequado de acordo com o valor simbólico do material, Desadequado, pela sua utilização descuidada.</p>	<p>Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo assertivo (com qualidade para melhorar), Discordante na relação, por indiferença e por disrupção (pega e larga, sem exploração aparente) Adequado de acordo com o valor simbólico do material.</p>
<p>No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns, e tem uma acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”).</p>	<p>No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns, e tem uma acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”).</p>
<p>Atenção: reduzida e não focalizada.</p>	<p>Atenção: não focalizada.</p>
<p>Manifesta: deseja e antecipa, mas é indiferente e desistente.</p>	<p>Manifesta: não manifesta desejo nem antecipa.</p>
<p>Planificação: ausente (não tem iniciativa)</p>	<p>Planificação: ausente.</p>
<p>Atitude: passiva Não participa por desistência.</p>	<p>Atitude: participativa, passiva e em colaboração, Não participativa por desistência (fala de motivação) ou por indiferença.</p>
Linguagem	
<p>Linguagem recetiva: adequada (a aprofundar) e duvidosa. Linguagem expressiva: imatura. Voz: falsete. Semântica e sintaxe: imatura. Pragmática: é de compreensão parcial do discurso do outro.</p>	<p>Linguagem recetiva: adequada (a aprofundar) e duvidosa. Linguagem expressiva: imatura e insuficiente (por recursos culturais). Voz: falsete. Semântica e sintaxe: imatura Pragmática: compreensão parcial do discurso do outro.</p>
<p>Olhar: evitante e aceitante Sorriso: discordante por dificuldades de leitura ou de compreensão Expressão facial: discordante, paradoxal Postura: retraída Gesticulação retraída.</p>	<p>Olhar: intencional, aceitante, intrusivo e evitante (em certos momentos) Sorriso: discordante por dificuldade de leitura ou de compreensão Expressão facial: concordante com a emoção; Discordante, inexpressivo. Postura: retraída Gesticulação: incoerente, retraída e excessiva.</p>
<p>Apresenta uma expressão dos afetos.</p>	<p>Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos, mas faz um esforço para conseguir após reforço positivo.</p>
<p>Pensamento simbólico: não observado.</p>	<p>Pensamento simbólico: evasivo (com fugas) Equação simbólica (prova difusa da realidade).</p>

Na avaliação com o instrumento acima referido, verificam-se alterações em determinadas áreas, nomeadamente na estruturação rítmica, embora continue imatura já apresenta momentos em que é adequada; na harmonia com o material começou a manifestar-se concordante na relação, sendo assertivo (com qualidade para melhorar) e adequado de acordo com o valor simbólico, embora hajam momentos de discordância na relação, por indiferença e por disrupção, principalmente nas últimas sessões em que “DM” se apresenta desorganizado devido à mudança de medicação.

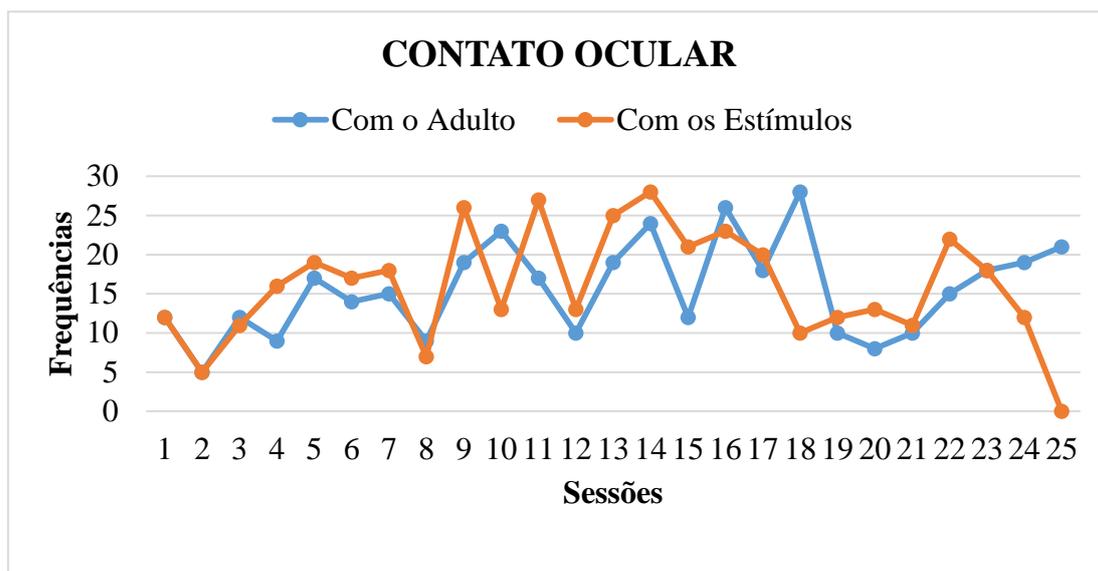
“DM” começa a ter uma atitude ora participativa ora passiva e em colaboração com o desenrolar da intervenção, embora com momentos de desistência por falta de motivação, por indiferença ou por se sentir cansado, visto que “DM” no final da intervenção se mostra com momentos de cansado e falta de energia.

O seu olhar começa a ser intencional, aceitante, intrusivo, embora, por vezes, também evitante. E a sua expressão facial passa a ter momentos de concordância com a emoção, embora com momentos de discordância, mostrando-se inexpressivo.

c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)

As sessões foram sujeiras a gravação audiovisual e à aplicação da GOCC (adaptada de Santos & Simões 2009), sendo assim possível apresentar os seguintes dados:

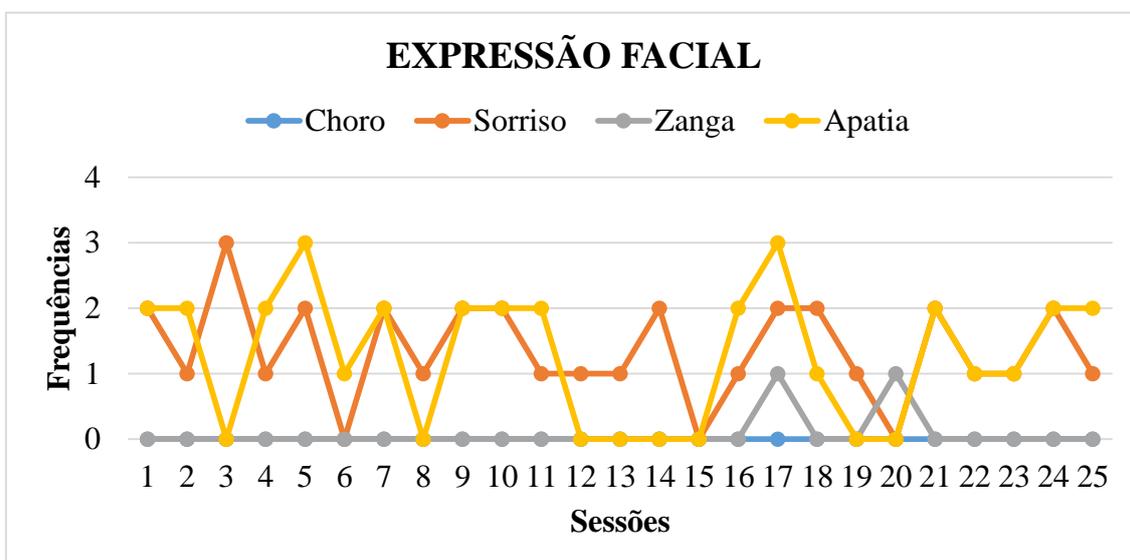
Figura 29 - Contato Ocular com o Adulto e com os Estímulos - "DM"



Ao nível do estabelecimento do contato ocular com o adulto verifica-se um aumento significativo, iniciando a primeira sessão com uma frequência de 12 e termina na 25ª sessão com frequência de 21, observando sessões com frequências entre 23 e 28.

Em relação ao contato ocular com os estímulos verificamos que ao longo da intervenção houve um aumento, embora com oscilações até à sessão 14, e de seguida observamos um decréscimo nas últimas sessões. Na sessão 25 não usámos material.

Figura 30 - Expressões Faciais: Choro; Sorriso; Zanga; Apatia - "DM"



Podemos verificar que ao longo das sessões a apatia muito manifestada por “DM” embora hajam oscilações da sua manifestação entre as sessões devido aos seus pontos de interesse, mas a sessão 3 não manifestou apatia, assim como na 8, da 12 à 15 e as 19 e 20. Na sessão 3 recorremos aos balões coloridos, na sessão 8 aos panos coloridos de várias dimensões e texturas, da 12 à 14 usámos um pano azul transparente de grande dimensão, na sessão 15 bolas de sabão e nas sessões 19 e 20 recorremos aos instrumentos musicais (xilofone e tambor). Observamos, na figura, que quando a apatia diminui há um aumento do sorriso.

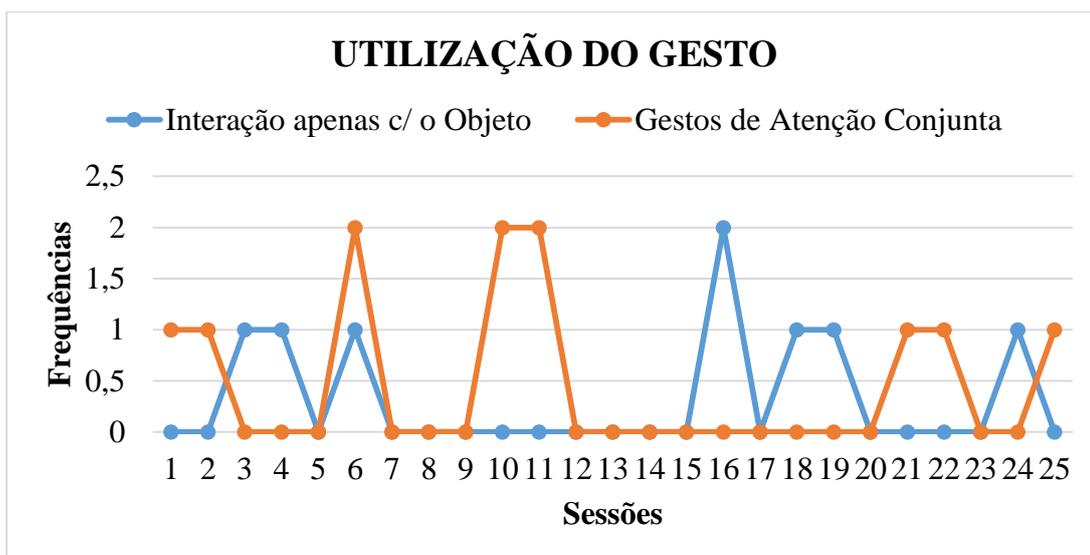
Verifica-se momentos de zanga na sessão 17 e 20, por ser contrariado e por ser a fase em que se apresentou mais desorganizado, devido à mudança de medicação.

Figura 31 - Utilização do Gestos: Imitação do Gestos - "DM"



Ao longo da intervenção é possível verificar uma evolução significativa na imitação do gesto, iniciando a primeira sessão com frequência de 2 e terminando com frequência de 10. Onde verificamos mais frequência (18) de imitação do gesto é na sessão 17, onde recorremos aos instrumentos musicais como material da sessão.

Figura 32 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta - "DM"

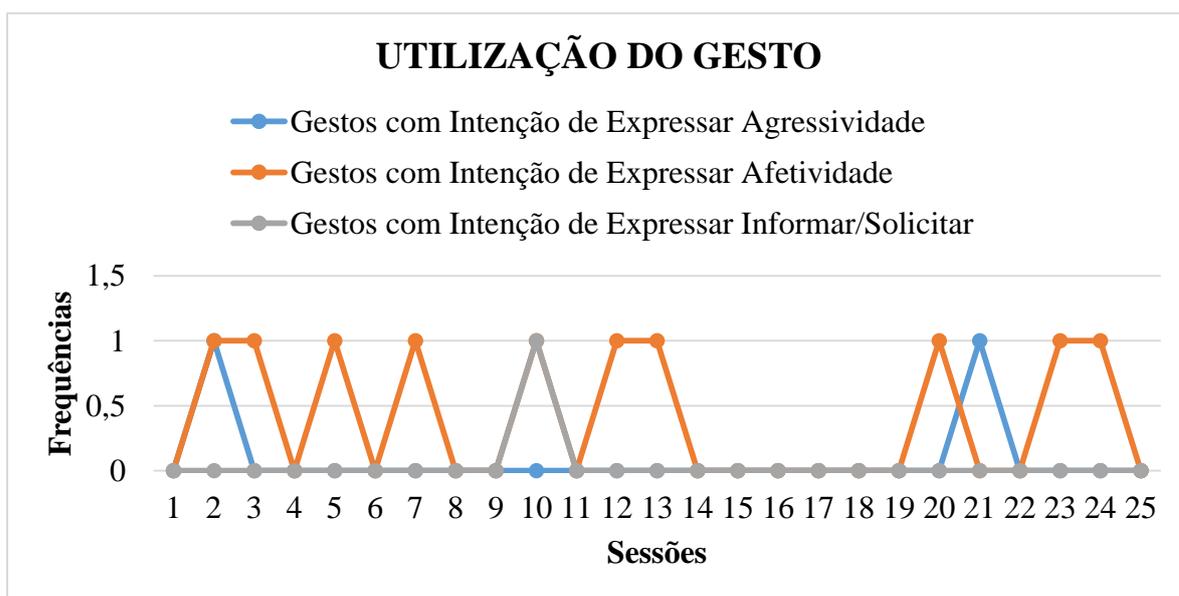


Na seguinte figura verificamos que a criança usa gestos de atenção conjunta, como apontar, apenas nas sessões 1, 2, 6, 10, 11, 21, 22, 25.

“DM” interage apenas com o objeto nas sessões 3, 4, 6, 16, 18, 19 e 24, partilhando, nas restantes, o objeto com a interventora.

