



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

JHONY DOS SANTOS BENEVIDES

Caracterização da atuação do professor de Educação Física
nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas com
TEA em Dourados – MS

DOURADOS – MS

2019



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

JHONY DOS SANTOS BENEVIDES

Caracterização da atuação do professor de Educação Física
nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas com
TEA em Dourados – MS

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em
Educação da Faculdade de Educação da
Universidade Federal da Grande Dourados, para
obtenção do título de Mestre em Educação. Linha de
Pesquisa: Educação e Diversidade.

Orientadora: Prof^a. Dra. Morgana de Fátima Agostini
Martins.

DOURADOS – MS

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP).

B465c Benevides, Jhony Dos Santos

Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas com TEA em Dourados - MS [recurso eletrônico] / Jhony Dos Santos Benevides. -- 2019.

Arquivo em formato pdf.

Orientador: Morgana de Fátima Agostini Martins .

Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal da Grande Dourados, 2019.

Disponível no Repositório Institucional da UFGD em:

<https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>

1. Educação Física. 2. TEA. 3. Equipe Multidisciplinar. I. Martins, Morgana De Fátima Agostini. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

©Direitos reservados. Permitido a reprodução parcial desde que citada a fonte.

Nome: Jhony dos Santos Benevides

Título: Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas com TEA em Dourados – MS.

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal da Grande Dourados, para obtenção do título de Mestre em Educação.

COMISSÃO EXAMINADORA

Dourados, ____ de _____ de 2019.

Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins (Orientadora)
Universidade Federal da Grande Dourados - FAED/UFGD

Prof. Dr. Gustavo Levandoski (examinador externo)
Universidade Federal da Grande Dourados – FCH/UFGD

Profa. Dra. Dália Melissa Conrado (examinadora interna)
Universidade Federal da Grande Dourados - FAED/UFGD

Agradecimentos

Agradeço a Deus. Agradeço aos meus pais por sempre me apoiar nos estudos e em todos os momentos da minha vida, assim como os demais membros da minha família, especialmente minhas irmãs.

Agradeço a minha orientadora, Profa. Dra. Morgana F. A. Martins, pelo apoio geral fornecido ao longo desses dois anos e pelas orientações específicas ao longo dessa jornada de formação, as quais permitiram a construção desse trabalho, assim como o aumento dos meus conhecimentos.

Manifesto gratidão também aos outros professores da pós-graduação (FAED-UFGD), bem como os da graduação (UFGD e UTAD), pelos saberes transmitidos e pela ajuda na construção dos meus conhecimentos ao longo de minha formação.

Agradeço aos profissionais de Educação Física participantes.

Agradeço à CAPES pelo apoio financeiro concedido.

RESUMO

Essa pesquisa teve por objetivo geral caracterizar a atuação dos profissionais e professores de Educação Física que atuavam em equipes multiprofissionais no atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) na cidade de Dourados – MS. justifica-se, como relevância científica, pois até a presente data não foi encontrada pesquisa alguma com essa específica delimitação temática. para execução deste estudo, optou-se pela metodologia qualitativa. Como métodos e técnicas para coleta de dados na pesquisa de campo, utilizou-se questionário e ficha de caracterização profissional, assim como a técnica de observação sistemática. O procedimento de análise e interpretação dos dados eleito foi a técnica análise de conteúdo. Os resultados indicaram que quase todos os profissionais possuíam formação mínima recomendada para o trabalho com essa população. As atividades físicas desenvolvidas pelos profissionais estavam de acordo com as necessidades das crianças. Quanto à compreensão de equipe multidisciplinar, verificou-se que todos os profissionais possuíam conhecimentos básicos sobre o tema, o que sugere necessidade de maior formação para eles e para todas as equipes. Quanto à atuação dos profissionais, constatou-se que apenas um dos profissionais atuava junto a toda a equipe, em um modelo de trabalho mais integrado. são necessárias mais pesquisas abrangentes e aprofundadas sobre este tema, tendo a participação de todos os diversos profissionais e também estudos com foco na capacitação sobre as três formas de trabalho das diferentes áreas disciplinares, de equipes multiprofissionais, a fim de garantir serviços mais eficazes e assegurar direitos sociais constitucionalmente garantidos.

Palavras-chave: Educação Física. TEA. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

This research had the general objective to characterize the performance of professionals and physical education teachers who worked in multidisciplinary teams on the care of people with Autism Spectrum Disorder (ASD) in the city of Dourados – MS. It is justified, as scientific relevance, to the present date no research was found with this specific thematic delimitation. For execution in this study, the qualitative methodology was chosen. As methods and techniques for data collection in field research, a questionnaire and professional characterization form were used, as well as the technique of systematic observation. The procedure of analysis and interpretation of the data chosen was the technique of content analysis. The results indicated that almost all the professionals had minimum training recommended for the work with this population. The physical activities developed by the professionals were in accordance with the needs of the children. Regarding the understanding of a multidisciplinary team, it was verified that all the professionals had basic knowledge about the subject, which suggests the need for training for them and for all the teams. As for the work of the professionals, it was verified that only one of the professionals worked alongside the whole team, in a more integrated work model. More extensive and in-depth research on this topic is required, with the participation of all the various professionals and also studies focusing on the three forms of work of the different disciplinary areas, of multiprofessional teams, in order to guarantee more effective services and to ensure social rights constitutionally guaranteed.

Keywords: Physical Education. ASD. Multiprofessional team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABA – Análise do Comportamento Aplicada

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

CAPs – Centro de Atenção Psicossocial

CFN – Currículo Funcional Natural

CNE – Conselho Nacional de Educação

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CES – Câmara de Educação Superior

DI – Deficiência Intelectual

IES – Instituições de Ensino Superior

EFA – Educação Física Adaptada

EFE – Educação Física Especial

EE – Educação Especial

MEC – Ministério da Educação

MS – Mato Grosso do Sul

PAEE – Públicos Alvos da Educação Especial

PEI – Plano Educacional Individualizado

TA – Transtorno de Asperger

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TD – Típico Desenvolvimento

TEA – Transtorno do Espectro Autista

TGD – Transtorno Global de Desenvolvimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução das matrículas de alunos com deficiências (totais e TEA) em classes regulares e/ou EJA no Brasil, nos últimos 12 anos.....	24
Figura 2: Evolução das matrículas de alunos com TEA em classes regulares e/ou EJA nos últimos três anos.....	25
Figura 3: Atividade (circuito) ministrada (P1)	88
Figura 4: Atividade desenvolvida pela P2.....	89
Figura 5: Atividade na trave de equilíbrio (P4)	93
Figura 6: Atividade desenvolvida pelo P5.....	95
Figura 7: Atividade desenvolvida por P7.....	97
Figura 8: Atividade desenvolvida por P7.....	97
Figura 9: Terapia assistida por animais.....	97
Figura 10: Tempo de atuação dos profissionais nas equipes.....	112
Figura 11: Atuação do profissional P7 com a equipe.....	120
Figura 12: Atuação dos profissionais P4, P5, P6 com a equipe.....	121
Figura 13: Atuação dos profissionais P1 e P2 com equipe.....	122
Figura 14: Atuação da profissional P3 com equipe.....	123

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Busca de estudos na revisão bibliográfica.....	13
Quadro 1 – Síntese dos modelos de trabalho das equipes multiprofissionais em Intervenção precoce.....	62
Quadro 2 – Resultados da ficha de caracterização profissional.....	79
Quadro 3 – Percepção dos profissionais sobre trabalhar com os outros membros da equipe	82
Quadro 4 – Percepção dos profissionais sobre fazer parte da equipe.....	83
Quadro 5 – Concepção do termo multidisciplinar pelos participantes.....	84
Quadro 6 – Componentes de desenvolvimento físicos, cognitivos e sociais, trabalhados pelos participantes.....	101
Quadro 7 – Frequência de planejamento das atividades.....	105
Quadro 8 – Carga horária, frequência e número de intervenções semanais.....	111
Quadro 9 – Grupo de profissionais das instituições.....	113

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1. FORMAÇÃO INICIAL DO PROFESSOR/PROFÍSSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL.....	17
1.1 Formação inicial referente à Educação Especial	23
1.2 Plano de Ensino Individual (PEI)	30
2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)	44
2.1. Principais características do TEA	44
2.2 Diagnóstico do TEA	48
2.3. Intervenção precoce	49
2.4 Fatores de qualidade na intervenção precoce	52
2.5 Atividade e/ou exercício físico e TEA.....	53
3. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	58
3.1 Equipe multidisciplinar	59
3.2 Equipe interdisciplinar	59
3. 3 Equipe transdisciplinar	60
3.4 Método de intervenção ABA	63
3.5 Método de intervenção TEACCH.....	66
4. MÉTODO.....	68
4.1. Etapa 1: contatos iniciais e questão ética	68
4.2 Procedimento de Coleta de Dados	69
4.3. Instrumentos: questionário e ficha de caracterização profissional	69
4.4 Etapa 2: observação sistemática	71
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	77
5.1 Formação inicial e continuada dos profissionais.....	77
5.2 Compreensão do trabalho de equipe multiprofissional	82
5.3 Atividades desenvolvidas pelos profissionais	86
5.3.1 Observações sistemáticas (Diário de campo).....	86
5.4 Componentes de desenvolvimento abordados pelos profissionais.....	99
5.5 Planejamento	104
5.6 Avaliação	105
CONCLUSÃO.....	125
REFERÊNCIAS.....	128
APÊNDICES:.....	141
ANEXOS:	150

INTRODUÇÃO

Desde meados do século XX, legislações e tratados internacionais para melhorar a qualidade de vida das pessoas com deficiência, em consonância com as políticas de Direitos Humanos, vêm sendo assumidos por diferentes países, dentre eles o Brasil. Esses acordos internacionais, assim como a aprovação de leis e políticas próprias de cada país, visam dar apoio em muitos aspectos cotidianos, melhorando a qualidade de vida e a inclusão dessas pessoas na sociedade, tanto no ambiente escolar/acadêmico e/ou profissional (CARVALHO *et al.* 2016; WINNICK; PORRETA, 2016; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008).

