



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

FABIANA LOPES COELHO GARCIA

**IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO DO AUTISMO EM DOURADOS: FLUXOS E SERVIÇOS DE
APOIO À ESCOLARIZAÇÃO**

DOURADOS-MS
2018



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

FABIANA LOPES COELHO GARCIA

**IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO
DO ESPECTRO DO AUTISMO EM DOURADOS: FLUXOS E SERVIÇOS DE
APOIO À ESCOLARIZAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGRD), como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

**DOURADOS-MS
2018**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

563i	G Garcia, Fabiana Lopes Coelho Identificação e encaminhamento de crianças com transtorno do espectro do autismo em Dourados : fluxos e serviços de apoio à escolarização / Fabiana lopes Coelho Garcia. –2018. 111f. Orientadora: Profª. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins. Dissertação (Mestrado em Educação)–Universidade Federal da Grande Dourados, 2018. 1. Educação especial. 2. Transtorno do Espectro do Autismo (TEA). 3. Autismo – Identificação precoce. I. Título.
------	---

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFGD.

FABIANA LOPES COELHO GARCIA
IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DE CRIANÇAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO EM DOURADOS: FLUXOS E
SERVIÇOS DE APOIO À ESCOLARIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação, da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em ____ de _____ de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Morgana de Fátima Agostini Martins – UFGD

Coordenadora da banca e Orientadora

Prof^a. Dr^a. Relma Urel Carbone Carneiro – UNESP

Examinadora Titular

Prof^o. Dr^o. Reinaldo dos Santos – UFGD

Examinador Titular

Prof^a. Dr^a. Thaise da Silva – UFGD

Examinadora Suplente

Dourados – MS

2018

Dedico este trabalho ao meu filho Lucca, mola propulsora para minhas buscas, e ao meu esposo Ailton Junior por sua dedicação a mim durante esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

“É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos”.
(Fernando Pessoa)

Agradeço, ao meu esposo Ailton Stropa Garcia Junior por todo amor, pela infinita paciência e pelo apoio durante toda esta caminhada, acreditando que tudo daria certo. Obrigada pelo carinho, apoio e amor que me dedicou durante esses anos.

Aos meus pais, Onildo Santos Coelho e Osnice Lopes Coelho, por todo investimento que fizeram em prol da minha formação, pelo exemplo, por todas as palavras de incentivo ao estudo, por acreditarem sempre e me apoiarem na conquista de mais um sonho, fazendo de tudo para me auxiliarem, principalmente, nos cuidados com meu filho. Gratidão por não medirem esforços para me ajudarem nesta conquista.

Aos meus irmãos, por me ouvirem, e por cada palavra dita nos momentos difíceis deste processo, pelo incentivo e carinho. Marielle Lopes Coelho, gratidão por cada vez que buscou o Lucca na escola enquanto eu estava na Universidade. Luciana Lopes Coelho e André Soares, gratidão pelos “tererés filosóficos” onde pude aprender com vocês. Onildo Lopes Coelho e Analice Fróes, obrigada pela torcida incondicional.

Aos meus sogros, Ailton Stropa Garcia e Sumara Heiderich Garcia, pelo apoio e cuidado dedicados à nossa família durante esse percurso.

À minha orientadora professora Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins, pelos momentos de orientações, por sua paciência e competência nesse processo e por me apresentar ao GEAPPA, onde tudo fez sentido! Gratidão por acreditar em mim e por me ensinar que, na vida, temos momentos difíceis, de choro até, mas precisamos continuar trilhando o caminho.

Aos amigos que o Mestrado “me deu”: Luciane Clementino, Jhony Benevides, Gabriela Machado, Priscila de Carvalho, Janete Fávero. Gratidão à minha “irmã de orientação”, Simone França, pelo apoio e parceria sempre! Nós nos tornamos as meninas do *coffe break*!

A todos os participantes do Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais Autistas – GEAPPA pelo acolhimento e pela confiança em nosso trabalho. Gratidão por força com a qual continuam lutando!

À equipe de trabalho da qual faço parte, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF: Cíntia de Souza Neto, Karine S. Yamanari de Melo, Bruna Oliveira de Almeida, Mayara Bezerra e Fernando Pitteri Bento. Gratidão a vocês, incentivadores e apoiadores durante todo o percurso. À Secretaria Municipal de Saúde, pela minha liberação para os estudos e realização da pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Grande Dourados pela oportunidade e por garantir o acesso à diversidade. Gratidão a todos os professores, gestores e funcionários administrativos que participaram dessa etapa da minha formação acadêmica.

Agradeço especialmente a Deus pela força e coragem que, pela fé, me motivam e impulsionam para o crescimento. Gratidão a Ele pelo cuidado e orientação a mim e à minha família!

RESUMO

O objeto de estudo da presente pesquisa consiste na Avaliação e Identificação precoce de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo - TEA, um tema que vem sendo discutido há pouco tempo no Brasil, porém, acirradamente. Dessa forma, na revisão de bibliografia, as pesquisas publicadas demonstram a preocupação dos profissionais de diversas áreas em construir redes de apoio especializadas para este fim, nas quais o principal diálogo se daria na interface saúde/educação. Esta pesquisa está baseada nas premissas da pesquisa qualitativa e será descrita através do delineamento quase experimental. Diante desse cenário, o objetivo geral da pesquisa foi conhecer e analisar a interação e o intercâmbio de conhecimento entre as áreas da Educação e da Saúde, visando à informação e instrumentalização de profissionais para a identificação precoce de crianças com TEA em busca de encaminhamentos de sucesso no município de Dourados/MS. A pesquisa teve como participantes profissionais das áreas da Educação e Saúde, familiares frequentadores do Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais do Autista- GEAPPA e profissionais de uma equipe multiprofissional atuante na saúde pública, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF. O caminho metodológico percorrido nessa investigação foi dividido em etapas. A primeira etapa buscou, por meio de observações, conhecer o contexto de pesquisa e quais questões emergiam daquele local a partir de categorias pré-estabelecidas. A coleta de dados deu-se através de observação participante da pesquisadora junto aos grupos eleitos para a pesquisa. Na etapa seguinte, foi aplicado questionário com todos os participantes, com vistas a conhecer o perfil profissional e as suas concepções sobre o TEA, bem como seu conhecimento para sua identificação. A etapa posterior consistiu em aplicar um questionário para os agentes comunitários de saúde com vistas a descrever as equipes de saúde e os programas que implementam o atendimento de crianças no território de atuação do NASF. A partir dos dados obtidos, foi possível observar que uma das barreiras para a identificação precoce das crianças com TEA é a falta de afinidade dos profissionais com os marcos do desenvolvimento infantil típico, dificultando a avaliação e o encaminhamento de sucesso para essa criança. Ainda podemos constatar que não há uma rede de apoio especializado em saúde concretizada no município, conforme preconizam as políticas públicas. Tanto os serviços de saúde quanto os da educação não estabelecem comunicação efetiva, a não ser que atendam casos muito complexos com sintomas intensificados. Muito embora os professores tenham participado de várias formações, apontam as dificuldades em obter informação sobre os serviços e os fluxos de encaminhamentos para o TEA em Dourados – MS.

PALAVRAS-CHAVE: Educação Especial. TEA. Identificação precoce. Serviços em Saúde

ABSTRACT

The purpose of this study is to evaluate and identify children with Autism Spectrum Disorder (TEA), a topic that has been discussed recently in Brazil. Thus, in the bibliography review, published research demonstrates the concern of professionals in different areas to build specialized support networks for this purpose, where the main dialogue would take place in the health / education interface. This research is based on the premises of qualitative research and will be described through a quasi experimental design. Given this scenario, the general objective of the research was to know and analyze the interaction and exchange of knowledge between the areas of Education and Health, aiming at the information and instrumentalization of professionals for the early identification of children with ASD in search of successful referrals in the municipality of Dourados / MS. The research had as professional participants in the areas of Education and Health, family members of the Group of Studies and Support to Parents and Professionals of the Autism - GEAPPA and professionals of a multiprofessional team working in public health, Expanded Nucleus of Family Health – NASF. The methodological path covered in this research was divided into stages. The first step sought, through observations, to know the research context and which issues emerged from that place from pre-established categories. The data collection was done through participant observation of the researcher with the groups chosen for the research. In the next stage, a questionnaire was used with all the participants, in order to know the professional profile and their conceptions about TEA, as well as their knowledge to identify it. The next step was to apply a questionnaire to the community health agents to describe the health teams and the programs that implement the care of children in the territory of the NASF. From the data obtained, it was possible to observe that one of the barriers for the early identification of children with ASD is the lack of affinity of the professionals with the typical child development milestones, making it difficult to evaluate and direct success for this child. We can still verify that there is no specialized health support network in the municipality, as public policies advocate. Both health services and education do not establish effective communication, unless they deal with very complex cases with intensified symptoms. Although teachers have participated in various training courses, they point out the difficulties in obtaining information about the services and the referral flows to the TEA in Dourados - MS.

KEYWORDS: Special Education. TEA. Early Identification. Health Services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Construção Horizontal do Cuidado	55
Figura 2.	Fluxo de encaminhamento de crianças até 03 anos	67
Figura 3.	Fluxo de encaminhamento de crianças de 03 a 12 anos.....	68
Figura 4.	Fluxo de encaminhamento de adolescentes acima de 12 anos.....	69

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Marcos mais importantes para a avaliação dos sinais e sintomas de risco para o TEA.....	34
Quadro 2. Níveis de gravidade dos Transtornos do Espectro Autístico (APA,2013).....	40
Quadro 3. Instrumentos de identificação e avaliação do TEA sua aplicabilidade.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Classificação por categoria Portal Capes I.....	26
Tabela 2 – Classificação por categoria Portal Capes II.....	27
Tabela 3 – Classificação por categoria Scielo I.....	27
Tabela 4 - Número de crianças atendidas na Puericultura por Unidade de Saúde.....	54

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AAGD – Associação de Pais e Amigos dos Autistas da Grande Dourados

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APAE – Associação e Pais e Amigos dos Excepcionais

AP – Atenção Primária

CEPET – Comissão de Estágio, Projeto e Trabalho

DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

ESF – Equipe de Saúde da Família

FAED – Faculdade de Educação

GEAPPA – Grupo de Estudos e Apoio a Profissionais e Pais de Autistas

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NUDESP – Núcleo de Educação Especial

PAI – Policlínica de Atendimento Infantil

PESTALOZZI – Associação Pestalozzi de Dourados

REME – Rede Municipal de Ensino

SEMED – Secretaria Municipal de Ensino

SEMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TEA – Transtornos do Espectro do Autismo

TGD – Transtorno Global do Desenvolvimento

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFGD – Universidade Federal da Grande Dourados

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO.....	19
CAPÍTULO I – IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO TEA: SEUS CRITÉRIOS, SUAS NUANCES E SEUS IMPACTOS.....	31
1.1. Instrumentos de rastreamento e avaliação.....	36
1.2. Impacto da avaliação diagnóstica na escolarização de crianças com TEA.....	39
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	44
2.1. Delineamento da Pesquisa.....	44
2.2. Caracterização da Pesquisa.....	45
2.2.1. Participantes.....	45
2.2.2. Instrumentos e materiais.....	46
2.2.3. Procedimento de coleta de dados.....	47
2.2.4. Procedimento de análise de dados.....	47
2.3. Etapa I.....	48
2.4. Etapa II.....	51
CAPÍTULO III – O DIÁLOGO ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS ÁREAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL	52
3.1 Resultados obtidos para a descrição do território observado.....	53
3.2 Resultados obtidos com a observação em grupo de apoio	56
3.3 Análise e Discussão.....	57
3.3.1 Avaliação e Diagnóstico do TEA: instrumentos, olhares, serviços e encaminhamentos.....	57

3.3.2	Serviços especializados de apoio à saúde de crianças com deficiência em Dourados – MS.....	63
3.4	A interface saúde/educação acontece somente quando há gravidade/intensidade dos sintomas	70
	CONCLUSÃO.....	73
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICES	84
	APÊNDICE 1	85
	APÊNDICE 2	86
	APÊNDICE 3	88
	APÊNDICE 4.....	90
	APÊNDICE 5	91
	APÊNDICE 6	92
	APÊNDICE 7	93
	ANEXOS	108
	ANEXO 1.....	109

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é resultado do percurso trilhado em busca da sedimentação de minha formação acadêmica. Mais um caminho percorrido acompanhado pelos conceitos de deficiência, diferença, acessibilidade, equidade, exclusão e inclusão.

Meu primeiro contato com a Educação Especial foi na década de 1990, aos 10 anos de idade, quando cursei a quarta série, hoje denominada quarto ano do ensino fundamental I. Neste ano, conheci uma menina com deficiência auditiva, Ana Paula, cabelos cor de mel e sardas iguais às minhas, característica que nos aproximou, além de minha curiosidade por aqueles objetos que ela usava em suas orelhas que, mais tarde, descobri que eram aparelhos para amplificar sons.

A convivência com Ana Paula na escola foi facilitada pelo fato dela ser oralizada, ou seja, ela falava. Mesmo assim, observei que, em alguns momentos, as professoras a retiravam da sala e do grupo, principalmente nos dias de avaliação e práticas corporais. Nesta época nem se falava em Educação Inclusiva. Convivemos até a oitava série, quando fomos para outras escolas, pois aquela não oferecia colegial – atual Ensino Médio, Ana Paula já não falava “como nós”, algumas palavras eram demasiado complexas para nosso entendimento.

Em 1995, iniciei minha formação em Língua Brasileira de Sinais – LIBRAS juntamente com um grupo de cinco pessoas, com apoio da Instituição religiosa que frequentava, para acolher a um casal que estava participando das atividades da Igreja e que “falavam com as mãos”. O trabalho iniciou oficialmente em 1996 e, muito embora não estivéssemos na escola, as práticas eram educacionais: ensinar a ler, escrever, a realizar cuidados de higiene pessoal e até mesmo a ensinar a própria língua de sinais.

Em 2002, graduei-me em Fisioterapia e continuei minha formação profissional na área da Fisioterapia Neurológica, trabalhando com a deficiência física, distúrbios e síndromes neurológicas.

Concomitantemente, esse trabalho com surdos me gerou vários questionamentos à medida que crescia com seu caráter assistencialista e suas demandas familiares, relacionadas à igreja. Pessoalmente, penso que nosso trabalho e as estratégias utilizadas não contribuíam para a emancipação e autonomia daqueles sujeitos, mesmo lidando também com questões não ligadas à Fé.

Após oito anos de trabalho, nosso grupo de intérpretes foi convidado pelo Núcleo Estadual de Educação Especial – NUEESP a participar do processo de inclusão de alunos surdos na escola regular. Havia a necessidade do intérprete de LIBRAS, porém, em Dourados

não existia este “personagem” fora das Instituições religiosas. Consequentemente, fui contratada pela Secretaria Estadual de Educação para atuar como intérprete de LIBRAS no Ensino Fundamental de uma Escola regular.

Passados dois anos, iniciei o processo de formação de professores das escolas estaduais atendendo o convite do Núcleo de Educação Especial - NUESP. O curso era ministrado em dois níveis: básico e intermediário, nos quais a LIBRAS era trabalhada em seus aspectos gramaticais e culturais. Esse processo de formação durou três anos que se constituíram em um período de autoformação, experiência e grandes questionamentos acerca da inclusão escolar destes alunos.

Iniciei, então, uma jornada investigativa relacionada às Políticas Públicas que regiam este processo de Inclusão Escolar e atuei como professora formadora até o ano de 2008 e também como intérprete de LIBRAS em escola regular até o ano de 2010, quando assumi o cargo de concurso público como Fisioterapeuta, por período de 40h semanais, compondo uma equipe multiprofissional no Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF.

No ano de 2011, nasceu meu primeiro filho, Lucca, que começou a frequentar creches quando tinha 08 meses de idade e, ao completar 02 anos, o matriculamos em uma escola privada na sala de maternal. Nesta época eu cursava Pedagogia, licenciatura escolhida para garantir a continuidade de meu trabalho como intérprete e instrutora a partir do Decreto 5.626 de 22 de dezembro de 2005 que regulamenta a Lei no 10.436, de 24 de abril de 2002, dispondo sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras, e o art. 18 da Lei no 10.098, de 19 de dezembro de 2000. Graduei-me no ano de 2014.

Desde setembro do ano de 2015, vivo uma experiência pessoal relacionada à Educação Especial a partir da suspeita de que Lucca, então com 04 anos, fosse uma criança autista. Motivos: não interagia espontaneamente com outras crianças, não se interessava por contação de histórias, fazia seriação com os brinquedos pequenos colocando-os em ordem decrescente e demonstrava dificuldades em sua coordenação motora global. Em uma conversa com a professora regente e com a gestão escolar, decidimos adiar qualquer pesquisa clínica/neurológica oficial, trocamos seu período de estudo (do matutino para o vespertino) e passamos a estimulá-lo mais em casa, considerando que era filho único e sem primos. Esse processo gerou bons resultados para a coordenação e seu interesse nas brincadeiras.

Em 2016, Lucca iniciou sua jornada no Jardim III (Pré escola) e logo no primeiro bimestre, veio o pedido por uma reunião com seus pais. Motivo: o aluno não para sentado, não fixa atenção na aula, anda pela sala. Tem comportamento que sugere Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade – TDAH. Meu primeiro questionamento enquanto

mãe foi: “Ele é tão diferente das outras crianças assim para justificar seu comportamento a partir de uma deficiência?” Meus pensamentos como profissional eram: “Pode uma criança estar no espectro autista e curar-se? Ou melhor, mudar de autista para outra coisa?”

Neste contexto, escolhi voltar à Universidade para continuar minha formação acadêmica e, atualmente, estou no Programa de Pós-graduação em Educação da UFGD, cursando Mestrado em Educação na linha Educação e Diversidade, na qual fui aprovada e acolhida para iniciar um caminho de aprendizado na pesquisa científica.

INTRODUÇÃO

Segundo Bosa & Callias (2000), o autismo é uma síndrome comportamental com etiologias desconhecidas e/ou diferentes, na qual o processo de desenvolvimento infantil encontra-se profundamente distorcido. A primeira descrição dessa síndrome foi apresentada por Leo Kanner, em 1943, com base em onze casos de crianças que ele acompanhava e que possuíam algumas características em comum: incapacidade de se relacionarem com outras pessoas; severos distúrbios de linguagem (sendo esta pouco comunicativa) e uma preocupação obsessiva pelo que é imutável ou *preservação da mesmice*. Esse conjunto de características foi denominado por ele de autismo infantil precoce (Kanner, 1943).

Os conceitos que definem o autismo sofreram diversas modificações desde sua primeira aparição na história. Apesar de o termo autismo ter sido utilizado pela primeira vez por Bleuler, em 1911, para se referir à perda do contato com a realidade de seus pacientes com esquizofrenia, o primeiro a definir Autismo foi Kanner, em 1943, inicialmente denominado “Distúrbio Autístico do Contato Afetivo”. Kanner salientava a existência de uma distorção do modelo familiar, que ocasionaria alterações no desenvolvimento psicoafetivo da criança (hipótese da mãe geladeira) sem, no entanto, abandonar a possibilidade de existência de algum fator biológico da criança.

Segundo Klinn (2006), um ano depois, em 1944, sem ter contato com a teoria de Kanner, Hanss Asperger, um pediatra austríaco com interesse em Educação Especial, descreveu quatro crianças que apresentavam dificuldades em se integrarem socialmente em grupos. Este estudo propôs a definição de um distúrbio que foi denominado por ele como “Psicopatia Autística”. Dentro desta perspectiva, Asperger ressaltou a natureza familiar da condição e, inclusive, levantou a hipótese de que os traços de personalidade fossem de transmissão ligada ao sexo masculino. Na tradução do estudo de Asperger para a língua inglesa, foi sugerida a substituição do nome “Psicopatia Autística”, ficando conhecida mundialmente como “Síndrome de Asperger”.

De acordo com os autores Tamanaha, Perissinoto e Chiari (2008) a aproximação diagnóstica entre os quadros clínicos descritos por Kanner e Asperger foi realizada no início da década de 1970, com a proposta de identificação da “Psicopatia Autística” como uma entidade nosológica e, também, o delineamento do estudo comparativo entre esta condição e o quadro de Autismo Infantil. No entanto, as tentativas iniciais de comparar as duas condições foram complicadas devido às grandes diferenças nos pacientes descritos. Um dos pontos

divergentes foi o fato de os pacientes de Kanner serem mais jovens e possuírem maior prejuízo cognitivo. Em 1980, este transtorno passou a ser classificado como um desvio do desenvolvimento e não em um atraso. A partir dos anos 1990, houve um retorno às teorias de Kanner e os prejuízos sociais voltaram a ser enfatizados.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV (APA, 2002), assim como a décima revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (OMS, 1998) estabeleceram critérios para a identificação deste transtorno. Na versão DSM- IV foram propostas as classificações tanto do Autismo Infantil quanto da “Síndrome de Asperger” como subcategorias dos Transtornos Globais do Desenvolvimento. Nesta grande categoria ainda estão incluídos o “Transtorno de Rett”, “Transtornos Desintegrativos da Infância” e os “Transtornos Globais do Desenvolvimento sem outra especificação”.

A partir de 2014, na quinta revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-V (apa, 2014), a terminologia utilizada para definir esta condição é “Transtorno do Espectro Autista” referindo-se ainda às condições descritas anteriormente, excetuando o “Transtorno de Rett” e o Transtorno Desintegrativo da Infância”. Neste manual o quadro clínico do “Transtorno de Espectro Autista” (TEA) se configura por apresentar como características essenciais do transtorno o prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social em diversos contextos (Critério A) e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividade (Critério B). Esses sintomas estão presentes desde o início da infância (Critério C) e limitam ou prejudicam o funcionamento diário (Critério D). O estágio em que o prejuízo funcional fica evidente irá variar de acordo com as características do indivíduo e seu ambiente. No entanto, é oportuno ressaltar que nem todas as pessoas que apresentam o TEA possuem todas as características descritas, sendo que algumas podem apresentar um número restrito assim como a intensidade pode variar muito entre um e outro, iniciando na primeira infância.

Ainda segundo este Manual (APA, 2014), a prevalência do TEA na população mundial é de um por cento (1%), com estimativas similares em amostras de crianças e adultos. Este transtorno acomete quatro vezes mais frequente o sexo masculino do que o feminino, sendo que as meninas têm mais propensão a apresentar deficiência intelectual concomitante e com níveis acentuados. O diagnóstico ainda é essencialmente clínico, por meio de observação do comportamento da criança, do relato dos responsáveis sobre a história de vida do indivíduo. É possível perceber que os sinais e indicadores do transtorno podem ser observados durante o segundo ano de vida (12 a 24 meses), embora possam ser vistos antes

mesmo dos 12 meses de idade, caso sejam mais graves, ou percebidos após os 24 meses, se os sintomas forem mais sutis (LAMPREIA & MACHADO, 2011).

Algumas crianças podem apresentar a perda de habilidades de linguagens e, às vezes, associadas à perda de outras habilidades já adquiridas. Segundo Backes, Zanon & Bosa (2013), a regressão da linguagem acontece próximo aos 24 meses da criança. Este fato pode sinalizar indícios de TEA e é preciso ser investigado por uma equipe multiprofissional. Epidemiologicamente, o Transtorno do Espectro Autista têm sido reconhecido pelo *Centers of Disease Control* numa incidência estimada de uma a cada 68 crianças nascidas – 1:68 (CDC, 2016).

Desde o final do século XX, no Brasil, as pesquisas na área de Educação são concebidas na perspectiva da escola inclusiva para os sujeitos, com o intuito de promover o reconhecimento das diferenças e uma educação igualitária para todos. Caminhando neste sentido, foram criadas Leis e formuladas Políticas Públicas para implementação de serviços educacionais na Educação Especial, bem como serviços de saúde que apoiassem e permitissem constituir rede de apoio às escolas e aos alunos, público alvo desta modalidade de ensino.

A Câmara de Educação Básica (CEB) do Conselho Nacional de Educação (CNE) através do Parecer no. 2 de 11 de setembro de 2001, institui as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, resolução CNE/CEB nº 2/2001 e resolve:

Art. 1º A presente Resolução institui as Diretrizes Nacionais para a educação de alunos que apresentem necessidades educacionais especiais, na Educação Básica, em todas as suas etapas e modalidades. Parágrafo único. O atendimento escolar desses alunos terá início na educação infantil, nas creches e pré-escolas, assegurando-lhes os serviços de educação especial sempre que se evidencie, mediante avaliação e interação com a família e a comunidade, a necessidade de atendimento educacional especializado.

...

