

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Henrique Barbosa Goellner

**A INCLUSÃO DE UM ALUNO AUTISTA NA EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Porto Alegre

2016

Henrique Barbosa Goellner

**A INCLUSÃO DE UM ALUNO AUTISTA NA EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL: UM
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

*Trabalho de conclusão de curso apresentado à
comissão de graduação da Faculdade de
Educação Física da Universidade de Federal
do Rio Grande do Sul.*

Orientadora: Prof.^a Dra. Adriana Berleze

Porto Alegre

2016

Henrique Barbosa Goellner

**A INCLUSÃO DE UM ALUNO AUTISTA NA EDUCAÇÃO FÍSICA INFANTIL:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Conceito Final:

Aprovado em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Doutora _____ - Instituição

Orientadora – Prof^ª. Doutora _____ - Instituição

RESUMO

O autismo é um distúrbio do desenvolvimento que se caracteriza por alterações presentes desde idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano como as áreas de comunicação, interação social, aprendizado e capacidade de adaptação. Sendo assim o contexto escolar, juntamente com a família, deve favorecer a transição entre a individualidade e a coletividade, oferecendo as crianças possíveis comportamentos mais socializadores. Nesta perspectiva o objetivo deste estudo foi descrever a experiência durante o estágio supervisionado em educação física infantil, em um ambiente de inclusão com um aluno autista. Trata-se de um estudo de caso, descrito através de um relato de experiência. A intervenção foi realizada com um menino cinco anos de idade, pertencente a uma escola estadual de educação infantil no município de Porto Alegre. O planejamento interventivo desenvolvido ao longo de três meses, mostrou uma evolução positiva da criança autista, principalmente nos aspectos de interação (professor e aluno) e aceitação do aluno em um convívio maior com seus pares.

PALAVRAS CHAVE: Inclusão, Autismo e Educação Física.

ABSTRACT

Autism is a developmental disorder characterized by alterations present from a very early age, typically before three years of age with multiple and variable impact in prime areas of human development as the areas of communication, social interaction, learning and capacity adaptation. In the school context, along with the family, should encourage the transition between individuality and collectivity, offering children more possible behaviors socializing. In this perspective the objective of this study was to describe the experience during supervised training in child physical education in an inclusive environment with an autistic student. This is a case study, described through an experience report. The intervention was carried out with a boy five years old, belonging to a state school of early childhood education in the city of Porto Alegre. The interventional planning developed over three months showed a positive development of autistic children, especially in the aspects of interaction (teacher and student) and acceptance of the student in a greater interaction with their peers.

KEYWORDS: Inclusion, Autism, Physical Education

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivo Geral	3
1.2 Objetivos Específicos	3
2. REVISÃO DA LITERATURA	4
2.1 A Inclusão do aluno Autista na escola	4
2.2. Escola e Família: contextos primordiais para o desenvolvimento da criança autista ..	5
3. METODOLOGIA	8
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	8
3.2 UNIVERSO DO RELATO DE EXPERIÊNCIA	8
3.3 CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA AUTISTA	8
3.4 INSTRUMENTOS UTILIZADOS	8
3.5. PROPOSTA INTERVENTIVA	9
3.5.1. Período de Intervenção	9
3.5.2. Etapas da Intervenção	9
3.5.3. Estrutura da Aula e Metodologia de Ensino.....	10
3.5.4. Conteúdos desenvolvidos.....	10
4. RESULTADOS CONQUISTADOS E DISCUSSÕES	12
4.1. Características desenvolvimentistas antes e após intervenção	12
4.2. A percepção de competência do aluno autista antes e após a intervenção	14
4.3. Estratégias pedagógicas realizadas na intervenção	17
4.3.1. Início da intervenção: ênfase na avaliação diagnóstica.....	17
4.3.2. Desenvolvimento da intervenção: ênfase a avaliação processual	18
4.3.3. Final da intervenção: ênfase a avaliação somativa	20
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS	25
ANEXO A - CARS: CHILDHOOD AUTISM RATING SCALE.....	30
ANEXO B - Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children .	31

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que começa antes do nascimento e só termina com a morte, ou seja, estamos sempre em desenvolvimento, desde a criança até o idoso. Além disso, o desenvolvimento engloba todos os aspectos do comportamento humano e só podemos separá-lo em “estágios” ou “faixas etárias” de uma forma artificial, para melhor entendermos as teorias do desenvolvimento (GALLAUHE, OZMUN; GOODWAY, 2013). Entre o processo de desenvolvimento durante a vida, está o desenvolvimento motor, que para Haywood e Getchell (2010) é um processo de mudança no movimento contínuo e essas mudanças podem estar relacionadas à idade, as interações das restrições no indivíduo, ao ambiente e as tarefas (experiências) as quais o indivíduo é submetido.

Essas restrições de interações da criança são mais evidentes quando se trata de uma criança especial, mais especificamente no nosso estudo com a criança autista. Diversos estudos definem as características da criança autista, os mais comuns são: a insistência com gestos idênticos, a resistência para mudar de rotina, os risos inapropriados, não temer os perigos, não querer abraços de carinho, a hiper ou hipo atividade física, a criança atuar como se fosse surda, a ausência de linguagem verbal (ou linguagem verbal pobre), a ecolalia imediata ou tardia, o contato visual deficiente, os problemas de atenção e concentração, a ausência de interação social, as mudanças de humor sem causa aparente, o uso de adultos como ferramentas, a ausência de interesse por materiais ou atividades da sala de aula, e o interesse obsessivo por um determinado objeto (MOREIRA, 2010; BRASIL, 2003).

Para a Associação Psiquiátrica Americana (2002) o autismo é uma condição que afeta as principais áreas do desenvolvimento, quais sejam, a interação social e a linguagem, além da ocorrência de comportamentos repetitivos e estereotipados. Já a Associação Brasileira de Autismo (ABRA), relaciona o autismo a um distúrbio do desenvolvimento que se caracteriza por alterações presentes desde idade muito precoce, tipicamente antes dos três anos de idade, com impacto múltiplo e variável em áreas nobres do desenvolvimento humano como as áreas de comunicação, interação social, aprendizado e capacidade de adaptação (MELLO, 2007).

Com relação aos sintomas da criança autista, Gauderer (1993) diz que os sintomas do autismo podem ser divididos em cinco grupos gerais: (1) *distúrbios do relacionamento* que podem afetar o relacionamento com uma pessoa ou com objetos inanimados, suas características são o não contato visual e a não interação social; (2) *distúrbios da fala e da linguagem* onde o desenvolvimento da fala pode ocorrer com algum atraso e é caracterizado

pelas ecolalias (repetição automática de sons); (3) *distúrbios do ritmo de desenvolvimento* que podem demonstrar algum atraso no desenvolvimento motor; (4) *distúrbios da motilidade*: onde as crianças podem desenvolver alguns padrões peculiares de motilidade e (5) *distúrbios da percepção* em que a criança pode ter incapacidade de fixar ou dedicar sua atenção a certos estímulos visuais.

Esses sintomas são amplos e podem afetar vários aspectos do desenvolvimento da criança, no entanto os sintomas podem ser atenuados dependendo dos estímulos que forem oferecidos a criança. O desenvolvimento infantil depende diretamente do estímulo que a criança recebe nos seus principais ambientes de convívio (família, escola, vizinhos). Quando se trata de uma criança especial, esses estímulos são ainda muito mais fundamentais, afetando-a positivamente em suas habilidades motoras, cognitivas e sociais (FERNANDES, 2014). Nesta perspectiva, a intervenção com uma abordagem multidisciplinar é essencial com profissionais fonoaudiólogos, musicoterapeutas, psicólogos, neurologistas e professores (FARREL 2008).

Especificamente na área de Educação Física Escolar, a Lei de Diretrizes e Bases promulgada em 20 de dezembro de 1996 que busca transformar o caráter que a educação física assumiu nos últimos anos ao explicitar no art. 26, § 3º, que “a Educação Física, integrada à proposta pedagógica da escola, é componente curricular da Educação Básica, ajustando-se às faixas etárias e às condições da população escolar, sendo facultativa nos cursos noturnos”. Essa mesma lei enfatiza a valorização da educação inclusiva, afirmando que a educação especial deve ser oferecida preferencialmente na rede regular de ensino (BRASIL, 1996), manifestando o interesse de incluir o aluno especial nas aulas comuns da rede básica. Cabe salientar o artigo 59, que propõem que as escolas devem assegurar os recursos necessários para o aprendizado com a inclusão, o que requer material, estrutura e corpo docente especializado para ocorrer a inclusão dos alunos. Em 27 de dezembro de 2012 foi sancionada a lei nº 12.764 que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista (BRASIL, 2012) que reforça as ideias propostas na LDBEN 9394/96 e no PNE 2011-2020.