Para concretizar esses objetivos, um dos meios principais é o estímulo ao desenvolvimento de pesquisas científicas nas áreas de saúde e educação, de modo a desenvolver métodos terapêuticos e pedagógicos para uma melhor intervenção com esse público. Nesse contexto, permite-se garantir o desenvolvimento biopsicossocial para promover o bem-estar e a qualidade de vida (BRASIL, 2012). Dentre as variadas deficiências, uma das que mais se tem destacado, nas duas últimas décadas, pelo aumento no número de prevalência de casos, é o Transtorno do Espectro Autista (TEA). Tal deficiência caracteriza-se por prejuízos nos aspectos de interação social, comunicações e pela presença de padrões restritos e repetitivos de interesses, comportamentos e atividades (DSM-5, 2014; RAVIOLA *et al.* 2017).

Com as legislações e políticas de Educação Especial, foi garantido o direito das pessoas com TEA e outras deficiências estarem matriculadas nas redes regular de ensino (SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008; FAVORETTO; LAMÔNICA, 2014). Logo, houve um grande aumento do número de pesquisas sobre esse tema com foco nesses contextos. No entanto, há outros espaços, como escolas especiais e instituições terapêuticas; nos quais também ocorre a presença, principalmente, de crianças com TEA. Nesses ambientes, comumente, há equipes multidisciplinares, pois, há que se considerar a complexidade desse Transtorno para ser tratado por apenas um profissional. Um dos integrantes dessas equipes é o profissional/professor de Educação Física. Essa área do conhecimento – segundo sua natureza e suas origens, bem como o que é assegurado nas legislações e nos conhecimentos teóricos que a suporta – abrange as áreas de saúde e de educação (SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008; WACHS, 2008; LADVOCAT; TEVES, 2011).

Contudo, os efeitos relacionados aos primórdios da Educação Física, principalmente seu desenvolvimento teórico tardio e seu uso ideológico, ressoam até hoje, o que ainda afeta o reconhecimento e a atuação do profissional dessa área (DARIDO, 2011). Conforme Silva *et al.* (2017); Ladvocat e Teves (2011) e Wachs (2008), os profissionais de Educação Física encontram algumas resistências para atuar em espaços que tratam da saúde mental. Embora já existam pesquisas garantindo os benefícios da Educação Física e de seus profissionais junto às equipes multidisciplinares que tratam da saúde mental, a contratação desse profissional para essas equipes não é obrigatória; sendo que a área de saúde mental é nova e sem tradição para atuação desses profissionais (LIMA *et al.* 2017; ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012; WACHS, 2008).

Apesar dessa realidade, tem aumentado o número de pesquisas a respeito desse profissional nessas equipes (LIMA *et al.* 2017). Contudo, quase todos esses estudos têm por foco as escolas regulares ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPs), os quais tratam das mais variadas deficiências intelectuais. Na busca de estudos com essa temática, que tivessem os descritores: professor de Educação Física, equipe multiprofissional e TEA, no título ou no resumo (tabela 1) – na literatura nacional, em três conceituadas bases de dados (Portal de periódicos CAPES e Biblioteca Digital de Teses, Dissertações da CAPES [BDTD] e Scielo) nada foi encontrado; o que constata uma lacuna no conhecimento.

Tabela 1 – busca de estudos na revisão de literatura

Bases dados: Portal de periódicos CAPES, Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e Scielo. Última busca: 22 fev. 2019

Educação Física AND Equipe multidisciplinar AND TEA
Educação Física AND Equipe interdisciplinar AND Autismo

Equipe multiprofissional AND Educação Física AND TEA
Equipe transdisciplinar AND Educação Física AND Autismo

TEA AND Educação Física AND Equipe multiprofissional
Autismo AND Equipe multidisciplinar AND Educação Física

Resultados: 0

Fonte: elaboração do autor.

Em vista disso, foi definido o tema dessa pesquisa: a atuação dos profissionais/professores de Educação Física junto às equipes multiprofissionais que intervêm sobre o TEA. A delimitação temática consistiu na atuação dos professores de Educação Física junto às equipes multiprofissionais que tratam do TEA em contextos que não sejam escolas regulares.

Na delimitação espacial, o estudo se restringiu ao município de Dourados-MS. A cidade possui quatro equipes multiprofissionais que intervêm com pessoas com TEA; tais equipes contam com professor ou profissional de Educação Física. Além das quatro instituições que oferecem tais serviços multidisciplinares a essa população, a taxa de crescimento de matrículas de alunos com TEA, inseridos nas redes regulares de ensino nos últimos três anos, desse município foi superior à média do país. Nesse período, o índice de inclusão escolar desses alunos cresceu 70% no Brasil, ao passo que no município de Dourados-MS cresceu 111%, segundo os dados do INEP/MEC¹.

Após a delimitação do tema dessa pesquisa exploratória-descritiva, foi estabelecido o problema de pesquisa: como é a atuação de professores de Educação Física nas equipes multiprofissionais que tratam pessoas com TEA em Dourados-MS? A questão norteadora foi a seguinte: os professores de Educação Física têm uma atuação ativa com os outros profissionais da equipe multiprofissional?

Ao conhecer a atuação desses professores, se estão integrados, atuando com os representantes das outras áreas, é possível ter uma compreensão do funcionamento dessas equipes, pois, a interação entre seus membros é um dos fatores de qualidade das mesmas. Assim, quanto maior colaboração entre os profissionais, melhor o serviço oferecido; assim, há mais troca de conhecimentos, intervenções coordenadas e maior tempo e quantidade de estímulos oferecidos pela equipe às pessoas atendidas (CARVALHO, *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014).

Logo, a inserção e a atuação de professores de Educação Física, junto à equipe multiprofissional, podem oferecer um serviço mais eficaz às pessoas com TEA e também às suas famílias, visto que as atividades desenvolvidas por esse profissional beneficiam o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos com essa deficiência. Estudos, nesse sentido (WACHS, 2008; LADVOCAT; TEVES, 2011, SILVA *et al.*, 2017), têm comprovado a importância da presença desses profissionais com

¹ Ver figura 2.

participação ativa em equipes multiprofissionais que tratam pessoas com transtornos psiquiátricos e/ou psicológicos.

Além disso, mais pesquisas (LIMA; OLIVEIRA, 2018; LIMA *et al.* 2017; LOURENÇO *et al.* 2017; BREMER; CROZIER; LLOYD, 2016; MENEAR; NEUMEIER, 2015; OGG-GROENENDAAL; HERMANS; CLAESSENS, 2014; SORENSEN; ZARRETT, 2014; SOWA; MEULENBROEK, 2012; LANG *et al.* 2010) têm (re)afirmado o êxito da utilização das atividades e dos exercícios físicos como recursos terapêuticos e educacionais para a reabilitação psicossocial de pessoas com TEA e outros distúrbios intelectuais.

Referente à justificativa para este trabalho, a inserção do profissional de Educação Física, em equipes multiprofissionais que abordam a saúde mental, ainda é recente (LIMA *et al.* 2017; GUIMARÃES *et al.* 2012; LADVOCAT; TEVES, 2011; WACHS, 2008). Logo, pesquisas sobre a presença desses profissionais da atividade física, em equipes multiprofissionais que tratam da deficiência TEA, ainda são escassas. Entretanto, como já relatado, os benefícios dessa área do conhecimento, em colaboração com as outras nesse campo de intervenção, são significativos e vem recebendo atenção (LIMA *et al.*, 2017; ROBLE; MOREIRA; SCAGLIUSI, 2012). Assim, pode-se constatar a relevância social desses profissionais nessas equipes. Outra importância social trata-se da Lei nº. 12.764(2012), que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; em seu artigo II e inciso VIII afirma que é necessário: “o estímulo à pesquisa científica, com prioridade para estudos epidemiológicos tendentes a dimensionar a magnitude e as características do problema relativo ao Transtorno do Espectro Autista no País”.

Com tais justificativas, foi estabelecido o objetivo geral: caracterizar a atuação de todos os profissionais/professores de Educação Física que compõem as equipes multiprofissionais das quatro instituições educativas/terapêuticas que atendem pessoas com TEA no município de Dourados-MS.