Art. 3º Por *educação especial*, modalidade da educação escolar, entende-se um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica. Parágrafo único. Os sistemas de ensino devem constituir e fazer funcionar um setor responsável pela educação especial, dotado de recursos humanos, materiais e financeiros que viabilizem e

dêem sustentação ao processo de construção da educação inclusiva. (BRASIL, 2001, p. 01)

Destacamos, neste documento, que em seu artigo 5º. é estabelecido qual o perfil do educando considerado com necessidade educacional especial, ou seja, que será público alvo dessa modalidade de ensino: crianças com dificuldades de aprendizagem ou que tenham problemas em seu processo de desenvolvimento dificultando o acompanhamento dos conteúdos curriculares sejam elas vinculadas a causas biológicas ou a disfunções, limitações e deficiências. Problemas e/ou diferenças de comunicação que demandem a utilização de linguagens e códigos bem como crianças com altas habilidades/superdotação (BRASIL, 2001).

Mais tarde, no ano de 2008, após as primeiras experiências de inclusão escolar de crianças com deficiência, no bojo das discussões políticas e acadêmicas, é lançado a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, o PNEEPEI. (MEC/SEESP, 2008) Este documento traz a evolução histórica da Educação Especial no Brasil através de seus marcos legais, alinha-se ao discurso de construção de uma educação inclusiva onde todas as crianças estariam matriculadas em escolas comuns/regulares, apresenta um diagnóstico da Educação Especial em nosso país, define seu público alvo e apresenta diretrizes para a implementação desta modalidade de educação com o objetivo de potencializar a inclusão escolar.

Nessa mesma direção, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pelo Estado brasileiro, por meio do Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, resultou numa mudança paradigmática das condutas oferecidas às pessoas com deficiência, elegendo a “acessibilidade” como ponto central para a garantia dos direitos individuais. A Convenção, em seu artigo 1º, afirma que a pessoa com deficiência é aquela que

[...] tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

O Estado brasileiro tem buscado, por meio da formulação de políticas públicas, garantir a autonomia e a ampliação do acesso à saúde, à educação e ao trabalho, entre outros, com o objetivo de melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência. Em dezembro

de 2011, foi lançado o programa Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2011) e, como parte dele, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS (BRASIL, 2012a), estabelecendo diretrizes para o cuidado às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua.

Considerando o contexto de discussões em nosso país, evidenciam-se, por meio de suas entidades, os discursos sociais de luta pelos direitos da mulher, o feminismo, o respeito às diferenças, à diversidade e, no campo da Educação Especial, a inclusão escolar e nela a criança com autismo e toda sua especificidade comportamental tensionando o interior da escola, considerada local de formação integral dos sujeitos. Ademais, por um longo período, as pessoas com transtornos globais do desenvolvimento não eram expressamente e legalmente equiparadas às pessoas com deficiência, gerando sua exclusão de inúmeros direitos previstos em lei, como prejuízos no acesso e adequações inerentes à inclusão escolar e o direcionando do tratamento do transtorno à área de Saúde Mental, limitando o acesso a outros serviços especializados de apoio em saúde.

Conforme o art. 3º. do Decreto 914/93, que regula o Estatuto da Pessoa com Deficiência, encontramos:

Art. 3º. Considera-se pessoa portadora de deficiência aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gerem incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1993).

Segundo o disposto no Decreto n. 3956/2001, “*deficiência significa uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social*”. Porém, fica estabelecido no Decreto legislativo de n. 186/2008 o conceito de deficiência que considera, também, os impedimentos de natureza intelectual ou sensorial que, em interação com diferentes barreiras, prejudicam a plena e efetiva participação do sujeito na sociedade em igualdade de condições. Este conceito passa a ser vigente em nosso país a partir da promulgação da Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com

Deficiência e seu Protocolo Facultativo através do Decreto 6949/2009, conforme seu art. 1º, citado anteriormente.

Considerando também o conceito de deficiência no âmbito da Assistência social para percepção de Benefício de Prestação Continuada – BPC, temos, na Lei n. 8742/1993, com redação alterada pela Lei n.12.435/2011, a seguinte disposição:

“SS 2º. Para efeito de concessão deste benefício, considera-se:
I – pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;
II – impedimentos de logo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos” (BRASIL, 2011).

Como resultado de um processo de transformações a partir da luta de movimentos científicos e sociais, os esforços de grupos familiares e de profissionais que atendem pessoas com o transtorno, em 2012 foi instituída a Política Nacional de proteção aos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – TEA, através da Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012. (BRASIL, 2012b) Essa lei muda o *status* do transtorno ao deliberar que uma pessoa com TEA deve ser considerada como indivíduo com deficiência para todos os efeitos legais, garantindo o acesso aos benefícios em educação, saúde e assistência social.

Em Dourados, a inclusão de alunos com TEA na rede municipal de ensino (REME), teve início em fevereiro de 2010 com um total de oito alunos matriculados em sala de aula regular na Educação Infantil, segundo dados publicados pela Secretaria Municipal de Educação. Neste mesmo período foi criado o Núcleo de Educação Especial – NUDESP, composto por profissionais da educação com licenciaturas que incluem pedagogia, letras e educação física e uma psicóloga.

O atual Plano Municipal de Educação do município de Dourados foi instituído por meio da Lei 3.904 de 23 de junho de 2015. O Plano trouxe, em sua Meta 4, a universalização de matrícula para crianças de 4 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades e superdotação, bem como estabelece o atendimento nas escolas ou serviços especializados públicos ou conveniados. Estabelece, ainda, a presença de uma equipe multiprofissional para o apoio aos docentes (Metas 4.4 e 4.5) e a perspectiva

do trabalho docente em colaboração com as famílias, os serviços de saúde e de assistência social (Meta 4.9).

No contexto dos serviços em saúde, atendendo minimamente as recomendações das Políticas Públicas voltadas às pessoas com deficiência, no mês de abril do ano de 2017, foi inaugurada, em Dourados/MS, a PAI – Policlínica de Atendimento Infantil. A PAI constitui-se em um serviço de apoio diagnóstico e de terapia infantil de média complexidade do Sistema Único de Saúde - SUS, recebendo apenas encaminhamentos vindos das Equipes de Saúde da Família – ESF, postos de saúde geridos pela Atenção Primária, que se configuram como intermediários dos encaminhamentos gerados nas escolas. A atenção primária (AP) é a principal porta de entrada no sistema de saúde. Segundo o documento A Implantação da Unidade de Saúde da Família, organizado por Costa Neto, do Departamento de Atenção Básica (2000), espera-se que 75% dos problemas de saúde da população sejam resolvidos nestes serviços, que possuem três funções principais: acolhimento à demanda e busca ativa de casos, construção de vínculos duradouros para a eficácia das intervenções clínicas e saúde coletiva, realizando ações e procedimentos de cunho preventivo e de promoção à saúde.

A equipe da PAI é formada por profissionais concursados da rede municipal de saúde e também por profissionais contratados conforme suas especialidades. Atualmente possui a seguinte composição: uma recepcionista, duas enfermeiras, quatro psicólogas, duas psicopedagogas, uma médica psiquiatra, um médico neurologista e duas odontopediatras. Em entrevista, a enfermeira coordenadora do serviço, alegou uma fila de encaminhamentos de 400 crianças em apenas cinco meses de funcionamento e que 112 deles são específicos para investigação e diagnóstico de TEA. Constatou-se, ainda, que 85% destes encaminhamentos são suspeitas de Autismo acompanhados da nomenclatura “Transtornos Globais do Desenvolvimento” e anexados a um relatório de observação dos professores e/ou coordenadores das escolas onde as crianças estão matriculadas. O trabalho de acolhimento e orientação às famílias não é realizado na unidade pelo fato de a equipe profissional ainda ser reduzida.

Pensando neste desenho das políticas que tentam configurar um atendimento em redes de apoio em saúde e/ou parcerias às famílias e às crianças com TEA, partindo do pressuposto de que a escolarização, o acesso a outros direitos e a adequação de práticas pedagógicas têm início a partir do diagnóstico, consideramos pertinente o levantamento de dados sobre o teor das publicações técnico-científicas brasileiras relacionadas a crianças com TEA, suas perspectivas, enfoques e tendências, visto que a inserção de crianças pequenas no processo

educacional formal, no Brasil atual, torna-se tema de pesquisas na emergência de discutir os desafios para a ampliação e o acesso a programas educacionais e de cuidado para este público, com ou sem deficiência.

Para isso, duas plataformas foram eleitas para a busca dos dados: o Banco de teses e dissertações da CAPES e a SCIELO. Iniciamos a busca por publicações referentes à inclusão do aluno com autismo pelo Banco de teses e dissertações da CAPES. Para esta plataforma, foram eleitos três descritores: Autismo; TEA e Inclusão Escolar + autismo. Todos foram refinados pela área Educação e Educação Especial e classificados em três categorias, que denominamos CAT, conforme o assunto abordado e informações explicitadas em seus resumos: 1) Práticas pedagógicas na escola e relação com a família (CAT 1); 2) Formação de Professores (CAT 2) e 3) Serviços de apoio especializado e parcerias: saúde, APAES, encaminhamentos, diagnóstico, etc (CAT 3).

Para o primeiro descritor Autismo, foram encontrados 37 trabalhos sendo 29 dissertações de mestrado (78,37%) e 08 teses de doutorado (21,63%). Conforme classificação por categorias, 16 (43,24%) dos trabalhos encontravam-se na CAT 1, seguidos de 10 (27,03%) na CAT 2 e 02 (5,4%) dos trabalhos na CAT 3. Observamos que, apesar do descritor e refinamento por área, 09 (24,33%) trabalhos do total abordaram outros temas, citando o autismo como uma das deficiências a serem trabalhadas na escola.

Tabela 1 – Classificação por categoria Portal Capes I

Plataforma: Portal Capes		
Descritores: AUTISMO + EDUCAÇÃO ESPECIAL		
	No.	%
Categoria 1/ CAT 1	16	43,24
Categoria 2/ CAT 2	10	27,03
Categoria 3/ CAT 3	02	5,4
Trabalhos fora de categoria	09	24,33
Total de trabalhos	37	100

Fonte: elaborado pela autora

Lançando o segundo descritor, TEA, foram encontrados 6.296 registros, mesmo sendo refinados pela área: Educação e Educação Especial. Observamos que alguns dos trabalhos já haviam sido considerados no primeiro descritor e a maioria estava em Língua Inglesa. Em primeira análise, muitos trabalhos mencionavam e/ou dissertavam sobre os serviços especializados de acompanhamento médico, serviços de apoio em saúde e diagnósticos.

Diante desta constatação, elegemos um terceiro descritor: Inclusão Escolar + Autismo. Desta combinação, foram derivados 148 trabalhos na área de Educação e Educação Especial. Como dissertações de mestrado, estavam registrados 96 trabalhos ou 64.8% do total. Como teses de doutorado, encontramos 52 trabalhos representando 35.13% dos registros. A classificação por categorias ficou assim definida: 56 (37.84%) trabalhos na CAT 1, 48 (32.43%) trabalhos na CAT 2 e 45 (30.40%) trabalhos na CAT 3. Aqui todos os trabalhos abordaram o tema em seus resumos de apresentação.

Tabela 2 – Classificação por categoria Portal Capes II

Plataforma: Portal Capes		
Descritores: AUTISMO + INCLUSÃO ESCOLAR		
	No.	%
Categoria 1/ CAT 1	56	37,84
Categoria 2/ CAT 2	48	32,43
Categoria 3/ CAT 3	45	30,40
Trabalhos fora de categoria	00	-
Total de trabalhos	148	100

Fonte: elaborado pela autora

Na segunda plataforma utilizada, a Scielo, iniciamos a busca com o primeiro descritor eleito: Autismo. Logo apareceram 288 registros de trabalhos e pesquisas realizadas sobre o tema ali sitiados. Para refinar a busca, utilizamos um segundo descritor: Escola. Assim, os registros se reduziram a 29 trabalhos: 08 (27.5%) na CAT 1, 07 (24.13%) na CAT 2 e 14 (48.27%) na CAT 3. Destes 29 registros, observamos 11 trabalhos da área de psicologia com descrição e análise de perfil do aluno com autismo e/ou dos professores.

Tabela 3 – Classificação por categoria Scielo I

Plataforma: Scielo		
Descritores: AUTISMO + ESCOLA		
	No.	%
Categoria 1/ CAT 1	08	27,50
Categoria 2/ CAT 2	07	24,13
Categoria 3/ CAT 3	14	48,26
Trabalhos fora de categoria	00	-
Total de trabalhos	29	100

Fonte: elaborado pela autora

Como critérios de análise dos dados utilizamos a) o número de trabalhos e suas respectivas porcentagens em cada categoria bem como b) o conteúdo explicitado nos resumos com o intuito de perceber quais as tendências para o atendimento da criança com Autismo no Brasil.

Dos trabalhos situados nas duas plataformas eleitas, ao observarmos o critério “a”, houve uma prevalência da CAT 1 com pesquisas que tratavam de práticas pedagógicas e métodos de ensino pensadas a partir da inclusão escolar da criança autista bem como as relações aluno-escola, aluno-professor, aluno-família e professor-família. Estas totalizaram 184 registros representando 47.42 % do total.

Apesar desta prevalência, observamos também, a grande quantidade de trabalhos (108 ou 27.83%) voltados ao apoio especializado citando avaliação e diagnóstico de saúde, tratamentos de reabilitação, frequência a instituições especializadas no contra-turno da escola e outros. Assim, a CAT 3 foi a segunda categoria que mais apareceu nas pesquisas. A CAT 2 foi a categoria que obteve menor representatividade, já que 96 dos trabalhos representaram 27.74 % do total dos registros.

Conforme o critério “b” estabelecido, observamos uma forte tendência a discussões sobre métodos de ensino adequados, tecnologias, trabalho de habilidades sociais e plano individualizado de ensino como formas atuais e promissoras para educação especial de alunos com TEA nas escolas brasileiras.

Paralelamente a isso, constatamos principalmente que, para os atendimentos de alunos com autismo, existe uma forte corrente de discussões sobre a interface saúde-educação. Nestes trabalhos são apresentados discursos sobre o papel do apoio especializado de diagnóstico e reabilitação como balizadores de formação e práticas pedagógicas dentro das escolas, em uma perspectiva inclusiva, apoiada pelas políticas públicas de saúde e educação voltadas a crianças com o Transtorno do Espectro do Autismo, TEA.

Considerando os sinais e indicadores do TEA, o tempo que se leva para observá-los e percebê-los, bem como sua incidência, como tem sido trazidos na literatura científica, nos propusemos a colher e analisar dados relativos ao atendimento dessa população no município de Dourados onde tem sido crescente o número sobre o transtorno, gerando um contingente de encaminhamentos aos serviços especializados de saúde a partir de observações e suspeitas das famílias e nas escolas. Estudos anteriores (CAETANO, 2012; FONTANA, 2013; SHIMITZ, 2015) realizados nas escolas municipais evidenciaram a necessidade de formação continuada para professores e gestores objetivando o reconhecimento de sinais e manejo comportamental para essas crianças; o acolhimento e apoio às famílias e a urgência do diálogo entre as pastas Educação e Saúde na construção de serviços e na organização de

encaminhamentos/atendimentos como suporte/apoio para a permanência desta criança na escola.

Analisando o trabalho de Fontana (2013), dos 326 professores participantes da pesquisa que responderam a um questionário sobre o transtorno com 12 perguntas fechadas, 77,2% disseram que sabiam o que era o TEA. Entretanto, cabe destacar que, ainda que estes professores responderam inicialmente saberem do que trata o transtorno, muitos tiveram dificuldade em assinalar quais as características apresentadas, pois grande parte apresentou dificuldades em relacionar as características do quadro ao fenômeno. Nesta pesquisa ainda ressaltamos que, dos professores participantes, 16,5% ou 54 deles discriminaram a quantidade de crianças que, em sua percepção, apresentavam sinais suspeitos para o autismo inserida em sua sala de aula, totalizando 94 crianças.

Interessa-nos destacar, aqui, que destas 94 crianças apontadas, somente 42 continuaram na lista após a segunda etapa da pesquisa que se constituiu em formação aos professores participantes sobre o TEA. Dos 42 alunos indicados, 25 não tiveram as suspeitas confirmadas após serem submetidas à avaliação através de um instrumento denominado CARS (*Childhood Autism Rating Scale* - versão em português), uma escala para detecção e classificação dos sinais (FONTANA, 2013). A CARS não constitui instrumento para avaliação clínico-diagnóstica, porém, sua aplicação ou de qualquer outro instrumento validado para este fim, pode qualificar o encaminhamento desta criança para outros serviços de apoio, incluindo os de saúde e subsidiar propostas pedagógicas mais adequadas dentro da sala de aula.

Como já citado, a avaliação de crianças com TEA é muito complexa. O diagnóstico dos casos suspeitos para o desenvolvimento do transtorno pode ser realizado tanto com base na observação comportamental dos critérios dos sistemas de classificação quanto por meio do uso de instrumentos validados e fidedignos, que permitem ao profissional traçar um perfil refinado das características (MARQUES & BOSA, 2015). É essencial destacar que a avaliação destas crianças na saúde pública demanda instrumentos construídos e validados no Brasil.

Considerando tais informações e os resultados das pesquisas anteriores, refletimos sobre os “porquês” que justificam estes números crescentes, os motivos pelos quais a identificação de crianças autistas está tão grande no município de Dourados, quase ultrapassando a incidência de 1:68 trazida pelo CDC (2016). Temos muitas crianças autistas ou temos um problema de identificação/avaliação? Se há problemas na identificação do TEA, necessitamos investigar como é o olhar dos professores e quais sinais têm considerado para

efetivar a suspeita. Ainda nesta hipótese é preciso analisar a disponibilidade de serviços de apoio em saúde ofertados no município e o conhecimento de seus profissionais acerca do transtorno.

Se, por outro lado, a identificação está correta, então necessitamos intervir precocemente para que a criança tenha os benefícios desta atuação, tanto com as práticas pedagógicas quanto com as terapias que se fizerem necessárias nos serviços de apoio. Diversos estudos ressaltam a importância do acesso a uma intervenção precoce para a melhora do quadro clínico no caso do TEA. Pesquisadores defendem que a precocidade gera ganhos significativos e duradouros no desenvolvimento do indivíduo, fato este associado à plasticidade cerebral (SIKLOS & KERNS, 2007; ZANON, BACKES & BOSA, 2014). Os ganhos derivados da intervenção precoce podem reduzir consideravelmente os gastos do tratamento das crianças com TEA, tanto para a família quanto para o sistema de saúde pública e, conseqüentemente, melhorar sua sobrevivência na escola.

Assim, este trabalho está baseado na premissa de que o diálogo entre Educação e Saúde é necessário para que haja qualidade de atendimento das crianças com suspeita de TEA, tanto no rastreamento, identificação e práticas pedagógicas nas escolas quanto no rastreamento, avaliação clínica e tratamentos nos serviços disponibilizados na rede de saúde pública e privada, aumentando as possibilidades destas crianças e suas famílias conforme são acolhidas e conscientizadas sobre o Autismo e sua Política Pública de atendimento no Brasil, sobretudo em Dourados-MS.

A pesquisa foi realizada com o objetivo principal de realizar um delineamento dos serviços e da rede de apoio especializado ao aluno com TEA constituída no município de Dourados e, mais especificamente, analisar o diálogo entre profissionais da educação e da saúde acerca da identificação e encaminhamento das crianças com sinais suspeitos de TEA, conscientizar profissionais e família sobre a importância da participação social na construção de políticas municipais e elaborar material informativo sobre o TEA e a rede de apoio existente para este público em nosso município.

CAPÍTULO I

IDENTIFICAÇÃO, AVALIAÇÃO E DIAGNÓSTICO DO TEA: SEUS CRITÉRIOS, SUAS NUANCES E SEUS IMPACTOS

O termo autismo foi criado em 1911 pelo médico psiquiatra suíço Eugene Bleuler para definir um sintoma da esquizofrenia que denominava como fuga da realidade. Estudioso das obras de Bleuler, o psiquiatra austríaco Leo Kanner, radicado nos Estados Unidos e diretor da psiquiatria infantil do Johns Hopkins Hospital, tornou-se o primeiro a descrever o termo quando publica a obra “Distúrbios Autísticos do Contato Afetivo”, no ano de 1943. Nela, descreveu casos de onze crianças que tinham em comum “um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice (repetições), denominando-as “autistas” e usou o termo “autismo infantil precoce”, pois os sintomas já apareciam na primeira infância.

Ele observou que essas crianças respondiam de maneira incomum ao ambiente, incluíam estereotípias, resistência à mudança ou insistência na monotonia, bem como aspectos não usuais das habilidades de comunicação, tais como a inversão dos pronomes e a tendência ao eco na linguagem – ecolalia. Leo Kanner contextualiza essas observações no desenvolvimento, assim como enfatiza a predominância dos déficits de relacionamento social e dos comportamentos incomuns.

Paralelamente aos estudos de Kanner, em 1944, Hans Asperger, psiquiatra e pesquisador austríaco, escreve o artigo “A psicopatia autista na infância” que, um ano depois, é publicado. Ele observou que o padrão de comportamento e habilidades que descreveu, ocorria preferencialmente em meninos, que essas crianças apresentavam deficiências sociais graves – falta de empatia, baixa capacidade de fazer amizades, conversação unilateral, intenso foco em um assunto de interesse especial e movimentos descoordenados. Apesar da aparente precocidade verbal de seus assuntos, Asperger chamava as crianças que estudou de pequenos professores, devido à habilidade de discorrer sobre um tema de maneira detalhada.

Em virtude de suas publicações e seu principal trabalho na época da segunda guerra mundial terem sido publicados em alemão, seu relato recebeu reduzida atenção e somente na década de 1980, por meio das traduções de seus trabalhos para o inglês pela psiquiatra inglesa

Lorna Wing, seu nome foi reconhecido como um dos pioneiros no estudo do autismo. Lorna Wing, portanto, desenvolve o conceito de autismo como um espectro de condições na década de 1970 e, posteriormente, cunhou o termo Síndrome de Asperger, numa referência à pesquisa de Hans Asperger. Seu trabalho revolucionou a forma como o autismo era considerado, e sua influência foi considerada internacionalmente. Como pesquisadora e clínica, bem como mãe de uma criança com autismo, ela defendeu uma melhor compreensão e melhores serviços para pessoas com autismo e suas famílias.

Os estudos de Kanner (1956) consideravam esse quadro observado como uma “psicose” na qual nenhum exame clínico e laboratorial seria capaz de apontar dados consistentes sobre sua etiologia. Porém, a partir de Ritvo (1976) *apud* Assumpção Jr. & Kuczynski (2015) surgem as primeiras alterações dessa concepção, considerando-o uma síndrome associada a um déficit cognitivo e não uma psicose, caracterizando-o como um transtorno do desenvolvimento. Estes estudos determinaram as classificações, os termos e o modo de diagnosticar a síndrome por anos.

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), em sua terceira edição conhecida como DSM III (APA, 1994) estabelecia 16 itens para observar e diagnosticar o autismo. Estes itens estavam divididos entre três grupos que compreendiam a incapacidade qualitativa na integração social recíproca, a incapacidade qualitativa na comunicação verbal e não-verbal e na atividade imaginativa e o repertório de atividades e interesses restritos. Quando observada, a criança deveria apresentar ao menos oito itens com prejuízo dos 16 itens estabelecidos. Essa inespecificidade foi o que o fez bastante criticado, pois não permitia o diagnóstico diferencial quanto à sintomatologia, quanto ao seu curso e ao prognóstico (ASSUMPÇÃO JR. & KUCZYNSKI, 2015).

Com base na quarta edição do manual, o DSM- IV, temos que as manifestações comportamentais que definem o autismo incluem déficits qualitativos na interação social e na comunicação, padrões de comportamentos repetitivos e estereotipados e um repertório restrito de interesses e atividades. A grande variabilidade no grau de habilidades sociais, na comunicação e nos padrões de comportamento que ocorrem em autistas tornou mais apropriado o uso do termo Transtorno do Espectro do Autismo – TEA, termo adotado a partir da publicação do DSM – V no ano de 2014.

Atualmente considerados transtornos de alta incidência, afetando um a cada 68 indivíduos nascidos, este conjunto de síndromes, com etiologias múltiplas, atinge homens em

uma proporção quatro vezes maior do que em mulheres. O autismo é incurável e seu prognóstico variável. No entanto, teorias recentes, ressaltam a importância das interações precoces entre o cuidador e a criança como forma de atenuar seus sintomas ou até prevenir a manifestação da síndrome (NUNES, 2010). Neste sentido, no caso específico de crianças que nascem ou apresentam deficiências desde cedo, há mais de 30 anos é reconhecida a importância de um processo educacional formal que, na literatura, vem sendo denominado de intervenção precoce ou essencial (MENDES, 2010 *apud* GURALNICK, 2001).