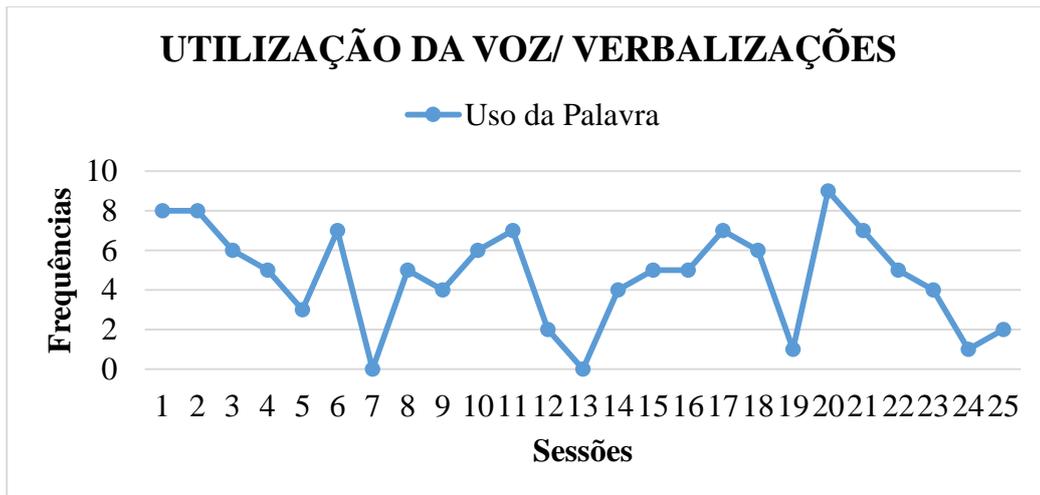
Figura 33 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade; Afetividade; Informar/Solicitar -

"DM"



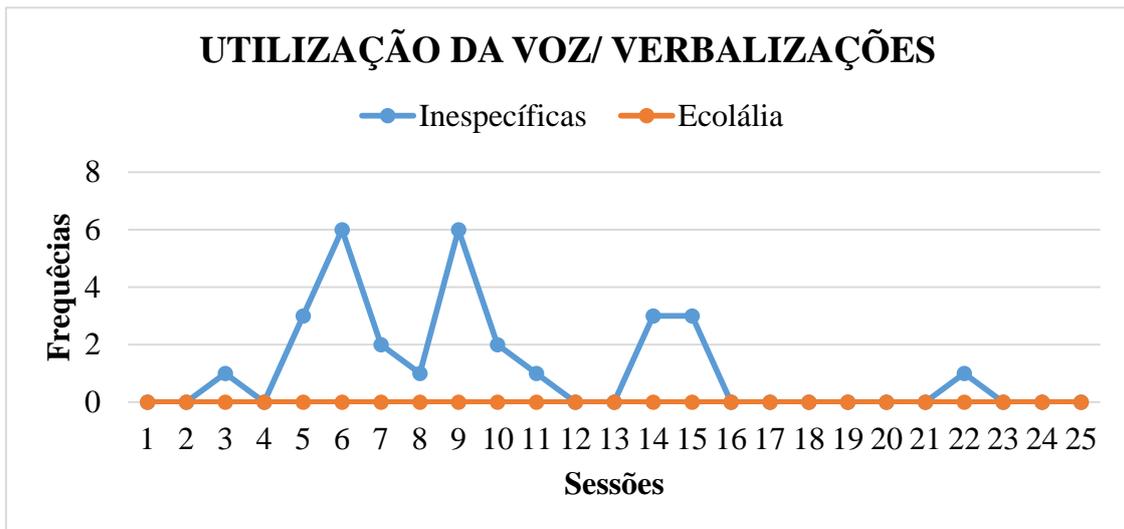
Ao longo da intervenção a criança recorre maioritariamente ao gesto com intenção de expressar afetividade, existindo momentos em que procura um abraço, um carinho ou até mesmo colo. Observamos que expressa agressividade na sessão 2 e 21 por ser contrariado, e utilizou gestos com intenção de informar/solicitar na sessão 10.

Figura 34 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra - "DM"



Ao longo da intervenção verificamos que “DM” apresenta várias oscilações no uso da palavra, existindo sessões que mostrou maior a frequência e outras que mostrou menor frequência no uso da palavra. Nas últimas 5 sessões verificamos um decréscimo no uso da palavra, dando mais ênfase ao movimento.

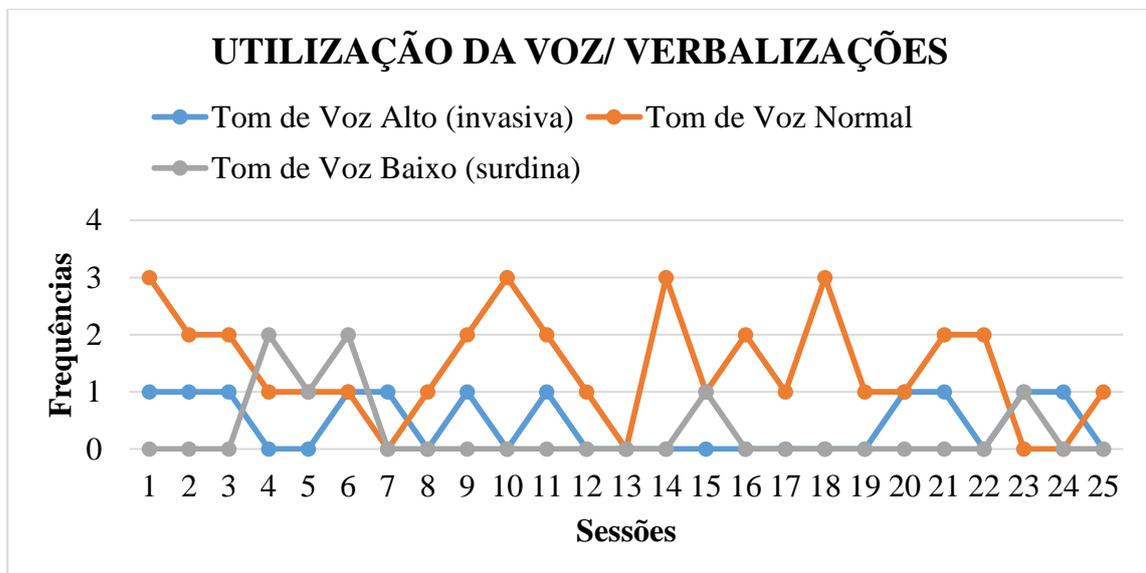
Figura 35 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália - "DM"



Ao longo da intervenção verificamos que "DM" não apresenta ecolália.

Nas primeiras 16 sessões "DM" utiliza a voz sem intenção de comunicar com frequência, usando sons e gritos (inespecíficas), deixa de se manifestado só voltando a surgir na 22ª sessão.

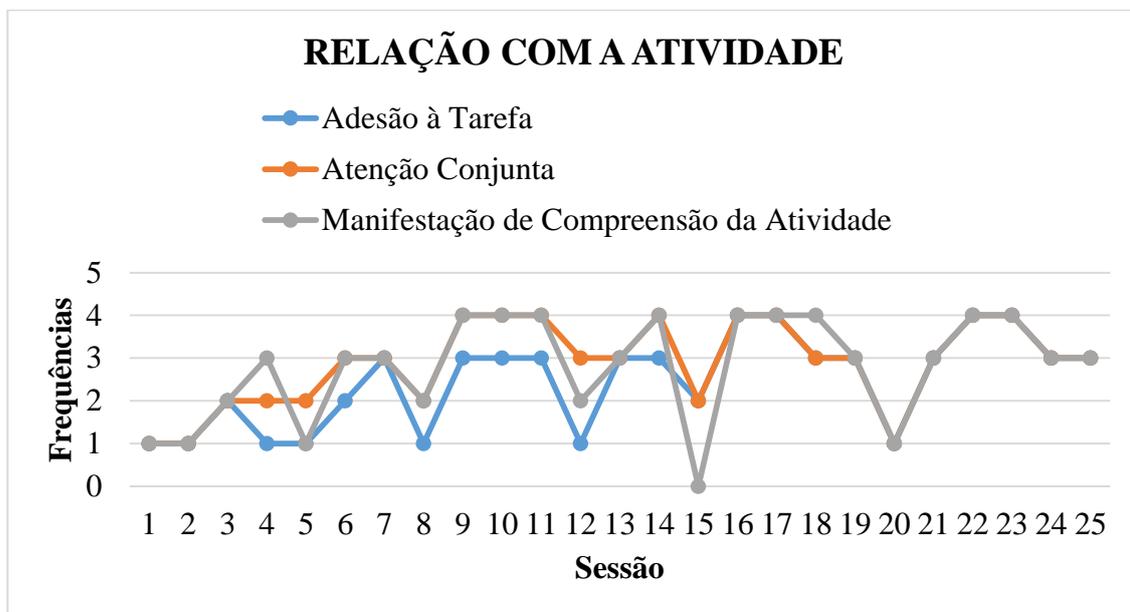
Figura 36 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) - "DM"



Verificamos que o "DM" apresenta com maior frequência um tom de voz normal ao longo da intervenção, embora manifeste um tom de voz alto, principalmente quando utiliza a voz sem

intenção de comunicar (inespecífica). Só manifesta o tom de voz baixo (surdina) nas sessões 4, 5, 6, 15 e 23.

Figura 37 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade
- "DM"



Ao longo da intervenção verificamos que a sua adesão à tarefa aumenta, tal como aumenta o interesse de "DM" pelas sessões e a compreensão da atividade, embora com várias oscilações.

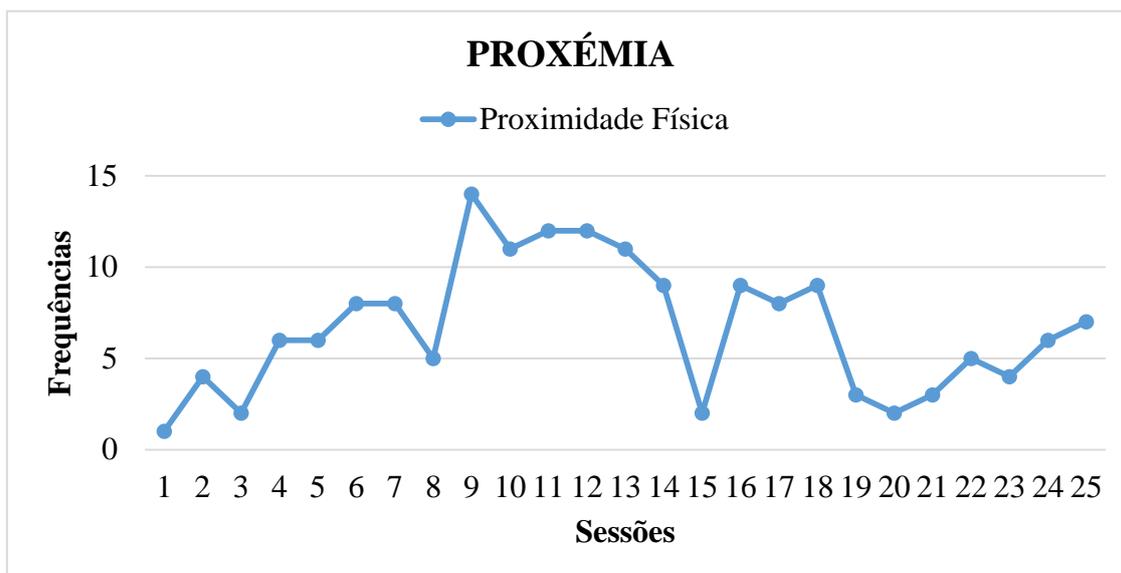
Em relação à atenção conjunta verificamos um ligeiro aumento, embora com ligeiras oscilações de sessão para sessão ao longo da intervenção, dependendo do material usado.

Figura 38 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade - "DM"



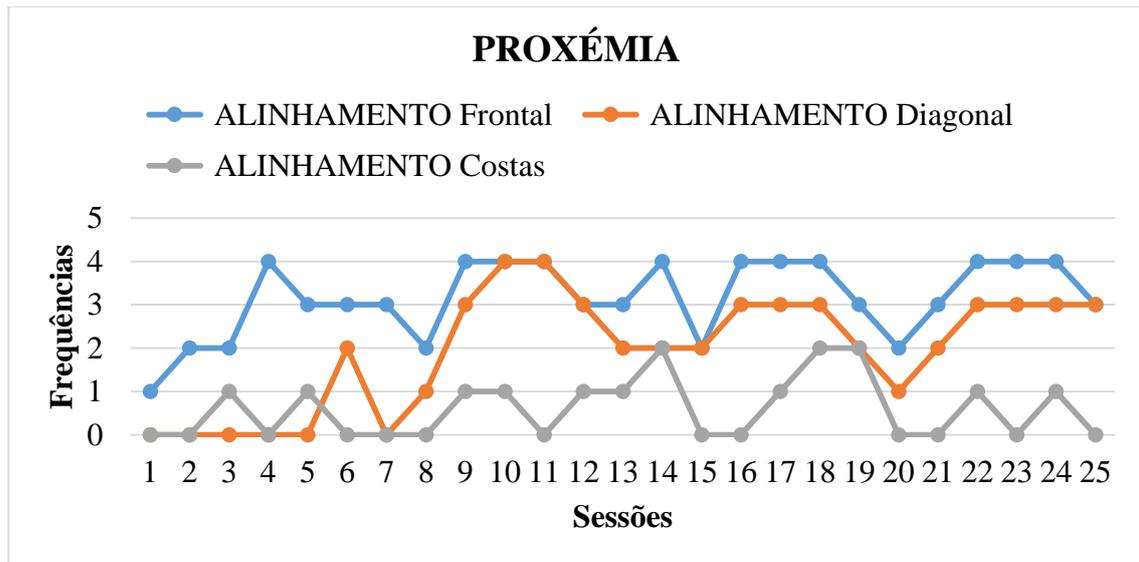
Ao longo da intervenção verificamos que há um aumento de permanência na atividade (em minutos) embora com oscilações, dependendo do interesse que a atividade desperta na criança. As sessões 10, 11, 14, 17 e 23 apresentam um aumento significativo da duração de permanência na atividade (4 minutos).