Como objetivos específicos, foram eleitos:

- ✓ Descrever a formação dos profissionais de Educação Física e suas compreensões a respeito do trabalho e da equipe multidisciplinar;
- ✓ Descrever as atividades que os profissionais de Educação Física desenvolvem junto às crianças com TEA nas instituições;
- ✓ Descrever a atuação dos profissionais de Educação Física nas equipes multiprofissionais das instituições do município de Dourados-MS.

Para executar esse estudo, optou-se pela metodologia qualitativa, devido aos objetivos definidos, bem como as características do estudo: exploratório descritivo e população com poucos participantes ($n=7$). Nesse sentido, além da pesquisa bibliográfica, houve também pesquisa de campo, com o uso de questionário e ficha de caracterização profissional; somado a esses instrumentos de recolha de dados, utilizou-se também a técnica de pesquisa observação sistemática. Para sistematização, análise e interpretação dos dados, por fim, usou-se a técnica de análise de conteúdo.

O trabalho está subdividido em cinco capítulos, a saber:

O primeiro discute questões sobre a formação inicial e continuada de professores de Educação Física, explicando sua influência na inclusão escolar, bem como estratégias, recursos, ferramentas, métodos e adaptações didático-pedagógicas para inclusão e desenvolvimento da aprendizagem dos alunos com TEA nas aulas de Educação Física.

O segundo versa sobre as características do TEA, os principais fatores de risco, os diagnósticos, a importância e as características de programas eficientes de intervenção precoce e a contribuição da atividade e de exercício físico para intervenções terapêuticas e educacionais de pessoas com TEA, a fim de buscar e melhorar a aprendizagem e o desenvolvimento, com vistas a aprimorar a qualidade de vida destes sujeitos.

O seguinte discorre sobre equipes multiprofissionais, bem como as dinâmicas ou modelos de trabalho dos grupos multiprofissionais: multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Além das características do método ABA que pode beneficiar a comunicação e a intervenção dos profissionais e as características do método TEACCH, o qual também é usado pelos profissionais da equipe.

O penúltimo trata do método e justifica as escolhas metodológicas realizadas; apresenta o passo a passo e as características da realização das pesquisas bibliográficas e de campo, descrevendo os procedimentos, os instrumentos e as técnicas de recolha de dados utilizados e, por último, os procedimentos para sistematização, análise e interpretação dos dados.

O último capítulo apresenta os resultados, as discussões e as conclusões da pesquisa, as limitações do estudo e, por fim, fornece sugestões para possíveis investigações futuras sobre o tema.

1. FORMAÇÃO INICIAL DO PROFESSOR/PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NO BRASIL

Esse capítulo traz referências históricas e políticas na busca de compreender como se instalou e como se apresenta o componente curricular de Educação Física no Brasil. A inserção oficial desse componente curricular nas escolas brasileiras ocorreu oficialmente em 1851; o início da formação e da atuação dos profissionais de Educação Física produziu estigmas que ressoam até os dias atuais (MAHL, 2016).

Segundo Darido (2011), Silva, Araújo e Júnior (2008), Ladvocat e Teves (2011), por muito tempo não foi exigida uma formação superior para atuação como profissional de Educação Física; os ensinamentos aos alunos eram transmitidos por militares e atletas de destaque. Nesse período, a Educação Física era essencialmente prática, não tendo conhecimentos teóricos explícitos (no processo formativo) que a sustentassem.

A situação começa a mudar a partir de 1939, quando foi estabelecida, na cidade do Rio de Janeiro, a primeira Escola Nacional de Educação Física e Desportos (ENEFD). No primeiro momento, essa instituição foi administrada por militares. Predominava o paradigma de formação de cidadãos voltados a ideologias políticas (Estado Novo), corpos adestrados, moldados. Num segundo momento, foram os médicos que passaram a dirigir tal escola, dando novos rumos a ela, com o objetivo de redefinir currículos e no desenvolvimento científico (biofisiológico) da Educação Física (LADVOCAT; TEVES, 2011; MAHL, 2016).

A proposta da medicina baseava-se na perspectiva higienista, sendo objetivos centrais da Educação Física os hábitos de higiene e a saúde, valorizando o desenvolvimento, por meio de exercícios, de corpos fortes e saudáveis livres de doenças e de vícios que viessem a comprometer a saúde. Já na perspectiva militarista, os objetivos da Educação Física na escola vinculavam-se à formação de uma geração capaz de suportar o combate, a luta, para atuar na guerra, por isso era importante selecionar pessoas “perfeitas” fisicamente, obedientes e disciplinadas; ou seja, submissas e profundas respeitadoras da hierarquia social, predominando, assim, uma visão mecanicista e instrumental sobre o corpo (MAHL, 2016, p. 31).

Durante os governos militares, a partir de 1964, houve ênfase à hegemonia do esporte como conteúdo da Educação Física nos estabelecimentos escolares. Nesse período, ocorreu também um aumento do número de pesquisas e publicações relacionadas à fisiologia do exercício, à teoria do treinamento e à biomecânica, devido à necessidade do desenvolvimento do esporte de rendimento naquela época (DARIDO, 2011).

É possível compreender que alunos com quaisquer deficiências não seriam alvos ou faziam parte do interesse da Educação Física nesse contexto histórico. Para Mahl (2016), naquela concepção militarista, as pessoas com deficiência eram excluídas das atividades por não serem consideradas saudáveis, fortes, hábeis e eficientes. Ademais, Silva, Araújo e Júnior (2008) afirmam que no início do regime político – Estado Novo – leis² proibiam alunos com deficiência, aqueles que não podiam participar ativamente das aulas de Educação Física, de serem matriculados em unidades escolares de ensino secundário.

Em nível mundial, entretanto, o esporte adaptado se desenvolvia, impulsionado pelo tratamento e reabilitação de mutilados nas duas grandes guerras mundiais. Em 1944, num hospital inglês, o médico, Sir Ludwig Guttmann, inseriu várias modalidades desportivas como componente de tratamento de lesões, e em 1948 nesse mesmo local, começaram as primeiras competições nacionais e internacionais. Em 1952, a Educação Física Adaptada muda de um paradigma médico (exercício predominantemente corretivos, relacionados à postura, à saúde e aos problemas de aptidão física) para um modelo pedagógico que prezava por atividades motoras como modalidade para desenvolvimento acadêmico e intelectual (SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008, 2008).

Assim, a Educação Física Adaptada (EFA) emerge como um ramo da Educação Física; consolida-se como uma disciplina acadêmica com arcabouço conceitual, métodos próprios e periódicos especializados: “cujo o objetivo é a atividade física para as pessoas em condição de deficiência, adequando metodologia de ensino para o atendimento as características de cada indivíduo, respeitando suas diferenças” (SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008, p. 24; WINNICK; PORRETA, 2016).

Aliada à Educação Física Adaptada, há a Educação Especial (EE) que tem seu desenvolvimento no último período do fim do século XX, após a aprovação das declarações de Jomtien em 1990 e Salamanca em 1994. As atitudes e práticas referente à Educação Especial podem ser descritas em quatro períodos evolutivos no século XX. Primeiro: “esquecer e esconder”, práticas adotadas do começo a meados daquele século, pelas quais as crianças com deficiências físicas e/ou intelectuais eram mantidas fora da sociedade para que não envergonhassem seus familiares. Segundo período: “abrigadas e segregadas”, durante as décadas de 1950 e 1960, as crianças

² Decreto 21.241/38 e Portaria n. 13 de 1º de fevereiro de 1938

eram avaliadas, rotuladas e continuavam a ser isoladas (institucionalizadas); baseava-se no entendimento de que precisavam de proteção, pois não poderiam agir e se comportar de forma independente na sociedade (WINNICK; PORRETA, 2016; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008; SHONKOFF; MEISELS, 2000). Já no terceiro período, por volta de 1970, prevaleceu a ideia de identificar e ajudar, assim surgem legislações de referência na Educação Especial, como também se buscava a identificação precoce das necessidades e deficiências, na esperança de fornecer serviços de intervenção já na primeira infância. No último período, após as declarações de Jontiem em 1990 e Salamanca em 1994, o objetivo passou a ser educar e incluir; naquele momento buscou-se limitar as consequências das condições de deficiências; prevenir a ocorrência dessas, mais severas; empoderar as famílias, aumentar as oportunidades para todos os estudantes alcançarem seus potenciais totais por meio da inclusão geral deles na escola e na sociedade (MEISELS; SHONKOFF, 2000, SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008).

Logo, políticas de Educação Especial são adotadas por vários países, como o Brasil, por exemplo; elas não só buscam incluir como desenvolver o máximo potencial de todos os alunos, com as mais variadas deficiências (SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008).

Define-se Educação Especial como:

[...] uma modalidade de ensino que perpassa todos os níveis, etapas e modalidades, realiza o atendimento educacional especializado, disponibiliza os recursos e serviços e orienta quanto a sua utilização no processo de ensino e aprendizagem nas turmas comuns do ensino regular (BRASIL, 2008, p. 11).