A incidência de casos de autismo tem crescido de forma significativa em todo o mundo, especialmente durante as últimas décadas (FOMBONNE & MERCADANTE, 2011). Mudanças na prevalência do transtorno do espectro do autismo indicam que os TEA, considerados quadros raros segundo os estudos de Kanner, passaram a apresentar uma prevalência de 4:10.000 após o DSM – III (APA, 1994), chegando a 1:100 conforme publicações de Fombonne (2005) *apud* Assumpção Jr & Kuczynski (2015). O autor destaca que os dados relacionados à prevalência do TEA aumentaram significativamente nos últimos vinte anos. Segundo Fombonne & Mercadante (2011), a prevalência do TEA nos anos 2000 era de uma a cada 150 crianças nascidas – 1:150. Em 2008, uma criança com TEA a cada 88 nascidas – 1:88 e, no ano de 2013, a prevalência passou a ser de uma a cada 68 crianças nascidas.

Desse modo, profissionais da saúde, educação e áreas afins, que tenham a infância como objeto de estudos e/ou como especialidade, devem estar cada vez mais preparados para se deparar com casos de autismo nas suas práticas. Entretanto, ainda hoje existe uma grande lacuna em termos de conhecimento e capacitação profissional em relação às práticas diagnósticas e à implementação de programas de intervenção. Apesar de ter havido enormes avanços nessas últimas décadas em relação à identificação precoce e ao diagnóstico de autismo, muitas crianças, especialmente no Brasil, ainda continuam por muitos anos sem um diagnóstico ou com diagnósticos inadequados.

O termo TEA refere-se a várias condições distintas: autismo, Síndrome de Asperger e transtorno invasivo do desenvolvimento sem outra especificação – TID-SOE (APA, 2002). Os indivíduos com esses transtornos podem ser afetados em diferentes graus de comprometimento nas seguintes áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, comportamento, interesses e atividades (APA, 2002). Para explicitar os principais sinais e sintomas suspeitos para o autismo utilizamos o quadro

publicado no Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), aqui identificado como Quadro 1.

Quadro 1: Marcos mais importantes para a avaliação dos sinais e sintomas de risco para o TEA.

IDADE	DESENVOLVIMENTO NORMAL	SINAIS DE ALERTA
2 meses	• Criança fixa o olhar; • Reage ao som; • Bebê se aconchega no colo dos pais e troca olhares (mamadas e trocas de fralda);	
4 meses	• Emite sons; • Mostra interesse em olhar rosto de pessoas, respondendo com sorriso, vocalização ou choro; • Retribui sorriso;	
6 meses	Sorri muito ao brincar com pessoas; • Localiza sons; • Acompanha objetos com olhar;	• Não tem sorrisos e expressões alegres;
9 meses	• Sorri e ri enquanto olha para as pessoas; • Interage com sorrisos, feições amorosas e outras expressões; • Brinca de esconde achou; • Duplica sílabas;	• Não responde às tentativas de interação feita pelos outros quando estes sorriem fazem caretas ou sons; • Não busca interação emitindo sons, caretas ou sorrisos;
12 meses	• Imita gestos como dar tchau e bater palmas; • Responde ao chamado do nome; • Faz sons como se fosse conversa com ela mesma;	• Não balbucia ou se expressa como bebê; • Não responde ao seu nome quando chamado; • Não aponta para coisas no intuito de compartilhar atenção; • Não segue com olhar gesto que outros lhe fazem;
15 meses	• Troca com as pessoas muitos sorrisos, sons e gestos em uma sequência; • Executa gestos a pedido; • Fala uma palavra;	• Não fala palavras que não seja mama, papa, nome de membros da família;
18 meses	• Fala no mínimo 3 palavras; • Reconhece claramente pessoas e partes do corpo quando nomeados; • Faz brincadeiras simples de faz de conta;	• Não fala palavras (que não seja ecolalia); • Não expressa o que quer; • Utiliza-se da mão do outro para apontar o que quer
24 meses	• Brinca de faz de conta; • Forma frase de duas palavras com sentido que não seja repetição; • Gosta de estar com crianças da mesma idade e tem interesse em brincar conjuntamente; • Procura por objetos familiares que estão fora do campo de visão quando perguntado;	• Não fala frase com duas palavras que não sejam repetição;
	• Brincadeira simbólica com interpretação de personagens; •	

36 meses	Brinca com crianças da mesma idade expressando preferências; • Encadeia pensamento e ação nas brincadeiras (ex.: estou com sono, vou dormir); • Responde a perguntas simples como “onde”, “o que”; • Falam sobre interesses e sentimentos; • Entendem tempo passado e futuro;	
Qualquer perda de linguagem, capacidade de comunicação ou habilidade social já adquirida em qualquer idade.		

FONTE: elaborado com adaptações a partir de Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, (2005); Fuentes et al., (2012); Autism Speaks (2013)

Crítérios clínicos para o estabelecimento do diagnóstico indicam que os primeiros sinais do transtorno podem ser identificados entre 6 e 12 meses, tornando-se mais perceptíveis e estáveis entre os 18 e 24 meses (OZONOFF *et al.*, 2010). Mesmo com a constatação de possibilidades de rastreamento ainda na primeira infância, apenas uma minoria dos casos é diagnosticada antes do período pré-escolar (DUMONT-MATHIEY & FEIN, 2005). No entanto, apesar de os sintomas de TEA serem perceptíveis antes dos 3 anos (BELINI & FERNANDES, 2007), momento em que já se deve iniciar o tratamento dos casos, é mais comum que uma criança receba o diagnóstico do transtorno a partir desta idade (APA, 2002).

Estudos anteriores apontam que é possível avaliar com acuidade os sintomas de TEA em crianças com idades entre os 18 e 24 meses, haja vista a necessidade do diagnóstico precoce do transtorno (BELINI & FERNANDES, 2007). Se esse diagnóstico for realizado nos primeiros 3 anos e associado a intervenções precoces intensivas e de longo prazo, terá um impacto positivo no prognóstico, sobretudo em relação à adaptação psicossocial e familiar, ao desempenho cognitivo, ao comportamento adaptativo e às habilidades de comunicação e interação social (VIRUÉS-ORTEGA, 2010).

Estudos baseados em protocolos de observação estruturada do comportamento de crianças entre 12 e 24 meses de vida têm constatado a importância dessa estratégia de avaliação para a identificação de casos positivos da doença (BARANEK, 1999; OZONOFF *et al.*, 2010). Nesse sentido, um dos estudos pioneiros foi realizado no final da década de 1990, com uso de gravações do primeiro ano de vida de crianças diagnosticadas tardiamente com TEA, e apontou que os desvios relacionados à capacidade de apontar objetos, às dificuldades em olhar para os outros e orientar-se pelo próprio nome e à dificuldade referente a aspectos da receptividade já estavam presentes quando elas tinham 12 meses de idade (BARANEK, 1999). Pesquisas têm também sugerido que um dos primeiros sinais observáveis em crianças

com TEA seria um prejuízo significativo nos comportamentos ligados à comunicação social inicial, que está relacionada às habilidades sociais que surgem no primeiro ano de vida da criança: primeiramente, a orientação social e, em seguida, as habilidades de atenção compartilhada – habilidade de dividir a atenção com outra pessoa pelo mesmo objeto (OZONOFF *et al.*, 2008).

Em vários países, como nos Estados Unidos, a média de idade das crianças diagnosticadas tem sido de 3 a 4 anos (CHAKRABARTI, 2009), mas, mesmo assim, muitos pais já começam a notar que existe algum problema com a sua criança antes do segundo ano de vida e, em alguns casos, até no primeiro ano de vida da criança (CHARMAN & BAIRD, 2002). Desse modo, tem se tornado cada vez mais possível diagnosticar crianças com idades entre 18 e 24 meses ou até mesmo mais novas – entre 6 e 12 meses (CHARMAN & BAIRD, 2002)

No Brasil, alguns trabalhos ainda indicam que, em vários estados, muitas crianças ainda permanecem com um diagnóstico em aberto até as idades de 6 ou 7 anos e, até mesmo, por mais tempo. Assim, faz-se necessário que modelos de prática diagnóstica que têm se mostrado eficientes e adequados em outros países bem como em alguns estados do Brasil, como exemplo São Paulo, se tornem cada vez mais parte das discussões entre os profissionais da área, servindo como diretrizes para o aprimoramento das práticas diagnósticas implementadas no Brasil como um todo (MERCADANTE, GAAG, & SCHWARTZMAN, 2006).

Uma vez que ainda não existem marcadores biológicos ou endofenotípicos que definam o diagnóstico dos transtornos globais, uma série de instrumentos são utilizados buscando uma maior padronização do diagnóstico entre os profissionais com diferentes formações e níveis de conhecimento sobre o assunto.

1.1 Instrumentos de rastreamento, identificação e avaliação

Um instrumento que tem sido utilizado é o *Childhood Autism Rating Scale* – CARS (Escala de Avaliação de Autismo na Infância), no qual os comportamentos da criança são avaliados de acordo com as informações obtidas através de entrevistas com os pais e de observações diretas de seu comportamento (SILVA E MULICK, 2009). A CARS consiste em uma escala que avalia o comportamento em 14 áreas geralmente afetadas no autismo, mais uma categoria geral de sinais suspeitos e da impressão de autismo.

Estes 15 itens incluem: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Os escores de cada domínio variam de 1 (dentro dos limites da normalidade) a 4 (sintomas autistas graves). A pontuação varia de 15 a 60, e o ponto de corte para autismo é 30 (PEREIRA, RIESGO & WAGNER, 2008, p. 488).

De acordo com Silva e Mulick (2009), profissionais também têm utilizado o *Autism Diagnostic Interview – Revised – ADI-R* (Entrevista Diagnóstica para Autismo) e do *Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS* (Observação Diagnóstica Programática para Autismo). Conforme os autores,

esses dois instrumentos foram elaborados para serem utilizados de forma complementar. Enquanto o ADI-R corresponde a uma entrevista semiestruturada com os pais, o ADOS corresponde a um programa semi-estruturado de atividades e entrevistas realizadas diretamente com a criança, processo diagnóstico, fornecendo informações detalhadas acerca do funcionamento cognitivo e adaptativo da criança, o que é essencial para a formulação de um plano de intervenção individualizado (SILVA & MULICK, 2009, p. 125).

O *Autism Behavior Checklist (ABC)* é uma lista contendo 57 comportamentos atípicos conforme Krug *et al.* (1980) *apud* Tamanaha, Perissionoto & Chiari (2008). No Brasil, a lista foi traduzida, adaptada e pré-validada com o nome de Inventário de Comportamentos Autísticos (ICA) (MARTELETO & PEDROMÔNICO, 2005). De acordo com estes autores, a lista foi criada inicialmente para a triagem de crianças com sinais suspeitos de TGD e padronizado através das observações de seus professores. Está dividida em cinco domínios que são: linguagem, interação social, relacional, sensorial, imagem corporal e autocuidado. (KRUG *et al.*, 1980) O objetivo do ABC/ICA é auxiliar no diagnóstico diferencial das crianças com sinais suspeitos de TGD e encaminhá-las a intervenções adequadas. Cada item é pontuado de 1 a 4, determinado estatisticamente conforme o grau de aproximação do comportamento patológico. A pontuação para cada domínio é registrada, apresentando uma pontuação parcial para cada um deles, assim como uma pontuação global.

Quando o total chega a 68 pontos ou mais, a criança é considerada com TEA. A pontuação entre 54 e 67 indica uma probabilidade moderada para o TEA; a pontuação entre 47 e 53 é considerada duvidosa para a classificação do autismo e escores abaixo de 47

indicam que a criança apresenta desenvolvimento típico (TAMANAH, PERISSINOTO & CHIARI, 2008).

Em estudos liminares de validação, Marteleto *et al.* (2005) demonstraram que o instrumento pode identificar as crianças com suspeita do transtorno e propõe, como ponto de corte, uma pontuação de 49 com alta sensibilidade e especificidade na identificação em tais casos na população em geral. Os mesmos autores ainda pontuam que a lista é apontada como útil na identificação do autismo e amplamente utilizada por ser de fácil aplicação e de baixo custo.

Existem, também, os instrumentos de rastreamento de sinais suspeitos para o TEA. Um deles, validado recentemente no Brasil, é o *Modified Checklist for Autism in Toddlers: M-CHAT*, que consiste em uma escala de rastreamento desenvolvida para aplicar em todas as crianças com sinais suspeitos de TEA durante as visitas aos pediatras nas consultas de rotina com objetivo de identificar traços de autismo precocemente. (LAMPREIA & MACHADO, 2011) Porém, este instrumento é bem simples e sabe-se que pode ser administrado também por outros profissionais (LOSAPIO & PONDÉ, 2008).

Em seu estudo para tradução do instrumento, Losapio & Pondé (2008, p. 222) destacam que a “resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança, dura apenas alguns minutos para ser preenchida, não depende de agendamento prévio, é de baixo custo e não causa desconforto aos pacientes”. É composta por 23 questões que requerem respostas do tipo sim/não e deve ser preenchida por pais de crianças entre 18 e 24 meses de idade, que sejam alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta pediátrica.

Foi criado a partir do CHAT – *Checklist for Autism in Toddlers*, mantendo as primeiras nove questões do formato original. As outras 14 questões foram desenvolvidas com base em lista de sintomas frequentemente presentes em crianças com autismo, respeitando sua equivalência transcultural (LOSAPIO & PONDÉ, 2008).

Considerando a perspectiva de uma avaliação integral, destacamos o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM. Para fins de avaliação de transtornos, desordens e condições de saúde mental, através do uso de descrições explícitas de seus construtos diagnósticos, o DSM busca atingir uma linguagem comum no campo da psicopatologia, de modo que possa ser de utilidade a diferentes orientações dentro da psicologia e psiquiatria (biológica, psicodinâmica, cognitiva, comportamental, sistêmica) e também a assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, profissionais da saúde e advogados, constituindo-se em uma espécie de linguagem global (APA, 2014).

O DSM é um compêndio, um guia publicado pela Associação Psiquiátrica Americana e consiste em um manual principal usado pelos médicos para fornecer um diagnóstico formal. O manual descreve os critérios específicos que devem ser atendidos para fechar um diagnóstico, com objetivo principal de fornecer orientações gerais e critérios para o diagnóstico de diferentes doenças e condições psicológicas.

Segundo a APA (2014), o DSM também é proposto como um instrumento de coleta e comunicação de estatísticas referentes à saúde pública. O manual, embora sirva para a orientação de profissionais quanto ao diagnóstico do paciente, não explica a origem dos fenômenos que causam perturbação psíquica, apenas descreve os quadros, fornecendo critérios para o diagnóstico de cada um deles.

Em sua quarta edição, denominada DSM-IV, os Transtornos Globais do Desenvolvimento englobavam cinco transtornos caracterizados por grave comprometimento em inúmeras áreas do desenvolvimento: Transtorno Autista, Transtorno de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Transtorno de Asperger e Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação. Esse grupo de transtornos era caracterizado por severas dificuldades nas interações sociais com manifestação desde a primeira infância (APA, 2002).

No DSM-V, o transtorno do espectro do autismo engloba transtornos anteriormente chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e Transtorno de Asperger. Nesta edição são realizadas distinções de acordo com o nível de gravidade em relação à interação e comunicação. A classificação por nível de gravidade é assim descrita: 1. exigindo apoio; 2. exigindo apoio substancial e 3: exigindo apoio muito substancial (APA, 2015).

1.2 Impactos da avaliação diagnóstica na escolarização de crianças com TEA

No Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), os níveis de gravidade são baseados na quantidade de apoio necessário, devido aos desafios com a comunicação social e interesses restritos e comportamentos repetitivos, por exemplo, uma pessoa pode ser diagnosticada com Transtorno do Espectro do Autismo, Nível 1, Nível 2 ou Nível 3 conforme a necessidade do apoio. (APA, 2015) Para entender os níveis de gravidade no TEA, utilizamos a versão de Assumpção Jr. & Kuczynski (2015) adaptada a partir da publicação no DSM – V (APA, 2013), aqui explicitados no Quadro 2:

Quadro 2: Níveis de gravidade dos Transtornos do Espectro Autístico (APA,2013)

Gravidade do TEA	Comunicação social	Comportamentos repetitivos e interesses restritos
Nível 3 – requer suporte intenso	Graves déficits em comunicação verbal e não-verbal, ocasionando graves prejuízos no funcionamento social; interações sociais muito limitadas e mínima resposta social ao contato com outras pessoas	Preocupações, rituais imutáveis e comportamentos repetitivos que interferem muito no funcionamento em todas as esferas. Intenso desconforto quando rituais ou rotinas são interrompidas, com grande dificuldade no redirecionamento dos interesses ou de se dirigir para outros rapidamente
Nível 2 – requer suporte grande	Graves <i>deficits</i> em comunicação verbal e não-verbal que surgem sempre, mesmo com suportes, em locais limitados. Observam-se respostas reduzidas ou anormais ao contato social com outras pessoas	Preocupações ou interesses fixos freqüentes, óbvios a um observador casual, e que interferem em vários contextos. Desconforto e frustração visíveis quando rotinas são interrompidas, o que dificulta o redirecionamento dos interesses restritos
Nível 1 – requer suporte	Sem suporte local, o déficit social ocasiona prejuízos. Dificuldades em iniciar relações sociais e claros exemplos de respostas atípicas e sem sucesso no relacionamento social. Observa-se interesse diminuído pelas relações sociais	Rituais e comportamentos repetitivos interferem, de modo acentuado, no funcionamento em vários contextos. Resiste às tentativas de interrupção dos rituais e ao redirecionamento de seus interesses fixos

Fonte: Assumpção Jr & Kuczynski (2015, p.11).

Segundo Assumpção & Kuczynski (2015), talvez essa atual classificação com a caracterização de gravidade dos quadros clínicos tenha sido a maior novidade nas mudanças sobre os conceitos e as abordagens do TEA, sendo de grande utilidade para balizar a avaliação e tratamento de crianças com o transtorno, bem como a escolha de práticas pedagógicas na escola.

Neste contexto, Siklos e Kerns (2007) estipularam em sua pesquisa, quatro fatores que podem ter influência no atraso do diagnóstico precoce no caso do transtorno do espectro do autismo: a variabilidade dos sintomas e as diversas possibilidades de expressão do TEA; as limitações da avaliação de criança em idade pré-escolar, devido à dificuldade de acesso a instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária; a falta de profissionais treinados e habilitados para reconhecer os sinais de risco para este transtorno e a escassez de serviços especializados que atendam e intervenham com esta população.

Conforme pesquisas de Mendes (2010), os principais achados referentes ao impacto da intervenção precoce no desenvolvimento dessas crianças seriam: quanto maior o grau e a duração da privação de estimulação (visual, auditiva e de movimento) mais permanente se torna a limitação e esta se estende também para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional; na maioria das condições limitantes, o momento da intervenção (de tratamentos clínicos a processos educacionais) é melhor sucedido quando feito nos primeiros anos de vida.

Assim, quando nos reportamos à escolarização de crianças com sinais suspeitos para o autismo precisamos e devemos pensar na questão da identificação e avaliação destes alunos no interior da escola, partindo do pressuposto de que, o quanto antes os sinais suspeitos para o desenvolvimento do transtorno forem identificados, mais cedo os professores poderão iniciar práticas para estimulação e diálogo com a família e os serviços de apoio especializado, gerando benefícios e potencializando o desenvolvimento desta criança.

A presença de crianças com deficiência sempre existiu no sistema regular de ensino ainda que incipiente, principalmente com a presença de crianças com deficiência física e visual. Todavia, com o documento da “Declaração Mundial sobre Educação para Todos”, conferência que ocorreu em Jomtien na Tailândia, em março de 1990, ocorreu um movimento que preconizava o direito de todos à educação, juntamente com seus pares (BRASIL, 1990). Já em 1994, a Declaração de Salamanca teve como princípio básico a inclusão escolar explicitando que as escolas reconheçam as diversas necessidades educacionais dos indivíduos e a elas respondam, de maneira a assegurar-lhes o direito a uma educação de qualidade, proporcionar aprendizagem por meio de currículo apropriado e promover modificações organizacionais, estabelecendo estratégias de ensino e uso de recursos apropriados às necessidades dos alunos (BRASIL, 1994).

De acordo com Pletsch (2009), a formação dos professores e agentes educacionais, no Brasil, segue um modelo tradicional defasado, sendo inadequado para suprir as necessidades da educação inclusiva. Ressalta ainda que, dentre os cursos de Pedagogia, raros oferecem disciplinas ou conteúdos voltados para a educação de pessoas com deficiências, apesar da Portaria nº 1793/94, que indica a inclusão da disciplina “Aspectos ético-político-educacionais da normalização e integração da pessoa portadora de necessidades especiais” e, desde o ano de 2002, as disciplinas: “Introdução à Educação Especial” ou “Fundamentos da Educação Especial” são prioritárias em todos os cursos de licenciatura.

Diante de restrições também na formação do professor de Educação Especial, Giardinetto, Lourenço e Capellini (2013) investigaram os conhecimentos de uma professora da Educação Especial em relação ao Transtorno do Espectro Autista (TEA) e a eficácia dos meios de ensino utilizados em uma instituição. As autoras concluíram que a participante não possuía conhecimentos sobre o transtorno e suas características antes do contato com pessoas com autismo, e que as informações que adquiriu foi mediante pesquisas individuais, realizadas por conta própria. As autoras inferiram, portanto, que isto representa um despreparo tanto da escola de Educação Especial quanto da formação da professora, que foi contratada para trabalhar com alunos com autismo, sem ter o conhecimento sobre as características dessa população.

A chegada dos alunos com TEA nas classes de educação regular tem pouco mais de uma década e, por ser recente, ainda gera polêmicas entre escola, família e setores de saúde. Todavia, estudos recentes têm indicado que as dificuldades de interação social apresentadas pelas crianças com autismo não impedem a educação destes indivíduos (SAMPAIO & MIURA, 2015). Pelo contrário, os autores ressaltam que a educação é uma intervenção essencial a ser feita com eles. Destacam, ainda, que o processo de aprendizagem de uma criança com TEA deve ser capaz de promover o desenvolvimento pleno de suas competências, da mesma forma que acontece com uma criança com desenvolvimento típico. O professor especializado torna-se um agente fundamental neste processo de inclusão e formação do indivíduo, por meio do atendimento educacional especializado.

Para que a prática avaliativa e a identificação de alunos com sinais de TEA ocorram no interior da escola e derive intervenção precoce adequada, tornou-se urgente a preocupação com a instrumentalização, formação e informação dos educadores que atuam com estas crianças, uma vez que grande parte do processo de intervenção ocorre no espaço escolar.

Neste contexto, no desenvolvimento da pesquisa, tornou-se pertinente uma reflexão sobre a identificação dos sinais precoces para o desenvolvimento do autismo no primeiro ano de vida da criança, nos primeiros 12 meses. Além da família, quais os primeiros contatos estabelecidos por este bebê? Paralelo ao olhar das professoras na escola ou creche, quais os outros caminhos percorridos por esta criança relacionados ao seu cuidado?

No Sistema Único de Saúde existe um primeiro caminho para todas as mães e seus bebês recém-nascidos denominada Linha de Cuidado para atenção materno infantil. Essa linha de cuidado estabelece as diretrizes para o atendimento de gestantes, puérperas e crianças

de zero a dois anos de idade, implementando o Programa de Puericultura em todas as equipes de saúde da família a partir da publicação do Caderno de Atenção Básica n. 33 intitulado “Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento” pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012) Matson, Rieske & Tureck (2011) *apud* Stump *et al.* (2013), apontam que embora seja comum aos pais perceber alterações no desenvolvimento de seus filhos antes dos 24 meses, muitas vezes demoram em procurar por ajuda especializada, por isso, os profissionais da atenção básica têm um papel fundamental na identificação inicial dos sinais e sintomas de risco para o TEA.

Portanto, considerando a transversalidade da Educação Especial, a partir da revisão bibliográfica pertinente à avaliação da criança com sinais suspeitos de autismo, assumimos o posicionamento de que os atendimentos da puericultura também podem ser potentes para detectar riscos para o desenvolvimento infantil, estabelecendo diferentes olhares e intervenções nos serviços de saúde e, partindo disso, a possibilidade de desenvolver parcerias com as escolas para troca de saberes, formação de professores e equipes para a continuidade do cuidado a estas crianças moradoras da comunidade.