Figura 39 - Proxémia: Proximidade Física – "DM"



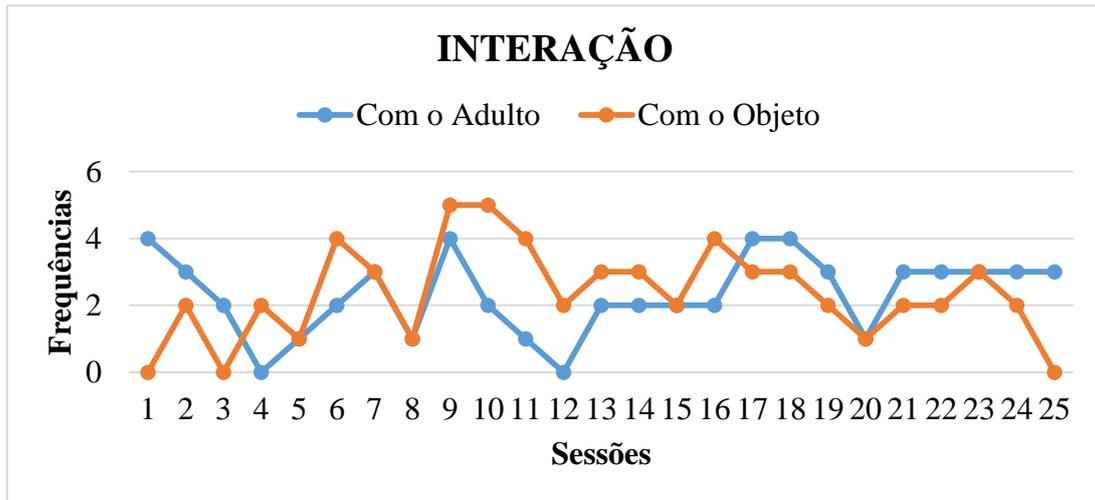
Verificamos um aumento na proximidade física entre o “DM” e a interventora embora decresça um pouco a partir da 9ª sessão. Nas últimas sessões a proximidade que “DM” procura e estabelece tem maior tempo de duração, deixando de ser apenas o “aproxima e afasta”, como se verificou nas primeiras sessões.

Figura 40 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas - "DM"



Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta com mais regularidade alinhamento frontal, seguindo-se o alinhamento diagonal também com alguma frequência. Verificamos ainda que a criança apresenta momentos em que está de costas para o adulto, embora com menos frequência.

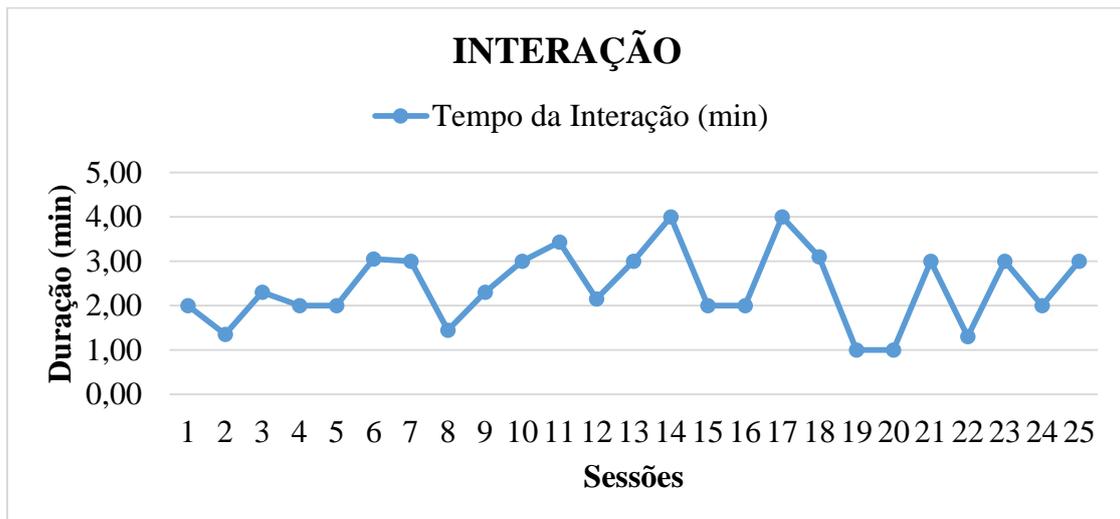
Figura 41 - Interação: com o adulto, com o objeto - "DM"



Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta um decréscimo na interação com o adulto até à 4ª sessão, aumentando de seguida. Ao longo das sessões existem várias oscilações na interação com o adulto, regularizando a partir da sessão 13.

Em relação à interação com o objeto verificamos que a criança vai interagindo ao longo das sessões, embora com oscilações devido ao seu interesse mais particular por determinados objetos. A última sessão não recorreu ao uso de objetos.

Figura 42 - Interação: tempo de interação - "DM"



Ao longo da intervenção verificamos a duração do tempo de interação foi regular, oscilando ligeiramente. As sessões em que permanece mais tempo foi a 11, 14 e 17 por ir mais ao encontro dos seus interesses e necessidades.

3.3. Síntese reflexiva

A presente intervenção com “DM” permite-nos refletir que o corpo manifesta necessidades, as tensões, os conflitos e os desejos de cada criança, sendo necessário estarmos atentos aos comportamentos, atitudes e ao corpo da criança, sendo necessário refletir sobre a criança e os seus comportamentos em determinados momentos e sobre a nossa atitude, enquanto interventores/terapeutas, perante a criança e as suas necessidades, tensões, conflitos e desejos.

“DM” demonstrou várias características visíveis logo no primeiro contato comuns da PEA, nomeadamente no contato evitante, embora por vezes intrusivo, dependendo do momento ou da situação e disposição da criança, com uma disfunção na relação e ausência na partilha de interesses com o outro, estando assim a sua reciprocidade social também comprometida. Manifesta comportamentos repetitivos, em determinados momentos, e uma ausência na imitação dos gestos, com uma desorganização a nível dos padrões de movimento e da organização espaciotemporal. Tem facilidade em comunicar verbalmente, com uma voz em falsete, mas tem dificuldade de compreender o discurso do outro e na comunicação não-verbal, nomeadamente na expressão das emoções e na expressão facial. A nível motor exhibe uma marcha em bicos dos pés e uma descoordenação motora, com dificuldade no movimento e no ritmo.

Com a intervenção em dança enquanto recurso da psicomotricidade relacional inicia o seu contato ocular com o adulto, aumentando ao longo da intervenção, manifestando um olhar intencional, aceitante e por vezes até intrusivo, embora com momentos em que é evitante

(quadro n.º 29). Verificamos momentos de sorrisos ao longo da intervenção (quadro n.º 30), um aumento na imitação do gesto (quadro n.º 31) e na utilização de gestos para expressar afetividade (quadro n.º 33).

“DM” com o passar das sessões começa a explorar o seu movimento de forma espontânea, o ritmo e a música com o movimento, permanecendo nas atividades durante mais tempo (quadro n.º 38), começa também a organizar-se espacialmente, procurando o adulto como referência.

As regras da sessão foram adquiridas, como o ritual de entrada e de saída da sessão e todas as regras que a sala exigia.

4. “GP”

4.1. Dados de Anamnese

“não tenho expectativas para o meu filho”, mãe de “GP”

“GP” é um rapaz de 12 anos, que vive com a mãe e o irmão mais velho de 15 anos porque os pais estão separados e o pai encontra-se a viver em França.

Em entrevista, a mãe partilha que a gravidez não foi planeada mas foi acompanhada embora com um estado emocional atribulado, a um ritmo acelerado mas sem complicações e aos três meses começou a imaginar o bebé. “GP” nasce às 42 semanas com 3,980 kg e 52 cm, no hospital de Abrantes, de parto induzido com 14 horas da duração do trabalho de parto.

“GP” mostrou-se desde cedo um bebé calmo e sossegado, sem manifestar sinais de prazer ou desprazer, era muito birrento quando mudava de ambiente. Nunca dirigiu o olhar a outras pessoas sem ser os pais e a mãe confessa que não se recorda se alguma vez se expressou por choro, sorriso ou gestos, tal como não se recorda quando é que “GP” segurou a cabeça e se sentou sozinho. Recorda-se que se virou sozinho aos 6 meses, gatinhou, ficou de pé e começou a subir e a descer escadas aos 8 meses e andou pela primeira vez aos 18 meses. Aos 2 anos vestiu camisolas sozinho e abotoou o casaco aos 6 anos. Aos 3 anos teve o controlo dos esfíncteres e começou a responder ao nome na mesma altura. Sempre teve reflexo de sucção, mamou até aos 8 meses e, posteriormente passou para o biberão até aos 18 meses. Aos 6 meses foi introduzida a comida sólida sem problema e ainda hoje não tem sensibilidade aos alimentos.

Em bebé, dormia bem *“a noite toda”* (diz a mãe), continuando a dormir bem atualmente, por volta de 9 horas, sem nenhum ritual para dormir. Tem quarto próprio e cama própria, mas dorme algumas vezes com a mãe por ter medo da noite, ter pesadelos e terrores noturnos.

A mãe confessa que não se recorda quando é que “GP” vocalizou pela primeira vez, qual a primeira palavra ou frase. Refere que sorri e se mostra contente e satisfeito, parecendo feliz a maior parte das vezes e não requer muita atenção parental. Prefere as crianças aos adultos

para brincar, mas tem dificuldade em fazer amigos e fica desconfortável em conhecer novas pessoas. Tem preferência pela informática e pelo inglês.

Apresenta erupções/borbulhas frequentes na pele, tiques e rói as unhas. Nunca esteve com medicação por um período prolongado de tempo e nunca foi hospitalizado, mas vai com frequência ao pediatra, uma vez por ano, e presentemente toma medicação para estar calmo porque perde o controlo quando se zanga, principalmente com situações com o irmão mais velho. Tem apoio terapêutico regular mas, de momento, não tem apoio psicológico. Foi-lhe dado o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo e Perturbação Global do Desenvolvimento, por uma média pediatra.

Foi a mãe que cuidou de “GP” os primeiros meses de vida e posteriormente frequentou o jardim-de-infância. Atualmente frequenta o 6º ano e é acompanhado pela educação especial.

4.2. Intervenção

A intervenção com “GP” duas vezes por semana.

“GP” apresenta-se evitante e com uma postura impositiva, com algum entusiasmo pelo material apresentado (bolas), mas sempre que a interventora tenta jogar a parte com bola ele devolve-lha com muita força e precipitação. Observámos a sua lateralidade e o seu esquema corporal mas não foi possível visto que “GP” não respondia às solicitações da interventora, evitando-a constantemente.

A segunda sessão teve o mesmo esquema da primeira e “GP” mostra-se desde logo preocupado, dizendo *“não sei se é boa ideia brincarmos com as bolas”*, porque estava com receio de continuar a devolver a bola com força, depois de ser chamado à atenção. Após um grande momento de desinteresse pela sessão e pelo material focaliza a sua atenção pela bola de bobath e a interventora incentiva-o a sentar-se nela enquanto o ajuda a saltar, mas “GP” fica preocupado *“sabes? Eu sou mais pesado. Acho que a bola vai rebentar”*. De seguida, procura

jogar com a interventora à bola e mostra dificuldades em agarrar a bola e devolve-la devagar, continuando com um gesto brusco e precipitado.

Na terceira sessão “GP” demonstra não gostar do material disponível, os balões coloridos, pela sua sensorialidade e desinteressou-se logo pela sessão, procurando outros estímulos, e por não ser capaz de devolver o balão à interventora com a mão procura fazê-lo com a cabeça. Foi, assim, necessário readaptar a sessão e voltar a jogar com as bolas, sendo, deste modo possível explorar as várias formas de deslocação no espaço (andar de gatas, a saltar com os pés juntos ou só com uma perna e a rebolar). É necessário que estejamos atentos e despertos para os medos e necessidades da criança, tendo a capacidade de alterar a intervenção.

Na quarta sessão “GP” entusiasma-se com as fitas de cetim coloridas de várias dimensões, sendo possível trabalhar o movimento individual com a música e uma fita, gira com a fita sobre si mesmo fazendo movimentos livres enquanto observa a interventora. Quando procurámos o movimento a dois, pegando uma ponta e a criança noutra, “GP” faz uma sugestão *“vamos puxar a fita com força, tu puxas para ti e eu para mim”*, sendo aceite pela interventora embora esta se tenha sentido desconfortável em determinados momentos porque o gesto do “GP” era muito brusco. No final desenhámos o corpo em tamanho real em papel de cenário, e, posteriormente, “GP” recortou o desenho com auxílio pois tinha medo que se rasgasse.

Na quinta sessão “GP” chega a rodopiar, descalça-se e logo começa a andar pelo ginásio ao som da música, enquanto a interventora procura explorar com ele várias formas de andar (bicos de pés, com os calcanhares, a marchar, com os joelhos dobrados, etc.) e as várias direções do espaço, e “GP” aceita, adere, imita e também sugeriu vários movimentos possíveis, que também são aceites pela interventora. Posteriormente foram usadas penas coloridas e “GP” começa logo a explorá-las, tocando-lhes e soprando-as, *“sopra para mim que eu sopro para ti”* (diz “GP”). Colocámos as penas no chão, espalhadas pelo ginásio, enquanto rodopiamos à volta delas, atirando-as ao ar e rebolamos sobre elas, com recurso à música, explorando também

o movimento e o esquema corporal com as penas, nomeando as partes do corpo (“*pena no pé...*”).