Nesse panorama, a pessoa com deficiência é definida como:

[...] aquela que tem impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental ou sensorial que, em interação com diversas barreiras, podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. [...]. Incluem-se nesse grupo estudantes com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil (BRASIL, 2008, p. 11).

Aliado à Educação Física Especial ou Educação Física Adaptada há o Esporte Adaptado. Consoante Winnick e Porreta (2016), o Esporte Adaptado refere-se ao esporte modificado (ex.: basquete em cadeira de rodas) ou criado (ex.: golbol) para atender às necessidades das pessoas com deficiência.

Embora o esporte adaptado tenha surgido no Brasil em meados de 1950, somente em 1987 foi publicada a primeira resolução – nº 3/87 de 1987 – a respeito da obrigatoriedade da disciplina de Educação Física Adaptada (EFA) nos currículos de formação dos cursos de graduação. Constata-se, a partir dos anos de 1980, sobretudo após os movimentos em prol do desenvolvimento da Educação (especialmente sobre a Escola Nova), ocorridos em décadas anteriores, que o curso começou a se desvincular do predomínio biológico, da excessiva valorização dos gestos técnicos e *performances*, buscando, assim, a ressignificação das práticas escolares; valorizando o fator psicológico, o aspecto sociocultural, e a formação de uma comunidade científica que avançasse no desenvolvimento do conhecimento próprio da área (MAHL, 2016).

Daí o surgimento de várias abordagens para a Educação Física – opostas às tendências excessivamente biológica, esportiva, tecnicista e recreacionista –, originando concepções mais humanistas e críticas dessa disciplina, com perspectivas filosóficas, políticas, sociais, psicológicas, cognitivas e afetivas. São elas: Psicomotora; Desenvolvimentista; Humanista; Progressista; Crítica; Construtivista; Fenomenológica; Sistêmica; Revolucionária; Plural; Cultural; Crítico-Superadora; Crítica-Emancipatória; Saúde renovada; Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e Jogos Cooperativos (DARIDO, 2011; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008).

Contudo, percebe-se que a primeira visão (mais tradicional) e as origens da Educação Física repercutem até o presente momento; muitos profissionais são vistos como encarregados de trabalho não intelectual, que trabalham com o corpo-objeto em contraste com o corpo-sujeito, por isso muitos são excluídos, possuem pouco ou nenhum reconhecimento na participação de grupos considerados científicos, como em equipes multiprofissionais (LADVOCAT; TEVES, 2011; WACHS, 2008).

Ladvocat e Teves (2011), em estudo sobre a atuação referente às crenças e aos mitos à respeito da atuação do profissional de Educação Física em equipes multidisciplinares, concluíram que tais profissionais têm suas funções mais valorizadas na área educativa, comparada à área de saúde, de acordo com a visão dos outros colegas das diferentes profissões dessa última; sendo que em 2009 somente em vinte cinco por cento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) infantil, no estado do Rio de Janeiro (RJ), havia profissional de Educação Física nas equipes multidisciplinares, por exemplo.

Esses centros surgiram com a reforma psiquiátrica. Essa deslocou a hegemonia do modelo médico hospitalocêntrico (manicomial [internações psiquiátricas]) para uma rede nacional de serviço comunitária de saúde, que são operacionalizadas pelos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS (modelo Antimanicomial), locais de atuação de equipes multidisciplinar, interdisciplinar ou transdisciplinar. Nesses centros, há também atividades e serviços de outras políticas públicas, tais como: assistência social, educação, cultura e lazer. Outros serviços, derivados dessa reforma são as residências multidisciplinar em saúde mental, realizadas em hospitais universitários do SUS; dentre as áreas acadêmico-científicas componentes dessas equipes está a Educação Física (GROSSKLAGS, 2016; SILVA, *et al.*, 2014; ABIB; FERREIRA, 2010; WACHS, 2008).

Embora o profissional de Educação Física esteja na constituição de equipes nesses centros, sua contratação não é obrigatória. Uma das causas para esse problema é a carência na sua formação inicial, de conteúdos sobre a área de saúde mental. Estão aumentando as discussões sobre as intervenções e possibilidades desses profissionais nessa área de atuação (SILVA *et al.* 2017).

Ladvocat e Teves (2011) ainda argumentam que educação e saúde possuem pontos comuns e dinâmicos que se encontram, cujas fronteiras devem se aproximar, pois ambas as áreas de conhecimento tratam de pessoas. Uma visão contrária a essa realidade enfoca o aspecto limitado de saúde como apenas ausência de doenças.

Além do mais, pesquisas (LIMA; OLIVEIRA, 2018; MENEAR; NEUMEIER, 2015; SOWA; LOURENÇO *et al.* 2015; SOWA; MEULENBROEK, 2012) comprovam os benefícios da atividade e do exercício físico como recurso terapêutico no tratamento de indivíduos com TEA e outras deficiências.

Em vista disso, desde 1998, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua resolução nº 287 de 1998, afirma que os profissionais de Educação Física também são profissionais de saúde de nível superior, e o Conselho Federal de Educação Física (CONFEF), em sua resolução nº 230/2012, relata sobre a especialização profissional em Educação Física na área de saúde mental. Essa resolução reafirma que compete ao profissional de Educação Física contribuir na área de saúde mental e atuar em equipe multidisciplinar, sem renunciar à sua autonomia técnico-científica.

Além disso, documentos oficiais do MEC, bem como outros pareceres e resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), dão diretrizes gerais para formação de profissionais de ensino superior. Com relação à formação inicial dos

profissionais de Educação Física, há dois campos distintos de atuação: ao graduado em Educação Física, na modalidade licenciatura, compete atuar como professor na Educação Básica; já quem obtém o título de bacharel em Educação Física, por sua vez, atua em espaço não escolar (clubes, academias, hospitais, locais de lazer, entre outros).

Segundo as diretrizes³ curriculares nacionais para os cursos de graduação em Educação Física, a carga horária mínima consiste em 3200 horas, com tempo mínimo de quatro anos para a integralização curricular. A formação nesse curso se desdobra em duas etapas: na primeira, há 1600 horas com eixo de estudo para formação geral, ao fim, o acadêmico opta por qual formação pretende seguir na etapa específica: licenciatura ou bacharelado; em ambas há mais 1600 horas de formação com conhecimentos específicos para cada área de futura atuação.

Embora haja diferença nos campos de atuação, há essa parcela dessa formação comum de habilidades e conhecimentos necessários a futuras atuações desses profissionais, pois, em ambas as graduações, se adquire habilidades e competências para: “participar, assessorar, coordenar, liderar e gerenciar equipes multiprofissionais [...] nos campos da saúde, do lazer, do esporte, da educação, [...]”, como também:

Diagnosticar os interesses, as expectativas e as necessidades das pessoas (crianças, jovens, adultos, idosos, pessoas portadoras de deficiências, de grupos e comunidades especiais) de modo a planejar, prescrever, ensinar, orientar, assessorar, supervisionar, controlar e avaliar projetos e programas de atividades físicas, recreativas e esportivas nas perspectivas da prevenção, da promoção, da proteção e da reabilitação da saúde, da formação cultural, da educação e da reeducação motora, do rendimento físico-esportivo, do lazer e de outros campos que oportunizem ou venham a oportunizar a prática de atividades físicas, recreativas e esportivas (BRASIL, 2011, p. 3, grifo do autor)⁴.

Ainda enfatizando a formação dos profissionais de Educação Física, está expresso nos pareceres, CNE/CES: 584/2018, 255/2012 e 274/2011, a necessidade de que na formação inicial se ofereça conhecimentos para que o futuro profissional atue em equipes multidisciplinares: “Compete ao Profissional de Educação Física [...] participar de equipes multidisciplinares e interdisciplinares e elaborar informes técnicos, científicos e pedagógicos, todos nas áreas de atividades físicas e do

³ BRASIL. Parecer CNE/CES Nº: 584/2018.

⁴ BRASIL. Parecer CNE/CES nº 274/2011, p. 3.

desporto”⁵. Cruz (2005, p. 37) também afirma que: “a Educação Física Adaptada é um campo de atuação profissional que se apoia em conhecimento básico de natureza multidisciplinar”.

1.1 Formação inicial referente à Educação Especial

Além da importante exigência da interdisciplinaridade na formação inicial dos acadêmicos, há também autonomia relevante nas ementas dos cursos. As Instituições de Ensino Superior (IES) também devem contemplar, na formação inicial de professores, disciplinas que os embasem para trabalhar com alunos com deficiências: “[...] às necessidades das pessoas portadoras de deficiência e de grupos e comunidades especiais deverão ser abordadas no trato dos conhecimentos da formação do graduado em Educação Física”⁶.