Cabe enfatizar que a ação pedagógica inclusiva desenvolve benefícios para todos os alunos, com e sem necessidades especiais, favorecendo a compreensão e aceitação dos outros, o reconhecimento das necessidades e as competências dos colegas, assim como o desenvolvimento de apoio e assistência mútua, ficando melhores preparados para a vida adulta em uma sociedade diversificada. (SOLER, 2005).

Existem diversos estudos relacionados com as características, tratamento e intervenção com crianças autistas (BOSA, 2006; CAMARGO e BOSA, 2009; LOURENÇO et al, 2015; ROCKENBACH, 2014; ROSA NETO et al, 2013; SANINI, 2013; SOARES e NETO, 2015), porém existe uma carência de estudos na área de Educação Física com crianças autistas. Um dos estudos de caso recentes foi o de Rockenbach e Berleze (2014) em que avaliou o desempenho motor de uma criança de doze anos com mielomeningocele e autismo, através de uma avaliação motora adaptada com uma intervenção lúdico-inclusiva. A aluna obteve conquistas satisfatórias nas habilidades propostas durante o teste, bem como no período da intervenção, concluindo que o incentivo com os materiais adaptados e estímulos diversificados beneficiam para uma melhor avaliação e aprendizagem da criança com necessidades especiais.

Nesta perspectiva, devido à carência de estudos na área da Educação Física com a criança autista, bem como à importância de desenvolver estratégias interventivas inclusivas o presente estudo teve como problemática de pesquisa a seguinte questão: quais as estratégias pedagógicas para incluir o aluno autista nas aulas de Educação Física?

1.1 Objetivo Geral

Esse trabalho teve como objetivo geral descrever a experiência durante o estágio supervisionado em educação física infantil, em um ambiente de inclusão com um aluno autista.

1.2 Objetivos Específicos

- Descrever características do aluno em vários aspectos do seu desenvolvimento humano antes e após a intervenção;
- Descrever a percepção de competência do aluno autista antes e após a intervenção;
- Elaborar estratégias pedagógicas que venham a auxiliar no processo de ensino aprendizagem durante a intervenção.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A Inclusão do aluno autista na escola

Quando se trata de inclusão na escola, o primeiro passo a ser dado para atingirmos o objetivo proposto é transformarmos a escola em todos seus aspectos (estruturais e humano). O ambiente inclusivo deve conter não só os recursos pedagógicos apropriados como também o material humano especializado (CUNHA, 2014), e não é raro encontrarmos escolas com esse problema no nosso país.

Uma das ferramentas que deve ser utilizada e trazida para dentro da escola é a vida afetiva, ou seja, a escola deve ser um ambiente acolhedor e de afeto, pois podemos fazer das escolas uma extensão da vida das crianças para obtermos sucesso na educação. Além disso, o professor é peça chave na inclusão, é impossível não trabalharmos a inclusão escolar e não falarmos dos professores, ele deve estar preparado e capacitado para trabalhar com a inclusão da melhor maneira possível (CUNHA, 2014).

Para incluir a criança autista na escola, Bosa (2006) reforça a ideia de que ao lidarmos com crianças pequenas a prioridade deveria ser a terapia da fala, da interação social, da educação especial e o suporte familiar. Salientando a variedade de serviços disponíveis, seja com abordagens individuais ou por clínicas multidisciplinares e lembrando que a eficácia do tratamento depende da experiência e do conhecimento dos profissionais sobre o autismo e, principalmente, de sua habilidade de trabalhar em equipe e com a família.

O tratamento da criança autista pode ser baseado em quatro pilares básicos de qualquer tratamento com relação ao transtorno do desenvolvimento: (1) estimular o desenvolvimento social e comunicativo; (2) aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; (3) diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano e (4) ajudar as famílias a lidarem com o autismo (BOSA, 2006).

Com relação ao professor, a primeira e mais importante atitude a ser tomada é o conhecimento sobre o aluno, ou seja, o professor deve conhecer o aluno, saber quais são suas especificidades, as suas necessidades e os seus déficits, para assim saber intervir com a qualidade adequada para um bom rendimento do seu aluno. O professor deve detectar as habilidades do aluno, as que ele já tem e as que ele deve aprender. Além disso, o professor deve ensinar o aluno a aprender e para isso é necessário conquistá-lo provocando o seu desejo. O início dessa caminhada se dá através da conquista do contato visual (CUNHA, 2013). Algumas orientações que o professor deve ter com a criança autista são fundamentais,

dentre elas: penetrar nos afetos do aluno, concentrar-se no contato visual, trazer o olhar do aluno para as atividades que ele está fazendo, procurar sempre enriquecer a comunicação, criar hábitos cotidianos agradáveis, fazer tudo com serenidade, mas com voz clara e firme, executar uma atividade de cada vez, privilegiar vínculos afetivos, corrigir ensinando e não reprimindo (CUNHA, 2013).

Além disso, Cunha (2013) salienta que devemos desenvolver distintas áreas da sua aprendizagem, tais como: (1) memória, concentração e equilíbrio: nas atividades que estimulem a organização do material de trabalho; (2) socialização, direitos e deveres: nos exercícios que trabalhem limites; (3) organização do pensamento e da linguagem: na ordem de execução das tarefas; (4) a internalização do papel de aprendiz do aluno: em atividades que valorizem a escola e a socialização e (5) afetividade e inclusão: em atividades da vida diária da escola e seus componentes.

2.2. Escola e Família: contextos primordiais para o desenvolvimento da criança autista

O desenvolvimento psicossocial da criança autista se dá não somente no ambiente escolar, assim como não é apenas de responsabilidade do corpo docente escolar a sua eficácia, porém, a escola tem papel fundamental nesse tema, pois ela é o único espaço social que divide com a família a responsabilidade de educar. Além disso, a escola favorece a transição entre a individualidade e a coletividade, oferecendo a criança possíveis comportamentos mais socializadores (SERRA, 2010). Salientando que a escola deve disponibilizar uma série de recursos materiais e humanos especializados para proporcionar ao aluno especial meios para acessar o currículo escolar, viabilizando o processo de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2001).

Mendes (2002) ressalta a necessidade da cooperação de ensino entre os professores (ensino regular e especial), os demais membros do corpo docente e os especialistas da área da saúde (médicos, enfermeiros, psicólogo, etc.). Assim, se demonstra a importância da avaliação, do planejamento e da implementação de programas para suprir as dificuldades de alunos com deficiência na inclusão social e escolar.

Para Moreira (2010) a criança autista não é propriamente uma pessoa com uma doença que limita a capacidade de interagir socialmente, mas sim uma pessoa que vive em seu próprio “mundo interior”, e que devemos compreender a realidade dos pais da criança autista, que não atende as exigências que a sociedade impõe e se fecha para viver o seu “mundo”. Essa exigência social não atendida pode acarretar em desestrutura familiar, porém os

familiares encontraram no serviço de uma equipe multiprofissional a promoção de uma melhor qualidade de vida entre das crianças autistas e um melhor relacionamento entre as crianças e a família, (MOREIRA, 2010), ou seja, a família aprende a lidar com a situação e torna parte fundamental do tratamento da criança.

Cabe ressaltar que é fundamental que exista um diálogo entre familiares e escola, pois os pais (ou responsáveis) possuem informações importantíssimas referentes à criança e que certamente irão fazer parte do planejamento das intervenções educacionais das crianças autistas (SERRA, 2010). Farrel (2008) salienta que o suporte para as famílias de crianças autistas é fundamental. A compreensão do comportamento da criança, de como ela funciona pode auxiliar os pais a lidarem com essa situação com menos sofrimento. Pois quando os pais se sentem parte integrante do tratamento eles se comprometem com o filho e passam a olhar suas potencialidades do seu filho e não apenas o autismo.

Farrel (2008) enfatiza algumas estratégias que podem ser realizadas nos principais contextos de convívio (família e escola) da criança autista, por exemplo: (1) selecionar metas e objetivos funcionais e relevantes; (2) conseguir a atenção da criança antes de iniciar uma instrução (para maior envolvimento); (3) ensinar com materiais variados e reais (em vez de símbolos e abstrações); (4) demonstrar a habilidade (ênfase ao concreto); (5) explicar as atividades forma breve (pequena quantidade de informações por vez); (6) progredir lentamente e oferecer primeiro atividades familiares, atingíveis e realistas; (7) diminuir gradativamente a ajuda; (8) elogiar as tentativas e dar ênfase ao bom desempenho; (9) favorecer a segurança emocional da criança com rotinas em aula (previsibilidade); (10) utilizar-se de pares tutores; (11) favorecer autonomia (permitir escolhas nas atividades); (12) adequar atividades (trabalhando a mesma atividade que os colegas sem deficiência); (13) tentar certificar-se que a habilidade foi dominada em pelo menos um contexto (casa ou escola), para fazer planos de transferência de aprendizagem, para novas habilidades sejam aplicadas em outros contextos.