Nas quatro sessões seguintes usámos panos coloridos, de várias dimensões e texturas como material da sessão para explorar o movimento individual e em díade, o esquema corporal (enrolar-se pelo pano até ao adulto) e a proxémia. A atenção da criança nem sempre se encontra focada, sendo necessário chamá-lo. “GP” sugere jogos para o objeto e a interventora aceita e tenta guiar a sessão de acordo com a sugestão. Procura os panos pesados para se tapar e tapava a cabeça, como se quisesse estar escondido e move-se por baixo dos panos, e a interventora imita o gesto da criança como forma de o motivar e reforçar positivamente.

Após interrupção as férias letivas voltámos a trabalhar ainda as várias ações de movimento e a deslocação no espaço, assim como as intensidades de movimento (rápido e lento), com os panos, sendo esta atividade fundamental para a regulação do esforço da criança.

Nas duas sessões seguintes usámos fitas de cetim coloridas com várias dimensões para explorar as várias dimensões do espaço (cima, baixo, médio, frente, trás e lados), o movimento individual, os ritmos e os tempos de espera na música (estátuas), e as várias formas de andar no espaço (bicos de pés, calcanhares, a marchar, a gatinhar). “GP” faz a sugestão, na segunda sessão com fitas, “*corre pela sala com a fita para eu tentar apanhar*”, sendo aceite pela interventora.

Nas três sessões seguintes foi usado um pano azul de grande dimensão para explorar o movimento em díade e “GP” demonstra-se, pela primeira vez, um gesto calmo e sintónico, com um movimento mais leve. Explorámos também as dimensões espaciais (dentro de fora do pano), a proxémia e a imitação do gesto da interventora.

Na 15ª sessão, encontrava-se bastante curioso e empolgado com o material, as bolas de sabão. Explora a atenção conjunta, a imitação do gesto e o movimento livre com o objeto,

através de simples tarefas para fazer bolas de sabão: fazer bolas a girar, a soprar, a correr, a saltar, e a dançar.

Nas quatro sessões seguintes recorreremos aos instrumentos musicais (xilofone, tambor, maracas, triângulo, etc.) trabalhando a sensorialidade tátil e auditiva, a imitação do gesto, a deslocação do espaço ao som de um ritmo, a atenção conjunta, a exploração do movimento espontâneo e o tempo de espera (esperar pela sua vez). “GP” liberta o seu movimento ao som dos instrumentos, após observar a interventora e esta procura reforçá-lo sempre positivamente e motiva-o aceitando as suas ideias e sugestões de movimento.

Sugerimos que se movesse ao som do instrumento tocado pela interventora, aceitou movendo-se livremente, sendo possível a troca de papéis em que “GP” tocava o instrumento para a interventora se mover. Com o desenrolar das sessões a tarefa foi dificultada para trabalhar as várias intencionalidades do ritmo (sons fortes e rápidos, sons fracos e suaves), com batidas mais fortes os movimentos tinham de ser pesados e fortes, com batidas mais lentas os movimentos tinham de ser leves. Foi ainda possível trabalhar os ritmos sem instrumentos musicais, através de palmas, de bater com os pés no chão, bater nas pernas, etc. “GP” olha atento a interventora, tentando imitá-la. Certa altura, começa a mostrar-se cansado no final das sessões, a nível postural e ele próprio referia estar cansado.

Na 21ª sessão utilizámos bolas, uma grande, uma média e uma pequena, e iniciou logo o seu jogo a par, sendo possível observar a sua psicomotricidade através de tarefas simples, como chutar a bola apenas com a perna esquerda ou direita (avaliação óculo-pedal e lateralidade), atirar a bola apenas com a mão direita ou esquerda (avaliação óculo-manual e lateralidade). A criança dança com o adulto com a bola na barriga, na cabeça, etc. (esquema corporal), sendo um grande progresso, pela sua proximidade e capacidade de movimento sintónico em díade.

Na 22ª sessão utilizámos aos balões e a penas coloridas e mais uma vez “GP” não aceita os balões e faz a sugestão de um jogo, “*quem sou eu?*”, assim lhe chamou, que continha em

fazer mimica, como vários animais, objetos, profissões, etc. A interventora logo aceitou o seu jogo, reforçando-o positivamente e “GP” surpreendeu com a sua capacidade de desempenhar a tarefa, imitando objetos e animais. Faz de gato, círculo, de praia, etc.

Na 23ª sessão recorremos à bola de bobath para trabalhar o movimento do corpo e as várias proximidades. “GP” e a interventora colocam a bola entre eles e juntos movem-se ao som da música, explorando assim os ritmos e várias intensidades rítmicas com e sem a bola, só através do corpo, batendo as palmas, com os pés no chão, etc. “GP” aproveita para bater na bola com força, reproduzindo um som forte e, de seguida mostra-se cansado.

Na 24ª sessão foram utilizados panos coloridos, conseguindo a sintonia de movimento, em díade. Com o pano nomeamos as várias partes do corpo (“pano na cabeça e vamos apenas mover a cabeça”, etc.) e explorámos os ritmos com o corpo através de palmas, bater dos pés, etc., e juntos dançam de mãos dadas ao som da música, sendo um grande progresso na relação.

Na última sessão não houve recurso a material, usámos apenas o suporte musical e vários ritmos de palmas., sendo possível trabalhar o movimento fazendo várias sugestões, *“vamos dançar como se fossemos o vento... como se fossemos muito pesados, como se fosses um pastilha elástica, como se estivéssemos a nadar”*. “GP” liberta o seu movimento, seguindo a interventora e no final da sessão jogam ao Jogo da Estátua e do Escultor, em que a interventora lhe sugere que fique quieto enquanto ele construía uma estátua. “GP” aceita e mostra-se confiante com a atividade, sendo possível trocar de papéis.

4.3. Apresentação e análise dos dados

a. CARS (Childhood Autism Rating Scale)

Foi aplicada a CARS em dois momentos de avaliação (pré e pós intervenção), por uma psicóloga externa ao estudo, aos encarregados de educação onde se verificam os seguintes resultados pré e pós intervenção:

Tabela 15 - Avaliação pré e pós intervenção (CARS) - "GP"

Áreas Avaliadas	Cotação da aplicação pré-intervenção	Resultados	Cotação da aplicação pós-avaliação	Resultados
Relacionamento inter-pessoal	2	Autismo leve/ moderado	1,5	Normal
Imitação	3		3	
Resposta Emocional	3		2,5	
Expressão corporal	2		2	
Uso do Objeto	2		1,5	
Adaptação e mudanças	2		1	
Uso do olhar	2		2	
Uso da audição	2		1,5	
Uso do paladar, olfato e do tato	1,5		2	
Medo e nervosismo	2		2	
Comunicação não-verbal	2		2,5	
Atividade	2,5		3	
Grau e consciência das respostas da inteligência	1		1	
Impressão Geral	2		2	
Total	31,0			

Verificamos que o resultado obtido na primeira avaliação tem um valor de **31,0** que refere um **autismo leve/ moderado**. É de salientar os resultados mais elevados na Imitação, apresentando dificuldades na imitação do adulto, e na Resposta emocional que por vezes é desadequada e à situação. Numa segunda avaliação os resultados mantêm-se similares.

A avaliação foi feita em contexto de sala, com entrevista ao encarregado da educação da criança, que forneceu todas as informações necessárias ao preenchimento da escala. A psicóloga não conseguiu realizar a observação direta da criança em nenhum contexto do seu dia-a-dia, pelo que as respostas apenas se reportam à informação dada pelo adulto encarregado

da educação da criança; não foi possível recolher informação junto de outros adultos significativos para criança; alguns itens, pelo carácter generalista da prova, não forneciam a informação precisa sobre a possível mudança de comportamentos de uma primeira avaliação para a segunda.

b. GOP (Grelha de Observação Psicomotora)

Na aplicação pré e pós intervenção da Grelha de Observação Psicomotora (GOP) (Costa, 2008) verificam-se os seguintes resultados:

Tabela 16 - Observação Psicomotora (pré e pós intervenção) - "GP"

1ª Avaliação (1ª – 3ª Sessão)	2ª Avaliação (21ª e 22ª Sessão)
Contacto: desadequado, indiferenciado e evitante, perante o contacto com a terapeuta.	Contacto: desadequado, excessivo e indiferenciado; Adequado e interativo com o adulto.
Desenvolvimento estato-ponderal: não apresenta alterações.	Desenvolvimento estato-ponderal: não apresenta alterações.
Aparência Física: é cuidada/investida.	Aparência Física: tornou-se descuidada/desinvestida, devido a fatores externos (familiares).
A criança apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos, sem atributo simbólico.	A criança apresenta interesses de acordo com os contextos factuais lógicos, sem atributo simbólico
Noção do esquema corporal: muito imatura (avaliado através desenho real do corpo). A impressão da imagem corporal: adequada.	Noção do esquema corporal: adequada, de momento a criança sabe nomear todas as partes do seu corpo. A impressão da imagem corporal: inferior ao escalão etário.
Gesto Espontâneo Qualidade do gesto: desadequada, brusco, impulsivo e precipitado.	Qualidade do gesto: brusco, impulsivo e precipitado; Adequado à situação.
Intenção do movimento: eficiente e inoperante por imaturidade por falta de controlo no movimento.	Intenção do movimento: eficiente.
Resposta ao estímulo motor: desadequada, precipitada.	Resposta ao estímulo motor: adequada, embora ainda hajam momentos de precipitação.
Regulação do esforço: desadequado, atingindo o objetivo com muito esforço.	Regulação do esforço: é adequada, ainda que hajam alturas em que só atinja o objetivo com muito esforço.

Postura: desadequada - tónico-emocional, e uma tonicidade hipertónica.	Postura: desadequada - tónico-emocional, e uma tonicidade hipertónica; Adequada.
Exibe sincinesias e paratonias naturais.	Exibe sincinesias e paratonias naturais.
Reconhecimento da lateralidade: reconhece em si. Reconhecimento da cardinalidade: adequada.	Reconhecimento da lateralidade: reconhece em si. Reconhecimento da cardinalidade: adequada.
Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: são não regulados, por descontrolo corporal.	Equilíbrios estáticos: com oscilações Equilíbrios dinâmicos: adequados.
Perceção visual e auditiva: adequada.	Perceção visual e auditiva: adequada.
Deslocação no espaço	
Orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade: desorganizada.	Orientação no espaço de arquitetura do pensamento: adequada. Orientação no espaço de cardinalidade: adequada (algumas vezes), Imatura.
Estruturação rítmica: arritmica.	Estruturação rítmica: adequada; Imatura (por vezes).
Coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: adequadas mas com muita precipitação	As coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares: adequadas.
Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita.	Gestão da distância (reconhecimento das diferenças e hierarquias): reconhece e aceita.
Atividade Espontânea	
Participação: é passiva e sintónica.	Participação: ativa ou passiva (depende da sua disposição e da tarefa), Sintónica e inclusiva.
Apresenta preferências; Entreajuda: indiferente; Coopera por aceitação.	Apresenta preferência, entreajuda e cooperação.
Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. É excessivamente competitivo e não é solidário por ser uma criança indisponível.	Observação/Reprodução: faz réplica parcial e distorcida. Diminuiu a sua competitividade, sendo considerado moderadamente competitivo. Mostra-se uma criança solidária.
Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo disruptivo (pega e larga, por falha de constância), Discordante na relação, também por ser disruptivo (pega e larga, sem exploração aparente),	Na harmonia com os materiais: concordante na relação, sendo assertivo (com qualidade para melhorar), Discordante na relação, por ser disruptivo (pega e larga, sem exploração aparente) Adequado de acordo com o valor simbólico do material,

Adequado de acordo com o valor simbólico do material, Desadequado, pela sua utilização descuidada e disruptiva.	Descuidada.
No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, para exercício de domínio, e tem uma acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”).	No interesse pelo jogo: apresenta interesse pelo outro, na partilha de interesses comuns, e tem uma acomodação ao ritmo do outro (“pega a vez”).
Atenção: discordante, sendo reduzida e não focalizada.	Atenção: discordante, sendo reduzida e não focalizada.
Manifesta: desejo e antecipa, sendo obsessivo e desistente.	Manifesta: desejo e antecipa, sendo por vezes desistente.
Planificação: ausente Semiestruturada (não vai até ao fim).	Planificação: semiestruturada (não vai até ao fim)
Atitude: participativa, passiva.	Atitude: participativa, passiva e em colaboração, Não participativa por desistência (fala de motivação).
Linguagem	
Linguagem recetiva: adequada (a aprofundar) e duvidosa. Linguagem expressiva: imatura e insuficiente por recursos culturais. Voz: adequada. Semântica e sintaxe: adquirida em concordância e imatura. Pragmática: é de compreensão parcial do discurso do outro.	Linguagem recetiva: adequada (a aprofundar) e duvidosa. Linguagem expressiva: imatura e insuficiente por recursos culturais. Voz: adequada. Semântica e sintaxe: adquirida em concordância. Pragmática: é de compreensão parcial do discurso do outro.
Olhar: evitante e aceitante Sorriso: discordante por dificuldades de leitura ou de compreensão Expressão facial: discordante, paradoxal Postura: desafiante e impositiva Gesticulação excessiva e exuberante.	Olhar: intencional, aceitante e evitante Sorriso: concordante embora hajam momentos em que é discordante por dificuldades de leitura ou de compreensão. Expressão facial: concordante, Discordante, inexpressivo. Postura: adequada Desinteressado ou desinvestido. Gesticulação: coerente com o discurso e a situação Exuberante.
Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos.	Apresenta um bloqueio na expressão dos afetos, mas faz um esforço para conseguir após reforço positivo.
Pensamento simbólico: não observado.	Pensamento simbólico: consistente.

Na avaliação com o instrumento acima referido, verificam-se alterações após a intervenção de dança enquanto recurso da psicomotricidade, em determinadas áreas, nomeadamente no contato que, embora continue em determinados momentos desadequado, excessivo e indiferenciado, já se apresenta adequado e interativo. Manifesta uma aparência física descuidada/ desinvestida, devido a fatores externos e familiares e na 2ª avaliação a noção do corpo apresenta-se adequada, por já reconhecer as partes do seu corpo, embora a sua impressão da imagem corporal se apresentasse inferior ao escalão etário (avaliação realizada com o desenho de si). A qualidade do gesto tem momentos em que aparece como adequada à situação, deixando de ser apenas brusco, impulsivo e precipitado.