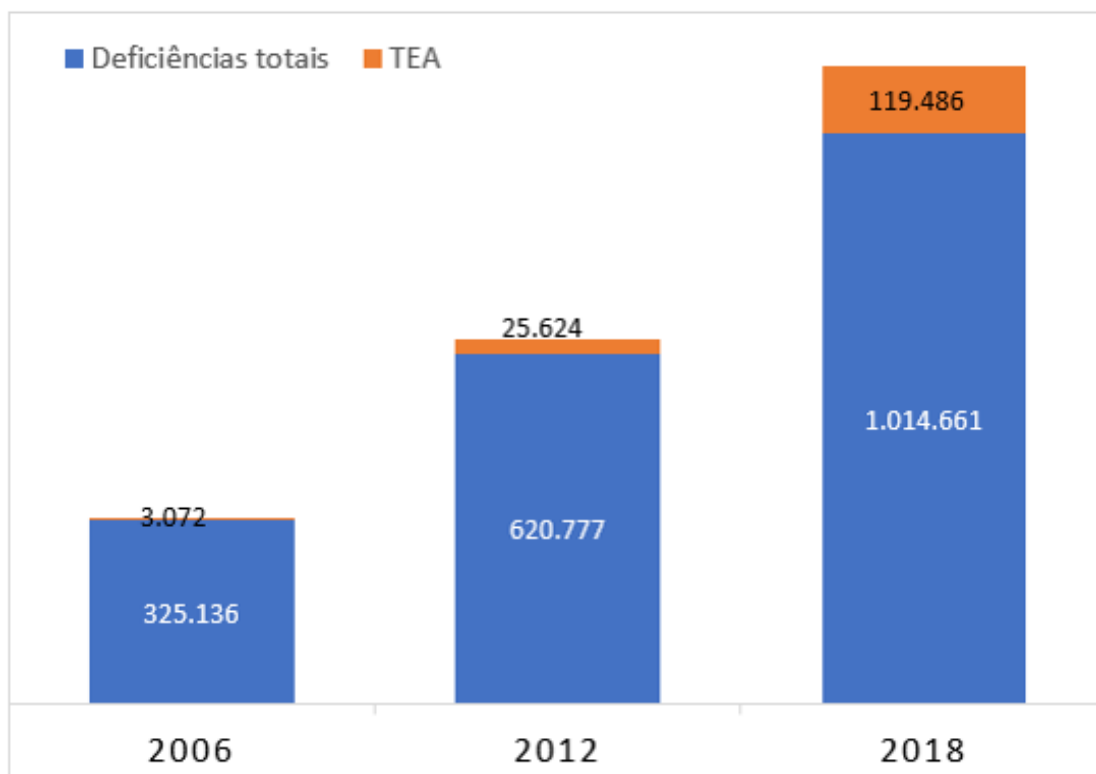
Em pesquisas (GOMES, 2007; SOUZA, 2013) desenvolvidas que analisam tais componentes curriculares de formação inicial, constatou-se que essas disciplinas, sejam elas gerais (Educação Especial) ou mais específicas (Educação Física Adaptada/Especial), necessitam de maior carga horária e maior aprofundamento teórico-práticos, para formação e atuação dos futuros professores, a fim de promover e melhorar a aprendizagem de um número cada vez maior de estudantes incluídos nas redes regulares de ensino e também daqueles matriculados nas escolas especiais.

Após a implantação da Política Nacional de Educação Especial, na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008), houve aumento expressivo dos alunos com deficiências e (dentre esses se destacam os com TEA e/ou TEA e outras deficiências [comorbidades]) incluídos nas redes regulares de ensino. Conforme dados do censo escolar do MEC, em 2006 (dois anos antes da implantação da Política Nacional da Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva) existiam 2.204 alunos com diagnóstico de TEA inseridos nas redes regulares de ensino; já no ano 2012 o número foi elevado para 25624. Um aumento de 1162% em apenas seis anos. (NUNES, AZEVEDO; SCHMIDT, 2013).

⁵ BRASIL. Parecer CNE/CES 255/2012, p. 4.

⁶ (BRASIL, parecer CNE/CES 274/2011, p. 10).

Figura 1 – Evolução das matrículas de alunos com deficiências (totais e TEA) em classes regulares e/ou EJA no Brasil, nos últimos 12 anos.



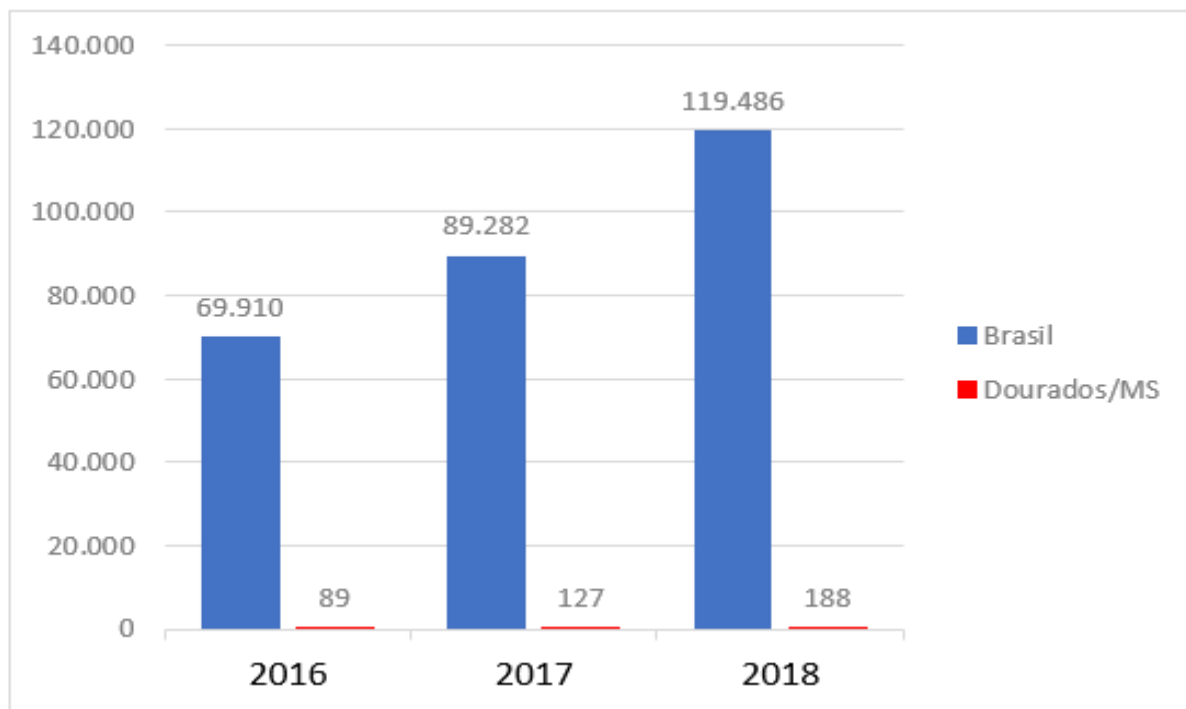
Fonte: dados do MEC/INEP sistematizados pelo autor.

Como se pode constatar, a cada ano aumenta-se o número de alunos da Educação Especial incluídos nas redes regulares de ensino no Brasil. Observa-se que o número de alunos com TEA nesse contexto aumentou substancialmente de 2006 a para 2018.

Favoretto e Lamônica (2014), Nascimento, Cruz e Braun (2016) afirmam que embora ocorra crescimento na inclusão escolar, muitos professores mostram desconhecer o TEA e também as estratégias pedagógicas específicas para a atuação didática com esses alunos e isso resulta em poucos efeitos na aprendizagem.

Omote *et al.* (2005) relatam que os professores são parte importante nessa modalidade de ensino, uma vez que, o acolhimento positivo e o apoio ao aluno com deficiência para que ele possa ter convívio e aprendizagem produtiva dependem de precisa compreensão sobre os objetivos da Educação Especial (EE), bem como condutas e atitudes favoráveis à inclusão escolar. No entanto, de um modo geral, eles não receberam formação específica para tal (LUZ; GOMES; LIRA, 2017).

Figura 2 – Evolução das matrículas de alunos com TEA em classes regulares e/ou EJA nos últimos três anos.



Fonte: dados do MEC/INEP sistematizados pelo autor.

Penido *et al.* (2016), ao tratar desta questão, entrevistaram 106 graduados em Educação Física e mais 40 outros graduandos⁷; os resultados indicaram que ambos os grupos possuíam conhecimentos escassos sobre os conceitos e características do TEA, bem como sobre o comportamento motor das crianças com essa deficiência. De acordo com esses autores, uma das explicações para tal resultado devia-se ao fato de que 79% dos entrevistados não tiveram nenhum conteúdo específico sobre esse Transtorno no curso de graduação. Entretanto, eles indicaram compreender que esse conteúdo é importante; metade dos entrevistados relatou que já teve alunos com TEA em suas aulas. Os autores ressaltam a necessidade de o tema ser aprimorado na formação inicial, a fim de melhorar a intervenção dos profissionais e de contribuir com a inclusão e a qualidade de vida.

Como já referido, essas dificuldades que muitos docentes em geral e, sobretudo, professores de Educação Física têm para ensinar as crianças com deficiências variadas, e mais específicas como o TEA, têm origem na graduação.

⁷ Estudos sobre o mesmo tema, em áreas de formação como psicologia e medicina, também constatarem resultados semelhantes, indicando a necessidade de aprimoramento curricular para melhor formação dos futuros profissionais sobre TEA (PAULA; FILHO; TEIXEIRA, 2016). Logo, constata-se que esse não é um problema exclusivo da área de formação aqui discutida.