Essas estratégias podem ajudar a criança a se perceber mais competente nas suas habilidades. A percepção da criança é multidimensional, ou seja, é expressa pela criança em domínios específicos do comportamento humano (cognitivo, social ou motor), porém, as percepções podem mudar em decorrência das experiências adquiridas (ALMEIDA; BERLEZE; VALENTINI; 2009). Podemos citar como exemplo as habilidades sociais da criança autista. É necessário que a criança saiba que se espera dela certo nível de participação e desempenho, sem que se coloque excesso de pressão (FARREL, 2008).

Saber como a criança se percebe em suas habilidades, é um processo fundamental para o planejamento pedagógico do professor. O professor pode identificar se a criança está superestimando ou subestimando as suas habilidades. Valentini e Rudisill (2004) reforçam que com o passar do tempo, a criança vai se desenvolvendo cognitivamente e a partir desse desenvolvimento ela torna-se capaz de distinguir a diferença entre a habilidade necessária e o esforço necessário para executar determinadas tarefas, além disso, a criança pode utilizar diversos critérios para estabelecer o julgamento de suas competências, como a cultura familiar e a cultura dos pares que formarão requisitos e valores que serão incorporados pela criança nas suas percepções.

Nesta perspectiva, ter uma percepção de competência satisfatória está associada ao melhor rendimento nas atividades, a manutenção do interesse da criança em participar das tarefas e ao envolvimento da criança na realização das tarefas. Além disso, a percepção sobre a própria competência influencia quais atividades a criança terá mais, ou menos, motivação para realizar e a sua persistência nas práticas (WEISS; EBBECK; HORN, 1997). Quando se trata de uma criança autista, um modelo estruturado de trabalho é fundamental, para que a mesma se sinta competente e realize com maior sucesso em suas habilidades.

Cabe enfatizar que a competência percebida pela criança influencia o nível de empenho dela em determinada tarefa e a partir desse empenho se conquista o aprendizado (HENRIQUE; JANUÁRIO, 2005). E o senso pessoal de competência é pré-formulado a partir da interação entre fatores cognitivos (experiências adquiridas) e a interação dos diferentes agentes sociais (WEISS; EBBECK; HORN, 1997).

3. METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

Esse trabalho se caracteriza como um estudo de caso, através de um relato de experiência. Para Thomas e Nelson (2002) o estudo de caso deve conter a descrição do trabalho proposto, que nesse estudo foi a inclusão de um aluno autista nas aulas de educação física durante o estágio supervisionado.

3.2 Universo do relato de experiência

As aulas foram aplicadas em uma escola estadual de educação infantil no município de Porto Alegre. A escola conta com doze turmas, distribuídas em dois turnos, com alunos de dois a seis anos de idade. Possui uma estrutura física com sala de vídeo, refeitório, pracinha, pátio e uma sala para a prática da educação física. A turma em questão possuía 22 alunos (12 meninos e 10 meninas).

3.3 Caracterização da criança autista

O aluno do estudo será mencionado nesse trabalho como Marcelo. Marcelo tem cinco anos de idade, é do sexo masculino, pertencente ao Jardim de Infância, nível quatro. Ele foi diagnosticado com Autismo leve (SCHOPLER, REICHLER & RENNER, 1988) nesse mesmo período, portanto com um diagnóstico tardio aos cinco anos de idade. Marcelo é filho único e foi diagnosticado com Autismo leve durante o período do estágio.

3.4 Instrumentos utilizados

Observação das características do aluno autista: As características de desenvolvimento do aluno foram baseadas na escala *The Childhood Autism Rating Scale* (CARS) (Escala de Classificação de Autismo na Infância) (SCHOPLER, REICHLER & RENNER, 1988). Esse instrumento não foi aplicado pelo aluno pesquisador. O mesmo foi aplicado por uma Psicóloga no contra turno escolar, sendo que o resultado foi disponibilizado para todos os professores envolvidos no processo ensino aprendizagem do aluno Marcelo. A CARS é uma escala com 15 itens que ajudam a diagnosticar e identificar crianças com autismo, ela é sensível para distinguirmos o autismo de outros atrasos no desenvolvimento.

Além disso, a escala baseia-se na capacidade de diferenciar o grau do autismo entre leve/moderado (30 - 36,5 pontos) e severo (acima 37 pontos), sua aplicação é rápida, e pode ser utilizada em qualquer criança com mais de 2 anos de idade (AGOSTO, 2009).

Percepção de competência: foi realizado o teste de auto percepção de competência de Harter e Pike (1980) (*Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children*). Para este estudo foram utilizadas as subescalas percepção de competência motora, social e cognitiva, constituindo no total de 18 questões. Primeiramente uma questão de exemplo foi conduzida, onde o aluno foi solicitado a decidir com qual das duas crianças descritas na escala ele mais se identificava, e então se marcava a descrição escolhida. Cada questão o avaliador, primeiramente, explicou a questão ilustrada e depois realiza a pergunta: “*Marcelo, qual destas crianças se parece mais contigo*”.

A análise da percepção de competência foi feita de cada uma das subescalas motora, social e cognitiva. Os escores para cada questão valem de 1 (baixa percepção de competência) a 4 (alta percepção de competência). Pontuou-se de 1 a 4; se a resposta for de ordem negativa pontua-se 1 ou 2, sendo o valor 1 para ‘totalmente verdadeira para mim’ e 2 para ‘um pouco verdade para mim’; se a resposta for de ordem positiva pontuou-se 3 ou 4, sendo o valor 3 para ‘um pouco verdade para mim’ e 4 para ‘totalmente verdadeira para mim’.

3.5. Proposta interventiva

3.5.1. Período de intervenção

O estágio supervisionado ocorreu no período de março a julho de 2015, com aulas de 45min nas terças e quintas das 15h30 às 16h15, totalizando 40 aulas, sendo que 15 aulas foram reservadas ao planejamento e 25 aulas dedicadas à intervenção.

3.5.2. Etapas da intervenção

A intervenção foi planejada em quatro etapas. Primeiramente foi realizada a *Observação Sistemática da Intervenção com toda a turma* da turma para realizar um primeiro contato da turma e do aluno Marcelo. Na segunda etapa aconteceu a *Intervenção Individual*, onde foram realizadas dezesseis aulas individuais com o aluno. E por fim, a *Intervenção em pequenos grupos*, onde foram realizadas cinco aulas com o Marcelo e alguns colegas (dois ou

mais), lembrando que as aulas aconteciam duas vezes por semana e cada aula teve a duração de 45min.

3.5.3. Estrutura da Aula e Metodologia de Ensino

A estrutura da aula e a metodologia de ensino foram baseadas em Ferreira (1995). Quanto à estrutura da aula procurou-se contemplar, na maioria das vezes, uma dinâmica sequencia de aprendizagem: (1) a fase inicial (aprendizagem básica do domínio do corpo, com exploração dos materiais com ênfase ao ensino livre); (2) a fase principal (aprendizagem de atividades mais complexas, estruturadas e sequenciais com ênfase ao ensino guiado), e a fase final (uma atividade de volta à calma). Com relação às situações educativas como referência essencial do ato educativo, o ensino foi centrado em duas situações: (1) Situação de Ensino Livre: Método de ensino centrado na criança, estimulando o comportamento exploratório (ex: interagindo no contexto em que o aluno estava brincando, praticando a brincadeira dele); (2) Situação de Ensino Guiado: Método de ensino centrado na criança e no professor, estimulando a resolução de problemas (ex. observava-se o que chamava a atenção do aluno, para desenvolver as habilidades motoras de acordo com sua preferência). A situação de Ensino dirigido (método centrado no professor, facilitando a capacidade de execução da criança), foi utilizada poucas vezes em função das especificidades do aluno autista (dificuldade de interação, resistência a aceitar atividades).

3.5.4. Conteúdos desenvolvidos

Os conteúdos foram conduzidos através da abordagem de interação, com ênfase às habilidades sociais, baseados da proposta de Krebs (2011), que descreve o Planejamento Curricular para Educação Física Infantil:

Atividades de autocontrole: que são atividades que oportunizam a criança a testar suas próprias possibilidades e a superarem a barreira do medo (ex: caminhada no banco sueco e suas variações de lado, de costas, de olhos fechados, etc.), atividades com pneu (empurrar, girar, carregar, etc.) e atividades nos brinquedos da pracinha (escalar, saltar, correr).

Atividades de Esquema corporal que enfatizam o conhecimento das partes do corpo e faz com que as crianças obtenham maior entendimento da natureza do corpo através das dimensões de esforço, espaço e relação (ex: atividades de imitação e localização das partes do corpo).

Jogos de Baixa Organização: são jogos que requerem baixo nível de coordenação senso motora (órgãos sensoriais e aparelho locomotor). Essas atividades se caracterizam pela não competitividade e por serem altamente recreativas (ex: circuitos com cordas (pular, passar por cima/baixo), circuitos com arcos (caminhar por dentro/fora do arco), basquete adaptado, futebol adaptado e montagem de quebra cabeça).