Apresenta-se adequado, embora com momentos de precipitação, na resposta ao estímulo motor e adequado na regulação do esforço embora ainda com momentos em que só atinga o objetivo com muito esforço. A sua postura também se apresenta adequada em determinados momentos, ainda que tónico-emocional e com uma tonicidade hipertónica noutras momentos da intervenção.

Observamos que os equilíbrios dinâmicos se apresentam adequados, assim como a sua orientação no espaço de arquitetura do pensamento e de cardinalidade e as coordenações motoras segmentares, tanto a óculo-manual, óculo-pedal e óculo-segmentares. A sua estruturação rítmica apresenta-se adequado, embora com alguns momentos de imaturidade. Com uma participação umas vezes ativa e outras vezes passiva, sintónica e inclusiva, dependendo da sua disposição, e interesse pela tarefa, manifesta preferência, entajuda e cooperação, e diminuiu a sua competitividade, sendo considerado moderadamente competitivo.

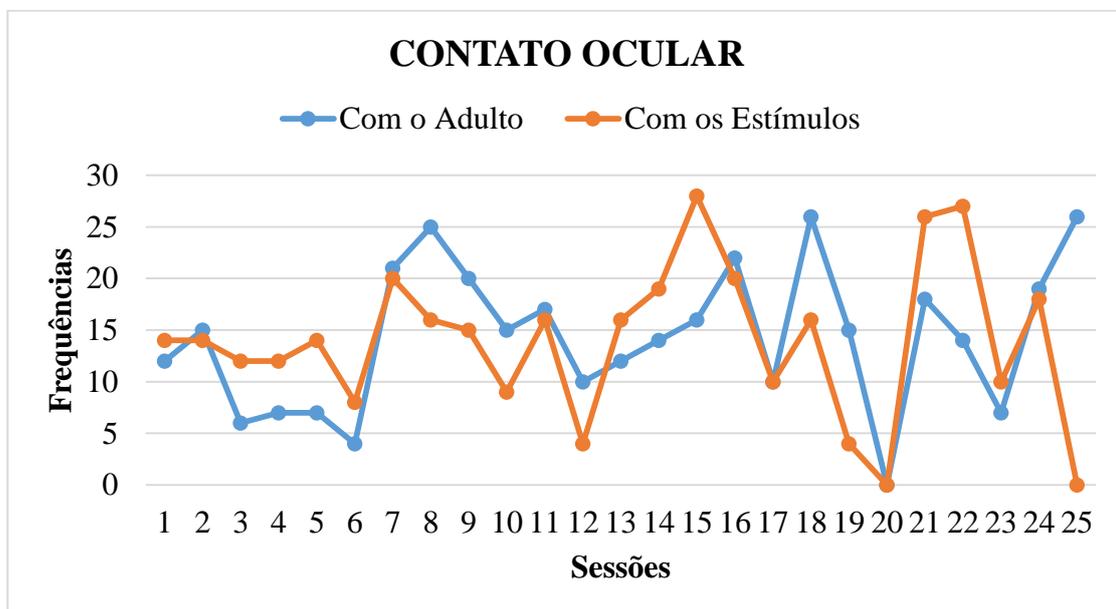
Verificamos que passa a apresentar um olhar intencional, aceitante e evitante, com um sorriso concordante embora com momentos de discordância por dificuldades de leitura ou de compreensão. A expressão facial também se apresenta concordante, com momentos de

discordância, apresentando-se inexpressivo, e a gesticulação apresenta-se coerente com o discurso e a situação, mas com momentos de exuberância.

c. GOCC (Grelha de Observação do Comportamento da Criança)

As sessões foram sujeitas a gravação audiovisual e à aplicação da GOCC (adaptada de Santos & Simões, 2009), sendo assim possível apresentar os seguintes dados:

Figura 43 - Contato Ocular com o Adulto e com os Estímulos - "GP"

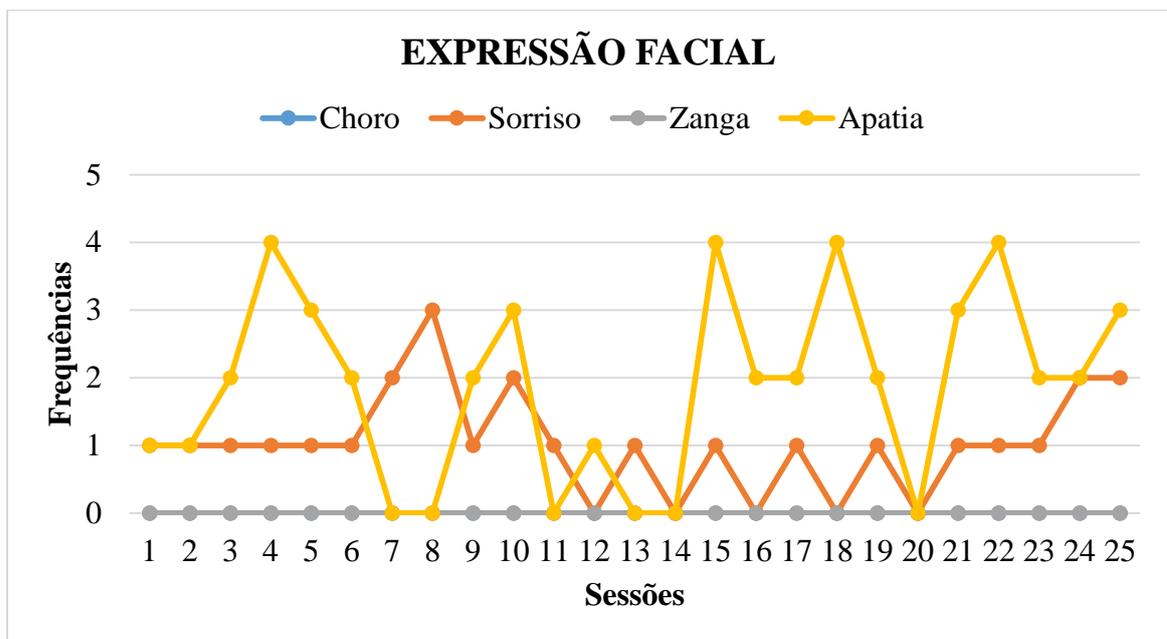


Ao nível do estabelecimento do contato ocular com o adulto verifica-se um aumento significativo, iniciando a primeira sessão com uma frequência de 12 e termina na 25ª sessão com frequência de 26. Ao longo da intervenção verificamos oscilação no contato ocular com o adulto, dependendo da sua disposição e interesse pela tarefa. As sessões 7, 8, 16, 18 e 25 são as que apresentam maior frequência (entre 21 e 26) de contato ocular com o adulto.

Em relação ao contato ocular com os estímulos verificamos que sofreu bastantes oscilações ao longo da intervenção, pelo seu interesse por determinados estímulos, sendo as sessões 7, 15, 16, 21 e 22 são as que apresentam maior frequência de contato ocular com os estímulos. Na

sessão 7 utilizámos panos coloridos, de várias dimensões e texturas, na sessão 15 bolas de sabão, na sessão 16 instrumentos musicais, na sessão 21 bolas e na sessão 22 foi quando “GP” sugeriu o seu jogo “quem é quem?”.

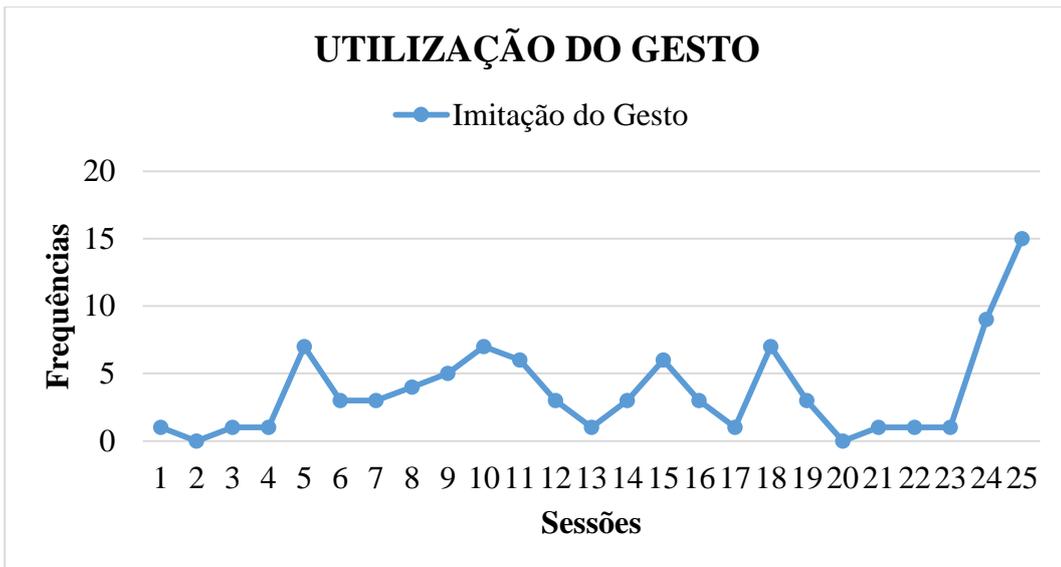
Figura 44 - Expressões Faciais: Choro, Sorriso, Zanga, Apatia - "GP"



Podemos verificar que ao longo das sessões a apatia é a expressão mais manifestada por “GP”. Nas sessões 7 e 8 foram usados panos de várias dimensões e texturas e não observamos que “GP” manifeste apatia, tal como nas sessões 11, 13 e 14, com a utilização do pano azul transparente de grande dimensão. E assim como na sessão 20 com a utilização de instrumentos musicais (tambor). Observamos que quando a apatia diminui aparecem momentos de sorriso.

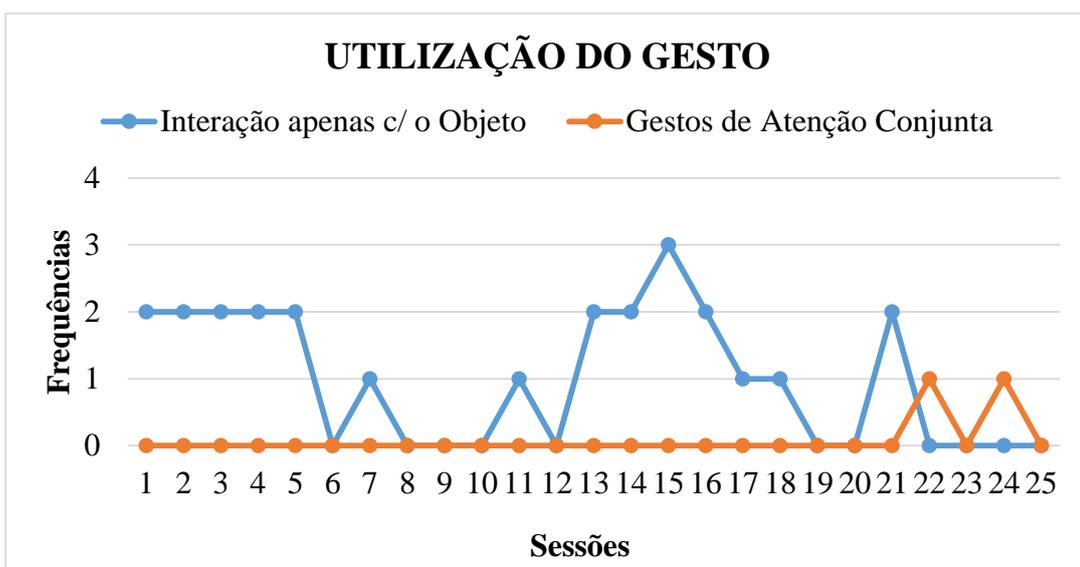
Não manifesta zanga.

Figura 45 - Utilização do Gesto: Imitação do Gesto - "GP"



Ao longo da intervenção é possível verificar uma evolução na imitação do gesto, iniciando a primeira sessão com frequência de 1 e terminando com frequência de 15. Ao longo da intervenção a imitação do gesto sofre algumas oscilações, mas com um crescimento visível, principalmente nas últimas sessões.

Figura 46 - Utilização do Gesto: Interação apenas com o Objeto / Gestos de Atenção Conjunta - "GP"



Na seguinte figura verificamos que a criança apenas usa gestos de atenção conjunta, como apontar, nas sessões 22 e 24.

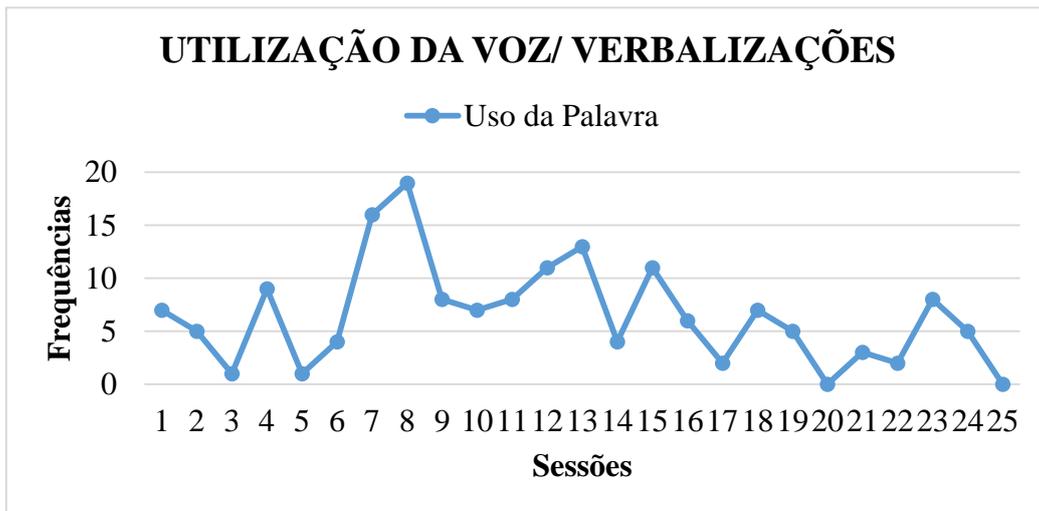
A sua interação apenas com o objeto é visível ao longo da intervenção. Nas primeiras cinco sessões “GP” interage apenas com o objeto com uma frequência regular de 2, sofrendo oscilações nas seguintes sessões, e a partir da sessão 12 há novamente um aumento na interação apenas com o objeto, mas nas últimas 4 sessões não se verifica esta interação, tal como nas sessões 8, 9 e 10. Nestas sessões usámos panos coloridos, de várias dimensões e texturas e fitas de cetim coloridas.