CAPÍTULO II

MÉTODO

2.1. Delineamento da pesquisa

A construção do trabalho foi realizada numa abordagem qualitativa com estudos, levantamento e análise de dados baseados em delineamento quase experimental. Conforme Campbell e Stanley (1963):

Os métodos quase experimentais constituem uma classe de estudos de natureza empírica a que falta duas das características usuais na experimentação: um controle completo e a aleatoriedade na seleção dos grupos (CAMPBELL & STANLEY, 1963, p. 6).

Os estudos quase experimentais caracterizam-se por não necessitarem de longos períodos de observação e recolha de dados e pela escolha da amostra não ser aleatória. Permitem trabalhar em simultâneo um número múltiplo de variáveis, possibilitam um desenho de investigação envolvendo diferentes métodos, viabilizam o teste de hipóteses causais, tornando-se adequados para observação (OSGOOD & SMITH, 1995).

Para esta pesquisa, especificamente, ressaltamos o fato de que os estudos quase-experimentais são utilizados de forma especial na avaliação de programas, na qual se propõe e implanta um programa para conseguir efeitos positivos sobre um determinado grupo de indivíduos em termos de necessidades, teorias, processo, resultado e eficiência (COZBY, 2003)

Portanto, a pesquisa consistiu em estudo de manipulação experimental no qual a coleta de dados foi realizada através da observação participante e entrevista coletiva, com a inserção da pesquisadora em ambiente natural, entendendo o significado do termo observação conforme conceito de Lakatos & Marconi (2003). Segundo os autores, geralmente as observações são feitas no ambiente real, registrando-se os dados à medida que forem ocorrendo, espontaneamente, sem a devida preparação. A melhor ocasião para o registro é o

local onde o evento ocorre. Isto reduz as tendências seletivas e a deturpação na reevocação (LAKATOS & MARCONI, 2003).

2.2. Caracterização da Pesquisa

Essa pesquisa teve como objetivo geral conhecer e analisar a interação e o intercâmbio de informações entre os profissionais das áreas da Educação e da Saúde, visando à formação e instrumentalização desses para a identificação precoce de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), bem como favorecer a busca de encaminhamentos de sucesso no município de Dourados-MS.

Os objetivos específicos foram:

1. Levantar os instrumentos existentes para rastreamento e identificação do autismo, nacionais e internacionais já validados no Brasil;
2. Conhecer e analisar as falas e percepções de profissionais de diferentes áreas e familiares sobre o TEA;
3. Conhecer e descrever os serviços e instituições que atendem e/ou apoiam crianças com TEA e seus familiares em Dourados-MS;
4. Organizar e disponibilizar um conjunto de informações básicas e fluxos de serviços e encaminhamentos em forma de material didático, cartilha.

2.2.1 Participantes

Para esta pesquisa foram eleitos os participantes de dois grupos não aleatórios, com características comuns como idade, sexo e formação, para traçar um modelo de comparação das áreas territoriais da atuação conforme a concepção quase-experimental. Este modelo é o mais utilizado para avaliação de programas realizados como experiências piloto em determinadas áreas territoriais antes de se aplicarem a nível regional e/ou nacional (COZBY, 2003)

Como participantes da pesquisa foram escolhidas as pessoas que frequentam o Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais de Autistas – GEAPPA composto por profissionais da educação, da Saúde e mães de crianças diagnosticadas com TEA, totalizando 41 indivíduos; o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, equipe multiprofissional composta por profissionais da saúde pública cujo trabalho foi concebido sob o paradigma da interdisciplinaridade e com foco na formação de equipes, totalizando 06 indivíduos. Os

participantes destes dois grupos contribuíram com seus comentários e orientações relacionados ao seu (des)conhecimento sobre o TEA.

Participaram da pesquisa, também, 60 agentes comunitários de saúde- ACS contribuindo com a descrição do território em termos quantitativos de crianças atendidas e encaminhadas pelos Postos de Saúde que são apoiados pela equipe NASF citada.

2.2.2 Instrumentos e materiais

Para a presente pesquisa, foram elaborados três questionários pela pesquisadora e testados em população não participante da pesquisa para análise e correção de discrepâncias. O primeiro questionário foi dirigido aos ACS, contendo questões abertas e fechadas sobre a área delimitada, o quantitativo de crianças nela cadastradas e atendidas na puericultura e o número de crianças identificadas com deficiência (APÊNDICE 1)

O segundo questionário foi aplicado junto à equipe multiprofissional do NASF e continha questões abertas sobre o tempo de atuação profissional, o conhecimento sobre o TEA e as informações sobre os serviços públicos destinados a esta população. (APÊNDICE 2) O terceiro foi aplicado no Grupo de Apoio a Pais e Profissionais de Autistas- GEAPPA e era composto por questões abertas sobre o tempo de participação no grupo, o conhecimento sobre o TEA e as informações relativas aos serviços específicos e/ou especializados existentes em Dourados. (APÊNDICE 3)

Para a coleta de dados através das observações foi utilizado um diário de campo, cujos registros foram feitos conforme as sub-categorias definidas a partir dos objetivos da pesquisa. A organização para análise dos registros contidos no diário foi estruturada conforme Apêndice 4 . Esse instrumento foi criado especificamente para esta pesquisa e utilizado para complementar qualitativamente os dados da observação.

Os materiais e recursos utilizados foram:

- Questionários impressos;
- Agenda de anotações (diário de campo);
- Sala de aula (cedida por uma escola privada);
- Cadeiras plásticas;
- Pastas do tipo trilho grandes;

- Canetas.

2.2.3 Procedimentos de coleta de dados

Em primeira instância, iniciaram-se os procedimentos éticos para a pesquisa e após sua autorização (ANEXO 1) e consentimento (APÊNDICE 5), o procedimento de coleta de dados foi realizado em 4 etapas, precedido por uma primeira etapa realizada no mês de maio de 2017, com a eleição do GEAPPA como lócus da pesquisa e a escolha de um local aonde pudéssemos reunir os participantes. Uma sala foi cedida por uma escola da rede privada, de localização central (APÊNDICE 6).

As reuniões iniciaram em junho de 2017 e, já no primeiro contato, a Diretora da escola informou que havia seis alunos com TEA matriculados em sua instituição, porém quatro deles sem diagnóstico definido. As falas e contribuições dos participantes foram registradas em um diário de campo.

Na segunda etapa, foi realizada a aplicação do questionário destinado aos ACS com o objetivo de levantar o número de crianças com até dois anos de idade atendidas nos postos de saúde da família apoiados pela equipe multiprofissional do NASF. Essa etapa também possibilitou a descrição deste serviço e o mapeamento do território de atuação desse sistema de atendimento. Dando início à terceira etapa, foram aplicados os questionários destinados aos participantes do GEAPPA e equipe do NASF possibilitando traçar o perfil dos profissionais envolvidos e perceber seu conhecimento sobre o TEA.

A quarta etapa deste trabalho deu-se através do levantamento bibliográfico de instrumentos de rastreamento e identificação do autismo para elaboração de uma cartilha (APÊNDICE 7) a ser utilizada nas discussões com os participantes. Os dados relativos à terceira e quarta etapas serão explicitados no Capítulo III – Resultados e Análise dos dados.

2.2.4 Procedimento de análise dos dados

O procedimento de análise dos dados foi realizado através da categorização conforme Bogdan & Byklen (1994). As categorias pré-definidas segundo as hipóteses deste trabalho ficaram assim estabelecidas:

- 1 – Avaliação e Diagnóstico do TEA: Instrumentos, olhares, serviços e encaminhamentos;
- 2 – A interface saúde/educação acontece somente quando há gravidade e/ou intensidade dos sintomas.

A exposição dos resultados e a análise de seu conteúdo por categorias (BOGDAN & BYKLEN, 1994) estão dispostas no Capítulo III e IV respectivamente.

2.3 Etapa I

O GEAPPA é um projeto de extensão iniciado no ano de 2008 sob o título “A parceria escola-família e a educação da criança autista”. Consiste em um grupo de estudos e orientação a famílias e profissionais sobre a Política Nacional de Educação na perspectiva da Educação Inclusiva, especificamente sobre o atendimento educacional às crianças com autismo e com deficiência intelectual com ênfase na escuta e acolhida das famílias e na elaboração de estratégias e materiais para o trabalho com as crianças. Suas realizações nos anos de 2017 e 2018 estão sob aprovação de projeto submetido ao Sistema de Informação e Gestão de Projetos – SIGProj/MEC através de Edital PROEX/PIBEX Nº12 - Projetos, cursos e eventos de extensão sem ônus para a UFGD, Parecer nº 30 da Câmara de Extensão e Cultura da UFGD.

Seus objetivos iniciais foram: Contribuir com a formação de profissionais do atendimento educacional especializado e do ensino regular para a inclusão escolar de crianças com autismo e outras deficiências com foco na Educação Infantil; Conhecer e discutir os diferentes métodos utilizados no processo educacional dessas crianças; Incentivar o trabalho conjunto entre pais e profissionais, tendo em vista o empoderamento dos mesmos frente à escolarização de seus filhos; Contribuir com o fortalecimento da parceria pais-escola na educação de crianças com autismo e outras deficiências; Construir, conjuntamente, materiais e estratégias para o atendimento de crianças com autismo nas salas regulares, com foco na Educação Infantil.

A data escolhida para a primeira reunião foi o dia 14 de julho de 2017, uma sexta-feira, com início às 18h e término às 20h. Neste encontro estiveram presentes 17 pessoas das quais sete participam do grupo há nove anos e cinco residem e trabalham na cidade de Rio Brilhante. A reunião foi dividida em cinco momentos:

- 1 – Acolhimento dos participantes/recepção;
- 2 – Boas vindas e apresentações individuais;
- 3 – Apresentação do grupo pela professora coordenadora do projeto: histórico, objetivos, metodologia e suas regras de funcionamento;
- 4 – Definição coletiva do cronograma de encontros: datas e horário;
- 5 – Momento do Pronto Socorro (PS).

O momento do pronto socorro foi instituído desde o início das atividades do projeto e consiste no período final da reunião no qual os participantes têm a oportunidade de expor e relatar casos que julgam complexos em seus atendimentos no trabalho e/ou manejo em ambiente doméstico para obter sugestões do grupo sobre como proceder. Relatar as dificuldades que possui na atuação com um aluno ou paciente e receber apoio e dicas dos outros participantes sobre como o caso poderia ser administrado ou abordado. Este momento é realizado em todas as reuniões e seus primeiros minutos são dedicados ao relato da semana anterior para verificar se as sugestões foram postas em prática e se deram resultados, para a troca de estratégias e novas propostas.

Em uma perspectiva de construção coletiva, as reuniões são realizadas em uma dinâmica de roda de conversa, garantindo a livre participação de todos. Neste dia, a maioria dos participantes alegou dificuldades para frequentar as reuniões às sextas-feiras, principalmente os profissionais da educação residentes em Rio Brilhante. A metodologia utilizada (da divisão em momentos) e a frequência quinzenal foram aceitas para todos os encontros, porém, foi sugerido, discutido e votado pela maioria que a realização desses encontros ocorresse às quartas-feiras. Assim, uma nova data para o segundo encontro foi definida.

Para o segundo encontro, acrescentou-se à pauta a definição do cronograma e os temas a serem trabalhados conforme a necessidade do grupo e da pesquisa. Participaram desta reunião trinta e uma pessoas das quais doze residem e trabalham em Rio Brilhante, uma reside em Juti, mãe de criança com sinais suspeitos de autismo e um médico neurologista. Os cinco momentos foram contemplados e o cronograma com seus respectivos temas de discussão está disposto Cf. Apêndice 4 . Neste dia também definiu-se um revezamento na contribuição para o lanche e café que seriam servidos em todos os encontros. Destaca-se que nos três primeiros

encontros, os participantes receberam pasta azul contendo uma caneta, folhas para anotações e uma cópia da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo, Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012, denominada Lei Berenice Piana (BRASIL, 2012b).

A terceira reunião ocorreu no dia 09 de agosto de 2017. Após a distribuição de cópias do cronograma com os temas, relatou-se a intenção de pesquisa e apresentou-se o projeto aos participantes que, neste encontro, totalizaram trinta e nove pessoas. Após a aprovação do grupo e a disposição em contribuir com a pesquisa, os presentes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido autorizando a coleta e uso de dados no decorrer das reuniões. (APÊNDICE 5) A partir desse encontro foi estabelecido que seria pertinente a supressão dos momentos 3 e 4 originais dando lugar às discussões temáticas mas que poderiam retornar à pauta conforme necessidade futura dos participantes do grupo. A nova dinâmica ficou assim estabelecida:

- 1 – Acolhimento dos participantes/recepção;
- 2 – Boas vindas e apresentações individuais;
- 3 – Discussão temática
- 4 – Momento do Pronto Socorro (PS).

Até o presente momento, oito reuniões foram realizadas do total de onze programadas. A comunicação entre os participantes se dá por meio de endereço eletrônico criado para o grupo, o aplicativo *WhatsApp* e rede social. O grupo encontra-se assim constituído: trinta e seis pessoas (34 mulheres e 02 homens) sendo seis professores apoio, três professoras regentes, três professoras de Sala de Recursos Multifuncional, dez psicólogas, uma fisioterapeuta, três fonoaudiólogas, três psicopedagogas, três coordenadoras pedagógicas, uma acadêmica de psicologia, uma acadêmica de pedagogia, uma filósofa e um profissional de educação física. Observou-se nesta constituição a presença de dezessete profissionais da área da saúde e dezenove profissionais da educação. Assim, percebe-se que as escolhas dos temas trabalhados nos encontros refletem o perfil dos participantes.

Considerando a perspectiva de conhecimento e empoderamento dos trabalhos do grupo, observa-se que, após quase dez anos de atuação, muitos dos participantes têm vasto conhecimento sobre o TEA e plena capacidade de contribuir nas discussões e no apontamento de caminhos na luta por melhores serviços.

Portanto, após a vinculação ao grupo, o levantamento dos temas que mais suscitavam questionamentos junto aos participantes, o nível alcançado nas discussões, a relação

estabelecida entre teoria e prática, constatou-se que havia grande potencial na construção coletiva de conteúdos.

2.4. Etapa II

A segunda etapa desta pesquisa foi iniciada no mês de agosto através da articulação da pesquisadora junto à gestão do Departamento de Atenção Básica na Secretaria Municipal de Saúde – SEMS, um projeto foi encaminhado à Comissão de Estágio, Projeto e Trabalho – CEPET, departamento que regula a realização de pesquisas junto aos serviços de saúde pública em Dourados, conforme orientação e modelo fornecidos (ANEXO 1).

Considerou-se a necessidade de um mapeamento inicial do território de abrangência da equipe do NASF e os dados necessários foram coletados através de um questionário preenchido pelos ACS de cada equipe de saúde da família. O levantamento contemplou números referentes à quantidade de famílias atendidas em cada posto de saúde e às crianças menores de dois anos acompanhadas nos programas de puericultura (APÊNDICE 1).

CAPÍTULO III

O DIÁLOGO ENTRE OS PROFISSIONAIS DAS ÁREAS DA EDUCAÇÃO E DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA MULTIPROFISSIONAL

Nos dias atuais e, principalmente, após a Política Nacional de Proteção dos Direitos da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, já é possível pensar em diagnóstico precoce para o TEA, pelo avanço dos estudos e validação de instrumentos para a identificação e avaliação de crianças com sinais suspeitos. Neste contexto, uma intervenção precoce visa favorecer o surgimento de características cada vez mais próximas do desenvolvimento típico em crianças diagnosticadas dentro do espectro. Quanto mais cedo a intervenção começar, menos acentuado será o desvio.

Infelizmente ainda existem muitos problemas para se fazer um diagnóstico precoce do TEA no que se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados por equipe multiprofissional responsável pelo diagnóstico e à construção de redes de serviço através do diálogo entre profissionais de diversas áreas.

Para realizar a pesquisa foram feitas observações e no Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais de Autistas – GEAPPA e no Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF juntamente com o território de atuação da equipe multiprofissional. Deu-se, também, a aplicação de questionários e a entrevista coletiva com os participantes desses dois grupos para o estabelecimento da investigação qualitativa.

Neste capítulo, foram expostos os resultados das observações e das entrevistas coletivas realizadas no período dos meses de julho a dezembro de 2017. Com o objetivo de tornar a descrição mais clara e coesa, optou-se por realizar a análise e a discussão desses dados conforme fossem relatados.

As considerações apresentadas a partir dos resultados obtidos foram discutidas em duas categorias: “Avaliação e Diagnóstico do TEA: Instrumentos, olhares, serviços e encaminhamentos” e “A interface saúde/educação acontece somente quando há gravidade e/ou intensidade dos sintomas”.

3.1 Resultados obtidos para descrição do território observado:

O território que recebe o apoio da equipe do NASF, região D, é formado por 08 grandes bairros do quadrante norte do município de Dourados. São eles: Santo André, Jardim Água Boa, Izidro Pedroso, Vila Vieira, Parque dos Coqueiros, Parque Nova Dourados, Parque dos Bem-te-vis e Canaã III. Neste território estão distribuídas 10 equipes de saúde da família – ESF, reconhecidas por números de área, sediadas em 05 postos de saúde da família, conforme mapa demonstrado na Figura 1. Os números de área correspondem às ESF responsáveis. Cada área é subdividida em seis micro áreas, onde cada ACS é responsável por uma micro área.

Cada ESF tem equipe mínima composta por um enfermeiro coordenador técnico, um odontólogo, um médico generalista, seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal e um recepcionista. (BRASIL, 2000) No município de Dourados, cada posto de saúde possui um profissional com formação em administração ou enfermagem para desempenhar função de coordenador administrativo da unidade. Atualmente, todas as equipes do território estão compostas com equipe mínima. Temos então a seguinte alocação de equipes:

- Unidade básica de Saúde Santo André: ESF 49 e ESF 51;
- Posto de Saúde Água Boa: ESF 47 e ESF 48;
- Posto de Saúde Izidro Pedroso: ESF 30, ESF 31 e ESF 32;
- Posto de Saúde Bem-te-vi: ESF 29 e ESF 52;
- Posto de Saúde Vila Vieira: ESF 33.

O contato para o preenchimento do questionário foi realizado com os enfermeiros coordenadores de cada equipe que sugeriram o momento de reunião de equipe para coletas desses dados, pois todos os ACS estariam presentes. Das dez equipes deste território, seis realizam reuniões semanais em dias fixos e quatro fazem suas reuniões quinzenalmente. Nas datas e horários estabelecidos, os documentos foram entregues aos ACS que preenchiam e devolviam à pesquisadora. Os dados coletados serão descritos por posto de saúde e expostos no Quadro 4.

O posto de saúde “Água Boa”, onde está sediado o NASF, possui duas ESF, 47 e 48. Segundo dados fornecidos pelos ACS, a unidade possui 2.372 famílias cadastradas (ESF 47= 1162 e ESF 48= 1.210), aproximadamente 210 crianças acompanhadas na puericultura e 12 crianças identificadas com deficiência, sendo cinco com deficiência intelectual e sete sem

especificação. Na unidade de saúde do Izidro Pedroso estão cadastradas 3.625 famílias (ESF 30= 1.110; ESF 31= 1.300 e ESF 32= 1.215). As equipes acompanham 52 crianças na puericultura sendo três com deficiência intelectual. Foram identificadas ainda oito crianças com deficiência e maiores de dois anos. Destas, somente cinco apontadas com deficiência física e outras três sem definição.

A unidade de saúde Vila Vieira informou que possui 1.082 famílias cadastradas e acompanha 56 crianças na puericultura. Estes números não refletem a totalidade porque a equipe encontra-se com duas micro áreas descobertas, ou seja, dois ACS em férias no momento do preenchimento do questionário. Em relação às crianças com deficiência, duas foram identificadas com paralisia cerebral por um ACS. As famílias cadastradas na unidade do Parque dos Bem-te-vis totalizam 2.532 (ESF 29= 1.212 e ESF 52= 1.320). Ali acompanham 110 crianças na puericultura e não indicaram nenhuma criança com deficiência.

A UBS Santo André sedia duas ESF. Como referência para atendimento de especialidade médica em pediatria e ginecologia, recebe cadastro da população fixa das ESF, os moradores do bairro e de todos os moradores nas áreas descritas acima. O número de famílias atendidas pelas duas ESF é de 3.210 (ESF 49= 1.430 e ESF 51= 1.780) e não realizam puericultura nas equipes por estarem na mesma unidade em que há atendimento dos médicos pediatras. O atendimento da criança se dá por meio de consultas pré-agendadas e não contempla momento de educação em saúde. Assim, entende-se que o total de famílias atendidas na região D é de 12.821 com uma população estimada de 40 mil pessoas. Olhando para este desenho do território, torna-se pertinente observar que somente 428 sujeitos ou 0,01% desta população são crianças abaixo de dois anos acompanhadas em puericultura.

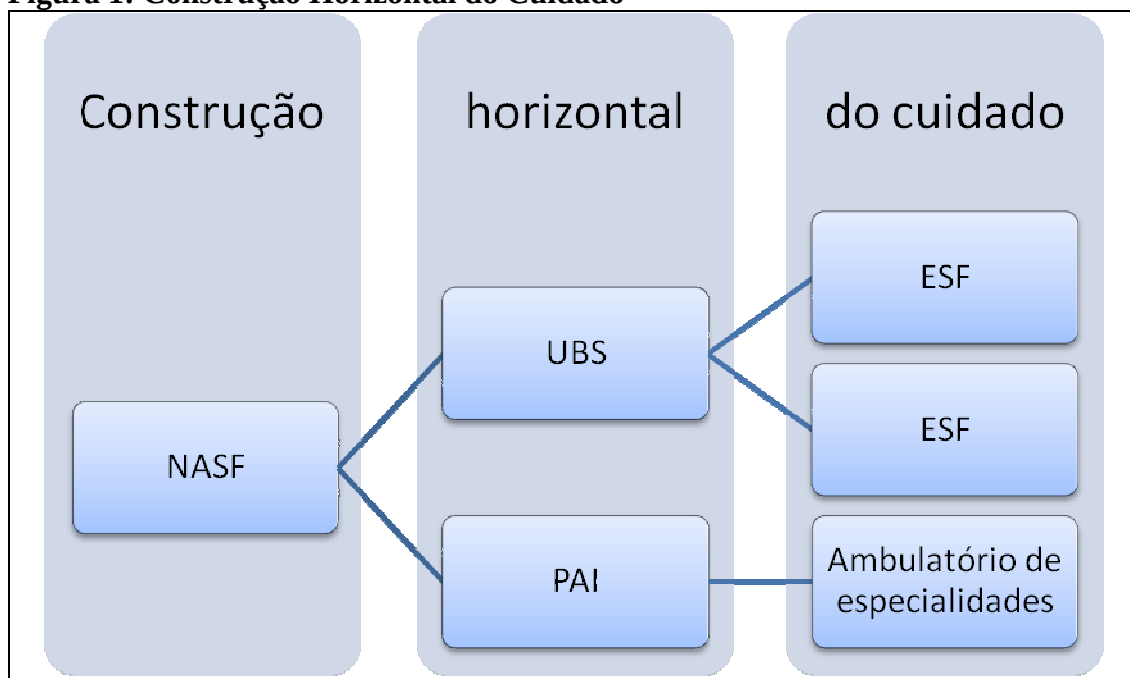
Tabela 4: Número de crianças atendidas na Puericultura por Unidade de Saúde

Unidades de Saúde – Região D/ NASF 3					
	n. de equipes de saúde da família	n. de famílias cadastradas	n. de crianças < 2 anos na puericultura	n. de crianças identificadas com deficiência	
				Com laudo	Sem laudo
Posto de saúde Água Boa	02	2.372	210	05	07
Posto de saúde - Izidro Pedroso	03	3.625	52	08	03
Posto de saúde - Jardim Vila Vieira	01	1.082	56	02	
Posto de saúde - Parque dos Bem-te-vis	02	2.532	110	—	—
UBS - Jardim Santo André	02	3.210	—	4	12
TOTAL	10	12.821	428	19	22

Fonte: elaborado pela autora

Todas estas ESF descritas têm como referência de encaminhamentos a Unidade Básica de Saúde – UBS Santo André. Isso porque somente na UBS são realizados atendimentos em Pediatria, Ginecologia e casos complexos na Odontologia. A equipe mínima desta UBS contempla dois médicos pediatras, dois médicos ginecologistas, duas odontólogas, uma enfermeira coordenadora, duas enfermeiras para apoio técnico, um auxiliar de farmácia, dois auxiliares de serviços bucais, duas auxiliares de enfermagem e dois recepcionistas. O primeiro cadastro da criança e seu acompanhamento dentro dos programas de monitoramento e educação em saúde é realizado na ESF. Casos que necessitam de acompanhamento especializado são encaminhados primeiro à UBS e apoiados pela equipe NASF. Conforme a complexidade e necessidade, estes encaminhamentos alcançam os serviços especializados. Esta hierarquia de encaminhamentos está disposta conforme a Figura 1.