Atividades Rítmicas: são atividades motoras em que o elemento principal passa a ser o ritmo, ou seja, toda a atividade executada é ritmada (ex: Brinquedos/Rodas cantados, coreografia da festa junina).

4. RESULTADOS CONQUISTADOS E DISCUSSÕES

4.1. Características desenvolvimentistas antes e após intervenção

As características de desenvolvimento do aluno foram baseadas Escala de Classificação de Autismo na Infância (SCHOPLER, REICHLER & RENNER, 1988). Segue na sequencia do texto a avaliação dos critérios classificatórios quanto ao relacionamento interpessoal, imitação, resposta emocional, expressão corporal, uso do objeto, adaptação a mudanças, uso do olhar, uso da audição, uso do paladar, olfato e tato, medo e nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, atividade, grau e consciência das respostas de inteligência e, por fim, impressão geral. Nesta perspectiva, segue uma avaliação qualitativa de cada item do teste. O diagnóstico de Autismo e sua classificação foram constatados no inicio do ano letivo, simultaneamente com o início do estágio docente. Baseado nos critérios avaliados no teste realizado pela Psicóloga, uma observação sistemática, utilizando-se da mesma referência, foi feita pelo pesquisador, durante o decorrer do estágio, com o objetivo de traçar medidas interventivas adequadas ao aluno, bem como ver sua possibilidade de melhorias desses critérios.

Quanto ao *relacionamento interpessoal*, o aluno apresentava grau moderado, pois às vezes demonstrava isolamento. Havia necessidade de esforço persistente para obter sua atenção e existia um contato mínimo por iniciativa da criança. No que se refere à *imitação*, Marcelo apresentava grau leve de anormalidade, pois em alguns raros momentos ela imitava palavras isoladas ou reproduzia uma imitação atrasada.

Com relação à *resposta emocional* ele apresentava grau leve de anormalidade, pois o Marcelo ocasionalmente demonstrava alguma inadequação na forma e quantidade das reações emocionais e às vezes as reações não eram relacionadas a objetos ou acontecimentos do “entorno”. Para a *adaptação a mudanças* ele apresentava um grau leve de anormalidade porque quando alguém tentava modificar algumas rotinas, Marcelo continuava com a mesma atividade ou no uso dos mesmos materiais.

Para a *expressão corporal* Marcelo apresentou grau leve, pois algumas peculiaridades “menores” estavam presentes como movimentos desajeitados e/ou coordenação motora pobre em comparação cm os colegas da sua idade. Analisando o *uso do objeto*, Marcelo estava apropriado, pois demonstrava interesse adequado em brinquedos e outros objetos relativos a seu nível de desenvolvimento e havia uso funcional dos brinquedos.

Para o item *uso do olhar*, Marcelo demonstrava um grau leve de anormalidade porque ele precisava ser lembrado de vez em quando para olhar para os objetos e em alguns

momentos ele evitava o olhar pessoal. Quanto ao *uso da audição*, Marcelo apresentava um grau severo, pois havia uma hiper-reatividade aos sons, de uma forma extremada, independentemente do tipo do som. Porém no quesito *uso do paladar olfato e do tato* ele estava dentro do considerado normal, pois ele explorava novos objetos de acordo com a idade geralmente através dos sentidos. O paladar e olfato eram usados apropriadamente quando o objeto era percebido como comível e quando havia dor resultante de batida, queda, ou pequenos machucados ele expressava seu desconforto, porém sem uma reação desmedida.

No que diz respeito ao *medo e nervosismo* ele apresentava um grau leve de anormalidade, pois de vez em quando ele demonstrava medo e nervosismo que é levemente inapropriado (para mais ou menos) quando comparado a outras de mesma idade.

Quanto à *comunicação verbal*, Marcelo apresentava um grau leve de anormalidade, pois a sua fala apresentava um pequeno atraso global. A maior parte da fala é significativa, porém, em alguns momentos, pode estar presente ecolalia. Já para a *comunicação não verbal* ele apresentava normalidade, pois o uso da comunicação não verbal é apropriado para uma criança da sua idade.

No que se refere à *atividade*, Marcelo apresentava grau moderado. Ele era inquieto e aparentava ter uma quantidade infinita de energia. Para o *grau e consistência das respostas da Inteligência* ele estava em um grau normal, pois Marcelo era inteligente como uma criança normal de sua idade não havendo nenhuma habilidade não usual ou problema. E para encerrar, a *impressão geral* do Marcelo foi de Autismo de grau leve, pois ele apresentava pequenas alterações de comportamento em comparação a outra criança da sua idade.

De todos esses critérios, o que ficou evidenciado alguma evolução, na percepção do pesquisador, foi quanto ao *relacionamento interpessoal*. Anteriormente a criança demonstrava certo isolamento, porém passou há interagir um pouco mais com a turma em geral. Havia necessidade de esforço persistente para obter sua atenção, e após a intervenção ele deu mais atenção aos professores e aos colegas.

Para Camardo e Bosa (2009) é possível afirmar que as crianças consideradas socialmente mais competentes são aquelas que possuem maiores habilidades sociais. Considerando essa afirmação podemos dizer que, a competência social é um conjunto de fatores psicológicos que refletem múltiplas facetas do funcionamento cognitivo, emocional e comportamental. Então podemos afirmar que se trata de um conjunto de comportamentos aprendidos no decurso das interações sociais, sobretudo, na interação com pares e não de um traço global da personalidade (CAMARGO e BOSÁ, 2009).

Para Emidio (2008) a socialização ou o relacionamento interpessoal tem um papel crucial no desenvolvimento da criança na fase pré-escolar, e ela pode influenciar tanto de forma benéfica quanto de forma prejudicial à adaptação dela como os sujeitos e com os ajustamentos relacionais futuros. Visto que alguns estudos indicam que interações pobres com os pares, e o posterior desenvolvimento das crianças, pode ser mediado pela auto percepção que as crianças têm da relação com os pares (JAMBUNATHAN & HURLBUT, 2000).

Desta forma, para Harter e Pike (1984), as crianças têm noção de que as competências sociais estão relacionadas com a aceitação social e a popularidade, ou seja, de que a competência social influencia a aceitação dos pares. Porém, esta é uma capacidade que é adquirida com o passar do tempo, valorizando as capacidades do domínio cognitivo e físico.

É evidente que a interação social é um fator importante para o desenvolvimento psicossocial da criança, pois proporciona contextos sociais e experiências que permitem a troca de ideias, de papéis e o compartilhamento de atividades que exigem negociação interpessoal e discussão para a resolução de conflitos, além disso, é no seu grupo social que nascem as regras que moldam as atividades de cooperação e competição (CAMARGO e BOSA, 2009).

Tudo que foi citado anteriormente se equivale quando estamos falando de crianças com o transtorno do espectro do autismo devemos proporcionar às crianças com autismo oportunidades de conviver com outras crianças da mesma idade para possibilitarmos os estímulos necessários às suas capacidades interativas, impedindo o isolamento contínuo (CAMARGO e BOSA, 2009). Devemos estimular a interação entre crianças com desenvolvimento típico e autistas, pois as crianças com desenvolvimento típico fornecem os modelos de interação para as crianças com autismo, mesmo que as crianças autistas tenham dificuldade de compreensão social, ou seja, a interação social é a base para o seu desenvolvimento, como para o de qualquer outra criança (CAMARGO e BOSA, 2009).

4.2. A percepção de competência do aluno autista antes e após a intervenção

A avaliação do aluno autista com relação a sua competência cognitiva, motora e social, foi realizada através do Teste de Auto Percepção de Competência de Harter e Pike (1984). O teste foi aplicado após um convívio de adaptação entre o aluno e professor (após quatro aulas), bem como no final da intervenção.

No presente estudo a percepção cognitiva envolveu atividades de como Marcelo se percebe quanto à facilidade ou não de montar um quebra cabeças, a percepção da qualidade de suas tarefas, do conhecimento das cores, do alfabeto, dos números e da primeira letra do nome. Os resultados evidenciaram que da pontuação máxima contemplada para esses requisitos (24 pontos), Marcelo atingiu 23 pontos, com respostas classificatórias de uma alta percepção de competência cognitiva, demonstrando segurança em seu domínio cognitivo.

Quanto à percepção motora, o teste envolveu atividades de como ele se percebe quanto a realizar brincadeiras no balanço, se ele é bom em escalar, se ele consegue amarrar os seus sapatos, se ele é bom em saltar, se ele consegue correr rápido e se ele consegue pular em um pé só. Nesse quesito a pontuação máxima possível é de 24 pontos, e o Marcelo atingiu 20 pontos, demonstrando segurança em seu domínio motor. No entanto, na avaliação do critério de expressão corporal o aluno não foi avaliado com o desempenho apropriado para a idade, fato esse que destaca que a sua auto percepção de competência motora está alta, ou seja, ele se percebe mais competente do que realmente é.