Souza (2013) ao analisar a ementa da disciplina de “Educação Especial”, em 39 universidades públicas, constatou que de modo geral ela possui carga horária encurtada, pois, em muitas IES é inferior a sessenta horas. Notou-se também que há uma falta de diálogo com outros componentes das grades curriculares, principalmente as de enfoque prático; tal conexão é de fundamental importância para a capacitação dos futuros docentes.

Vários estudos recentes [...] denunciam esta realidade, de que os futuros professores, bem como os que estão atuando na educação básica, sentem-se despreparados para atuar no processo de inclusão escolar, demonstrando incapacidade de atender as necessidades dos alunos com NEE (SOUZA, 2013, p. 97).

Referente a uma das disciplinas mais práticas e específicas, estudos com propósitos semelhantes foram realizados. Gomes (2007) teve por objetivo pesquisar: como a disciplina “Educação Física Especial” (EFE) vem sendo trabalhada em cursos de licenciatura em Educação Física em IES públicas no estado do Paraná e levantar o posicionamento dos acadêmicos referente a esse componente da grade curricular.

De acordo com o estudo, embora haja variações nas horas totais da disciplina devido à extensão e à quantidade de conteúdo, a duração mínima da EFE deveria ser de 102 horas, pois as cargas horárias de tal disciplina, nos cursos das instituições pesquisadas, são pequenas frente à necessidade do tema. Outro aspecto preocupante (como apontado na pesquisa anterior) é o fato da disciplina ser trabalhada de maneira isolada entre as outras que compõem a grade curricular. A respeito disso, Oliveira (2017) e Souza (2013) defendem maior envolvimento das demais disciplinas nas discussões sobre atendimentos de alunos – Públicos Alvos – da Educação Especial (PAEE) e que a dissolução dos conteúdos da EFE nas outras disciplinas colaboraria para melhorar a formação inicial.

Conforme Gomes (2007), o ideal é que a EFE seja cursada entre o segundo e o terceiro ano da graduação, pois, no primeiro pode ser precoce e no último ano pode ser negligenciada pelos estudantes. Destes, a maioria (94,4%) afirmou que a disciplina é importante. Esse autor ainda sugeriu que para melhorar a eficácia dos seus objetivos, faz-se necessário aulas práticas ao longo da formação. Ainda, conforme a pesquisa, somados experiências e conhecimentos teórico-práticos, certamente haverá maior qualificação dos acadêmicos.

Referente à abordagem didática que os professores adotavam para ministrar os conteúdos da disciplina, Gomes (2007) destaca dois modelos utilizados; o primeiro é

descrito como modelo médico; o segundo, como educacional. O estudo concluiu que o primeiro é mais antigo e tem sido predominantemente utilizado na base teórica da disciplina para a formação inicial; caracteriza-se por focar as categorias e classificações clínicas ao falar dos tipos de deficiência; além disso, adota uma abordagem mais terapêutica e de reabilitação. E, frequentemente, negligencia e menospreza as capacidades e os potenciais dos alunos com deficiência.

Ao passo que o “modelo educacional” enfoca mais o ponto de vista social do que o biológico; possui uma abordagem para as demandas de saberes, procedimentos, estratégias e adaptações apropriadas para garantir a participação de alunos com deficiências nos programas de Educação Física. Esse último é trabalhado por vários professores, entretanto, numa maneira mais discreta. Gomes (2007) recomenda que o curso deve enfatizar o modelo educacional, o qual permite destacar e exibir aos acadêmicos as potencialidades das pessoas com deficiência, em vez de focar nas dificuldades e limitações.

Outro fator que poderia contribuir para melhor preparação inicial dos acadêmicos consiste na possibilidade de haver obrigatoriedade de estágios que atendam alunos com deficiência, pois é de fundamental importância que tenham experiências prévias, também em situações concretas de aprendizagem, enquanto estiverem na graduação (GOMES, 2007; MAHL, 2016; OLIVEIRA, 2017).

A respeito dessa preparação prévia dos professores, mais direcionada ao TEA, o *National Research Council* (2001) afirma que há desenvolvimento de programas inovadores em três níveis de formação. O primeiro tem como público estudantes ainda na graduação ou nos dois primeiros meses de atuação dos recém graduados. Partindo da premissa que eles têm o mínimo de conhecimento e/ou experiência para trabalhar com crianças com TEA e suas famílias, a esse público alvo é fornecido uma semana em horário integral de treinamento. Essa capacitação possui um forte componente prático, bem como palestras e oficinas (*workshops*) com ensino de modelos didáticos para atuação nas aulas.

Um segundo nível de formação consiste em capacitação contínua e supervisionada, geralmente no primeiro ano de exercício profissional. Um professor coordenador ou supervisor fica integralmente disponível para isso no local onde os alunos estão incluídos. Esse coordenador ou supervisor possui formação e consideráveis experiências com TEA. Um terceiro nível, desse tipo de capacitação, incluem maiores esforços de agências estaduais e federais que oferecem maior

assistência técnica para criar programas com essas finalidades de aprimoramento. E objetiva, também, ajudar comunidades, organizações e famílias a adquirirem conhecimentos e habilidades para o auxílio em intervenção precoce junto a essas crianças e adultos com TEA, tanto em escolas, comunidades ou em estabelecimentos profissionais (*NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Outros programas bem avaliados, além de recrutarem graduandos, oferecem qualificação prática para pós-graduandos. Como as condutas e o apoio de administradores escolares são críticos, muitos programas não só buscam a construção de conhecimentos e a contínua capacitação de docentes, como também dos gestores políticos de ensino geral e especial. Assim como dirigentes de outras áreas, profissionais especializados da saúde com maiores responsabilidades nas administrações. Por isso, pode haver mudanças críticas e proativas (NASCIMENTO, CRUZ; BRAUN, 2016; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Segundo Oliveira (2017), existe um distanciamento entre a formação inicial e a atuação, mas isso não é determinante porque há outras variáveis como a formação continuada, a experiência profissional e as trajetórias pessoais. Sabendo que a formação inicial tem reflexo direto nas futuras intervenções educativas, estudos a respeito da atuação dos professores de Educação Física para alunos com TEA também já foram realizados. Um deles é o de Quedas (2015); essa autora descreveu e analisou as experiências de professores de Educação Física que tinham alunos com TEA em suas classes, bem como a inclusão desses alunos em escolas estaduais da cidade de São Paulo. Após o levantamento do perfil dos professores e entrevistas semiestruturadas com os mesmos, os resultados evidenciaram grande déficit na prática profissional.

Segundo a pesquisadora, as dificuldades que tais profissionais apresentavam foram explicadas pelos fatores: falta de informação e de formação, falta de apoio da gestão escolar e discussão multidisciplinar. Recomendou-se trabalho em equipe multidisciplinar nas escolas para elevar a qualidade dos objetivos, os resultados educativos e os projetos de formação continuada.

Nesse sentido, de acordo com a resolução⁸ que define as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Licenciaturas, a formação continuada consiste em:

⁸ Resolução nº 2, de 1º de julho de 2015.

Oferta de atividades formativas e cursos de atualização, extensão, aperfeiçoamento, especialização, mestrado e doutorado que agreguem novos saberes e práticas [...]. A formação continuada compreende dimensões coletivas, organizacionais e profissionais, bem como o repensar do processo pedagógico, dos saberes e valores, e envolve atividades de extensão, grupos de estudos, reuniões pedagógicas, cursos, programas e ações para além da formação mínima exigida ao exercício do magistério na educação básica, tendo como principal finalidade a reflexão sobre a prática educacional e a busca de aperfeiçoamento técnico, pedagógico, ético e político do profissional docente (BRASIL, 2015, p. 13).

Conforme Cruz (2005), a preparação para atuação docente não se encerra ao fim do curso de graduação, também não se deve pensar que a pós-graduação (seja *lato* ou *stricto sensu*) será suficiente para complementar a formação, muitas vezes superficial – referente à aprendizagem de alunos com deficiências – dos egressos dos cursos de licenciaturas, ou, ainda, que apenas a experiência profissional concretize esse objetivo. É preciso, segundo o autor, a interrelação desses fatores junto com ações e reflexões na prática profissional de professores de Educação Física e elaboração de projetos educacionais referentes a esse tema. Mahl (2016), ainda, complementa que esses variados cursos de atualização versem também a respeito das novas políticas, recursos materiais, metodologias e formas de avaliação ao tratar do processo inclusão dos alunos.

Outro fator de grande valia aos docentes e também à academia é a parceria entre a educação básica e superior, pois as situações problemáticas na sala/quadra das escolas podem desencadear novas indagações e pesquisas científicas, ao passo que tais estudos acadêmicos podem fornecer conhecimento aos professores para solucionar situações complexas em suas atuações. Cruz (2005) relata que há um descompasso na relação entre educação superior e básica, como a desarticulação do conhecimento científico e sua aplicabilidade na prática (práxis) cotidiana; portanto, é necessário o fortalecimento dessas contribuições recíprocas.