Figura 1: Construção Horizontal do Cuidado



Fonte: organizado pela autora

Também demonstrado na Figura 1, observa-se que o programa Estratégia Saúde da Família desenvolve os atendimentos construindo vínculos com a comunidade e os serviços numa perspectiva de horizontalidade do cuidado (BRASIL, 2000), ou seja, ESF, UBS e NASF atuam em uma perspectiva de corresponsabilidade nos atendimentos e encaminhamentos feitos aos serviços especializados.

3.2 Resultados obtidos com a observação em grupo de apoio:

Os primeiros encontros realizados pelo GEAPPA tiveram o objetivo de acolher os participantes, definir coletivamente um cronograma de reuniões quinzenais e estabelecer regras de convivência e participação ética nos estudos propostos. Iniciamos a observação a partir do primeiro contato com o grupo, verificando como os participantes agiam e interagiam, individual e coletivamente em um grupo predominantemente composto por mulheres.

No início, a preparação da sala e as principais falas eram da professora coordenadora do grupo e seus alunos que, logo nos primeiros encontros, incentivaram a participação coletiva e o sentimento de pertencimento de todos os participantes, sempre enfatizando a necessidade de um espaço protegido para que as trocas se efetivassem. Ao longo do tempo, percebemos que algumas participantes chegavam mais cedo e já iniciavam a preparação da sala, organizando cadeiras em roda e mesa para o café. Observamos, também, que as contribuições das mães e dos profissionais ali presentes tornaram-se mais frequentes e sem receio.

Os temas escolhidos para a realização dos estudos incluíram as questões comportamentais e dificuldade de comunicação e interação social das crianças com TEA, caracterizando a tríade de sintomas do transtorno; a identificação dos sinais, a avaliação, o diagnóstico precoce e a medicalização dessas crianças; as intervenções e orientações às famílias e a adaptação curricular na escolarização.

Porém, constatamos uma tendência nas falas/discussões dos temas trazidos: a avaliação e identificação destas crianças na escola, o diagnóstico clínico para obtenção do profissional apoio em sala de aula e a falta de conhecimento/informações sobre os caminhos que podem ser percorridos, bem como os serviços existentes para o atendimento de crianças com suspeita de TEA e suas famílias. Esses assuntos estiveram presentes nas discussões de maneira transversal aos temas propostos.

Conforme Siklos e Kerns (2007) estipularam em sua pesquisa, quatro fatores que podem influenciar o atraso do diagnóstico precoce no caso do transtorno do espectro autista, são eles: a variabilidade dos sintomas e as diversas possibilidades de expressão do TEA; as limitações da avaliação de criança em idade pré-escolar, devido à demanda por instrumentos específicos e sensíveis aos comportamentos sociais mais sutis e próprios dessa faixa etária; a falta de profissionais treinados e habilitados para reconhecer os sinais de risco para este

transtorno e a escassez de serviços especializados que atendam e intervenham com esta população.

3.3 Análise e Discussão

3.3.1 Avaliação e Diagnóstico do TEA: Instrumentos, olhares, serviços e encaminhamentos

A maior preocupação com questões relacionadas à avaliação, o reconhecimento dos sinais suspeitos e sintomas do TEA, dentro e fora da escola, foi confirmada ao analisar as respostas dadas pelos participantes às questões quatro e cinco do questionário aplicado no grupo. Foram distribuídos 50 questionários. Destes, 38 foram devolvidos, contabilizando 76% de devolutiva.

Para a questão quatro “Sobre a Identificação e Avaliação Diagnóstica de crianças com TEA, qual o seu entendimento/conhecimento? O que seria essencial conhecer/saber?” encontramos 23 respostas que abordaram a importância do reconhecimento dos sinais e sintomas do transtorno e do conhecimento sobre a tríade comportamental da criança com autismo que seriam os prejuízos no desenvolvimento da interação social, os padrões repetitivos de comportamento e as estereotipias.

Dessas 23 respostas, 19 participantes (82%) ainda falaram de seu desconhecimento sobre o processo de avaliação do TEA. Assim, 60.52% dos participantes demonstraram interesse em adquirir conhecimento sobre os sinais e sintomas do TEA com o objetivo de melhorar a identificação e o processo educacional dessas crianças na escola e possibilitar o melhor desenvolvimento possível em atendimentos nos serviços de saúde.

Durante os estudos no GEAPPA, destacamos algumas contribuições sobre esta discussão como a de uma professora que disse:

Excerto 1 - *“Realmente precisamos conhecer sobre o autismo, seus sinais e sintomas. Mas eu penso que para nós professoras é muito importante conhecer o que é normal. Eu domino o desenvolvimento infantil dito normal? Porque a partir daí eu consigo dizer o que está fora ou em atraso, né? Consigo ter um olhar mais apurado.”* (S. T., pedagoga).

A participação de uma psicóloga complementou este pensamento afirmando que:

Excerto 2 - *“[...] nós da área da saúde também temos dificuldades em avaliar crianças com TEA porque nem sempre dominamos as características de cada deficiência. Mas concordo que tudo pode ficar mais fácil quando analisamos alguns aspectos do*

desenvolvimento infantil que, neste momento, nos ajuda a perceber a diferença entre o atraso ou a deficiência e o dito normal.”. (J. psicóloga)

Para os profissionais de saúde do NASF, o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil típico é considerado importante principalmente para poder apoiar as equipes de saúde da família na Puericultura, mas geralmente esse apoio acontece nos momentos de avaliação antropométrica (medir e pesar o bebê ou a criança) e realizando roda de conversa com as mães sobre temas como aleitamento materno, entre outros. Em relação ao TEA, alegam a impossibilidade de realizar a consulta junto ao médico porque desconhecem os aspectos comportamentais do transtorno.

Excerto 3 - “Nossa! É complicado mesmo. Porque avaliar comportamento requer tempo. Mesmo assim, aqui a gente pode fazer visita domiciliar e ir à escola pra conhecer o contexto da criança. Mas conhecer mais sobre o desenvolvimento típico treina o nosso olhar, realmente” (F.P., farmacêutico).

Excerto 4 - “Sinceramente? Não domino o desenvolvimento infantil todo. Talvez porque ainda não tenho filhos [...] conforme os casos vão aparecendo, eu vou estudando sobre o assunto”. (M. B., profissional de educação física)

Considerando esses dados, podemos dizer que, tanto para os profissionais da educação quanto para os profissionais de saúde de ambos os grupos, é essencial que conheçam os marcos do desenvolvimento típico da criança, pois estão perto delas todos os dias e têm a possibilidade de identificar qualquer desvio do padrão antes que um déficit maior se instale.

A partir das pesquisas de Craidy e Kaercher (2001), numa perspectiva sociointeracionista de desenvolvimento infantil dessas autoras, reforça-se a concepção de que o professor na Educação Infantil é agente importante no processo de desenvolvimento das crianças por ser o profissional com formação específica e responsável pela organização e planejamento dos espaços e das experiências pelas quais as crianças passarão durante o tempo em que permanecem na escola.

Nesse sentido, torna-se relevante que os professores que atendem ao público infantil entendam a importância de promover práticas elaboradas, com os objetivos propostos para a Educação Infantil a partir da internalização dos conceitos sobre o desenvolvimento infantil. (MACHADO, 2017)

Sobre os sintomas do TEA, alguns participantes do GEAPPA alegaram não compreender os termos que definem alguns aspectos comportamentais e gostariam de informações mais didáticas, falar sobre os sintomas aplicando-os ao dia-a-dia. Fontana

(2013), em sua pesquisa junto aos educadores da REME, descreve os sintomas do TEA dessa maneira:

Os sintomas apresentados pela criança no espectro incluem dificuldade em brincar, “fazer de conta”, pode ter rotinas rígidas, rituais; não sabe para que servem os brinquedos, enfileira, quebra ou atira longe; por vezes se interessa mais pela caixa do que pelo próprio brinquedo; prefere objetos que girem ou façam barulho; se fixa em detalhes dos objetos ou brinquedos; não brinca com as outras crianças; prefere brincadeiras que envolvam o próprio corpo, cócegas, rodopiar, “cavalinho”; prefere fazer sempre as mesmas coisas, da mesma forma, ir pelo mesmo caminho, sentar no mesmo lugar. (FONTANA, 2013)

As respostas analisadas no questionário aplicado junto aos profissionais de saúde do NASF demonstraram a escassez de conhecimento sobre o processo de avaliação de crianças com TEA e o desconhecimento sobre a inclusão escolar. Na questão quatro “Você já ouviu falar ou tem conhecimento sobre o TEA?”, dos seis profissionais, somente dois afirmaram conhecer os sinais/sintomas do transtorno.

Excerto 5 - *“Sim. Contato com as mães de filhos autistas, principalmente profissionais que trabalham comigo”*. (F.P, farmacêutico NASF)

Excerto 6 - *“Durante a graduação estudei o assunto, no entanto, não se trata de minha área de atuação de preferência. Como me deparo com casos no trabalho, busco ler e discutir com outros profissionais para prestar um bom trabalho com a atenção devida ao caso”*. (C. N., psicóloga NASF)

Na questão sete “O que seria essencial conhecer/saber?”, observamos que três profissionais, ou seja, 50% deles destacaram a necessidade de conhecer de maneira mais aprofundada os sinais e sintomas do TEA, a avaliação, os fluxos de encaminhamentos nos serviços de saúde e o processo de escolarização de crianças com TEA em uma perspectiva inclusiva.

As respostas para a questão cinco “Sobre a inclusão escolar de crianças com TEA, qual o seu entendimento? O que seria essencial conhecer/saber?” incluíram a necessidade de

formação mais específica aos professores, o conhecimento sobre os instrumentos que possibilitam a identificação por profissionais de diferentes áreas e dos serviços disponíveis para a orientação aos pais/responsáveis e o encaminhamento da criança. Dos 38 participantes, 19 consideram essencial conhecer os instrumentos para identificação precoce dos sinais e os serviços oferecidos no município.

O levantamento sobre os instrumentos de identificação e avaliação do autismo nos permitiu debater com os participantes da pesquisa sobre os principais instrumentos e a possibilidade de aplicação desses por profissionais de diversas áreas, apontando as fragilidades e as potencialidades existentes nesse processo. Conforme o Quadro 4, demonstramos os principais instrumentos utilizados no Brasil e sua aplicabilidade.

Quadro 3 : Instrumentos de identificação e avaliação do TEA e sua aplicabilidade

INSTRUMENTO	IDADE	QUEM APLICA?	OBSERVAÇÕES
CARS	> 2 anos	Profissionais da Educação	Pode derivar currículo para o atendimento da criança na escola
ADI	3 a 4 anos	Profissionais da Saúde	
ADOS	5 a 12 anos	Profissionais da Saúde	
ABC/ICA	0 a 6 anos	Profissionais da Educação	Pode gerar encaminhamentos como auxílio ao diagnóstico diferencial
CHAT	18 meses	Pais/responsáveis, profissionais da educação e profissionais da saúde	
M-CHAT	16 a 30 meses	Pais/responsáveis ou cuidadores e profissionais da saúde	

Fonte: elaborado pela autora.

O maior objetivo para o incentivo à identificação e ao diagnóstico precoce é a estimulação precoce. Com a realização do estudo e a troca de informações, constatamos que a

maior preocupação dos profissionais da educação é a identificação e o consequente acesso ao diagnóstico para que a criança receba encaminhamentos e atendimentos mais adequados, tanto nas escolas, quanto fora delas. Segundo Bagaiolo (2011), a intervenção precoce torna a estimulação muito mais fácil e eficaz, já que comportamentos inadequados, que foram adquiridos para substituir os comportamentos adequados que não foram aprendidos no momento correto, ainda não estão cristalizados, ainda não foram tão reforçados a ponto de dificultar uma extinção ou até, nem foram aprendidos ainda.

Conforme a literatura científica e dados divulgados por órgãos públicos, analisando o panorama sobre a avaliação de TEA no país, constatamos que mesmo sem fechar diagnóstico, os médicos estão, cada vez mais, encaminhando os pacientes com algum atraso no desenvolvimento para início de uma intervenção, seja ela fonoaudiológica, psicológica, comportamental ou motora. Afinal, independente do diagnóstico, estimulação precoce sempre será indicado.

Mendes (2010) afirma que os principais achados referentes ao impacto da intervenção precoce no desenvolvimento dessas crianças seriam: quanto maior o grau e a duração da privação de estimulação (visual, auditiva e de movimento) mais permanente se torna a limitação e esta se estende também para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional; na maioria das condições limitantes, o momento da intervenção (de tratamentos clínicos a processos educacionais) é mais bem sucedida quando feita nos primeiros anos de vida.

Conforme afirmado por Fontana (2013), um levantamento e caracterização de crianças com sinais do TEA, junto aos professores pode sensibilizar outros profissionais na busca por estratégias que identifique e caracterize os alunos com suspeita do transtorno o mais cedo possível, pois a identificação dessas crianças feita por seu professor pode auxiliar significativamente no refinamento da avaliação do seu repertório, subsidiando o planejamento de ações eficientes para a promoção do desenvolvimento desse indivíduo tanto socialmente como cognitivamente.

Por ser um transtorno do neurodesenvolvimento, geralmente requer intervenções amplas, diversificadas e intensivas. A diferença não deve ser feita entre indivíduos com TEA ou sem TEA e sim entre os que precisam de um determinado tipo de intervenção ou outro. O tratamento deve ser individualizado e com equipes multiprofissionais que tenham capacitação para lidar com as necessidades específicas dessas pessoas. É esse direito à personalização do atendimento que deve ser contemplado e não só no caso do TEA, mas em qualquer condição

de deficiência. Utilizamos o termo equipe multiprofissional de acordo com o conceito de Peduzzi (2008):

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação (PEDUZZI, 1998, p. 43)

Sobre os instrumentos de identificação dos sinais do TEA, ainda destacamos que os profissionais da educação têm muitas dúvidas relacionadas à aplicação desse material. Como consequência disso, o uso de instrumentos como esses são raros dentro das escolas a não ser por meio de pesquisas acadêmicas em parcerias com Universidades. Podemos inferir que a utilização dos instrumentos se torna complexa para os educadores, pois sua formulação está baseada em conceitos e métodos de observação próprios da área da Psicologia.

Em uma pesquisa realizada por Seize & Borsa (2017) analisaram artigos com o objetivo de identificar os instrumentos disponíveis para rastreamento dos sinais do autismo em crianças com até 36 meses de idade. Para tanto, foi conduzida uma revisão de artigos publicados entre 2004 e 2015 nas bases de dados eletrônicas SCIELO, PubMed, PsycINFO. e Lilacs. Foram encontrados 11 instrumentos em 34 artigos analisados. Dentre os 34 artigos, 19 foram realizados na psicologia e oito na área da psiquiatria.

A Psicologia aparece como a área que mais publica. (SEIZE & BORSA, 2017) No entanto, nenhum estudo dessa área é brasileiro. Observamos que parece haver um campo de pesquisa que não está sendo explorado por parte dos profissionais da saúde e nem da educação no Brasil, o que convida a uma reflexão acerca dessa lacuna. Considera-se oportuno salientar que os artigos foram em sua maioria publicados em revistas especializadas de autismo.

Vinculada à necessidade de identificação precoce do aluno com TEA nas escolas existe a busca por informações sobre os serviços para os quais a criança pode ser encaminhada. Durante as entrevistas confirmamos que muitos profissionais ainda não conhecem ou não estão informados sobre os serviços de apoio existentes em Dourados, independente se esses serviços oferecem atendimento somente às pessoas com TEA ou às com outras deficiências. A troca de informações realizadas no GEAPPA e no NASF resultou

na descrição dos serviços voltados ao atendimento de crianças com deficiências, oferecidos em nosso município.

3.3.2 Serviços especializados de apoio à saúde de crianças com deficiência em Dourados-MS

Fundada no dia 1º. de setembro de 1973, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE, atualmente denominada Escola de Educação Especial Maria Julia Ribeiro, atende diariamente cerca de 140 pessoas, entre crianças e adultos que participam de atividades lúdicas, esportivas, pedagógicas e profissionalizantes, além de terapêuticas. A APAE de Dourados é uma associação civil sem fins lucrativos, voltada ao atendimento da pessoa com Deficiência Intelectual e Múltipla que também oferece atendimentos clínicos de apoio em saúde no Complexo Especializado de Saúde (CES), fornecendo serviços de assistência social, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, psiquiatria e odontologia. A associação não é porta aberta para usuários do SUS. As crianças encaminhadas pelos ambulatórios de saúde precisam aguardar uma vaga que é regulada pelo SISREG – Sistema de Regulação.

Outro serviço de apoio educacional e de saúde é a Pestalozzi, também conhecida como Casa Criança Feliz. Fundada em 16 de outubro de 1985, a Pestalozzi atende alunos com deficiência intelectual associada ou não a outras deficiências ou síndromes e distúrbios neuromotores, da idade de zero até a vida adulta. O Serviço Social e os atendimentos clínicos são realizados no contraturno da escola dos alunos e englobam procedimentos terapêuticos nas áreas de Psicologia, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. É disponibilizado também aos alunos acompanhamento com Neurologista, Oftalmologista e Odontologista bem como transporte adaptado aos alunos com graves problemas de locomoção.

Para atender às demandas da inclusão escolar, dos serviços de apoio em saúde e acolhimento de famílias de crianças com TEA, o Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais do Autista – GEAPPA foi criado em abril de 2009 como espaço de acolhimento, apoio e formação de famílias e profissionais da educação e saúde que atuam com pessoas com o TEA em Dourados/MS, atendendo à solicitação de pais e profissionais que já atuavam com crianças com diagnóstico e/ou sinais suspeitos do TEA.

O GEAPPA é um projeto de extensão da FAED/UFGD iniciado no ano de 2009 cujo título é “A parceria escola-família e a educação da criança autista”. Consiste em um grupo de estudos e orientação a famílias e profissionais sobre a Política Nacional de Educação na perspectiva da Educação Inclusiva, especificamente sobre o atendimento educacional às crianças com autismo e com deficiência intelectual com ênfase na escuta e acolhida das famílias e na elaboração de estratégias e materiais para o trabalho com as crianças.

Atualmente, o grupo está composto por profissionais das áreas da Educação e da Saúde, acadêmicos de graduação e pós-graduação e mães de crianças com diagnóstico de TEA. Consiste em um grupo aberto, com reuniões quinzenais, cujo objetivo é a troca de informações sobre o transtorno, formação de profissionais e o incentivo à construção coletiva de uma rede de serviços estruturada no município.

No ano de 2010, após uma panfletagem alusiva ao Dia Nacional de Conscientização do Autismo realizada pelo GEAPPA, as famílias participantes decidiram criar a Associação de Pais e Amigos dos Autistas da Grande Dourados – AAGD. Porém, o reconhecimento como instituição sem fim lucrativo e prestadora de serviço à sociedade aconteceu por meio da Lei n. 4.312 de 28 de dezembro de 2012. A AAGD realiza contatos e tem elaborado projetos para pleitearem verbas públicas com o objetivo de viabilizar um Centro de Referência no Atendimento de Autismo e outros Transtornos do Desenvolvimento. Consiste em um serviço criado especificamente para o atendimento do TEA e oferece, atualmente, atendimento em psicoterapia, musicalização e equoterapia.

Como serviço especializado de referência e apoio diagnóstico no SUS, a Policlínica de Atendimento Infantil foi fundada em 24 de maio de 2017. A Policlínica Flamarion Capilé é uma unidade de saúde de média complexidade, exclusiva para atendimento integral às crianças e adolescentes, de zero a 15 anos, com demandas em saúde mental e deficiência no município de Dourados. A PAI disponibiliza consultas médicas especializadas com equipe multiprofissional e atendimentos em odontologia, fisioterapia, saúde mental e também os serviços de enfermagem, vacinação e distribuição de medicamentos. Todos os atendimentos são via SISREG e seu funcionamento acontece em articulação com a Atenção Básica, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), UPA (Unidade de Pronto Atendimento) e unidades hospitalares, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contra referência.

Dentre os seus principais objetivos estão o de promover o diagnóstico precoce, orientar a terapêutica e ampliar a oferta de serviços ambulatoriais especializados, atendendo à necessidade regional nos problemas de saúde que não podem ser plenamente diagnosticados ou orientados na rede de atenção básica devido à sua complexidade, mas que não precisam de internação hospitalar ou atendimento urgente. É referência para alteração do desenvolvimento, triagem, diagnóstico e atendimento infantil psicossocial. com especialistas em pediatria clínica, odontologia pediátrica, psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia, homeopatia, psicopedagoga, otorrinolaringologia, nutrição e herbiatra.

Após um ano de implantação da PAI, um serviço foi criado para atender crianças com TEA em nossa cidade. O Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista (SEAMA) é fruto de um projeto da UFGD em parceria com a Unimed Dourados que prevê orientação e supervisão técnica para o atendimento de pessoas com o transtorno. Conforme entrevista com os professores responsáveis, como outro projeto de extensão da FAED, além do GEAPPA, temos um convênio de parceria com a UNIMED - Dourados, coordenado por uma professora da Faculdade de Educação (FAED) e um professor da Faculdade de Ciências da Saúde (FCS). O projeto já está em funcionamento e atende cerca de 32 crianças por dia juntamente com seus familiares.

RESOLUÇÃO Nº. 291 DE 04 DE OUTUBRO DE 2017.
APROVANDO A – Resolução ad referendum nº 290 de 02 de outubro de 2017: manifesta-se favoravelmente à Parceria Técnica entre a Universidade Federal da Grande Dourados, por meio de Pesquisadores do Programa de Pós-Graduação PPGEdu – Faculdade de Educação e o Serviço Especializado de Atendimento Multiprofissional ao Autista – SEAMA/UNIMED-Dourados, para o atendimento à saúde voltado para pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo (UFGD, 2017).

Esse projeto em parceria com a UNIMED oferece para a Universidade mais de 15 bolsas de estudos para Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado envolvendo projetos com essa temática. Os projetos são coordenados pelo LADIES - Laboratório de Desenvolvimento Infantil e Educação Especial e envolve professores das faculdades de Educação, Ciências da Saúde e a Faculdade de Ciências Humanas. A assessoria tem realizado visitas de orientação e acompanhamento nas escolas que atendem às crianças do serviço e em outras para a Formação de Professores e acompanhamento do desenvolvimento infantil.

Pesquisas anteriores (FONTANA, 2013; OLIVEIRA et al., 2013; MACHADO, 2017) discorreram sobre as demandas sobre o TEA no município de Dourados e constataram a necessidade de serviços que oferecessem apoio especializado nos serviços de saúde, colaboração técnica junto aos educadores nas escolas e acolhimento e apoio aos familiares.

Na cidade de Dourados não há um centro especializado onde pessoas possam buscar ajuda para a realização de diagnósticos, onde os familiares sejam apoiados e informados e que atue também como espaço para a organização e implementação de intervenções adequadas. Apesar da grande importância dos ambientes inclusivos para as pessoas com autismo, muitas pesquisas têm mostrado que há uma grande necessidade de tratamentos específicos para que haja seu desenvolvimento integral, daí a necessidade de se pensar em um centro de referência, que terá o objetivo de atender a essas necessidades. (OLIVEIRA et al., 2013).

Além da necessidade de conhecer esses serviços que atualmente estão em funcionamento, consideramos importante saber os caminhos possíveis para acessá-los. Muito embora seus campos de atuação pressuponham um conhecimento sobre esses serviços e seus modos de acessá-los, a maioria dos participantes da pesquisa afirmou não estar familiarizado com os fluxos de encaminhamentos, ou seja, como os encaminhamentos estão sendo feitos.