Já a percepção social envolveu atividades de como ele se percebia quanto à quantidade de amigos para brincar, se ele dormia com frequência na casa dos amigos, se ele tem amigos para jogar, se ele tem amigos para brincar na pracinha, se ele é convidado pelos amigos para brincar, e se ele realiza refeições (almoço/janta) na casa dos amigos. Nesse quesito os resultados mostram que da pontuação máxima possível (24 pontos) Marcelo atingiu 17 pontos, perdendo pontos nos critérios de dormir na casa de amigos e a realização de refeições na casa de amigos.

Ficou evidenciado que Marcelo se percebia no início da intervenção, muito competente nas tarefas que envolviam as habilidades de raciocínio, movimento e socialização, porém cabe ressaltar que a percepção de competência, com relação ao domínio das habilidades motoras fundamentais, em crianças não é tão precisa, demonstrando que crianças tendem a expressar uma percepção maior do que sua competência real. Devemos levar em consideração que a precisão nas percepções de competência é diretamente influenciada pela motivação intrínseca e o grau com que as crianças acreditam ter autonomia em suas vidas. (HAYWOOD; GETCHELL, 2004). E ainda quando se trata de crianças especiais, especialmente no nosso estudo com uma criança autista, a forma da criança se perceber pode ser ainda mais distorcida ou ilusória.

A forma que o aluno se percebeu após a intervenção, não teve mudanças nos critérios, quando comparada com o início da intervenção. Sua percepção continuou alta com relação às habilidades (cognitivas, motoras e sociais). Esse resultado vai ao encontro do que Harter

(1978) afirmou que as percepções de competência tendem a ser altas até aproximadamente os oito anos de idade, com tendência a se estabilizar aos doze anos, e ela também salienta que quanto mais experiências são vivenciadas pela criança em uma atividade, maiores oportunidades a mesma terá para desenvolver o senso de competência neste domínio. Entretanto, apesar de não ter resultados diferenciados nos critérios, pois foram relacionados a dormir na casa de amigos e reair refeições na casa de amigos, que não estavam ligados a prática social interventiva nas aulas de Educação Física, ficou observado que suas respostas nos demais critérios (quantidade de amigos para brincar, se ele tem amigos para jogar, se ele tem amigos para brincar na pracinha, se ele é convidado pelos amigos para brincar), foram mais realistas, ou seja, ele demonstrou um convívio social maior, do que quando comparado a primeira avaliação.

Foi constatado que o Marcelo tem uma percepção de competência alta o que vai de encontro com o que alguns autores já demonstraram como Valentini (2002b) e Brauner (2010) que verificaram altos índices na percepção de competência motora nas crianças com idades entre cinco e dez anos. Para Brauner (2010), é a partir dos oito anos de idade que a criança tem a capacidade de se autoavaliar, pois antes disso a criança não sabe separar a vontade de ser com o que ela realmente é.

Para Emidio (2008) crianças com uma auto percepção social elevada são as mais aceitas pelos colegas, pois elas têm um sentimento positivo delas mesmas, assim participam mais das atividades do grupo e a cooperam melhor com os outros colegas. Para o aluno em questão, a aceitação dos pares foi sempre positiva, no entanto a dificuldade de socialização partia dele em todos os momentos da aula. Nesta perspectiva, as atividades em pequenos grupos favoreceram para o melhor convívio social do aluno. Ficou claro para o pesquisador que podemos proporcionar às crianças autistas momentos de convívio com colegas da mesma idade, e que isso certamente irá estimular a sua socialização, evitando, ou diminuindo, o isolamento da criança autista.

Os pais, professores e treinadores somados a maturidade cognitiva e as interações da criança com o meio afetam diretamente as suas percepções, ou seja, o feedback deles junto com as experiências adquiridas, auxiliam as crianças a criarem parâmetros mais críticos em relação as suas habilidades, ajudando a criar uma auto percepção mais real (WEISS; AMOROSE, 2005; HARTER, 1978).

Lembrando que, a competência social é uma habilidade que depende de uma série de outras medidas como, por exemplo, quantidade suficiente de material humano para realizar a inclusão em sala de aula, ou seja, um número suficiente de professores e que os mesmos

sejam qualificados para lidar com o tema, também o apoio e a valorização do profissional. Particularmente, após essa rápida experiência do estágio, eu acredito que a escola pode e deve ser um ambiente de inclusão para as mais diversas formas de transtornos, porém infelizmente ainda estamos longe de alcançarmos essa meta. Cabe ressaltar o que Camargo e Bosa (2009) dizem, os pesquisadores da área tem um grande desafio, mostrar que a escola pode ser um espaço para desenvolvermos a competência social para crianças autistas. Então é imprescindível que continuemos a realizar novas pesquisas na área para atendermos essa demanda, pois as crianças pré-escolares são peça chave nesse desafio, pois nessa fase elas se defrontam com as suas primeiras experiências sociais.

4.3. Estratégias pedagógicas realizadas na intervenção

4.3.1 Início da intervenção: ênfase na avaliação diagnóstica

Nas primeiras quatro aulas (duas semanas) foram avaliados os interesses, as preferências e o conhecimento já adquirido do Marcelo. A principal característica evidenciada pela professora da escola foi com relação à dificuldade que o Marcelo tinha em responder as suas solicitações, Marcelo muitas vezes parecia ter uma deficiência auditiva, porém durante esse período de intervenção Marcelo foi avaliado pelo psicólogo com diagnosticado com Autismo leve.

Com relação à dinâmica das aulas, inicialmente participava de maneira individual e não interagindo com a turma. Nas aulas seguintes ele começou a se recusar a fazer as atividades, principalmente em ambientes fechados, pois ele tinha muita sensibilidade a ruídos, se assustava e não queria ficar em lugares barulhentos com toda a turma. Essa recusa se tornou muito frustrante para mim, pois durante toda carreira acadêmica nós, exaustivamente, debatemos e planejamos aulas inclusivas. No entanto, a inclusão ocorreu de uma maneira mais lenta, em virtude das atitudes de isolamento do aluno.

Antes de iniciar a aula, o Marcelo começava a chorar desesperadamente e dizia “que não queria realizar as aulas”, “que não gostava dos colegas” e “que queria ficar com a sua mãe”. Durante aproximadamente três aulas ele se recusou a participar com toda turma. Portanto, tivemos que fazer uma nova estratégia metodológica para as aulas de Educação Física com o Marcelo e aplicamos aulas individualizadas para ele com o objetivo de reintegrá-lo a sua turma no final da intervenção (figura 1- trajetória da avaliação diagnóstica).

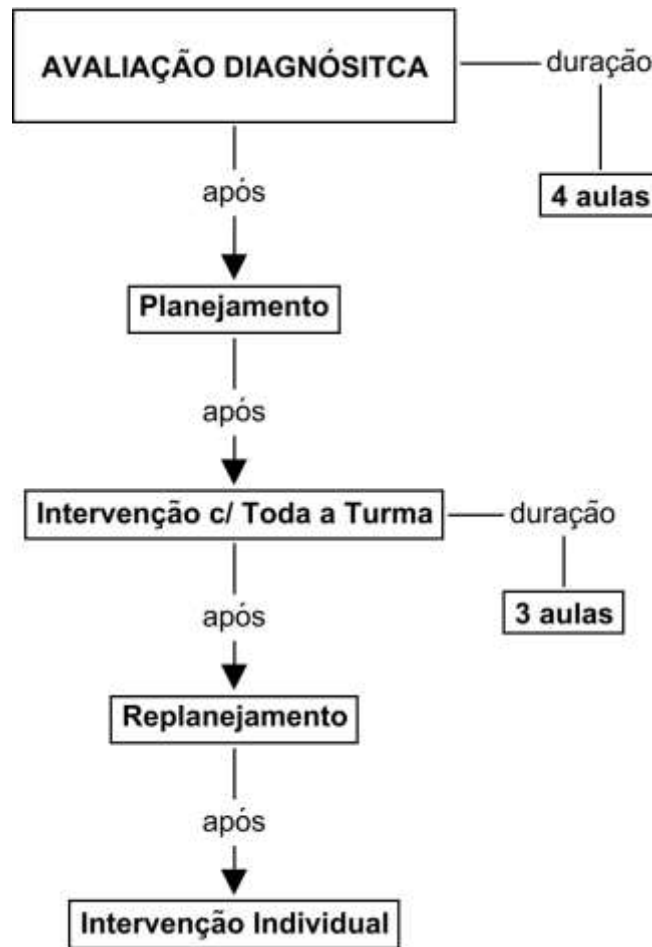


Figura 1- Trajetória da Avaliação Diagnóstica

4.3.2. Desenvolvimento da intervenção: ênfase a avaliação processual

Nesta fase o aluno foi avaliado com relação ao sua evolução no processo de aprendizagem, em todas as aulas. A abordagem individualizada durou aproximadamente 16 aulas. A aceitação do aluno foi muito boa e sempre realizava as atividades propostas, às vezes com mais motivação, às vezes com menos motivação, mas nada diferente dos seus colegas de turma ou de qualquer outra criança da sua idade. As aulas contemplavam os mesmos conteúdos das aulas dos demais colegas, sendo que as atividades que mais chamavam a sua atenção tinham uma persistência temporal maior durante o decorrer da intervenção.