Assim, pesquisadores, que desenvolvem estratégias e métodos para ensino de crianças com TEA, têm a responsabilidade de descrever os procedimentos com suficiente clareza para que terceiros possam aplicá-los. Uma das formas de transmitir esses conhecimentos é por meio de atividades de extensão das universidades. Estas também têm a missão de disseminar práticas e conhecimentos validados e auxiliar sistemas educacionais a implementar programas abrangentes e efetivos de apoio a crianças e suas famílias (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001).

Assim, muitas oficinas de formação continuada realizadas em IES para professores de Educação Física também são meios potenciais para o

desenvolvimento profissional, de modo a contrapor carências identificadas na formação inicial (HARRIS; TALIAFERRO, 2014). Já que é crucial providenciar a eles estratégias específicas de ensino que aumentem a confiança, essa, por sua vez, ampliará a probabilidade para elevar a aprendizagem dos alunos com deficiências em aulas de Educação Física.

Conforme Lima *et al.* (2017), a elaboração, a implementação e a avaliação de sessões-oficinas permitem experimentar cientificamente e extrair fundamentos procedentes da prática no tratamento de pessoas com TEA e reunir conhecimentos para a formação de profissionais, com a finalidade de contribuir por meio de princípios teórico-metodológicos para novas intervenções. Essas oficinas poderiam apresentar métodos, estratégias, procedimentos e dinâmicas que a literatura tem pesquisado, desenvolvido e divulgado para o ensino, bem como apresentar o Plano de Ensino Individualizado.

1.2 Plano de Ensino Individual (PEI)

Trata-se de um recurso Educativo que aborda de modo personalizado as necessidades, as dificuldades e os potenciais dos alunos. Já há esse tipo de ferramenta educacional à disposição de professores de Educação Física para ser utilizada para melhor aprendizagem e desenvolvimento dos alunos que possuem ou não deficiências. De acordo com Munster *et al.* (2014), enquanto nos EUA o PEI é obrigatório nas instituições escolares, no Brasil não há essa indicação, assim como há desconhecimento desse recurso pelos professores e pelas escolas, como também são poucas pesquisas a respeito dessa ferramenta educativa em contexto nacional (MUNSTER *et al.* 2014; KEMPINSKI; TASSA, CRUZ, 2015).

Munster *et al.* (2014) validaram uma versão, em português, de um Plano de Ensino Individualizado (PEI) aplicado à Educação Física. O nível de fidedignidade global do conteúdo foi muito alto (0,92). Segundo os autores, muitos professores queixam-se sobre a falta de informações e desconhecimentos das características e necessidades desses estudantes. O PEI é um instrumento que agrega as necessidades, as dificuldades e as potencialidades de cada criança.

Assim, parece que o PEI pode auxiliar o professor quanto ao diagnóstico de necessidades, como também oferecer informações capazes de dirigir o planejamento das ações, por meio de descrições e sistematizações das informações. O referido plano é composto por três partes. A primeira consta informações relativas à condição

do estudante, com objetivo de compreender suas características e necessidades referentes às condições cognitiva, sensorial, físico-motora e social. Além de fatores e recursos de apoio para locomoção e/ou comunicação, interesses e expectativas do aluno e alguns cuidados específicos que devem ser observados durante as aulas (MUNSTER *et al.* 2014).

Na segunda parte, registram-se as informações referentes à avaliação realizada de modo a não só determinar o atual nível de desempenho da criança ou adolescente, como também reconhecer as necessidades de apoio no decorrer das aulas de Educação Física. Avalia-se o nível de desempenho educacional, o qual inclui a descrição, quer seja das limitações quer seja das potencialidades que precisam ser estimuladas. Tais descrições avaliativas vão subsidiar o estabelecimento de metas e objetivos educativos adequados ao aluno. Descreve-se também as atividades a serem efetuadas, os auxílios necessários para realizá-las e parâmetros para avaliá-las (MUNSTER *et al.* 2014).

A última parte do instrumento é reservada para descrever metas e objetivos educacionais a serem alcançados e também registrar as alterações ambientais, metodológicas e curriculares que venham a ser necessárias ao programa de Educação Física: modificações do ambiente físico da aula, dos equipamentos, dos materiais, adaptações das atividades e regras de jogo, estilo preferido de ensino, etc. Ou seja, a descrição das estratégias para promover o processo de ensino aprendizagem e formas de avaliação (MUNSTER *et al.* 2014).

O PEI deveria incluir as habilidades de interação social, comunicação, integração sensorial, desenvolvimento emocional, comportamental e físico, recreação e uso do tempo de lazer, entre outras necessidades individuais não necessariamente restritas a estas. Como já dito, a implementação do PEI deve estar baseada em conhecimentos científicos, pois este recurso é um dos componentes centrais de programas de alta qualidade direcionados a crianças com TEA (CARVALHO *et al.* 2016; KANSAS, 2009; ONTARIO, 2007; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001).

Por isso, para elaboração do PEI, é preciso uma equipe com vários profissionais colaboradores (tanto a área da saúde como da educação) que atuem diretamente com o aluno, além do professor de Educação Física geral, professor de Educação Especial, representantes da administração escolar, pais e até mesmo os próprios estudantes com deficiência (quando possível). Estes últimos precisam ser estimulados a participar na elaboração do plano de educação individual, pois o

envolvimento deles pode favorecer o aprimoramento das habilidades acadêmicas, comunicação, concretização dos objetivos, conclusão escolar, melhora das condições profissionais e de qualidade de vida na fase adulta.

Assim, deveria haver uma equipe multiprofissional que atendesse a cada realidade escolar (MUNSTER *et al.* 2014; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001), tendo em vista a garantia, nas diretrizes curriculares nacionais, de que as unidades escolares adotem “trabalho pedagógico desenvolvido por equipes interdisciplinares e multiprofissionais” (BRASIL, 2013 p. 38). Quando não há essa possibilidade, ou seja, a escola possuir uma equipe multiprofissional de saúde e educação, há alternativa de serviços e instituições especializadas no tratamento de alunos com TEA, dar consultoria e trabalhar junto aos professores, aos pais e a toda comunidade escolar para melhorar a aprendizagem e o desenvolvimento desses alunos, a fim de influenciar também o bem-estar dos familiares (ONTARIO, 2007).

A participação dos pais é decisiva no processo educativo. No caso de alunos com TEA, é apontado que o envolvimento da família na elaboração do PEI, especialmente a participação dos pais e/ou responsáveis na elaboração dos objetivos, nas avaliações de aprendizagem e na participação nos diversos estímulos é de fundamental importância para o alcance dos objetivos educativos e do desenvolvimento do aluno (SCHULTZ; SCHMIDT; STICHTER, 2011; KANSAS, 2009; LEVY, KIM; OLIVE, 2006; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

O PEI pode ser um bom recurso para planejar e implementar objetivos educativos, adequações curriculares, adaptações de atividades, conteúdo e ambientes de aprendizagem. Recomenda-se, sempre que possível, que os objetivos estabelecidos nesse Plano Individual devam estar de acordo com os dos outros estudantes da turma, favorecendo ainda mais a inclusão escolar desses alunos.

Nunes, Azevedo e Schmidt (2013), além de destacarem o PEI como ferramenta educativa, apontam o relatório psicopedagógico como mais um recurso de alto valor para a estruturação da ação didática. Tal documento é subutilizado. Entretanto, professores participantes num estudo de caso disseram que esses relatórios podem auxiliar na viabilização da inclusão escolar, caso sejam frequentemente atualizados; para isso, é preciso providenciar informações mais detalhadas, referentes à dinâmica da evolução do aluno ao longo do processo escolar e desde que atendam à necessidade de ter a participação do docente no processo de avaliação do estudante.

Estes autores ainda apontam o benefício do programa baseado no Currículo Funcional Natural (CFN) como outro instrumento de grande valia ao processo de ensino-aprendizagem ao aluno com TEA, assim descrevem-no:

O CFN se fundamenta em planejar um programa de educação que seja vital e útil para o indivíduo e, assim, contribuir para que o sujeito com autismo participe ativamente, de forma independente, produtiva e socialmente aceitável, das atividades realizadas no contexto familiar, educacional. (NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT, 2013, p. 566).

Por isso, oficinas de capacitação, uso de melhores recursos como o PEI, relatório psicopedagógico, CFN e a colaboração com outros profissionais, visa um objetivo comum – uma melhor aprendizagem do estudante. Em tais oficinas também podem se discutir a estruturação das aulas, dos ambientes e das tarefas, a fim de que os estudantes experimentem sucessos nas atividades e sintam a sensação de realização (através de adaptações de exercícios, por exemplo).

É necessário, também, observar os acertos (em vez de apenas procurar erros). O oposto também é relevante; logo, é pertinente atentar-se para como não diminuir a autoconfiança dos alunos, que em muitos casos ocorre pelo fato dos professores no ambiente de Educação Física criticarem os indivíduos por erros irrelevantes, utilizando-se de sarcasmos e permitir que colegas de classe menosprezem aos alunos com TEA assim como os outros (WEINBERG; GOULD, 2001).