Excerto 6 - *“Diante de um aluno com suspeita de TEA eu sempre tenho dúvidas sobre o que eu posso falar pra família [...] Eu acolho, espero um melhor momento e falo com os pais ou responsáveis. Conhecer os serviços ofertados facilita demais, mas nunca sei como encaminhar. O que pode? Como pode? Como pedir?”* (T. M., pedagoga, GEAPPA)

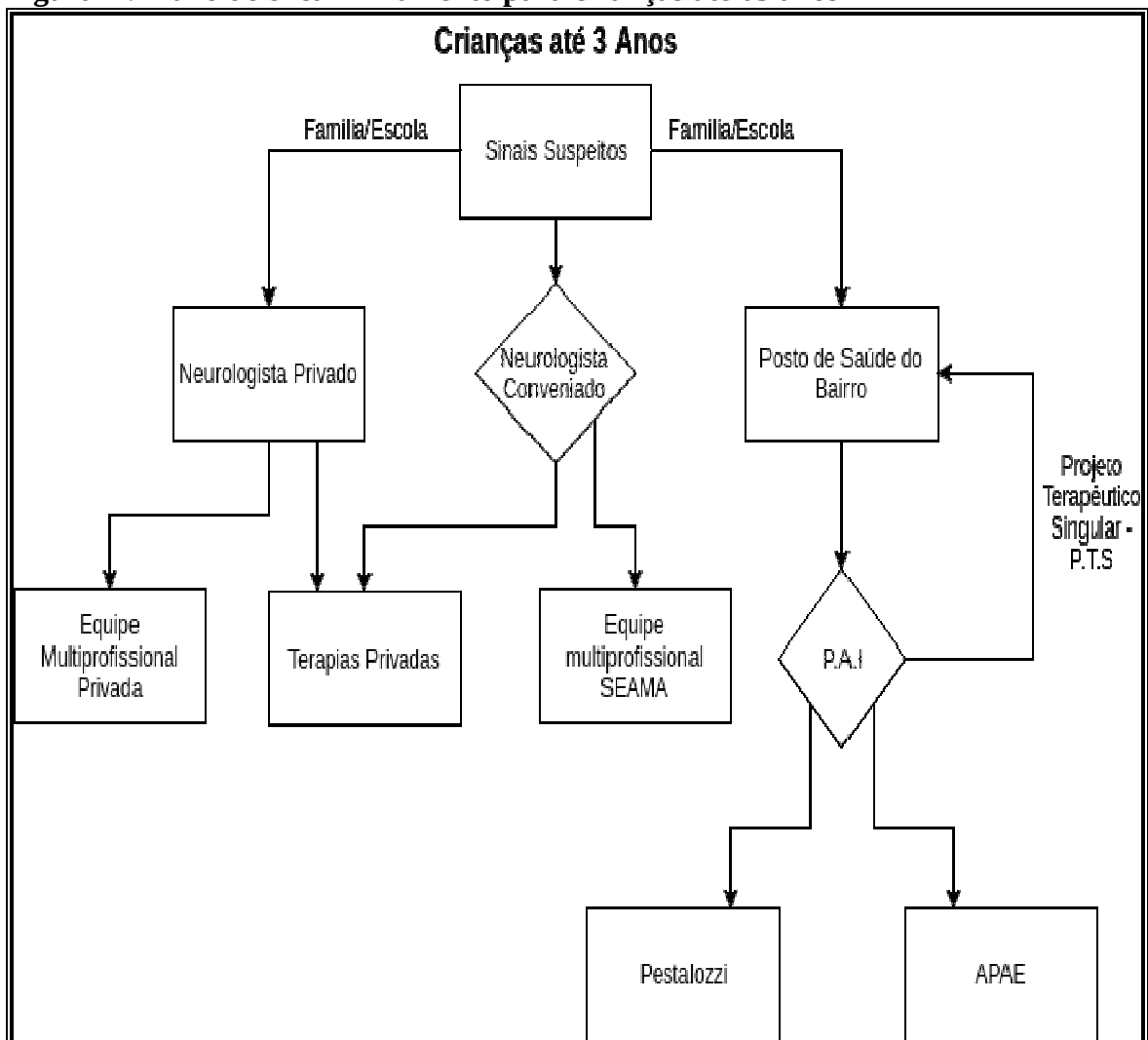
Excerto 7 - *“Somos orientadas a fazer um relatório pedagógico sobre o aluno e encaminhar para o posto de saúde para investigação e diagnóstico. Lá, a criança tem acesso aos profissionais de saúde que irão avaliar o quadro. Agora, saber como cada serviço funciona e como eu posso orientar os pais, não domino. Geralmente solicitamos auxílio do NUEDESP”.* (N. M., professora de sala de recurso, GEAPPA)

Encontramos um dado preocupante ao analisarmos as respostas referentes à questão seis “Conhece os fluxos de encaminhamentos e os serviços que atendem essa população na rede de saúde pública? Pode descrevê-los?” do questionário dirigido ao NASF. Dos seis profissionais respondentes, quatro alegaram desconhecer os fluxos. Consideramos relevante

apontar para um evidente problema de comunicação entre os profissionais e serviços de uma mesma área, tornando morosos os caminhos das famílias de crianças com TEA.

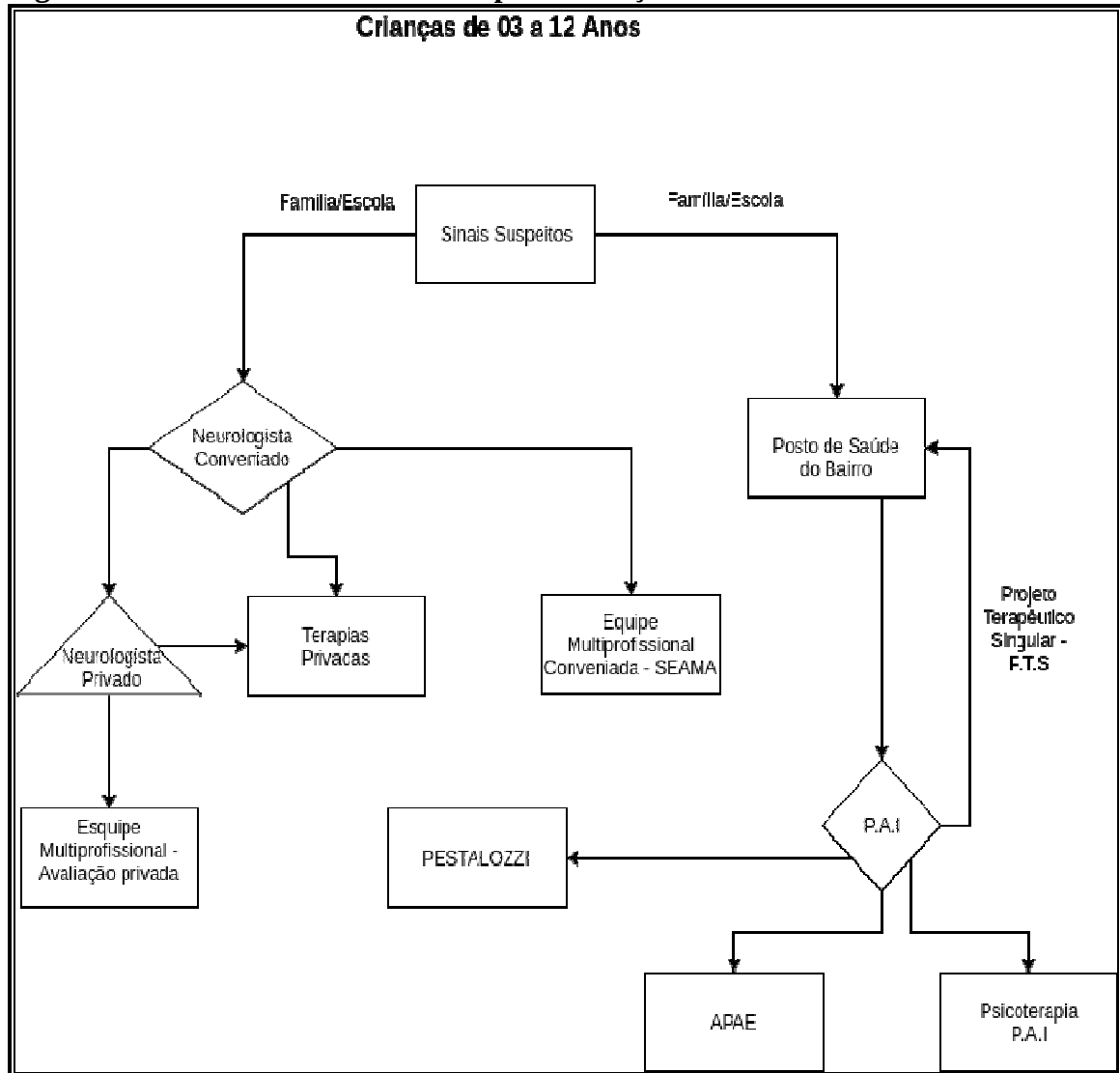
Através dos dados coletados junto aos participantes do NASF e GEAPPA, construímos um fluxograma com o objetivo de explicitar como os serviços são acessados atualmente. Conforme as Figuras, demonstramos a estruturas dos encaminhamentos atuais para as crianças com TEA.

Figura 2 : Fluxo de encaminhamento para crianças até 03 anos



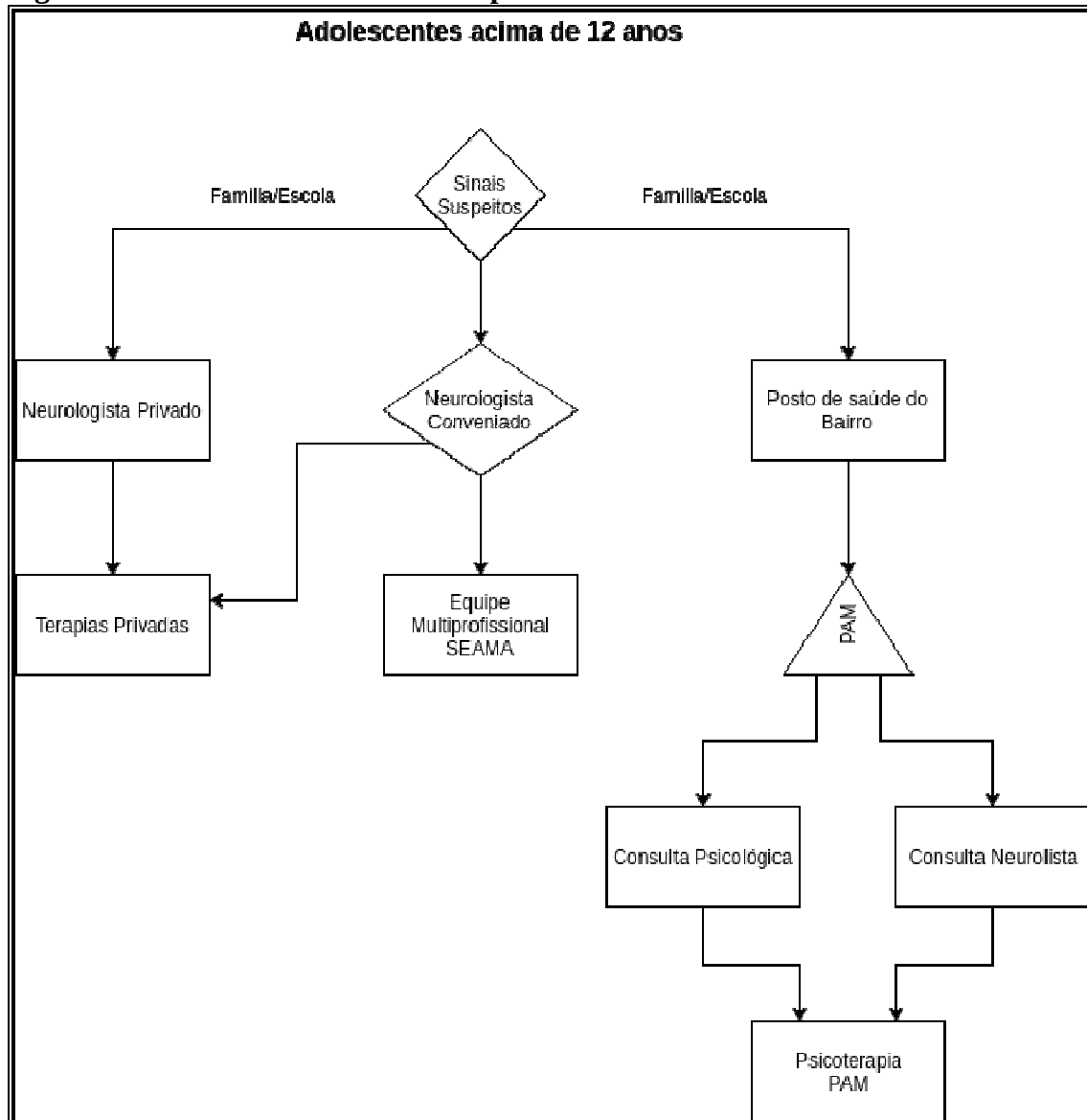
Fonte: elaborado pela autora

Figura 3: Fluxo de encaminhamento para crianças de 03 a 12 anos



Fonte: elaborado pela autora

Figura 4: Fluxo de encaminhamento para adolescentes acima de 12 anos



Fonte: elaborado pela autora

Na atual política pública de saúde, as Unidades Básicas devem conseguir responder às demandas do município, porém, diante da realidade brasileira, a alternativa a este processo é recorrer a equipamentos de saúde especializados ou serviços mais estruturados para esse tipo de atendimento, ou ainda organizações sociais e de 3º setor (APAE/AAGD/outras instituições). (BRASIL, 2000)

Este processo pode ser realizado em parceria com a Assistência Social local e, à medida que percebemos uma demanda maior, há a possibilidade de diálogo com os dirigentes de saúde do município, a fim de estruturar melhor a rede. Conforme Silva e Tavares (2004), esse diálogo, além de importante, complementa os papéis entre esses setores e amplia a capacidade de interlocução de seus respectivos profissionais, definindo atribuições e contribuições de cada área no atendimento integral à saúde das pessoas com deficiência.

3.4 A interface saúde/educação acontece somente quando há gravidade e/ou intensidade dos sintomas

Analisando os registros das observações e das entrevistas coletivas, percebemos que a transversalidade do cuidado, ou seja, a comunicação entre os profissionais das áreas da educação e da saúde só ocorre quando há gravidade/intensidade dos sintomas ou um quadro grave do transtorno manifestado na criança que está matriculada em escola regular.

Conforme dados atuais fornecidos pela representante da Educação no grupo condutor da Rede Municipal de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Dourados, a REME atende aproximadamente 42 crianças diagnosticadas com TEA, laudadas e matriculadas em escolas comuns, no ensino fundamental. Dessas crianças, apenas três apresentam um quadro mais grave do transtorno.

Excerto 8 – *“Olha, a gente tenta em alguns casos, mas é muito complexo! Muitas vezes a família precisa acionar o Ministério Público porque a escola manda encaminhamentos com relatórios para a saúde e nunca volta”*. (C. A., professora regente, GEAPPA)

Excerto 9 – *“A escola não recebe retorno de outros profissionais da saúde pública [...] nos desanima a escrever novos relatórios”*. (J. F., professora de AEE, GEAPPA)

Excerto 10 – *“Nós, como equipe volante e de apoio, podemos, sim, estabelecer um diálogo com os profissionais das escolas. Porém, é sempre muito burocrática a nossa entrada lá porque eles têm um núcleo específico na Secretaria de Educação. Mas já fui chamada pela diretora de uma escola em um caso de saúde mental cuja criança havia tentado cometer suicídio”*. (C. N., psicóloga, NASF).

Excerto 11 - *“Saber dos instrumentos já é um alívio. Conhecer as possibilidades que temos faz com que a gente oriente melhor os pais [...] mas se não temos domínio do*

instrumento, como fazer? Se eu não sei aplicar, dependo de um psicólogo ou de um médico”. (T. M., pedagoga, GEAPPA)

Essas contribuições refletem a escassa comunicação entre esses profissionais no que diz respeito ao apoio à escolarização de crianças com deficiência, sobretudo com TEA. Observamos nos relatos, também, a falta de uma real organização dos serviços, sejam eles públicos ou privados, em rede e do estabelecimento de fluxos específicos oficializados no município. Isso torna a questão da avaliação e do diagnóstico ainda mais complexa e distantes do que é preconizado nas políticas para essa população.

Excerto 12 – “A questão da avaliação é muito complexa e perpassa pela aceitação da família também. Percebo que nas famílias com as quais eu lido há muito mais resistência pela aceitação do diagnóstico de deficiência intelectual do que pelo de TEA em Dourados. Isso porque para o autismo existem serviços que funcionam, parece que o TEA tem lugar próprio aqui, mas é limitado”. (J. F., professora de AEE, GEAPPA)

A integração das áreas da educação, saúde, assistência social, trabalho e justiça é apontada como condição indispensável pelas políticas públicas, mas pouco executáveis na prática. As possibilidades intersetoriais se encontram afirmadas em documentos oficiais nacionais dos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2009; BRASIL, 2011) que entre outros, atestam os benefícios que podem ser gerados por esse diálogo para ambas as áreas disciplinares e, principalmente, para os profissionais e usuários desses serviços.

Santos & Andrade (2011) apontam que, para a operacionalização e mediação de ações intersetoriais, é imprescindível a manutenção do diálogo acerca dos saberes e fazeres entre os diversos setores das instâncias governamentais. Portanto, esse processo requer a criação de redes intersetoriais juntamente ao fomento à uma nova cultura organizacional que avance do fragmento para o todo, do individual para o coletivo, do vertical para o horizontal, do fechado para o aberto. Quanto a isso, afirmam que:

[...] o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoal (2011, p. 32)

Consideramos pertinentes retomar algumas contribuições dos participantes sobre os instrumentos de identificação do TEA, utilizando-os, nesse momento, para refletir sobre as possibilidades de trocas de informações, momentos de formação e o estabelecimento do diálogo entre esses profissionais de áreas diversas.

Excerto 13 - *“Saber dos instrumentos já é um alívio. Conhecer as possibilidades que temos faz com que a gente oriente melhor os pais [...] mas se não temos domínio do instrumento, como fazer? Se eu não sei aplicar, dependo de um psicólogo ou de um médico”.* (T. M., pedagoga, GEAPPA)

Supomos que, através do conhecimento sobre a aplicabilidade dos instrumentos descritos neste trabalho e estudados no GEAPPA, o início do diálogo pode ser através de iniciativas coletivas e o estabelecimento de parcerias para formação de professores, profissionais da saúde e familiares sobre o tema. Conforme o Quadro 4, utilizando como exemplo a escala M-Chat, podemos inferir que há possibilidade para um espaço de diálogo e formação/treinamento entre educadores, profissionais da saúde e familiares.

Segundo Silveira (2016), uma equipe de profissionais das áreas da Educação e da Saúde em Belo Horizonte-MG criou um Fórum de Inclusão Escolar para Síndrome de Asperger com a finalidade de discutir sobre as dificuldades de inserção dessas crianças em escolas comuns. Muito embora o foco seja a Síndrome de Asperger, as discussões também contemplam outras deficiências como TEA e Deficiência Intelectual. Nos fóruns foram apontadas várias dificuldades na escolarização desses alunos incluindo:

Falta de um núcleo de inclusão com profissionais multidisciplinares, que realmente entendam da legislação em relação à inclusão, e que tenham conhecimento e/ou predisposição para aprender sobre as deficiências em geral, para orientar professores, criar e aplicar avaliações específicas, realizar dinâmicas com as turmas para facilitar a inserção da criança em sala de aula, intervalos e outras atividades. A falta de um Coordenador de Inclusão. A falta de um espaço real na Educação para receber os profissionais especialistas que trocariam experiência na escola, simplesmente para unir, acrescentar e trocar conhecimentos. (SILVEIRA, 2016, p. 12)

Excerto 14 – *“Eu vou sair daqui hoje com duas coisas pra pensar: a primeira é o que eu estou fazendo de diferente? A segunda é: o que está acontecendo naquele estado que não acontece aqui?”* (M. S., professora AEE, GEAPPA).

CONCLUSÃO

O TEA, hoje considerado transtorno de alta incidência, afetando um em cada 68 indivíduos nascidos, este conjunto de síndromes, com etiologias múltiplas, atinge homens em uma proporção quatro vezes maior do que em mulheres. É incurável e seu prognóstico variável. No entanto, teorias recentes ressaltam a importância das interações precoces entre o cuidador e a criança como forma de atenuar seus sintomas ou até prevenir a manifestação da síndrome (NUNES, 2010). Neste sentido, no caso específico de crianças que nascem ou apresentam deficiências desde cedo, há mais de 30 anos é reconhecida a importância de um processo educacional formal que, na literatura, vem sendo denominado de intervenção precoce ou essencial (MENDES 2010 *apud* GURALNICK, 1997 e 2001).

Por tratar-se de um fenômeno complexo, de causa ainda desconhecida e de abrangência biopsicossocial, o conhecimento sobre o TEA necessita de avanços em pesquisas e estudos sobre a origem, desenvolvimento e prognóstico das pessoas afetadas. É sabido, porém, que as manifestações do transtorno são diferentes em cada indivíduo, mas o TEA pode ser fortemente determinado pelas condições sociais vivenciadas pelas famílias. Nesse contexto, a Lei nº 12.764/2012, que instituiu a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (BRASIL, 2012) visa atender as principais reivindicações das famílias com relação ao acesso às informações de qualidade, serviços especializados e acessíveis, apoio aos cuidadores/familiares e garantia de direitos de cidadania.

Atualmente, principalmente, após a Política Nacional de Proteção dos Direitos da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, já é possível pensar em diagnóstico precoce para o TEA, pelo avanço dos estudos e validação de instrumentos para a avaliação de crianças com sinais suspeitos. Neste contexto, uma intervenção precoce visa favorecer o surgimento, na criança autista, das características do desenvolvimento típico. Quanto mais cedo a intervenção começar, menos acentuado será o desvio.

Porém, infelizmente, ainda existem muitos problemas para se fazer um diagnóstico precoce do TEA no que se refere à construção de procedimentos que devem ser utilizados por equipe multiprofissional responsável pelo diagnóstico e à construção de redes de serviço através do diálogo entre profissionais de diversas áreas. Ainda nos falta informação e instrumentalização. Há muita dificuldade na identificação e descrição de subgrupos de TEA.

Estes poderiam, sem dúvida, direcionar tratamentos e proporcionar melhores prognósticos nas diferentes propostas de atenção em saúde e educação.

Crianças cada vez menores são diagnosticadas com sinais do transtorno. Existem pesquisas que apontam a possibilidade desse diagnóstico já com 18 meses de vida, dadas as características marcantes de relacionamento afetivo e condutas sociais. Nos últimos anos, o número de diagnósticos aumentou significativamente. Esse aumento tem sido fruto do avanço científico de suas causas e dos progressos clínicos no estudo das características comportamentais e cognitivas. Em Dourados-MS, pesquisas anteriores apontaram o aumento de casos suspeitos de TEA bem como o de diagnósticos do transtorno, levantando um problema para os profissionais que trabalham com essa população: temos muitos casos de autismo no município ou temos problemas para identificá-los corretamente?

A análise dos resultados neste trabalho permite a constatação de que temos, sim, aumento do número de crianças diagnosticadas com TEA, acompanhando dados epidemiológicos de prevalência nacional e temos, também, uma dificuldade na identificação do transtorno por parte dos profissionais envolvidos. Isso porque desde a publicação da quinta edição do DSM (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) pela Associação Americana de Psiquiatria, o termo Transtorno do Espectro do Autismo – TEA tem sido utilizado, dada a enorme variabilidade em termos comportamentais (com sintomas mais ou menos graves), na cognição e nos mecanismos biológicos envolvidos.

Essa edição ampliou o conceito de autismo para um espectro específico com a presença de um grupo muito heterogêneo de sinais e sintomas, com etiologias distintas, mas que possuem como pontos comuns: déficits sociais e na comunicação e a presença de interesses restritos e comportamentos repetitivos, passando a exigir muita atenção aos diagnósticos e às observações das crianças para identificar sinais suspeitos. Conhecer esses sinais e os aspectos que regem o desenvolvimento comportamental dos indivíduos torna a identificação mais precisa e gera encaminhamentos mais adequados.

Outro fator que contribui como problema na identificação dos sinais suspeitos para o transtorno é a dificuldade em acessar instrumentos, sejam de rastreamento ou de avaliação, que auxiliem identificação destes sinais em crianças menores de dois anos de idade. Isso ocorre porque poucos instrumentos são produzidos e/ou validados para utilização no Brasil e a informação sobre eles sucumbiu à organização de serviços especializados que oferecem pacotes de avaliação e tratamento “tamanho únicos” (MENDES, 2010) aos familiares e/ou responsáveis.

Neste trabalho, conseguimos fazer uma descrição dos serviços onde acontecem os atendimentos de crianças com TEA em Dourados, porém constatamos que esses serviços, públicos e privados, até mesmo os criados para atender à população com autismo, não estão organizados em rede, ou seja, não há comunicação efetiva entre os profissionais ou instituições de diversas áreas para que o atendimento seja em uma perspectiva multiprofissional e interdisciplinar. A prática comum é a referência isolada sem a expectativa da contra referência. Essa comunicação ideal é realizada por alguns profissionais isolados que, a partir das articulações que fazem, tornam-se referência (ou não) de atendimento no município.