Algumas atitudes foram observadas durante o início da intervenção individual, como por exemplo: (1) desprendia a atenção facilmente das atividades; (2) evitava o contato visual e a comunicação; (3) não tolerava os gritos dos colegas, principalmente dentro da sala; (4) em alguns momentos conversava sozinho, parecendo estar em outro mundo (mundo da imaginação).

Quanto à estrutura da intervenção individual, foram utilizadas as recomendações de Farrel (2008) e os principais procedimentos adotados foram: (1) manter um contato mais próximo possível do aluno, buscando sempre interagir de forma calma, tranquila e primeiramente com atividades que chamavam sua atenção; (2) transmitir segurança emocional, trabalhar em ambientes estruturados, previsíveis, confortáveis e com materiais atraentes; (3) realizar atividades de curta duração, evitando que o Marcelo se dispersasse; (4) estimular a independência do Marcelo, criar rotinas, ordens na realização das tarefas e progredir conteúdos de maneira simples, familiar e previsível; (5) realizar atividades variadas entre motricidade ampla e motricidade fina, pois assim o Marcelo se mantinha focado e interessado; (6) desenvolver habilidades fundamentais como atenção, imitação, comunicação e habilidades sociais; (7) quanto à metodologia de trabalho utilizou-se o ensino dirigido (motricidade ampla) e ensino semi dirigido e livre (motricidade fina) (FERREIRA, 1995); (8) utilizar variações da mesma atividade evitando perder o foco do Marcelo; (9) incluir a família na intervenção, ou seja, fazer que se sintam parte integrante do tratamento.

Após a intervenção individual de 16 aulas, começamos a intervenção com o Marcelo em pequenos grupos (duplas ou trios). Essa dinâmica contemplou cinco aulas. Essa dinâmica de pequenos grupos teve por objetivo principal desenvolver as habilidades sociais de maneira gradual. Os principais procedimentos adotados foram: (1) interação entre os pares, como por exemplo, ênfase nas habilidades de manipulação, visando compartilhar os materiais; (2) mini jogos com os colegas (tabuleiro); (3) durante a adaptação em pequenos grupos, houve uma tentativa de levá-lo para participar no final da aula com todos os colegas (atividade de volta à calma). No entanto, o Marcelo apresentou dificuldade de interação com o grande grupo (figura 2 - trajetória da avaliação processual).

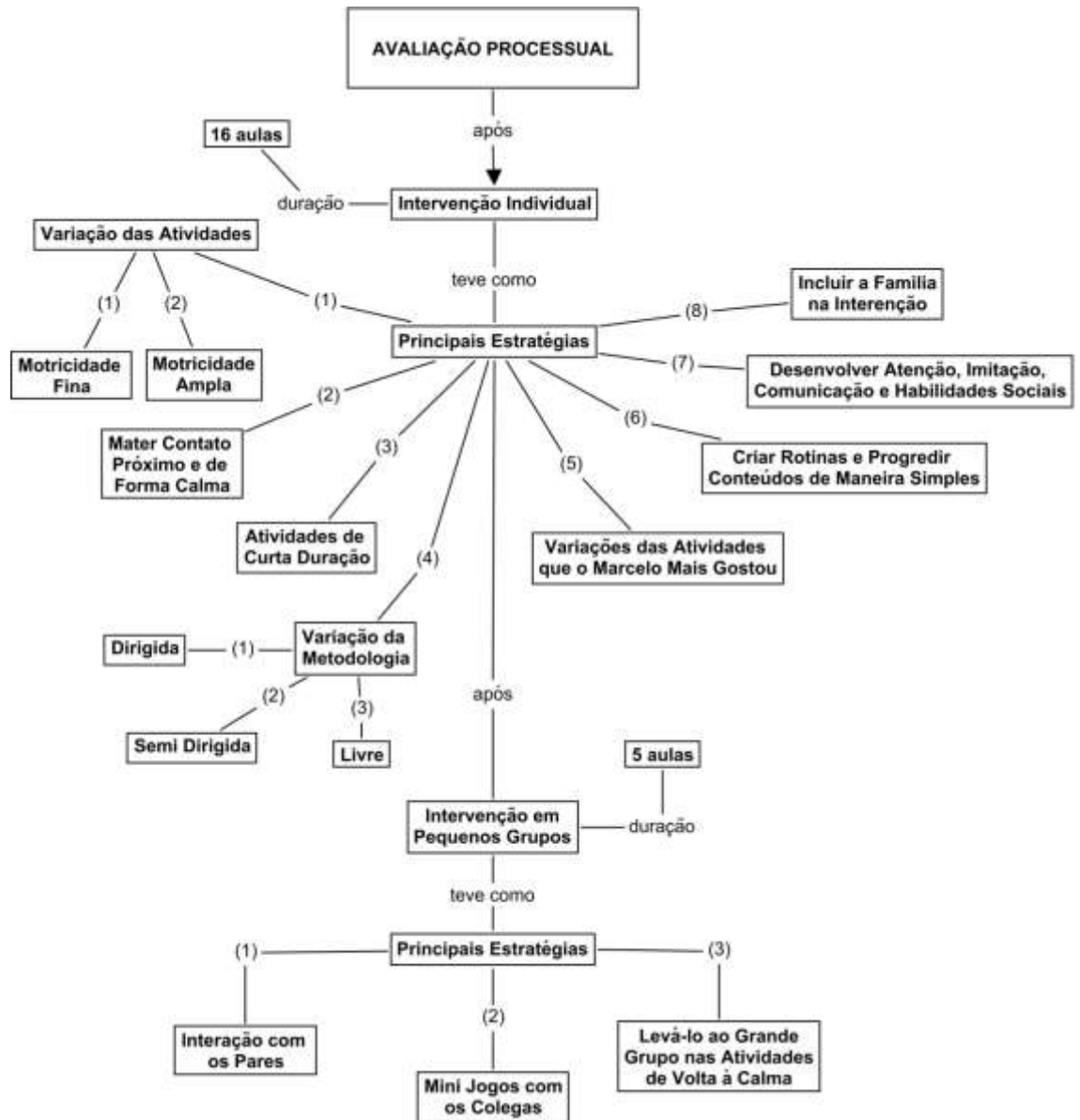


Figura 2- trajetória da avaliação processual

4.3.3. Final da intervenção: ênfase a avaliação somativa

A avaliação somativa tem como principal objetivo dinamizar a ação pedagógica, priorizando uma reflexão da ação interventiva.

Após o período de 25 aulas, algumas mudanças de atitudes positivas foram observadas no Marcelo, como por exemplo, (1) o interesse nas atividades de forma individual e em grupo; (2) o contato visual e a comunicação com o professor e colegas; (3) continuou a não tolerar os gritos dos colegas, porém atividades rítmicas e brinquedos cantados eram bem aceitos; (4) as conversas imaginárias com os brinquedos diminuíram em função da maior interação com os colegas;

Salientamos que no final da intervenção a importância da comunicação entre pais e professores. Farrel (2008) enfatiza que é fundamental que os pais se sintam parte integrante do tratamento da criança autista e com relação a esse aspecto nosso procedimento no decorrer do semestre foi sempre buscando aproximar a família da escola, principalmente a mãe que era a pessoa da família mais envolvida com o tratamento. Reunimo-nos com a mãe no final de cada intervenção, principalmente depois que o Marcelo teve o diagnóstico de autismo, com o objetivo de buscar informações e ao mesmo tempo traçar estratégias comuns para um melhor desenvolvimento psicomotor do Marcelo.

Ao final do ano letivo o Marcelo trocou de escola, pois começou a frequentar o ensino fundamental, no entanto mantivemos contato com a mãe dele para continuarmos com as estratégias utilizadas nas aulas no período de férias. Após iniciar o ano letivo de 2016 a mãe entrou em contato novamente, mesmo o aluno estando em outra escola, para dar informações positivas sobre o Marcelo, relatando que ele estava muito adaptado à nova escola e aos novos colegas. Esse contato reforça que quanto maior a aproximação da família e professores, melhor serão os resultados em benéficos do desenvolvimento da criança (figura 3- trajetória da avaliação somativa).