Figura 47 - Utilização do Gesto: Gestos com Intensão de Expressar: Agressividade, Afetividade; Informar/ Solicitar - "GP"



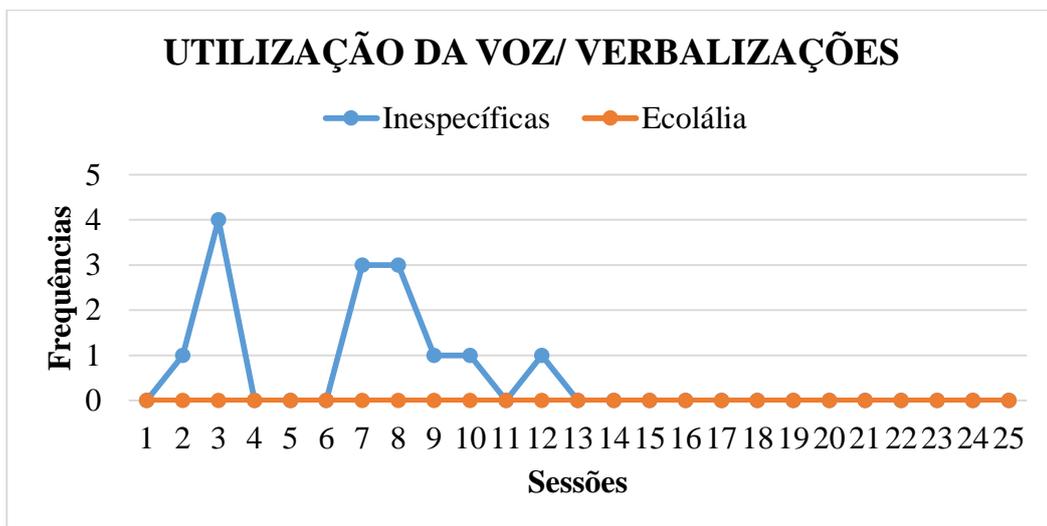
“GP” nas primeiras sessões utiliza gestos com intenção de expressar agressividade, mas posteriormente é regulada para a utilização de gestos mais sintónicos, só se volta a manifestar novamente na sessão 21. Na sessão 9 verificamos que utilizou gestos com intenção de expressar afetividade. E na 2ª sessão utilizou gestos com intensão de informar/solicitar.

Figura 48 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Uso da Palavra - "GP"



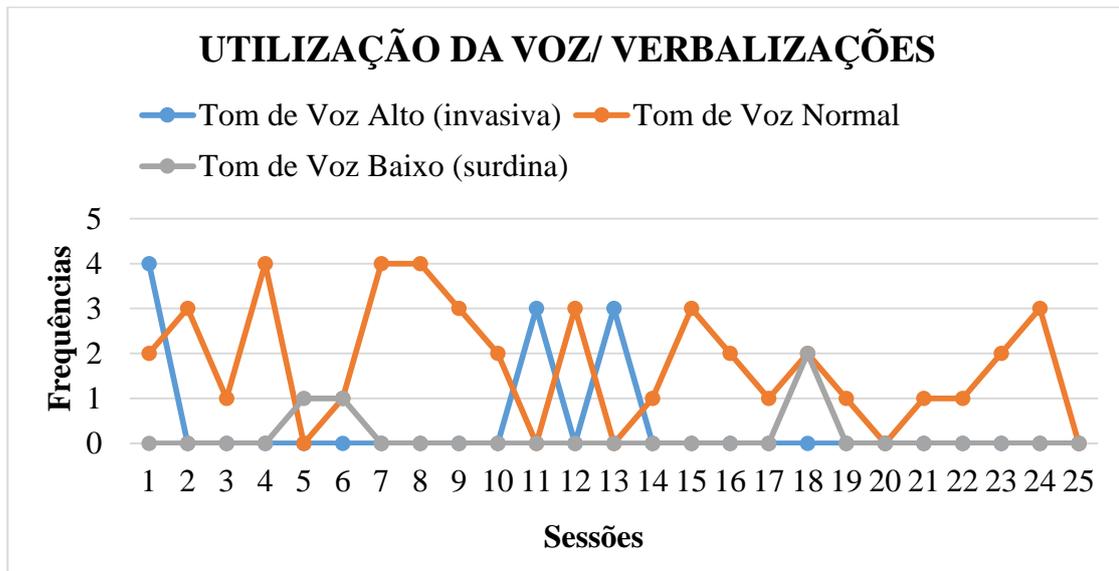
Ao longo da intervenção verificamos que “GP” se apresenta com várias oscilações no uso da palavra, existindo sessões com maior a frequência e outras com menor frequência do uso da palavra, principalmente nas últimas 3 sessões, dando mais importância ao movimento e ao corpo. As sessões 7 e 8 são as que se apresentam com maior frequência de uso da palavra.

Figura 49 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Inespecíficas, Ecolália – “GP”



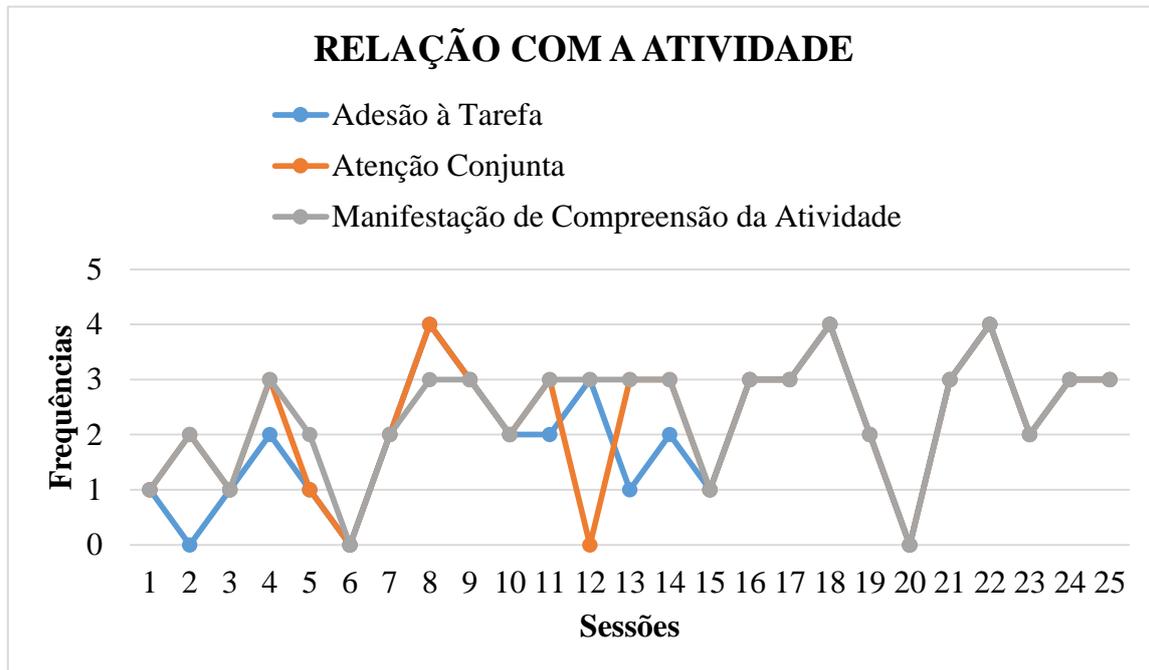
Ao longo da intervenção verificamos que “GP” não apresenta ecolália e apresenta apenas nas primeiras sessões a utilização da voz sem intenção de comunicar, usando sons e gritos (inespecíficas).

Figura 50 - Utilização da Voz/ Verbalizações: Tom de Voz: Alto (invasiva); Normal; Baixo (surdina) - "GP"



Verificamos que o “GP” apresenta um tom de voz maioritariamente normal, embora hajam momentos em que usa um tom alto, nomeadamente na sessão 1, 11 e 13. Na sessão 18 verifica-se um tom em surdina.

Figura 51 - Relação com a Atividade: Adesão à tarefa, Atenção Conjunta, Manifestação de Compreensão da Atividade
- "GP"



Ao longo da intervenção verificamos que a sua adesão à tarefa depende do seu maior ou menor interesse pela tarefa ou pelo material disponível, mas ao longo da intervenção manifesta aderir às tarefas propostas pelo adulto.

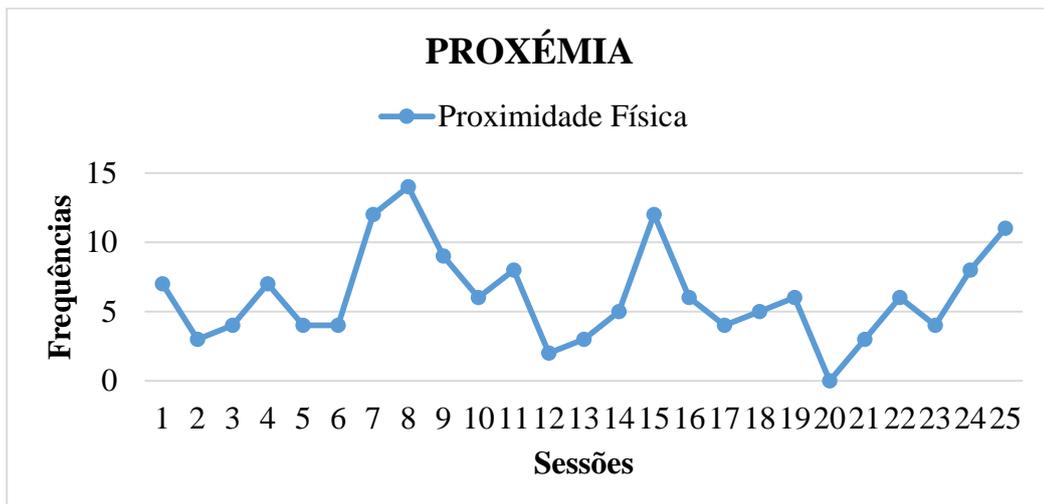
Observamos que existem oscilações na sua atenção conjunta, com maior incidência na sessão 8, e ao nível da manifestação de compreensão da atividade verificamos que se mantém com oscilações ao longo da intervenção, existindo tarefas em que "GP" manifesta compreender melhor.

Figura 52 - Relação com a Atividade: Tempo de permanência na atividade - "GP"



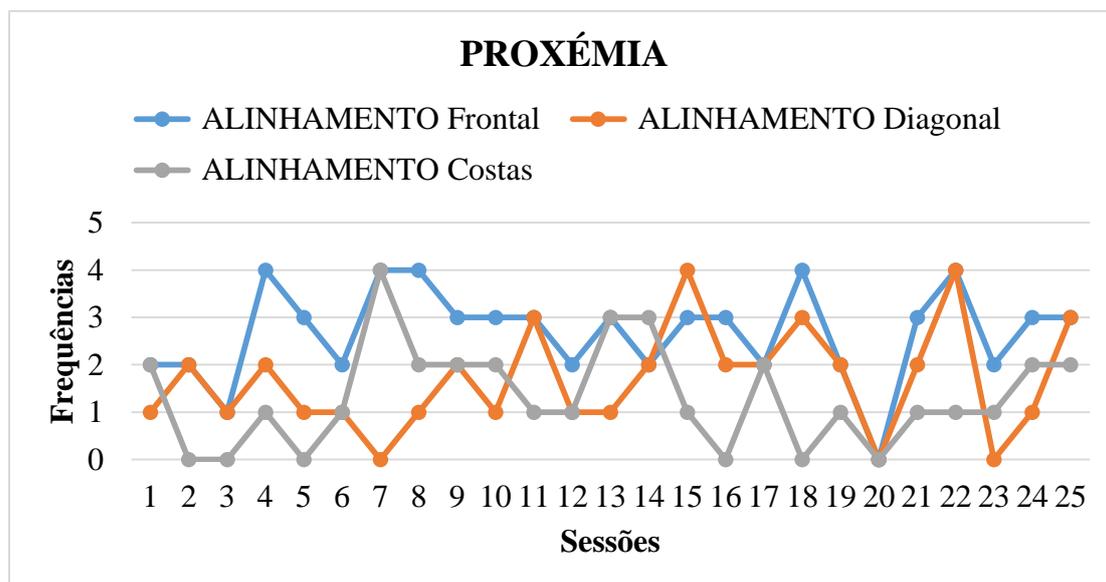
Ao longo da intervenção verificamos que na duração da permanência na atividade houve uma suave evolução, embora com momentos de oscilação. As sessões 8 e 18 apresentam maior duração de tempo na atividade.