Em discussões realizadas em espaço de propostas coletivas, entendemos que o contexto atual do município está enfrentando problemas críticos que impedem o desenvolvimento de uma rede coesa, articulada e humanizada. Percebemos a dificuldade de comunicação entre os setores, servidores e gestores, desencadeando em um efeito cascata de problemáticas como a precarização do processo de trabalho, desestruturação das redes de cuidado, falta de comunicação entre os setores, fragilidade na assistência humanizada, entre outros. Quem recebe direta ou indiretamente as consequências dos referidos problemas, são os usuários dos sistemas, tanto educacional quanto de saúde.

Diante desse cenário, levantamos a necessidade de nos movimentarmos com a importante proposta de provocar trocas de informações e diálogos sobre uma possível organização de redes de cuidado em Dourados de modo ampliado, visando conexões entre os setores e a corresponsabilização pelas situações que chegam até os serviços. Vale ressaltar que durante as observações e entrevistas muitas das dificuldades encontradas no cotidiano dos serviços, perpassam todos (ou quase todos) os setores.

Desta forma, é possível que façamos discussões acerca das mesmas problemáticas, ainda que advindos de diferentes espaços. Para além do aspecto problematizador, sugerimos promover discussões críticas com a finalidade de levantamento de reflexão e de estratégias resolutivas para uma nova conexão ou re-conexão. A produção de material informativo como folders ou cartilhas para serem distribuídos à população, nas escolas e para os familiares de pessoas com TEA.

Algumas informações levantadas para os estudos desta pesquisa foram compiladas em uma cartilha, compreendendo dados coletados e estudos teóricos, a qual está disposta no Apêndice 7 como modelo sugestivo de material a ser divulgado e trabalhado com profissionais e familiares. Prezamos por apresentar o material da cartilha com uma linguagem acessível e adequada ao público a quem se destina para torná-la compreensível e

compartilhável. Muito embora saibamos que há várias informações e muitos estudos sobre TEA disponíveis em publicações científicas e redes sociais, a divulgação de informações sobre o transtorno e os serviços existentes específicos na cidade de Dourados se constitui como um marco histórico para o início da construção de uma rede de apoio escolar aumentando o conhecimento e os debates sobre o autismo entre familiares, comunidade e profissionais.

A utilização de espaços coletivos de debates, como o GEAPPA, e a utilização de redes colaborativas digitais para troca de informações e conhecimento entre os profissionais de diversas áreas também podem se tornar ferramentas importantes para a formação desses profissionais, para a construção de uma rede de apoio efetiva e, principalmente, para a informação e orientação às famílias de crianças com TEA na busca por encaminhamentos de sucesso. Neste contexto, considerando os resultados obtidos, sugerimos que pesquisas ulteriores fomentem investigações sobre a formação e informação de profissionais das áreas da educação e da saúde para atuação na Educação Especial, contribuindo para a construção de rede estruturada de apoio à escolarização em Dourados-MS.

REFERÊNCIAS

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**– 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

APA. **DSM-IV: Manual de diagnóstico e estatístico de Transtornos Mentais**. *American Psychiatric Association*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

APA. **DSM-IV: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais e de comportamento: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

ASSUMPÇÃO JR.,F.B.; KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil: novas tendências e perspectivas**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

ASSUMPÇÃO JR.,F.B.; KUCZYNSKI, E. **Autismo infantil: novas tendências e perspectivas**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2015.

BACKES, B., ZANON, R. B. & BOSA, C. A. **A relação entre regressão da linguagem e desenvolvimento sociocomunicativo de crianças com transtorno do espectro do autismo**. *CoDAS*, 25(3),268-273. DOI: 10.1590/S2317-17822013000300013, 2013.

BAGAILOLO, L., GIOIA, P. S., GUILHARDI, C. & ROMANO, C. Risco autístico em bebês: possibilidades de avaliação comportamental. In: Candido V. B. B. Pessoa, Carlos Eduardo Costa & Marcelo Frota Benvenuti (Orgs.), **Comportamento em Foco**, v1, 267-282, 2011.

BARANEK, G. T. *Autism during infancy: a retrospective video analysis of sensory-motor and social behaviors at 9-12 months of age*. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 29, n. 3, p. 213-224, 1999.

BELINI, A. E. G.; FERNANDES, F. D. M. Olhar de bebês em desenvolvimento típico: correlações longitudinais encontradas. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v. 12, n 3, p. 165-173, 2007.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Porto: Porto Editora, 1994

BOSA, C. CALLIAS, M. Autismo: breve revisão de diferentes abordagens. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 13, n.1, p.167-177, 2000. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-9722000000100017&script=sci_abstract&lng=p
Acesso em: 14 jun 2017.

BRASIL. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. _Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

BRASIL. **Decreto 914 de 6 de setembro de 1993**. Institui a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, 1993.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012a. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso em: 13 set 2017.

_____. **Lei nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012b**. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro Autista. Presidência da República, Casa Civil. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> . Acesso em: 25 set. 2017.

_____. **CNE/ CEB nº 2/2001** Institui Diretrizes Nacionais Para a Educação Especial na Educação Básica. Brasília, 2001.

_____. **Decreto 3.956 de 8 de outubro de 2001**. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasília, 2001.

_____. **Lei 12.435 de 6 de julho de 2011**. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Justiça. **Declaração de Salamanca e Linhas de Ações sobre Necessidades Educacionais Especiais**. Brasília: CORDE, 1994

_____. Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Ibge: 2015**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=500370&idtema=156&search=ma-to-grosso-do-sul|dourados|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2015>. Acesso em 24 mar. 2016.

_____. **Lei Nº 12.764, de 27 de dezembro de 2012**. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista. Presidência da República .Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA)**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver Sem Limite. 2011. Disponível em: . Acesso em: 24 set 2017.

_____. Ministério da Educação. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva.** Secretaria de Educação Especial. Brasília: MEC/SEEPS, 2008a. 106p.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** cidades. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33) gl

_____. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva,** 2008.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. 2009. Disponível em: . Acesso em: 24 set 2017.

_____. UNESCO. **Declaração Mundial sobre Educação para todos:** plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem. Jomtiem/Tailândia, 1990. Brasília: Unesco, 1998.

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM – IV- TR.** 4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

CAETANO, N. M. O. **Avaliação de um Programa de Formação Continuada em Serviço para Professores na Área de Inclusão e Autismo.** Faculdade de Educação, Universidade Federal da Grande Dourados/ MS, 2012.

CAMPBELL, D. T.;STANLEY, J. C. **Experimental ande quase-experiment AL designs for research.** Houghton Mifflin Company: 1963.

CDC. **Center for Diseases Control ande Prevention.** National Center in Atlanta, 2016. Disponível em: <http://portugues.cdc.gov/symptoms/index.html> Acesso em: 4 out 2017.

CHAKRABARITI, S. **Early identification of Autism.** Indian Pediatrics, 46(17), p. 412-414, 2009.

CHARMAN, T. BAIRD, L. Revisão do praticante: Diagnóstico do transtorno do espectro do autismo em crianças de 2 e 3 anos de idade. **Child Psychol Psychiatry.** V. 43 (3), 2002.

É **otópico** acima qu está disponível??Disponível em: <https://www.unl.edu.ar/iberoextension/dvd/archivos/posters/mesa3/resumen/profissionais-academicos-e-f.pdf> Acesso em: 25 abr 2018. **Não é utópico??**

ESSE É ARTIGO DA REVISTA DESTACADA

DOURADOS (MS). Lei 3.904, de 23 de junho de 2015. Aprova o Plano Municipal de Educação do Município de Dourados do Estado do Mato Grosso do Sul, e dá outras providências. **Diário Oficial,** Dourados/MS, 2015.

DUMONT-MATHIEU, T., & FEIN D. *Screening for autism in young children: the Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-Chat) and other measures. Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, v. 11, n. 3, p. 253-262, 2005.

FOMBONNE, E. LASKA, E. LIM, E.C. KIM, Y.S. CHEON, K.A. LEE, H. Prevalência de transtornos do espectro do autismo em uma amostra populacional total. **J. Psiquiatria**, v. 168, n. 9, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21558103> Acesso em: 12 jan. 2018.

FOMBONNE, E. PAULA, C.S. RIBEIRO, S.H. MERCADANTE, M.T. *Brief report: prevalence of pervasive developmental disorder in Brazil: a pilot study. J Autism Dev Disord.* v.41, n. 12, 2011.

FONTANA, S. F. da C. **Percepção de Professores sobre o Transtorno do Espectro Autístico:** Levantamento e Caracterização de Escolares de Berçário ao 2º Ano do Ensino Fundamental. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Dourados, MS: UFGD, 2013.

GIARDINETTO, A. R. S. B.; LOURENÇO, A. C.; CAPELLINI, V. L. M. F. **O professor da Educação Especial e o processo de ensino-aprendizagem de alunos com autismo.** Revista Educação Especial, Santa Maria, p. 385-400, jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/educacaoespecial/article/view/5833>>. Acesso em: 10 novembro de 2016.

GURALNICK, M. J. *The early intervention system and out-of-home child care.* In: Cryer D, Harms T, Eds. **Infantis and Toddlers in Out-of-home Care.** Baltimore: Paul Brookes, 2001.

KANNER, L. *Autistic disturbances of affective contact. The Nervous Child*, [S.l.], v. 2, p. 217-250, 1943.

KANNER, L. *Early infantile autism, 1943-1955. Am J Orthopsychiat*; 1956.

KLIN, A. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Revista Brasileira de Psiquiatria:** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 22-34, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462006000500002&lng=en&nrm=iso> Acesso em 13 de junho de 2017.

LAKATOS, E. M. MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica.** 5. ed. , São Paulo : Atlas 2003.

LOSAPIO, M. F. PONDE, M. P. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. do Sul** [online]. vol.30, n.3, pp.221-229, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-81082008000400011&script=sci_abstract&lng=pt Acesso em: 15 dez 2017.

MACHADO, G. **Caracterização das práticas do atendimento educacional especializado na educação infantil de Dourados/MS.** Dourados: UFGD, 2017. 111f.

MARQUES, D. F. BOSA, C. A. **Protocolo de Avaliação de Crianças com Autismo: Evidências de Validade de Critério.** Psicologia: Teoria e Pesquisa Jan-Mar 2015, Vol. 31 n. 1, pp. 43-51 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015011085043051> Acesso em 13 jun 2017

MARTELETO, M.R.F, PREDOMÔNICO, M.R.M. Validity of Autism Behavior Checklist (ABC): preliminary study. **Rev Bras Psiquiatr.** . v27, n. 4: 295-301. 2005

MATSON, J.L. RIESKE, R.D. TURECK, K. *Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: review of available instruments.* **Research in Autism Spectrum Disorders.** v. 5, n.4: 1319–1326, 2011. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1362361314541012> Acesso em: 20 jan 2017.

MENDES, E. G. **Inclusão marco zero: começando pelas/creches.** Araraquara: Junqueira & Marin, 2010.

MENDES, E. G. **Observatório Nacional de Educação Especial: estudo em rede nacional sobre as salas de recursos multifuncionais nas escolas comuns.** Projeto de Pesquisa – Observatório Revista Saúde Pública da Educação, edital Nº 38/2010 CAPES/INEP. Brasília, 2010.

MERCADANTE, M. T. VAN DER GAAG, R. J. SCHWARTZMAN, J. S. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. **Rev. Bras. Psiquiatria.** [online]. v.28, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462006000500003&script=sci_abstract&tlng=pt Acesso em: 16 dez 2017.

NUNES, D. R. de P. **Contexto de intervenção para crianças com autismo: rotinas interativas.** In: MENDES, E. G & ALMEIDA, M. A.(org.) Das margens ao centro: perspectivas para as políticas e práticas educacionais no contexto da educação especial inclusiva. Araraquara, SP: Junqueira & Marin, 2010, p. 371-378.

OLIVEIRA, A. P. ; MARTINS, M. F. A. ; SILVA, D. A. **A parceria escola: família e a educação da criança autista na perspectiva da educação inclusiva.** In: *1º Encontro de Ensino de Graduação, 3º Encontro de Pós-Graduação, 4º Encontro de Iniciação Científica e 4º Encontro de Extensão da UFGD.* Dourados-MS. Editora UFGD, 2010.

OLIVEIRA, A. P. MARTINS, M. F. A. WOLFART, J. E. N. **Profissionais, Acadêmicos e Família – um grupo de empoderamento e estudo sobre o autismo.** UFGD: 2013.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10ª revisão.** São Paulo: EDUSP, v 1, 1998.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C.: OPAS, 2005.

OSGOOD, D.W. SMITH, G.L. **Applying hierarchical linear modelling to extended longitudinal evaluations: the Boys Town Follow Up study.** *Evaluation Review*, 19,1, 3- 58, 1995.

OZONOFF, S., IOSIF A. M., BAGUIO, F., COOK I. C., HILL M. M., HUTMAN, T., YOUNG, G. S. *A prospective study of the emergence of early behavioral signs of autism. Journal of the Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, v.49, n.3, p. 256–66, 2010.

PASIAN S.; MENDES E. G.; CIA F.; **Salas de Recurso Multifuncional**: Revisão de artigos científicos. *Revista Eletrônica de Educação*, v.8, n.3, p.213-225. 2014.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação** [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PEREIRA, A. RIESGO, R. S. WAGNER, M. B. Autismo infantil: tradução e validação da *Childhood Autism Rating Scale* para uso no Brasil. **Jornal de Pediatria**, vol. 84, Nº 6, 2008.

PIETROBOM, F. O. **Avaliação e encaminhamento de crianças com deficiência para o atendimento educacional especializado na rede municipal de Dourados/MS**. Faculdade de Educação, Universidade Federal da Grande Dourados/ MS, 2016.

PLANO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. **Lei Nº 3904 de 25 de junho de 2015**. Dourados, Mato Grosso do Sul. MG.

PLETSCH, M. D. **A formação de professores para a educação inclusiva**: legislação, diretrizes políticas e resultados de pesquisas. *Educar*, Editora UFPR: Curitiba, n. 33, p. 143-156, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-0602009000100010&lng=en&nrm=iso> Acesso em 03 de outubro de 2016

RITVO, E. R. **Autism: Diagnosis, current research and management**. New York: Spectrum, 1976.

SAMPAIO, M. MIURA, R. K. K. Concepções de professores sobre pessoas com espectro do autismo. **Revista Saúde**, v.2, n2, 2015. Disponível em: <http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/dialogoseperspectivas/article/view/5762/3943> Acesso em: 27 jan 2017.

SANTOS, L. ANDRADE, L. O. M. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n.3, 2011.

SCHMITZ, A. O. **Desenvolvimento de estratégias pedagógicas a partir da CARS Childhood Autism Rating Scale** - versão em português, na inclusão escolar de crianças com TEA. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Dourados, MS: UFGD, 2015. 75f.

SCHWARTZMAN, J. S. **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon; 2003.

SCHWARTZMAN, J.S, Araujo CA (ed.) **Transtornos do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon; 2011

SEIZE, M. M.; BORSA, J. C. Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: Revisão sistemática. **Psico – USF**, v. 22, n. 1, 2017.

SEMENSATO, M. R.; BOSA, C. A. O script de apego compartilhado do casal. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 65, p. 138-151, 2013.

SIKLOS, S.; KERNS, K. *Assessing the diagnostic experiences of a small sample of parents of children with autism spectrum disorders*. **Research in Developmental Disabilities**, v 28, p. 9-22, 2007. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0891422205000946> Acesso em 21 de jun 2017.

SILVA, M.; MULICK, J. A.. **Diagnosticando o transtorno autista:** aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicol. cienc. prof.* Brasília , v. 29, n. 1, mar. 2009 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000100010&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 jul. 2014.

SILVA, N.E.K.; OLIVEIRA, L.A.; FIGUEIREDO, W.S. *Limitations of multiprofessional work: a case study of STD/AIDS*. **Reference Centers.**, Aug. 2002, vol.36, no.4, suppl, p.108-116.

SPITZER, R. L; GIBBON M.; SKODOL, A. E; WILLIAMS, J. B.W. ; FIRST, M. B. trad. Dayse Batista. **DSM-IV: Casos Clínicos:** complemento didático para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais,— 4 ed. — Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

TAMANAH, A.C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B.M.A. Uma breve revisão histórica sobre a construção dos conceitos do Autismo Infantil e da síndrome de Asperger **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia-** São Paulo v. 13 n.3, p. 296-309, 2008.

VIRUÉS-ORTEGA, J. **Intervenção analítica comportamental aplicada para autismo na primeira infância:** metanálise, meta-regressão e metanálise dose-resposta de múltiplos desfechos. **Clin Psychol Rev.** v.30, n.4, 2010.

WILLIAMS, L. C. A.; AIELLO, A. L. R. **O Inventário Portage operacionalizado: intervenção com famílias** São Paulo: Memnon. 2001

ZANON, R. B.; BACKES, B.; BOSA, C. A. **Identificação dos primeiros sintomas do autismo pelos pais.** *Psicologia Teoria e Pesquisa*, Brasília , v. 30, n. 1, p. 25-33, Mar. 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722014000100004&lng=en&nrm=iso Acesso em 21 jun 2017.

APÊNDICES

**APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIO ELABORADO PARA PREENCHIMENTO DOS AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO TERRITÓRIO DO NASF 3**

Mapeamento do território – Linha de cuidado às deficiências

1 - A qual equipe pertence? _____

2 - Qual sua microárea? _____

3 - Quantas famílias cadastradas? _____

4 - Quantas crianças menores de 02 anos acompanhadas na puericultura? _____

5 - Existem crianças com deficiência?

Sim () Não () Quantas? _____ Qual deficiência? _____

**APÊNDICE 2: QUESTIONÁRIO APLICADO À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL
DE SAÚDE PÚBLICA ATUANTE NA SAÚDE DA FAMÍLIA - ATENÇÃO
BÁSICA/DOURADOS-MS**

Nome:_____ **Profissão:**_____

1- Há quanto tempo atua na saúde pública? Qual a área e o setor?

2- Como profissional, qual a sua relação com a Linha de Cuidado materno-infantil?

3- Neste tempo de atuação, já esteve em contato ou soube de alguma criança sob investigação/avaliação com suspeita de Autismo/TEA?

4- Você já ouviu falar ou tem conhecimento sobre TEA?

5- Qual o seu entendimento sobre a Avaliação Diagnóstica de crianças com TEA?

6- Conhece os fluxos de encaminhamentos e os serviços que atendem essa população na rede de saúde pública? Pode descrevê-los?

7- O que seria essencial conhecer/saber?

8- Qual o meio de informação que costuma acessar mais?

Data: _____

APÊNDICE 3 QUESTIONÁRIO APLICADO AOS PARTICIPANTES DO GRUPO DE ESTUDOS E APOIO A PAIS E PROFISSIONAIS DE AUTISTAS – GEAPPA

Data:_____ **Identificação:**_____

1- Há quanto tempo participa do GEAPPA?

2- Como soube do grupo e por qual motivo começou a frequentá-lo?

3- Considerando o perfil dos participantes, as discussões realizadas no grupo contribuem para sua formação pessoal ou profissional? Por quê?

4- Sobre a Identificação e Avaliação Diagnóstica de crianças com TEA, qual o seu entendimento/conhecimento? O que seria essencial conhecer/saber?

- 5- **Sobre a inclusão escolar de crianças com TEA, qual o seu entendimento? O que seria essencial conhecer/saber?**
- 6- **Conhece os caminhos e os serviços disponíveis às crianças/pessoas com TEA na rede de apoio em saúde, pública ou privada, em Dourados-MS?**
- 7- **Qual sua opinião sobre o diálogo entre as áreas da Educação e Saúde na Educação Especial?**
- 8- **Como avalia o local, o formato, a dinâmica do grupo e os temas discutidos nos encontros? Faria alguma sugestão para mudança ou implementação?**

APÊNDICE 4: REGISTRO DE DADOS EM DIÁRIO DE CAMPO

Data:

Local:

Tema/Assunto abordado:

N. de participantes:

N. do encontro:

Dúvidas e/ou Orientações:

Categoria – Avaliação e Diagnóstico: Instrumentos, olhares e encaminhamentos	
Sub-categoria:	Sub-categoria:

APÊNDICE 5: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento, o (a) Sr.(a) _____, portador (a) da cédula de identidade _____, após a leitura minuciosa deste documento, devidamente explicado pela pesquisadora, ciente da coleta de dados e não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma que sua participação é com CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO com relação à pesquisa: “INSTRUMENTALIZAÇÃO EM UM GRUPO DE APOIO PARA AVALIAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DE SINAIS DE RISCO DE AUTISMO EM CRIANÇAS: PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE”.

O objetivo desta pesquisa é o de descrever o conhecimento dos profissionais da saúde da família sobre as características de crianças com TEA e instrumentalizar estes profissionais a respeito deste tema, a fim de possibilitar o rastreamento e a identificação precoce (06 a 24 meses) destas crianças com possíveis sinais de risco para o autismo, contribuindo com o encaminhamento qualificado a serviços especializados e o diagnóstico precoce para, deste modo, obter um melhor prognóstico para o desenvolvimento pleno destas crianças.

O (a) participante está ciente da editoração e demonstração dos registros com fins de publicação científica. Está ciente, ainda, do sigilo dos dados e a ética no que se refere a qualquer informação que permita a identificação do mesmo, que não terá ônus referente à participação na mesma e também de que sua participação é voluntária e assim poderá desistir a qualquer momento sem explicar os motivos.

Por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Dourados, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) participante

Assinatura da pesquisadora

Orientadora: Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins

Telefone: 3410-2001 e-mail: morganamartins@ufgd.edu.br

Pesquisadora Responsável: Fabiana Lopes Coelho Garcia e-mail: falcofit@gmail.com

Endereço: Rua Izaat Bussuan, 2910 – Vila Planalto. CEP: 79.826-100

Telefone para contato: (67) 99948-3831.

APÊNDICE 6: OFÍCIO COM PEDIDO DE CESSÃO DE SALA

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
Faculdade de Educação – FAED

Dourados, 15 de junho de 2017.

De: Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins

Professora de Licenciatura em Pedagogia – FAED

Para:

Ir. Maria Aparecida Betoni – Diretora da Escola Franciscana Imaculada Conceição

Assunto: Disponibilidade de sala para reunião do GEAPPA – Grupo de Estudos e Apoio a Profissionais e Pais de Autistas.

Prezada Diretora,

Solicito a cessão de uma sala para realização de reuniões do GEAPPA (Grupo de Estudos e Apoio a Profissionais e Pais de Autistas) com profissionais e pais de crianças autistas da cidade de Dourados. Informo que o grupo existe desde 2009 e já auxiliou mais de 300 pessoas entre familiares e profissionais que atendem a essas crianças. As reuniões ocorrem quinzenalmente, geralmente às quartas-feiras (mas esta data poderá ser redefinida pela maioria dos participantes) das 17:30h às 20h. Após a primeira reunião, será elaborado um cronograma das próximas reuniões.

Agradeço a disponibilidade e reitero o convite para sua participação e dos demais membros da escola.

Respeitosamente,

Morgana de Fátima Agostini Martins

SIAPE 1620398

Coordenadora do GEAPPA



APÊNDICE 7: CARTILHA INFORMATIVA SOBRE O FLUXO DE ATENDIMENTOS E OS CAMINHOS POSSÍVEIS PARA O TEA EM DOURADOS-MS



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

Universidade Federal da Grande Dourados

Faculdade de Educação



Transtorno do Espectro do Autismo – TEA: possibilidades para o atendimento em Dourados/MS

Dourados – MS

2018

Apresentação

Esta cartilha é produto de uma pesquisa de mestrado junto ao Programa de Pós-Graduação de Educação – PPGEdu/FAED/UFGD e foi concebida a partir dos estudos e discussões fomentados no Grupo de Estudos e apoio a pais e profissionais de autistas - GEAPPA, da mesma instituição, com o intuito de informar famílias e profissionais da comunidade sobre o Transtorno do Espectro do Autismo – TEA. Busca apresentar e orientar sobre os fluxos de encaminhamento e serviços existentes para esta população na cidade de Dourados/MS.

As informações para a elaboração deste material são resultado da dissertação na Linha de Pesquisa Educação e Diversidade sob a orientação da Professora Doutora Morgana de Fátima Agostini Martins, intitulada **“Identificação e encaminhamento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo em Dourados: fluxos e serviços de apoio à escolarização”**.