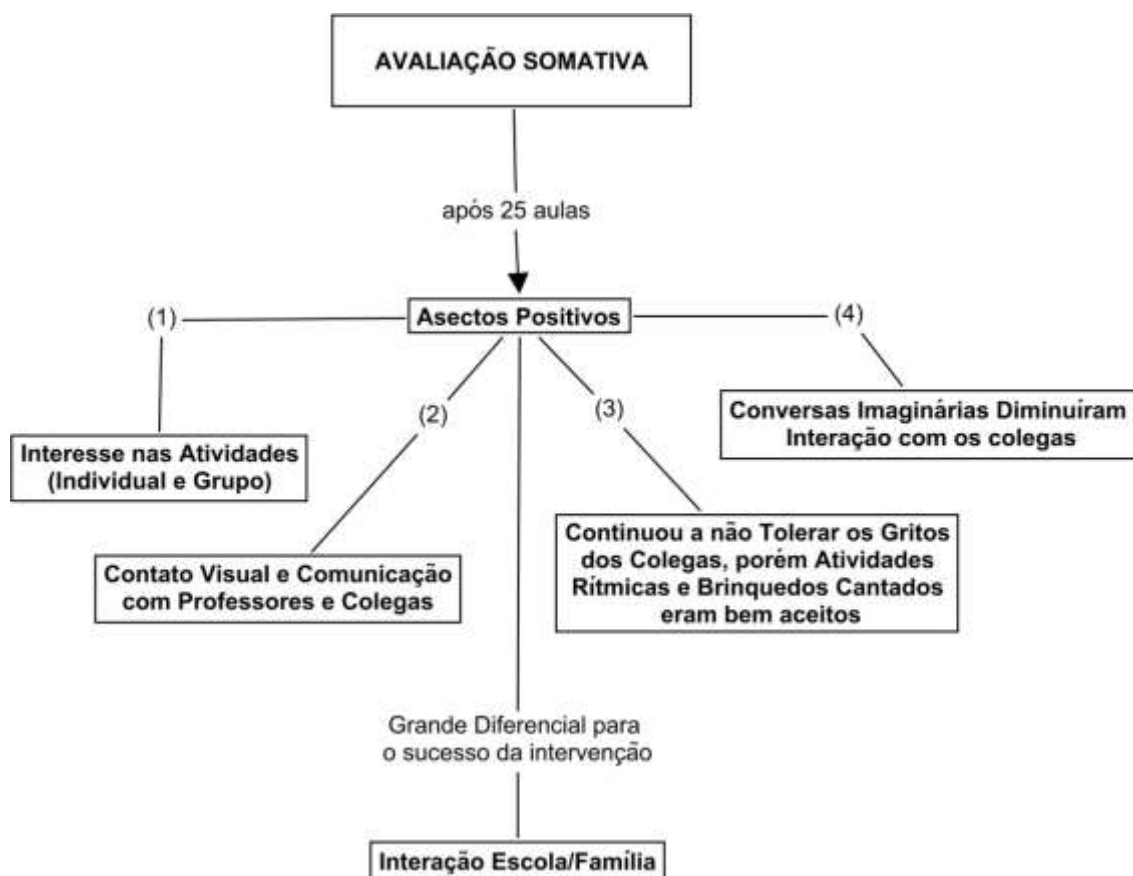


Figura 3 - trajetória da avaliação somativa

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Salientamos a importância de estratégias pedagógicas inclusivas nas aulas de Educação Física infantil, para uma maior qualidade de ensino e aprendizagem da criança autista. O professor de educação física que trabalha com crianças autistas na escola, primeiramente, deve saber como planejar a sua aula (curto, médio e longo prazo), o porquê está planejada essa intervenção, e qual é o objetivo da intervenção que está sendo planejada.

Ao longo do relato de experiência uma das reflexões que sistematicamente permeava o planejamento era com relação à dinamicidade, a reformulação e as adaptações a serem feitas para que o processo pedagógico se tornasse mais prazeroso e produtivo, tanto para o professor, como para o aluno. Cabe salientar que o planejamento deve focar-se nas especificidades e potencialidades de cada criança independentemente dela ser ou não uma criança com necessidades especiais. No entanto, para que a Educação Física inclusiva se concretize a individualidade é o fator em que o professor deve ter maior atenção, pois é a partir do olhar para a criança especial que o planejamento e intervenção inclusiva se desenvolverão.

Planejar e intervir são fatores fundamentais para o sucesso, porém o professor deve saber o momento certo para, por exemplo, mudar a atividade, ou aplicar determinada atividade em função do comportamento do aluno naquele momento, ou seja, a sensibilidade e a experiência do professor para trabalhar com as crianças autistas e mudar a perspectiva da atividade quando necessário, também é um fator importantíssimo para alcançarmos os objetivos traçados. No presente estudo ficou evidente que o planejamento das atividades e o vínculo criado pelo professor com o aluno foram essenciais para o sucesso da intervenção.

Outro ponto importante para que a intervenção tenha o sucesso desejado é o período do diagnóstico. Quanto mais precocemente a intervenção for realizada, melhor. Salientando que o envolvendo a família na intervenção contribuirá para que a mesma tenha mais segurança ao interagir com a criança, pois só assim os possíveis transtornos de desenvolvimento da criança autista podem ser amenizados nas fases subsequentes do desenvolvimento humano.

Levar em conta a individualidade da criança especial também é fator importante para que a intervenção seja positiva. Respeitar a individualidade é fundamental, pois é a partir dela que o planejamento deve ser construído. Na perspectiva do desenvolvimento humano, a criança autista tem suas potencialidades e suas limitações assim como qualquer outra criança, porém cabe a nós professores, mantermos o foco de atenção para as potencialidades do aluno

e não para as suas limitações. Quando tratamos de educação especial inclusiva temos que abrir mão dos nossos preconceitos e temos que entender que do outro lado existem seres humanos com características próprias assim como outra pessoa que não possuiu transtorno algum.

Quando tratamos de inclusão na escola, podemos salientar que a inclusão não é de responsabilidade, apenas, do professor, e sim de todo o sistema educacional do país. Da parte do professor podemos citar que para que ele obtenha resultados positivos, primeiramente, ele deve ter conhecimento do assunto, ou seja, deve ser um profissional qualificado, além disso, a dedicação e a motivação são fatores tão importantes quanto. Porém, para que o profissional seja qualificado, dedicado e esteja motivado a fazer seu trabalho, outra área de trabalho deve ser tão eficiente quanto a do professor, que é a área do sistema de educação. O sistema contempla ferramentas que influenciam e motivam o professor, como, as políticas públicas de ensino, o salário, a estrutura física da escola, a estrutura humana (corpo docente) da escola, entre outros. Cada micro sistema (escola, família, comunidade, governo) deve fazer sua parte para que a inclusão aconteça e para isso é necessário muita dedicação e comprometimento, por parte de todos, para uma Educação Inclusiva de qualidade.

No momento em que a sociedade como um todo, acreditar que os benefícios da inclusão são para todas as pessoas, com e sem necessidades especiais, favorecendo a compreensão e aceitação dos outros, o reconhecimento das necessidades e competências de todos e o respeito por todas as pessoas, teremos uma sociedade mais solidária e preparada para enfrentar todos os desafios que a vida nos instiga a cada dia. Cabe a cada um de nós fazermos a nossa parte no contexto onde estamos inseridos.

Para finalizar, ressalta-se a relevância do contexto cercado de interações educacionais e familiares para o desenvolvimento da criança e em especial da criança autista. Portanto, cabe ao profissional de Educação Física interagir cada vez mais com a Família.

REFERÊNCIAS

AGOSTO, V. A. **Introdução a algumas escalas de avaliação relacionadas ao espectro do autismo**. 2009. Disponível em: <<http://www.ama.org.br/site/escalas.html>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

ALMEIDA, G, BERLEZE, A, VALENTINI, N. **Percepções de Competência: Um Estudo com Crianças e Adolescentes do Ensino Fundamental Movimento Porto Alegre**, v. 15, n. 01, p. 71-97, janeiro/março de 2009.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas. 2002.

BOSA, C. A. **Autismo: intervenções psicoeducacionais**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 28, supl. 1, p. s47-s53, Maio 2006

BOSA, C. A. CAMARGO S. P. H. **Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura**. Psicologia & Sociedade; 21 (1): 65-74, 2009

BRASIL. Ministério da Educação (2001). **Diretrizes nacionais para educação especial na educação básica**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação (2003) **Saberes e práticas da inclusão: dificuldades acentuadas de aprendizagem: autismo** - 2. ed. rev. - Brasília : MEC, SEESP, 2003. 64p

BRASIL. Senado Federal. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: nº 9394/96**. Brasília, 1996

BRASIL. Senado Federal (2012). **Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa Com Transtorno do Espectro Autista**. Brasília, 27 dez. 2012.

BRAUNER, L. **Projeto social esportivo: impacto no desempenho motor, na percepção de competência e na rotina de atividades infantis dos participantes**. 2010. Dissertação

(Mestrado em Ciências do Movimento Humano). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Educação Física, Porto Alegre, 2010.