Figura 53 - Proxémia: Proximidade Física - "GP"



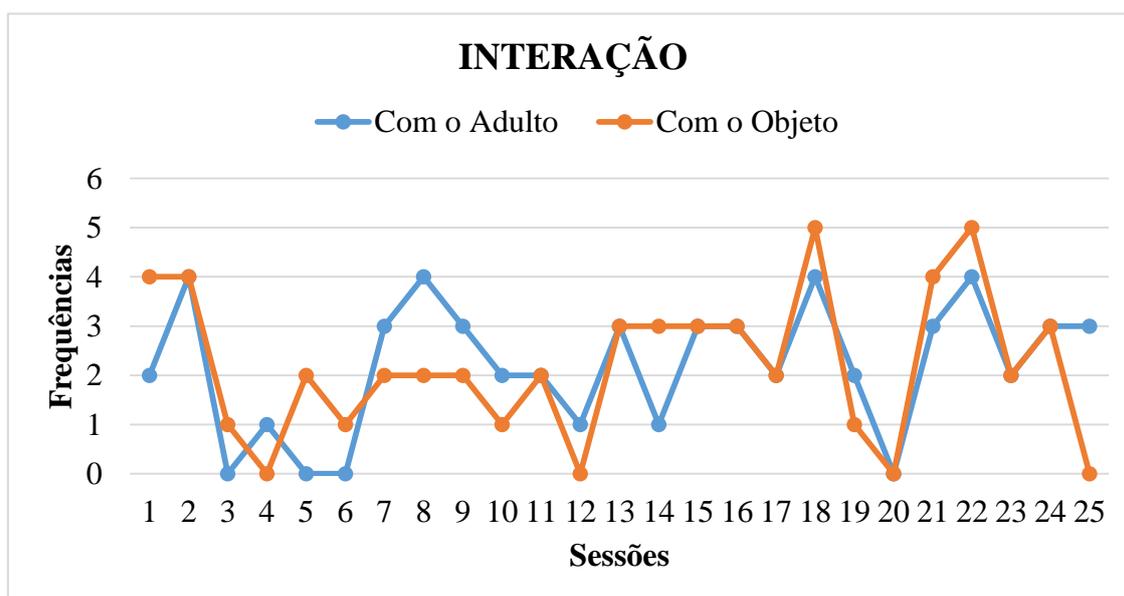
Verificamos muitas oscilações a nível da proximidade física com o adulto, mas terminamos a intervenção com frequência de 11. No início da intervenção faz aproximações do adulto com pouca duração, afastando-se de seguida.

Figura 54 - Proxémia: Alinhamento: Frontal; Diagonal; Costas - "GP"



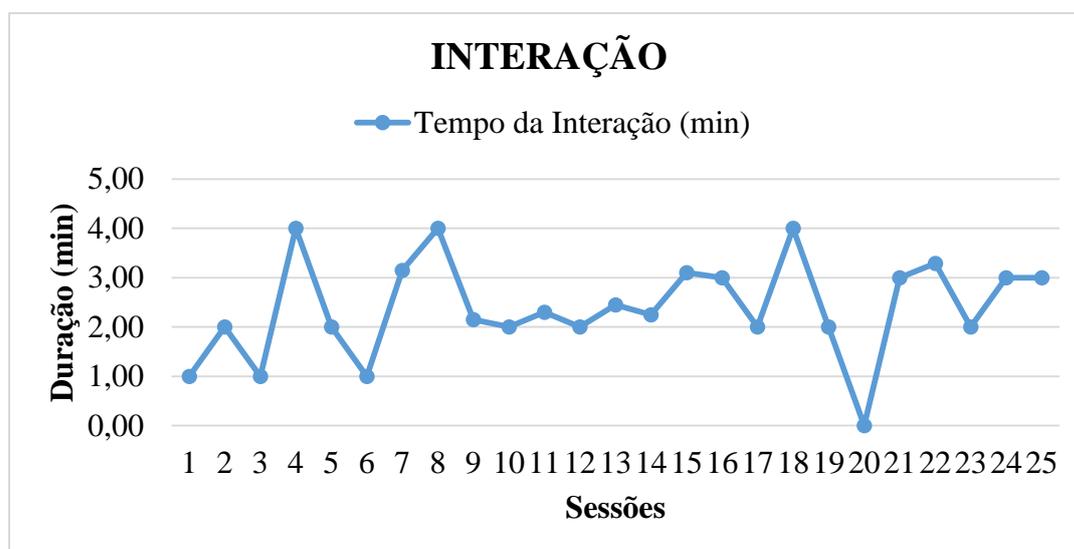
Ao longo da intervenção verificamos que a criança apresenta maioritariamente alinhamento frontal, exceto na sessão 20. Segue-se o alinhamento diagonal, que surge ao longo da intervenção e que não se manifesta apenas na sessão 7, 20 e 23. “GP” apresenta ainda momentos em que está de costas para o adulto, embora com menos frequência.

Figura 55 - Interação: com o adulto, com o objeto - "GP"



Ao longo da intervenção verificamos várias oscilações na interação com o adulto, verificando um decréscimo a partir da 3ª sessão até à 7ª. A interação com o objeto é muito semelhante, percebendo assim que “GP” estava em interação com o objeto quando estava em interação com o adulto. Na última sessão não foram utilizados materiais.

Figura 56 - Interação: tempo de interação - "GP"



Ao longo da intervenção verificamos que duração do tempo de interação sofre oscilações, dependendo do interesse manifestado. Existe um suave aumento da duração de tempo de interação e as sessões 4, 8, 18 e 22 são as que apresentam maior duração.

4.4. Síntese reflexiva

A presente intervenção com “GP” permite-nos refletir que a criança manifesta através do movimento e de comportamentos as suas tensões e conflitos, por vezes agressivos e de uma postura impositiva. “GP” manifesta várias características que observámos no início da intervenção comuns da PEA, nomeadamente os contatos evitantes e dificuldades na relação

com o outro e em partilhar os seus interesses, estando assim a sua reciprocidade social também comprometida, comportamentos repetitivos em determinados momentos e uma ausência na imitação dos gestos, com padrões de movimento desorganizados e com uma organização espaciotemporal também desorganizada. Tem facilidade em comunicar verbalmente, mas com alguma dificuldade de compreensão do discurso do outro e na comunicação não-verbal, nomeadamente na expressão das emoções. A nível motor manifesta-se descoordenado com dificuldade no movimento e no ritmo, com o seu esquema corporal comprometido, e com comportamentos descontextualizados, por vezes rodopia ou vagueia pela sala enquanto falam com ele, deita-se sobre a cadeira, etc.

Com a intervenção em dança enquanto recurso da psicomotricidade relacional, “GP” inicia o seu contato ocular com o adulto, aumentando ao longo da intervenção (quadro n.º 43), manifestando já um olhar intencional, aceitante, embora com momentos em que é evitante. As expressões faciais passam a manifestar-se concordantes com a situação, com vários momentos de sorrisos (quadro n.º 44). Há um aumento na imitação do gesto (quadro n.º 45) e na procura de um gesto mais calmo sem atingir o outro de forma brusca e agressiva. Começa a explorar o seu movimento de forma espontânea, o ritmo da música com o movimento, respeitando as propostas da interventora e fazendo sugestões de atividades, libertando a sua corporalidade e criatividade, organizando-se, assim, espacialmente com a interventora como sua referência da ação.

As regras da sessão são adquiridas, como o ritual de entrada e de saída da sessão de forma natural.

Capítulo V - Reflexão da Intervenção e dos Resultados

As intervenções foram grandes experiências para mim, uma curiosa da dança e da psicomotricidade. Com grandes inseguranças, dúvidas, ansiedades e medos decidi levar o corpo e o movimento ao som da música clássica a despertar olhares distantes. O início da intervenção despertou-me curiosidade por cada criança que se apresentava, cada uma do seu jeito, com a sua singularidade, com um olhar único, com um corpo, com movimentos, inseguranças e medos. Sem me impor fui sugerindo tarefas que me pudessem ajudar a observá-las, a olhá-las de longe para poder, posteriormente, olhá-las de perto, estabelecendo os primeiros contatos a nível corporal, ocular, verbal e de proximidade, tentando encontrar os seus pontos de interesse, conseguindo, assim, criar uma relação terapêutica. Os quatro casos reagiram de formas diversas, pois cada criança é uma criança com comportamentos, vivências e formas de ser diferentes, tendo uns reagido com contatos evitantes e outros com contatos excessivos, uns com contatos expressando agressividade e outros expressando rejeição ou até afeto. A certeza de que estava criado o laço afetivo com a criança, e, sem dúvida o mais gratificante, foi saber, após duas ou três sessões, que no dia da sessão estavam à nossa espera, que acordavam de manhã e perguntavam aos pais *“hoje há Catarina?”*, que esperavam pela hora da sessão *“já são horas da Catarina?”*.

Foi necessário ter em conta que a intervenção poderia ser pensada e repensada para poder ir ao encontro de cada criança, começando, assim, a surgir dúvidas e incertezas: Como vão reagir aos estímulos? Será que estou a ir de encontro com as necessidades de uma criança com PEA? Vou ser capaz de me deixar guiar pela sessão?

Apesar das incertezas e dúvidas, bastante trabalho, pois tive de conciliar esta experiência e trabalho de investigação com a minha vida profissional, havia uma vontade e um entusiasmo maior que permitiu que continuasse, permitindo arriscar com tarefas novas, que despertassem

também a curiosidade da criança. Houve também retorno positivo, dado pelos pais e professoras das crianças tornando-se mais ambiciona e motivada para este trabalho.

Ao longo destes meses de intervenção foi possível ver um crescimento do meu trabalho e ver uma evolução das crianças percebendo assim que a Dança enquanto recurso da Psicomotricidade é um veículo de expressão e uma terapia centrada nos indivíduos e na relação com o outro e com o meio, permitindo que a criança se descubra a si, ao seu corpo, ao outro e o meio que a envolve, desenvolvendo habilidades relacionadas com a sua perturbação.

Enquanto interventora de dança posso referir que esta foi uma experiência muito positiva, até para as minhas intervenções que outras crianças em contexto de aulas de dança criativa e ballet. A psicomotricidade é um ótimo aliado à dança e vice-versa, pois ambas as intervenções possuem armas importantes para o desenvolvimento da criança, do jovem, do adulto ou do idoso, com ou sem necessidades especiais, sendo áreas de relação, de partilha, de expressão e do conhecimento de si, do outro, do movimento e do ritmo. São sem dúvida, áreas que devemos apostar, cada vez mais.

Ao refletir sobre o presente projeto de investigação percebemos que este além de ser um estudo com crianças com PEA é um estudo com crianças que têm inúmeras capacidades e corpos que dançam, onde é necessário apenas entregarmo-nos a elas, dando-lhes o melhor que somos e que sentimos, proporcionando-lhes tipos de relações únicas e que lhes darão ferramentas necessárias para as suas vidas e dificuldades futuras. Este foi um trabalho de campo desafiante com acesso a mundos desconhecidos, curiosos, diversos e muito ricos, onde a dança entra com um grande potencial terapêutico e de relação, um ótimo aliado ao trabalho da psicomotricidade.

Foi possível encontrar pontos semelhantes aos quatro casos, nomeadamente um aumento: do contato ocular com o adulto; do uso do sorriso e diminuição da apatia; da utilização de gestos, manifestando uma tentativa de imitar os gestos do adulto; do tempo de permanência da

atividade; da interação com o adulto; e da proxémia. Os quatro casos conseguiram adquirir os tempos e as regras das sessões, havendo assim uma progressão gradual; iniciaram o movimento espontâneo individual e em díade; exploraram as diversas ações de movimento (andar, correr, saltar, rebolar, girar), as deslocções no espaço de diversas formas (andar em bicos de pés, com os calcanhares, a marchar, de gatas, etc.), dimensões e direções espaciais (baixo, médio, alto, frente, trás e lados), as sensações do corpo e a sensorialidade dos objetos, a relaxação e o esquema corporal; e iniciaram uma relação com o adulto fundamental para o desenvolvimento da intervenção.

É pertinente referir alguns aspetos que limitaram a investigação:

- Intervenção em contexto escolar, com três crianças, pela falta de assiduidade das crianças devido a faltas escolares ou a fins de tempo letivo, a atrasos na chegada à sessão, a alteração do setting, a interrupções da sessão e à permeabilidade da sala face a estímulos externos à sessão, como gritos de outras crianças, toque da campainha, etc.

- Intervenção fora do contexto escolar, com uma criança, pela sua duração e frequência, uma vez que não foi possível realizá-la duas vezes por semana por incompatibilidade de horário, e por esta ter terminado mais cedo.

- Avaliação das crianças através da *Childhood Autism Rating Scale* (CARS), aplicada por uma psicóloga externa ao estudo, foi realizada em contexto de sala com entrevista aos encarregados de educação que forneceu todas as informações necessárias ao preenchimento da escala, não sendo possível observar diretamente a criança em nenhum contexto do seu dia-a-dia, pelo que as respostas apenas se reportam à informação dada pelo encarregado de educação da criança. Não foi possível recolher informação junto de outros adultos significativos da criança e alguns itens, pelo seu carácter generalista da prova, não forneciam a informação necessária sobre a possível mudança de comportamentos de uma primeira para uma segunda avaliação.

- Avaliação psicomotora realizada através da *Grelha de Observação Psicomotora* (Costa, 2008), poderia ter sido realizada pela psicomotricista, antes e depois da intervenção, confrontando os seus resultados com outra psicomotricista externa ao estudo, conseguindo assim resultados mais fidedignos. Ou poderia ter dado as filmagens à psicomotricista sem que esta soubesse se eram pré ou pós intervenção, para que fossem avaliadas de forma mais imparcial.

- Poderíamos ter observado um intervalo de tempo maior das filmagens das sessões, para a avaliação das componentes de interação social, presentes na *Grelha de Observação do Comportamento da Criança*, adaptada de Santos & Simões (2009).

- Não conseguimos observar evoluções na utilização da voz/verbalizações, por se ter dado mais ênfase ao movimento à expressão através da palavra, também porque a criança antes de verbalizar tem de usar os gestos para exprimir as significações (Fonseca, 2001, p. 60). Este parâmetro poderia ter mais ênfase em futuras sessões.

- Poderíamos ter observado uma evolução maior a nível da atenção conjunta (relação com a atividade). A intervenção respeitou a vontade da criança se relacionar ou não com o adulto e o objeto, não conseguindo observar, por vezes, a capacidade de coordenar a atenção entre o objeto e o adulto. Este parâmetro poderia ter mais ênfase em futuras sessões.