Os dados foram coletados pela pesquisadora Fabiana Lopes Coelho Garcia junto a familiares e profissionais da educação e da saúde no grupo de apoio e estudos sobre TEA bem como em equipe multiprofissional da saúde pública.

Nosso intuito é informar, orientar e apoiar a todas as pessoas que convivem ou trabalham com crianças e adolescentes com autismo. Portanto, esperamos que o conteúdo desta cartilha desempenhe papel norteador para os “olhares”, para a tomada de decisões e para a descoberta de caminhos a serem trilhados pela pessoa com TEA. Esperamos, ainda, que este material seja um instrumento de conscientização da comunidade sobre as características e as diferenças complexas dessa condição, contribuindo diretamente para a melhora de seu prognóstico e, conseqüentemente, melhora da sua qualidade de vida e seu convívio na sociedade.

Fabiana Lopes Coelho Garcia

Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins

Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial
O que é o Autismo?

O Autismo é um transtorno do desenvolvimento caracterizado por anormalidades qualitativamente graves, invasivas e abrangentes do desenvolvimento infantil típico. Essas anormalidades são expressas por comprometimentos que se manifestam em três áreas do desenvolvimento:

- Interação social recíproca;
 - Linguagem e comunicação;
 - Presença ou repertório de comportamentos e interesses restritos, repetitivos e estereotipados.
- A primeira descrição da síndrome do autismo infantil foi feita em 1943, pelo psiquiatra Leo Kanner que, estudando o caso de 11 crianças, observou a presença de características em comum destacando a dificuldade de se relacionar de forma normal com pessoas e objetos e um extremo isolamento social.

O termo foi modificado ao longo do tempo e, após, a sua descrição inicial, passou a ser agrupado em um grupo de condições similares, que passaram a ser denominadas de Transtornos Globais (ou Invasivos) do Desenvolvimento (TGD) e esta denominação está presente até hoje no Código Internacional de Doenças (CID-10). Com a publicação do quinto Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V) em 2014, o novo termo utilizado passa a ser Transtorno do Espectro do Autismo – TEA.

O TEA é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica. Embora as causas específicas ainda não tenham sido identificadas, estudos sugerem a presença de alguns fatores genéticos, com uma herdabilidade estimada em 90%, e neurobiológicos (anomalia anatômica ou fisiológica do Sistema Nervoso Central; problemas constitucionais ou de funcionamento do sistema que nascem com a criança).

O quadro clínico manifesta-se antes dos três anos de idade, com predomínio maior em indivíduos do sexo masculino (a cada 4 casos de autismo do sexo masculino, há 1 caso do sexo feminino) com prevalência estimada em um diagnóstico de TEA a cada 68 nascimentos (*Centers for Disease Control and Prevention, 2016*), confirmando que o autismo tem se tornado um dos transtornos do desenvolvimento mais comuns.

O Autismo não tem cura, embora muitos estudos avancem nesta direção. Porém, muitos desses padrões de comportamento podem ser inibidos ou estimulados por meio de uma série de intervenções terapêuticas e medicamentosas.

A rotina de uma criança com TEA, independentemente do seu grau comprometimento, pode ser dirigida por terapias e atividades que vão promover habilidades, com foco nas áreas sociais, comunicativas e adaptativas.

É muito importante saber que, quanto mais cedo ocorrer a identificação e o diagnóstico, maiores serão os benefícios com os tratamentos e a inclusão escolar para essa criança.

Sinais e sintomas

- As dificuldades na interação social podem se manifestar como isolamento ou comportamento social impróprio; pobre contato visual; dificuldade em participar de atividades em grupo; aparente indiferença afetiva ou demonstração inapropriada de afeto; falta de empatia social ou emocional, restrição ou recusa em participar de ambientes com outras crianças, etc.

- As dificuldades de comunicação podem ocorrer em graus variados. Algumas crianças não desenvolvem habilidades de fala; outras têm uma linguagem imatura caracterizada por jargão, ecolalia (repetição do mesmo som ou de palavras), reversões de pronome, entonação monótona, etc. As crianças que mantêm capacidade expressiva adequada podem não ser capazes de iniciar ou continuar uma conversa de maneira apropriada.

- Os padrões repetitivos e estereotipados de comportamentos, característicos do autismo, incluem a resistência a mudanças de lugares, pessoas e objetos; a insistência em determinadas rotinas, o apego excessivo a objetos e o fascínio como o movimento de peças e engrenagens que giram (tais como rodas ou hélices). Estereotipias motoras e verbais tais como balançar-se, bater palmas repetitivamente, andar em círculos ou a repetição de determinadas palavras, frases ou canções são também manifestações frequentes nessa condição.

- A regressão, em algumas crianças, pode apresentar perda de habilidades anteriormente adquiridas, geralmente a habilidade da fala. Quando isto acontece, chamamos de regressão.

Caminhos para Avaliação

O autismo é uma síndrome comportamental e sua avaliação diagnóstica está baseada nos critérios estabelecidos pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), sugerindo uma equipe multiprofissional para avaliá-lo. Podem fazer parte desta equipe: Psiquiatra, Fonoaudiólogo, Neurologista, Psicopedagogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta e Nutricionista.

Durante a avaliação realizada junto à família e à criança é necessária a investigação da história clínica do paciente em ambiente familiar, social e escolar; informar-se sobre antecedentes familiares, presença de outras doenças ou condições associadas, utilização de medicamentos controlados; observar exames de imagens anteriores e estar em contato com a escola da criança para obter informações sobre seu desempenho escolar.

A avaliação de crianças pré-escolares ainda é um desafio devido à escassez de instrumentos avaliativos padronizados e validados para utilização no Brasil. Contudo, a identificação e avaliação precoce dessas crianças, com idade de 0 a 36 meses, podem ser realizadas por meio de escalas que avaliem os marcos do desenvolvimento infantil típico e escalas específicas que já estão em uso validadas na população brasileira.

PRINCIPAIS INSTRUMENTOS UTILIZADOS PARA O RASTREAMENTO DO TEA

(Nacionais e Internacionais validados no Brasil)

ADI-R - *Autism Diagnostic Interview-Revised* - Rutter, Le Couteur, & Lord (2003); traduzido e validado no Brasil por Becker 2009.

CARS - Schopler, Reichler, & Renner, 1988; traduzido e validado por Pereira, Riesgo e Wagner (2008);

IRDI – Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil – desenvolvido no Brasil por Kupfer et al (2009); Lerner (2011).

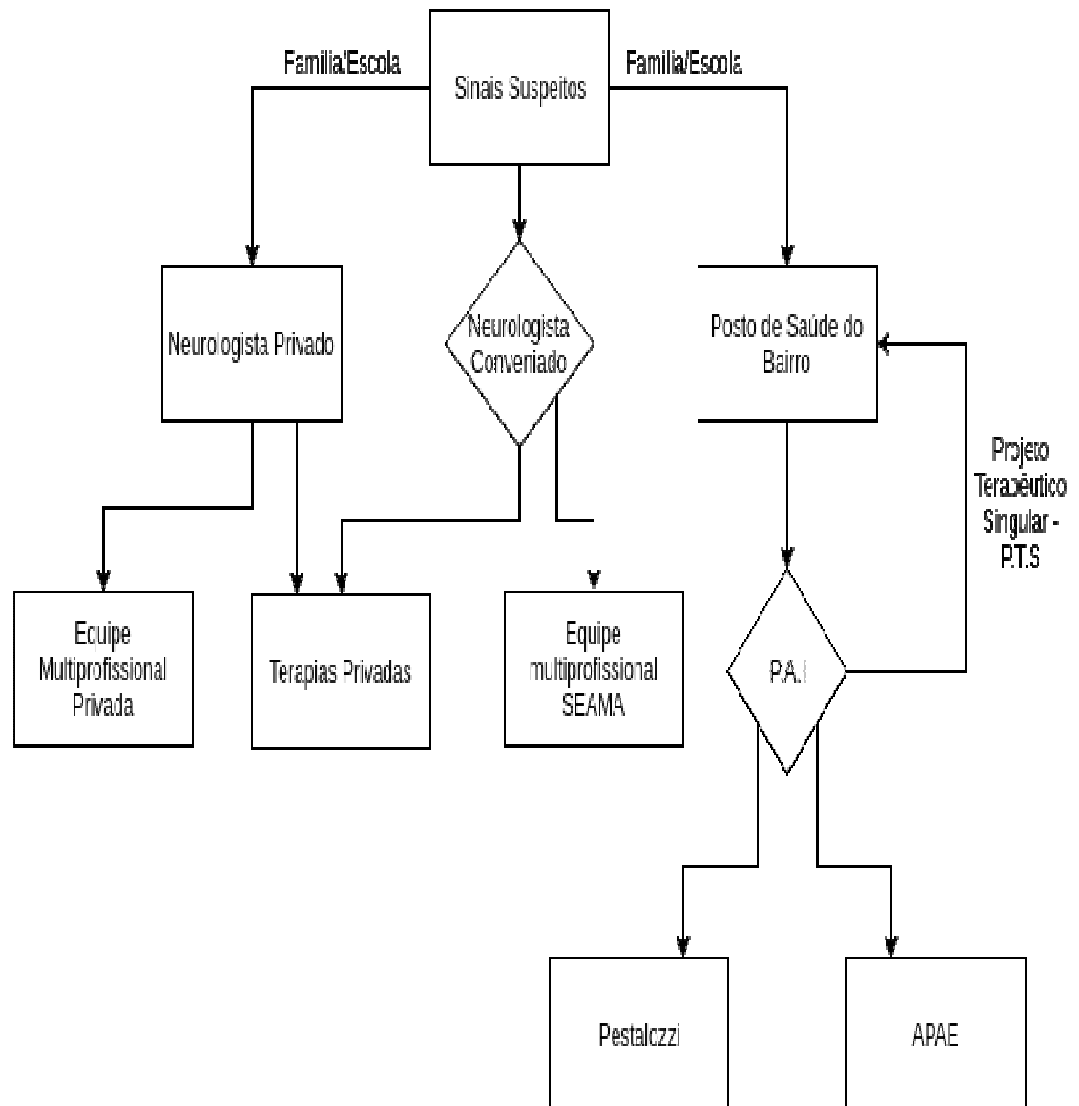
M-CHAT – *Modified Checklist for Autism in Toddlers* - Barton & Green, 2001; traduzido e validado por Losapio e Pondé (2008) e Castro-Souza (2011).

FLUXOGRAMA DE ENCAMINHAMENTOS EM DOURADOS/MS

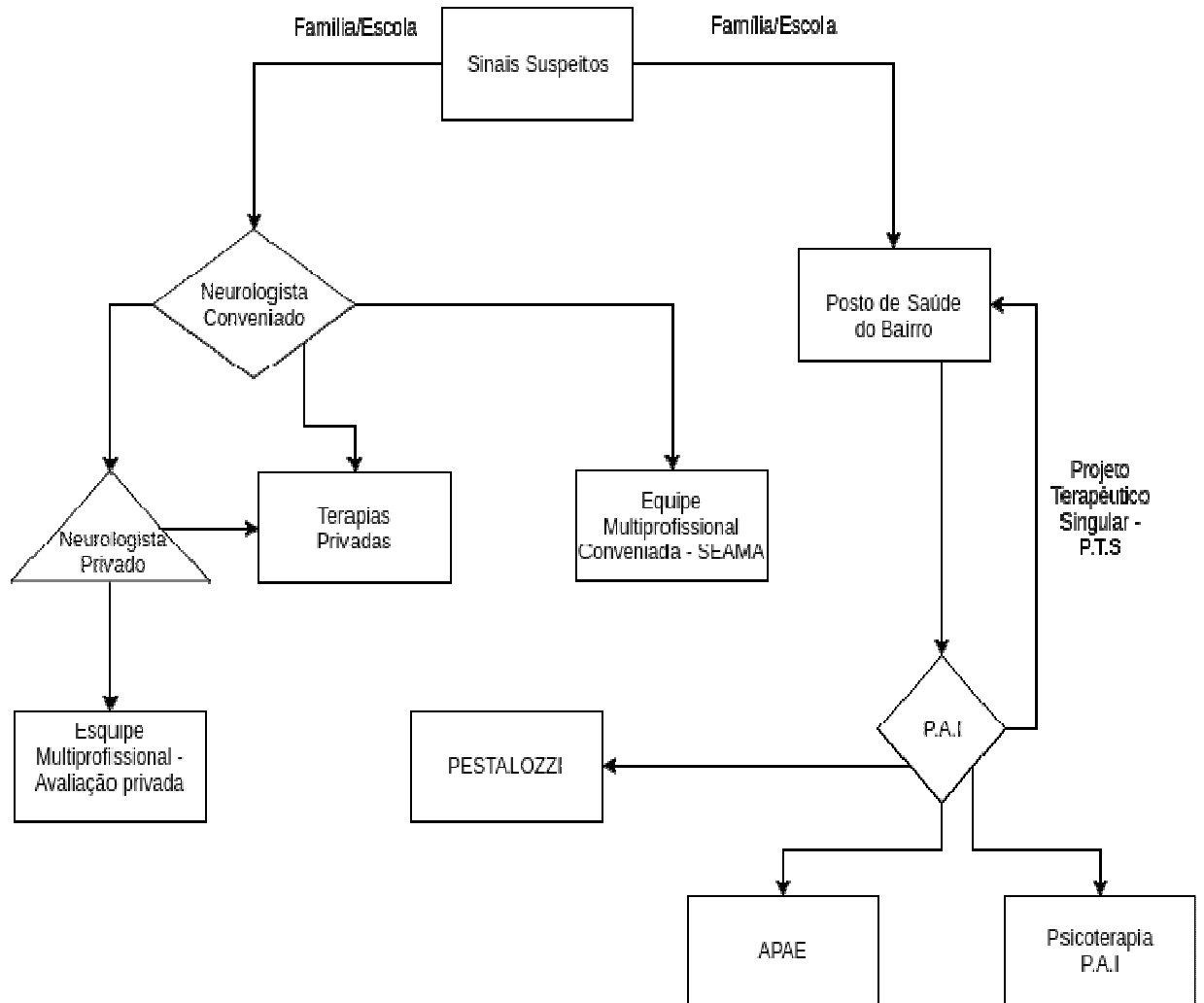
Aqui apresentamos os caminhos que podem ser percorridos pelas famílias para iniciar a avaliação da criança e ter acesso aos atendimentos nos serviços que compõem o apoio em saúde.

Os fluxos aqui apresentados foram elaborados a partir das contribuições feitas por profissionais das áreas da educação e da saúde, familiares e equipe multiprofissional das redes pública e privada de Dourados – MS.

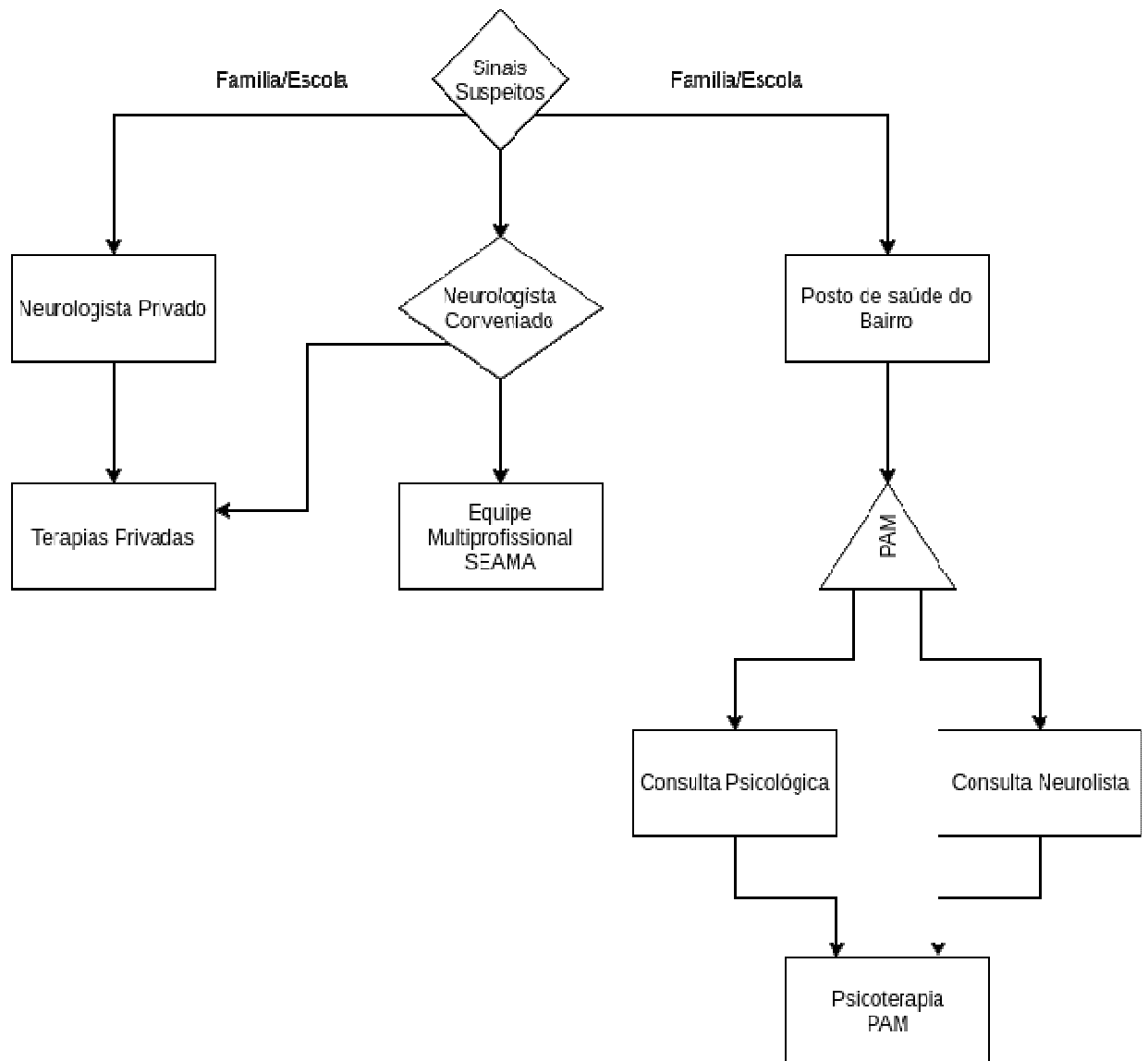
Crianças até 3 Anos



Crianças de 03 a 12 Anos



Adolescentes acima de 12 anos



**LISTA DE SERVIÇOS E INSTITUIÇÕES QUE ATENDEM E/OU APOIAM
PESSOAS COM TEA EM DOURADOS**

AAGD- Associação de Pais e Amigos dos Autistas da Grande Dourados

Endereço: Rua Eisei Fujinaka, 705. Altos do Indaiá.

CEP – 79.823-500

Contatos

Telefone: 67 3426-8147

aagd.autismo@hotmail.com

Facebook ou Messenger: @autismo.aagd.3

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

Endereço: Rua General Osório, 3625. Jardim Itaipu.

CEP – 79.824-060

Contatos

Telefone: 67 3421-4972

dourados.apaems.org.br

dourados.ms@apaebrasil.org.br

GEAPPA- Grupo de Estudos e Apoio a Pais e Profissionais de Autistas

Local de reuniões: Escola Franciscana Imaculada Conceição – EIC

Endereço: Rua Firmino Vieira de Matos, 1509.

CEP – 79.825-050

Contatos

Telefones: 67 3421-4741/ 67 999483831

morganamartins@ufgd.edu.br

falcofit@gmail.com

Facebook ou Messenger: @geappaTEA

PAI – Policlínica de Atendimento Infantil

Endereço: Rua Frei Antônio, 1651. Conjunto Habitacional Terra Roxa.

CEP: 79.840-610

Contatos

Telefone: 67 3411-9605

pai.sems@dourados.ms.gov.br

PESTALOZZI – Sociedade Pestalozzi Dourados/ Escola Especializada Arco Íris

Endereço: Rua Dom João VI, 905. Vila Industrial.

CEP – 79.840-100

Contatos

Telefone: 67 3424-1851

associacaopestalozzi@hotmail.com

pestalozziddos.blogspot.com

Facebook ou Messenger: @pestalozzidourados

**SEAMA – Serviço Especializado de Atenção Multiprofissional ao Autista
UNIMED/DOURADOS**

Endereço: Rua Izaat Bussuan, 520

CEP: 79.800-000

Contatos

Telefone: 67 3421-3123

seama@unimeddourados.com.br

SEMED – Secretaria Municipal de Educação

Endereço: Rua Coronel Ponciano, 1700. Parque dos Jequitibás – CEP: 79830-220

Contatos

Telefone: (67) 3411-7122

@prefeituradedourados

semed@dourados.ms.gov.br

SEMS – Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua Coronel Ponciano, 900. Parque dos Jequitibás

CEP: 79839-900

Contatos

Telefone: (67) 3410.5500

sems@dourados.ms.gov.br

@prefeituradedourados

Grupos de Estudos e apoio educacional

GEPES – Grupo de Estudos e Pesquisas em Educação Especial

Endereço: Rodovia Dourados – Itahum, km 12. Cidade Universitária, Cx. Postal 364.

CEP: 79.804-970 – UFGD/Unidade II

Contatos

Telefone: 67 3410 2001

morganamartins@ufgd.edu.br

LADIES – Laboratório de Desenvolvimento Infantil e Educação Especial

Endereço: Rodovia Dourados – Itahum, km 12. Cidade Universitária, Cx. Postal 364.

CEP: 79.804-970 – UFGD/Unidade II

Contatos

Telefone: 67 3410 2001

morganamartins@ufgd.edu.br

Indicação de leitura para familiares

Direitos das Pessoas com Autismo – cartilha. Governo do Estado de São Paulo, 2011. Disponível em: <http://www.revistaautismo.com.br/CartilhaDireitos.pdf>

Diretrizes de Atenção à Reabilitação da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo (TEA) – cartilha. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_reabilitacao_pessoa_autismo.pdf

Política Nacional de Proteção aos Direitos da Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo – TEA: Lei 12.764 de 27 de dezembro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2012/lei/112764.htm

Indicação de leitura para profissionais das áreas de educação e saúde

Austismo – Guia Prático. Ana Maria S. R. de Mello

Autismo e Educação – Claudio Roberto Baptista e Cleonice Bosa

Os Enfoques Cognitivista e Desenvolvementista no Autismo: Uma Análise Preliminar – Carolina Lampreia

Indicação de sites

www.autismo.org.br

autismo.institutopensi.org.br

www.ama.org.br

www.portaleducação.com.br

Referências

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**– 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APA - American Psychiatric Association. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM IV TR**. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SCHWARTZAMAN, J. S. **Autismo infantil**. São Paulo: Memnon; 2003.

SCHAWARTZAMAN, J. S, ARAUJO, C. A. (ed.) **Transtornos do espectro do autismo**. São Paulo: Memnon, 2011.

ASSUMPÇÃO JUNIOR, F.B. KUCZYNSKI, E. **Autismo Infantil: novas tendências e perspectivas**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

ORGANIZAÇÃO

Coordenadora – Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins FAED/UFGD

Mestranda – Fabiana Lopes Coelho Garcia – Mestrado em Educação/FAED

Design Gráfico – Karine Sakae Yamanari de Melo

Contato – geappaufgd@gmail.com

ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE PROJETO ENTREGUE AO CEPET**TÍTULO**

- **INFORMAÇÕES INICIAIS**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE DOURADOS**SECRETÁRIO(A):****COORDENAÇÃO NASF:****RESPONSÁVEIS PELO PROJETO:****ELABORAÇÃO:.****DATA DE ELABORAÇÃO:****DATA DE REALIZAÇÃO:****PÚBLICO-ALVO:****INFORMAÇÕES TÉCNICAS**

- **Justificativa do Projeto**

MÉTODOS DE TRABALHO

- **Objetivos do Projeto**
 - **Objetivo Geral**

- **Objetivos Específicos**
- **Metodologia do Projeto:**

CRONOGRAMA DO PROJETO

	ANO 2016											
Elaboração do projeto												
Apresentação à coordenação												
Envio ao CEPET												
Aprovação do CEPET												
Realização da capacitação												
Entrega dos certificados												

- **Equipe básica do projeto**

RESPONSÁVEL DO PROJETO	C.H.	UNIDADE/ÁREA
COORDENADOR DO DESENVOLVIMENTO DO PROJETO		UNIDADE/ÁREA

EQUIPE DO PROJETO		UNIDADE/ÁREA

- REFERÊNCIAS**

Apreciação da CEPET em: ____/____/16. () Aprovado
Devolutivas à CEPET: () Apresentar a SeMS: () Entregar cópia à SeMs:
() Não Aprovado Justificativa: Presidente da CEPET