CAMARGO, S. P. H, BOSA, C. A. **Competência social, inclusão escola e autismo: revisão crítica da literatura.** *Psicologia & Sociedade*; 21 (1): 65-74, 2009

CUNHA, E. **Autismo e Inclusão.** 5. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2014.

CUNHA, E. **Autismo na Escola.** 2. ed. Rio de Janeiro: Wak, 2013.

EMIDIO, R., et al. **Auto-conceito e aceitação pelos pares no final do período pré-escolar.** *Aná. Psicológica*, Lisboa , v. 26, n. 3, p. 491-499, jul. 2008

FARREL, M. **Estratégias Educacionais em Necessidades Especiais: dificuldades de relacionamentos pessoal, social e emocional.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FERNANDES, C. T., MACIELA, C. M. L. A. **Corpo e Aprendizagem: a Importância do Professor de Educação Física na Educação Infantil.** *UNOPAR Cient., Ciênc. Human. Educ.*, Londrina, v. 15, n. 2, p. 99-108, Jun. 2014

FERREIRA, C. A. **Motricidade e jogo na infância.** Rio de Janeiro- Editora Sprint, 1995.

GALLAUHE, D., OZMUN, J., GOODWAY, J. **Compreendendo o Movimento Motor: bebês, crianças, adolescentes e adultos.** 7. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

GAUDERER, C. E. **Autismo.** (3ª ed). Rio de Janeiro: Atheneu. 1993.

HAYWOOD, K., GETCHELL, N. **Desenvolvimento Motor ao Longo da Vida.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

HARTER, S. **Effectance motivation reconsidered: toward a developmental model. Humandevlopment.** n.21. p.34-64, 1978.

HARTER, S; PIKE, R. G. **Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children**. Univerity of Denver, 1984.

HAYWOOD, K. M.; GETCHELL,N. **Desenvolvimento motor ao longo da vida**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

HENRIQUE, J. JANUÁRIO, C. **Educação física escolar: a perspectiva de alunos com diferentes percepções de habilidade**. Motriz, Rio Claro, v.11 n.1 p.37-48, jan./abr. 2005.

JAMBUNATHAN, S., & HURLBUT, N. **Gender comparisons in the perception of self-competence among four-year-old children**. *The Journal of Genetic Psychology*, 161, 469-477, 2000.

KREBS, R. J., RAMALHO, M. H. **Planejamento Curricular para Educação Física**. Caderno Pedagógico. Florianópolis: IOESC, 2011

LOURENCO, C. C. V., et al . **Assessment of the Effects of Intervention Programs of Physical Activity in Individuals with Autism Spectrum Disorder**. Rev. bras. educ. espec., Marília , v. 21, n. 2, p. 319-328, jun. 2015

MELLO, A. M. S. Ros de. **Autismo: Guia Prático**. 5ª ed. São Paulo: AMA; Brasília: CORDE, 2007. 104 p.: Il.

MENDES, E. G. **Perspectivas para a construção da escola inclusiva no Brasil**. In: PALHARES, M. S; MARINE, S. Escola Inclusiva. São Carlos: EdUFSCar, 2002, 286p.

MOREIRA, NS. **O cuidar do portador de autismo e seus familiares: uma abordagem multiprofissional**. Revista de pesquisa: cuidado é fundamental, 2010. out/dez. 2(Ed. Supl.):271-27

MUKHINA, V. **Psicologia da Idade Pré-Escolar**. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

ROSA NETO F. et al. **Efeitos da intervenção motora em uma criança com transtorno do espectro do autismo**. Temas sobre Desenvolvimento 2013; 19(105):110-4.

SANINI, C., SIFUENTES, M., BOSA, C. A. **Competência Social e Autismo: O Papel do Contexto da Brincadeira com Pares**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Jan-Mar 2013, Vol. 29 n. 1, pp. 99-105.

SCHOPLER E, REICHLER R, RENNER BR. **The Childhood Autism Rating Scale (CARS)**. 10th ed. Los Angeles, CA:Western Psychological Services; 1988.

SERRA, D. **Autismo, Família e Inclusão**. *Polemica*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p.40-56, mar. 2010.

SOARES, A. M. CAVALCANTE NETO, J. L. **Evaluation of Motor Behavior in Children with Autism Spectrum Disorder: a Systematic Review**. *Rev. bras. educ. espec.*, Marília, v. 21, n. 3, p. 445-458, set. 2015.

SOLER, R. **Educação Física Inclusiva na Escola: em busca de uma escola plural**. Sprint, 2005

THOMAS, J. R., NELSON, J. K. **Métodos de pesquisa em atividade física**. Porto Alegre, Artmed, 2002.

VALENTINI, N. C.. **A influência de uma intervenção motora no desempenho motor e na percepção de competência de crianças com atrasos motores**. *Revista Paulista de Educação Física*, São Paulo, v. 16, p. 61-75, 2002a.

VALENTINI, N. **Percepções de competência e desenvolvimento motor de meninos e meninas: um estudo transversal**. *Movimento*, v.S, n.1, p.9-20, 2002b.

VALENTINI, N. C., & RUDISILL, M. E. **An inclusive Mastery Climate Intervention on the motor skill development of children**. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 21(4), 330-347 (2004).

WEISS, M. R. **Motivating Kids in Physical Activity**. President's Council on Physical Fitness and Sports Research Digest. 2000.

WEISS, M.; AMOROSE, A. **Children's self-perceptions in the physical domain: between- and within-age variability in level, accuracy, and sources of perceived competence.** Journal of Sport & Exercise Psychology, v.27, n.2, p.226-244, 2005.

WEISS, M. R.; EBBECK, V.; HORN, T. S. **Children's selfperceptions and sources of physical competence information: A cluster analysis.** Journal of Sport and Exercise Psychology, Champaign, n.19, p.52-70, 1997.

ANEXO A - CARS: Childhood autism rating scale

Exemplo do item 1:

1 - Relacionamento inter-pessoal	
Pontos	Sintomas
1	Sem evidencia de dificuldade ou anormalidade: o comportamento da criança é apropriado para a idade. Alguma timidez, inquietação ou prejuízo pode ser observado, mas não a um nível diferente (atípico) quando comparado com outra de mesma idade.
1,5	
2	Grau leve de anormalidade: A criança evita olhar o adulto nos olhos; evita o adulto; demonstra dificuldade quando é forçado a tal; é extremamente tímido; não é tão sociável com um adulto quanto uma criança normal de mesma idade; fica agarrada aos familiares de forma mais intensa que outras de mesma idade.
2,5	
3	Grau moderado: A criança as vezes demonstra isolamento. Há necessidade de esforço persistente para obter sua atenção. Há um contato mínimo por iniciativa da criança (o contato pode ser impessoal).
3,5	
4	Grau severo: A criança é isolada realmente, não se dando conta do que o adulto está fazendo; nunca responde as iniciativas do adulto ou inicia contato. Somente as tentativas muito intensas para obter sua atenção tem algum efeito positivo.

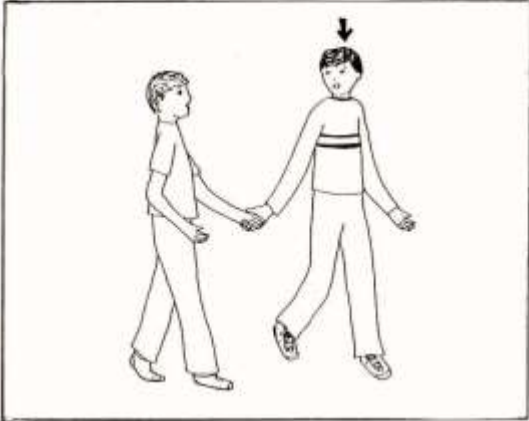
ANEXO B - Pictorial Scale of Perceived Competence and Acceptance for Young Children

Exemplo da questão 1

2

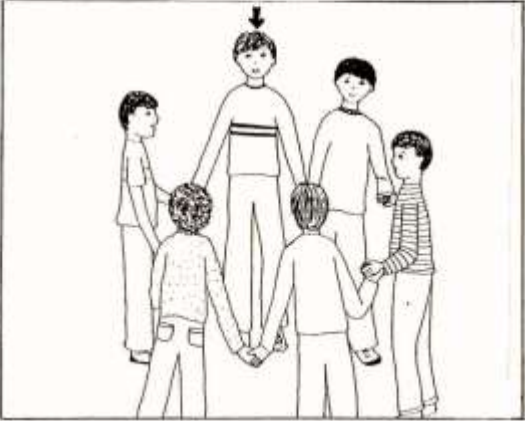
Este menino não tem TANTOS amigos para brincar. Este menino tem VÁRIOS amigos para brincar.

Agora, eu quero (nome da criança) que tu me digas qual desses meninos é mais parecido contigo?



Muito poucos OU Alguns

• ••



Alguns OU Muitos

••• ••••