Conclusões

“É preciso que o corpo se torne imagem para ser pensado, como é preciso que seja amado para ser sentido.” (Georges Pous, 1995, cited in Vidigal & Guapo, 2003, p. 203).

O acesso ao mundo e à libertação do corpo das crianças com PEA, que usufruíram da intervenção, parecia inacessível pela presença evitante, fugaz e apática, sendo necessário observar a criança e deixá-la observar, permitindo que se abrisse ao mundo e à exploração do corpo, do objeto e do outro. Em psicomotricidade observa-se como a criança se apresenta, sem julgamento, permitindo a exploração conjunta do seu campo de experiências, sendo esta uma abordagem ativa que coloca um espaço de liberdade para agir e construir um campo de pensamento por uma experiência corporal (Ginomini, 2015). A psicomotricidade utiliza abordagens expressivas, como a dança e a música, desenvolvendo as possibilidades criativas das crianças, envolvendo o corpo na ação com o outro. A dança à semelhança da psicomotricidade tem o movimento do corpo como ferramenta fundamental, colocando-o como matéria de sentir, viver, aproximar e reapropriar (Hemelsdael, Moreau & Vennat, 2015).

Com a dança como recurso da psicomotricidade foi possível desenvolver a relação da criança com o adulto e libertar o corpo para o movimento espontâneo individual e em díade, criando oportunidades de manifestação das emoções e vivências pessoais, dos seus desejos e necessidades, tensões e conflitos internos.

Esta abordagem parece ter impulsionado a evolução de determinados aspetos a que nos propusemos estudar, caraterísticos da PEA, nomeadamente o estabelecimento do olhar com o adulto; o uso das expressões faciais, maior uso do sorriso e diminuição da apatia; a utilização do gesto (imitação do gesto; uso do gesto para expressar afetividade); a proxémia; a relação com a atividade (tempo de permanência na atividade); e a interação com o adulto. Verificámos

ainda um aumento na confiança da criança com o adulto e, por sua vez, da relação, e da capacidade de se expressar, manifestando mais qualidade na expressão e no gesto e movimento.

Ao refletir sobre a investigação percebemos a dança e a psicomotricidade podem ser aliados na intervenção com as PEA, proporcionando-lhes evoluções em determinadas áreas da interação social, nomeadamente no contato ocular, expressão facial, utilização de gestos, proxémia e interação. Deste modo, é fundamental referir que se devem apostar em projetos, investigações e intervenções deste género, de base relacional.

Referências Bibliográficas

- (APA), A. P. (2013). *MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DE TRANSTORNOS MENTAIS DSM-5*. Copyright.
- Batalha, A. (2004). *Metodologia do Ensino da Dança*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Behrends, A. M. (2012). Moving in and out of synchrony: A concept for a new intervention fostering empathy through interactional movement and dance. *The Arts in Psychotherapy*, 107-116. doi:10.1016/j.aip.2012.02.003
- Blake, R. T. (2003). Visual Recognition of Biological Motion is Impaired in Children With Autism. *PSYCHOLOGICAL SCIENCE*, 151-157.
- Block, B. &. (2013). The Adapted Dance Process. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 16-23. doi:10.1080/07303084.2011.10598577
- Bolte, E. &. (2013). Measurement Tools and Target Symptoms/Skills Used to Assess Treatment Response for Individuals with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. doi:10.1007/s10803-013-1798-7
- Bronding, N. F.-P. (2015). Review Article: Complementary and Alternative Therapies for Autism Spectrum Disorder. *Hindawi Publishing Corporation*, 1-32. doi:dx.doi.org/10.1155/2015/258589
- Burn, C. (2011). Embodiment and embedment: integrating dance/movement therapy, body psychotherapy and ecopsychology. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 39-54.
- Casteli, F. (2005). Understanding emotions from standardized facial expressions in autism and normal development. *autism*, 428-449. doi:10.1177/1362361305056082
- Chaiklin, S. &. (2009). *The Art and Science of Dance Movement Therapy*. London: Routledge.
- Colgan, S. L. (2007). Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence. *A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and*, 307-319. doi:10.1080/09297040600701360
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança: Psicomotricidade relacional*. Lisboa : Trilhos Editora.
- Cruz, R. &. (2014). Reading and Evaluating Quantitative Research in Body Psychotherapy. *International Body Psychotherapy Journal The Art and Science of Somatic Praxis*, 10-19.
- Cullinane, D. (2014). Evidence Base for the DIRFloortime® Approach. Obtido em 3 de 12 de 2015, de <http://www.icdl.com/research>
- Dawson, G. T. (2004). Early Social Attention Impairments in Autism: Social Orienting, Joint. *Developmental Psychology*, 271-283. doi:10.1037/0012-1649.40.2.271
- Dhami, D. M. (2015). New framework for rehabilitation – fusion of cognitive and physical rehabilitation: the hope for dancing. *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2014.01478
- Erfer, T. &. (2006). Moving toward cohesion: Group dance/movement therapy with children in psychiatry. *The Arts in Psychotherapy*, 238-246. doi:10.1016/j.aip.2006.01.001
- Gayvirinskava, E., & Shapovalov, D. (2010). Integrativa dance/movement psychotherapy and the aging process. *Body, movement and dance in psychotherapy: an international journal for theory, research and practice*, 5, 185-196.
- Gessaroli, E. S. (2013). Personal Space Regulation in Childhood Autism Spectrum Disorders. *PLoS ONE*, 1-8. doi:10.1371/journal.pone.0074959
- Gil, J. (2001). *Movimento Total: O Corpo e a Dança*. Lisboa: Relógio D'Água.
- Gillet, P. (2014). *Neuropsicologia do Autismo na Criança*. Lisboa: Edições Piaget.

- Giromini, F. (2015). Trois grands points de vue pour appréhender la notion de corps. Em P. G.-M. Scialom, *Manuel d'enseignement de psychomotricité: tome 1 concepts fondamentaux* (pp. 202-209). France: de boeck solal.
- Hardy, M. &. (2013). Rhythm, movement, and autism: using rhythmic rehabilitation research as a model for autism. *Frontier sin Integrative Neuroscience*, 1-9. doi:10.3389/fnint.2013.00019
- Harris, D. (2007). Dance/movement therapy approaches to fostering resilience and recovery among african adolescent torture survivors. *Torture*, 17, 134-155.
- Hemelsdael, M. M. (2015). Capitre 5 - Méthodes à médiation artistique - Danse. Em F. A.-M. Giromini, *Manuel d'enseignement de Psychomotricité* (pp. 430-334). Paris: De Boeck.Solal.
- icdl, T. I. (s.d.). *Research & Evidence*. Obtido em 3 de 12 de 2015, de The Interdisciplinary Council on Development an Learning: icdl: <http://www.icdl.com/DIR/guidelines-for-a-comprehensive-approach>
- Ingersoll, B. L. (2007). Teaching the Imitation and Spontaneous Use of Descriptive Gestures in Young Children with Autism Using a Naturalistic Behavioral Intervention. *Autism Dev Disord*, 1446–1456. doi:10.1007/s10803-006-0221-z
- Jacquet, S. C.-T. (2015). Chapitre 2 - Thérapies psychomotrices et troubles du spectre autistiques. Em F. A.-M. Giromini, *Manuel D'Enseignement de Psychomotricité* (pp. 19-43). Paris: De Boeck-Solal.
- Jennifer, L., & Couper, M. (1981). Dance therapy: effects on motor performance of children with learning disabilities. *Pshysical theraphy*, 61, 23-26.
- Koch, S. G. (2016). Body image in autism: An exploratory study on the effects of dance movement therapy. *Autism Open Access*, 2-7. doi:http://dx.doi.org/10.4172/2165-7890.1000175
- Koch, S. M. (2015). Fixing the mirrors: A feasibility study of the effects of dance movement therapy on young adults with autism spectrum disorder. *Sage: Autism*, 338–350. doi:10.1177/1362361314522353
- Kock, S. K. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 46-64. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004
- Lara, J. &. (2016). *Autism Movement Therapy Method: Waking up the brain!* London: Jessica Kingsley Publishers.
- Lima, C. (2012). *Perturbações do Espectro do Autismo: Manuel práctico de intervenção*. Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.
- Martin, M. (2014). Moving on the spectrum: Dance/movement therapy as a potential early intervention tool for children with Autism Spectrum Disorders. *The Arts in Psychotherapy*, 545-553. doi:10.1016/j.aip.2014.10.003
- McConachie, H. &. (2005). Parent implemented early intervention for young children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 120-129. doi:10.1111/j.1365-2753.2006.00674.x
- McIntosh, D. R.-D. (2006). When the social mirror breaks: deficits in automatic, but not voluntary, mimicry of emotional facial expressions in autism. *Developmental Science*, 295–302.
- Nanni, D. (2002). *Dança e educação: princípio, métodos e técnicas*. Rio de Janeiro: SPRINT.
- Nim, N. (2016). Dancing to learn: The brain's cognition, emotion, and movement. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*. doi:10.1080/17432979.2016.1195448
- Oberman, L. H. (2005). EEG evidence for mirror neuron dysfunction in autism spectrum disorders. *Cognitive Brain Research*, 190-198. doi:10.1016/j.cogbrainres.2005.01.014

- Oliveira, V. (2013). *Efeitos da Intervenção Centrada no Desenvolvimento e na Relação - Em Perturbações do Espectro do Autismo*. Lisboa: Tese de Mestrado - Universidade Autónoma de Lisboa.
- Onofre, P. (2004). *A Criança... e a sua Psicomotricidade...: Uma pedagogia livre e aberta em intervenção motora educacional*. Lisboa: Trilhos Editores .
- Pijulet, A. (2015). Capítre 5 - Methodes à mediation artistique - Expression musicale et rythmique. Em F. A.-M. Giromini, *Manuel d'enseignement de Psychomotricité* (pp. 419-424). Paris: De Boeck-Solal.
- Ramachandran, V. &. (2006). Broken Mirrors: A Theory Of Autism. *Scientific American*, 63-69.
- Reinders N., ,. F. (2015). Dreams Do Come True: The Creation and Growth of a Recreational Dance Program for Children and Young Adults with Additional Needs. *Journal of Dance Education*, 100-109. doi:10.1080/15290824.2015.1056792
- Rogers, S. J. (2013). Early Start Denver Model. *New York: The Guilford Press*.
- Rogers, S. J. (2015). *Autismo: Compreender e agir em familia*. Lisboa.: Edições Lidel.
- Rommelse, N. P. (2010). A Pilot Study of Abnormal Growth in Autism Spectrum Disorders and Other Childhood Psychiatric Disorders. *Springer*, 44-54. doi:10.1007/s10803-010-1026-7
- Ronald, A. H. (2005). The genetic relationship between individual differences in social and nonsocial behaviours characteristic of autism. *Developmental Science*, 444–458.
- Russel, A. M.-C. (2005). Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *BRITISH JOURNAL OF P SYCHIATRY*, 525-228.
- Santos, G. &. (2009). *Mediadores artístico-expressivos e Interação Social – Estudo com crianças com Perturbação do Espectro do Autismo*. Évora: Universidade de Évora.
- Scharoun, S. R. (2014). Dance/Movement Therapy as an Intervention. *American Dance Therapy Association*, 209–228. doi:10.1007/s10465-014-9179-0
- Senju, A. &. (2009). Atypical eye contact in autism: Models, mechanisms and development. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 1204–1214. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.06.001
- Senju, A. Y. (2003). Eye contact does not facilitate detection in children with autism. *Elsevier Science*, B43–B51. doi:10.1016/S0010-0277(03)00081-7
- Shennum, W. (1987). Expressive activity therapy in residential treatment: effects on children's behavior in the treatment milineu. *Child & youth care quarterly*, 16, 81-90.
- Shih C., C. M. (2014). Assisting students with autism to actively perform collaborative walking activity with their peers using dance pads combined with preferred environmental stimulation. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 1591–1596. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.rasd.2014.08.011
- Silva, A. (2010). *Dança para Bebés: Ao Encontro de Estratégias Metodológicas na Adaptação da Dança Educativa à Primeira Infância*. Lisboa: Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Dança.
- Silva, P., Eira, C., Pombo, J., Silva, A., Silva, L., Martins, F., . . . Roncon, P. (2003). Programa clínico para o tratamento das perturbações da relação e da comunicação, baseado no Modelo D.I.R. *Análise Psicológica*, 1 (XXI), 31-39.
- Sousa, A. (2003). *Educação pela arte e artes na educação: drama e dança*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Srinivasan, S. &. (2013). A review of "music and movement" therapies for children with autism: embodied interventions for multisystem development. *Frontiers in Phychology*, 1-15. doi:10.3389/fnint.2013.00022

- Swaigenbaum, L. B. (2005). Behavioral manifestations of autism in the first year of life. *Internacional Journal of Developmental Neurociencia*, 143-152. doi:10.1016/j.ijdevneu.2004.05.001
- Tarbox, J. D. (2014). Autism and Child Psychopathology Series. Em *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders* (pp. Cap. 20. 501-537). London: Springer. doi:10.1007/978-1-4939-0401-3_20
- Vanvuchelen, M. R. (2011). Do imitation problems reflect a core characteristic in autism? Evidence from a literature review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 89–95. doi:10.1016/j.rasd.2010.07.010
- Vidigal, M. &. (2003). *Eu sinto um tormento com a ideia do fim definitivo: uma viagem ao mundo do autismo e das psicoses precoces*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Wagner, A., Wallace, K., & Rogers, S. (2014). Developmental Approache to Treatment of Young Children with Spectrum Disorder. Em J. Tarbox, D. Dixon, P. Sturmey, & J. Matson, *Handbook of Early Intervention for Autism Spectrum Disorders: research, policy, and practice* (pp. 501-542). Springer.
- Whalen, C. S. (2006). The Collateral Effects of Joint Attention Training on Social Initiations, Positive Affect, Imitation, and Spontaneous Speech for Young Children with Autism. *Autism Dev Disord*, 655–664. doi:10.1007/s10803-006-0108-z

Anexos