Estudantes com TEA sofrem mais *bullying* que seus pares com Típico Desenvolvimento (TD) e pares com outras deficiências; muitas vezes desencadeados pelas próprias características do TEA, como dificuldades de comunicação e interação social (SRECKOVIC; BRUNSTING; ABLE, 2014). Além disso, as consequências do *bullying* são mais graves nessa população, principalmente nos aspectos clínicos e sociais (CAPPADOCIA; WEISS; PEPLER, 2012; KLOOSTERMAN, *et al.*, 2014). Tais agressões ocorrem tanto em escolas especiais e regulares, sendo que nessas últimas acontecem com maior frequência (BARROCO; SINZKER, 2015; SRECKOVIC; BRUNSTING; ABLE, 2014). Devido a isso, muitos alunos podem faltar com frequência às aulas, mudar de escola e até mesmo desistir de frequentá-la (BARROS, 2017).

Tendo em vista esse problema social, sugere-se que cursos de formação inicial e continuada conscientizem e apresentem medidas para lidar com esse tipo de violência, com vistas para melhorar a qualidade de vida dos alunos, evitando prejuízos às motivações, entre outros fatores pessoais que podem dificultar a aprendizagem e a qualidade de vida.

Conforme French *et al.* (2014), há muitos fatores e estratégias que devem ser considerados e podem ser usados pelos professores para aumentar a motivação em aulas de Educação Física Adaptada; planejar, implementar e avaliar atividades. Por exemplo: as atividades planejadas para serem desafiadoras e realizáveis, conforme as habilidades e necessidades, precisam ser também percebidas como divertidas, funcionais e úteis à vida diária. Variar tarefas, já que alunos podem ficar motivados, mas tal sensação tende a diminuir com o passar do tempo, se estiverem realizando a mesma atividade. “Se o desafio é muito fácil, as crianças podem ficar entediadas. Se o desafio é muito difícil, elas ficam frustradas” (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 658). Promover um ambiente de diversão na sala, na quadra como em toda escola, pois uma sensação prazerosa nesses ambientes pode contribuir para elevar a motivação intrínseca; essa afeta positivamente o desempenho e a aprendizagem (FRENCH *et al.* 2014).

Outras estratégias podem ser: possibilitar a escolha de atividades pelos estudantes, pois, com isso, eles podem ter maior envolvimento nos seus processos de aprendizagens, devido a exercerem algum tipo de controle e participação nas decisões (GALLAHUE; DONNELLY, 2008). Estimular a cooperação, incentivando-os a trabalhar com os colegas, ajudando uns aos outros (KOTELNICKI, 2017; TETZCHNER; GRINDHEIM; 2013). Estabelecer um sentimento de confiança para com o professor e pares. Usar atividades de competição de forma moderada e prudente. Usar matérias mais coloridos e eliminar estímulos contraproducentes – especialmente para alunos com TEA –, como ruídos em excesso (FRENCH *et al.* 2014).

Ocorre que, em muitas circunstâncias, ainda que o docente use essas estratégias, ainda assim, há alunos que não são motivados para aprender e participar de tarefas e atividades; de tal modo, pode ser necessário adicionar algumas formas e recursos de motivação extrínsecas; ou intrínseca e extrínseca. Conforme Chu *et al.* (2011), alunos com TEA têm menor motivação intrínseca, maior desmotivação e são menos ativos nas aulas de Educação Física comparados aos pares sem deficiência.

Para intervir em tais fatos, há alguns exemplos de reforçadores extrínsecos positivos: sorrir, piscar, acenar com a cabeça (não verbais); elogiar uma ação de jogo ou *fair-play* (verbais). Elogios são os reforçadores mais usados, porém têm que estar condicionado a uma consequência, a uma condição ou a uma tarefa específica (como estimular a ação, promover autonomia, internalizar padrões, perseguir objetivos) para

serem efetivos. Teixeira (2008), ainda, avisa que o aluno precisa compreender que uma recompensa ou uma leve punição está associada ao comportamento e não ao próprio aluno, isso evita dano ao mesmo. Vale atentar-se para a hipótese de que ao elogiar, frequentemente, um aluno para toda a turma, pode diminuir a motivação intrínseca dos outros que nunca ou raramente são elogiados (FRENCH *et al.* 2014).

Além dos elogios que tratam de reforçamento imediato; há também outras recompensas, as quais consistem em escolher a próxima atividade, jogo ou até mesmo participar da seleção dos conteúdos das aulas; assim, também se contribui para desenvolver as faculdades: tomada de decisão e autonomia (TEIXEIRA, 2008). Outra técnica é permitir ao aluno ser líder/capitão de um time ou grupo; receber um reconhecimento material (certificado, nota de elogios para os pais, etc.). Uma outra estratégia bem útil é a condicional de participação “se, então”, por exemplo, se participar do alongamento e/ou aquecimento - se desgosta - então poderá ir brincar com as peças de montar - atividade que gosta - (FRENCH *et al.* 2014).

Assim, atividades que são preferidas podem ser usadas como reforçadoras de participação das que são consideradas desagradáveis. As atividades menos preferidas devem ser realizadas primeiro. Professores podem perguntar, aos próprios estudantes, quais as atividades preferidas, ou aos pais (quando há colaboração) (ONTARIO, 2007). Em vista disso, docentes de Educação Física, assim como os outros, devem entender os benefícios e desvantagens desses arranjos e entender como os estudantes percebem as atividades, se avaliam-nas prazerosas, úteis ou enfadonhas, inúteis de modo a motivar, reforçar ações e comportamentos para aumentar a participação e desenvolver a aprendizagem (FRENCH *et al.* 2014).

A esse respeito, com o objetivo de elevar a qualificação profissional, Omote, *et al.* (2005) buscaram verificar a possibilidade de modificar as atitudes sociais de futuros professores para a inclusão, por meio de um curso breve de 14 horas. Embora os resultados finais não tenham sido estatisticamente significativos, os autores concluíram que os resultados indicaram que as atitudes dos acadêmicos podem ser alteradas positivamente por meio de um breve curso de intervenção. Afirmaram também que as atividades desenvolvidas no curso (discussões de texto, fotos e filmes, participação e ações em grupo, entrevistas a pessoas com deficiências) podem ser integradas às matrizes curriculares de formação docente, tendo em vista que essas atividades possuíam reduzida carga horária.

1.3 Ensino colaborativo

Uma outra forma de cooperação muito útil ao aprimoramento pedagógico é a troca de experiências entre docentes, a qual podem ser desenvolvidas em grupos de estudos, reuniões pedagógicas e em desenvolvimento de projetos conjuntos. Perspectivas diversas sobre o mesmo objeto em momentos e espaços de diálogos, de troca de experiências e competências “[...] podem contribuir positivamente para a construção de saberes e/ou conhecimentos, de discursos e de práticas pedagógicas (mais) inclusivas no ambiente escolar” (MAHL, 2016, p. 24).

Contudo, se houver “indisponibilidade por parte dos docentes em aceitar mudanças, refletir e modificar suas condutas, assim como o desinteresse em estudar e dialogar com os pares acerca das possibilidades e novas ideias” (MAHL, 2016, p. 107), perde-se grande oportunidade de aprimoramento pessoal e profissional como também pode atrasar a efetivação dos objetivos da inclusão escolar. Logo, a busca pelo aprimoramento profissional para responder as demandas sociais requeridas nos contextos de atuação desses profissionais, apresenta-se como um dos aspectos centrais da formação continuada (CRUZ, 2005; NASCIMENTO; CRUZ; BRAUN, 2016).

De acordo com Oliveira (2017), em contexto nacional, há poucos professores de Educação Física com formação em Educação Física Adaptada; contudo esse profissional é o mais apto para atuar em parceria com o professor de Educação Física regente do ensino básico, construindo o modelo de ensino colaborativo. Por isso, é essencial que se estimule a formação de pessoal nessa área, a fim de um maior trabalho conjunto, que no Brasil ainda é bem limitado, devido, sobretudo, à tradição escolar nacional de considerar a forma individual de atuação docente mais eficaz. Oliveira (2017) ainda destaca uma forma de cooperação parecida, que consiste na consultoria colaborativa em que o professor de Educação Especial ou Educação Física Adaptada oferece assistência ao professor regente (serviço direto), embora essa forma de colaboração seja muito útil, ela não é a mais eficaz.

No modelo ideal de ensino colaborativo ou coensino na modalidade de Educação Especial, os dois docentes (o professor de Ed. Fís. regente e o professor de apoio) acima referidos compartilham a mesma reponsabilidade educacional para planejamento, instrução e avaliação do aluno Público Alvo da Educação Especial (PAEE); trabalham de forma igualitária, sem hierarquia entre os mesmos; há coautonomia equivalentes. De maneira que é favorecida a troca de ideias,

conhecimentos, opiniões, diferentes pontos de vista, para logo depois proporem meios para resoluções de problemas e desafios didáticos para alcançar o objetivo comum: inclusão e aprendizagem do aluno com deficiência (OLIVEIRA, 2017).

Nascimento, Cruz e Braun (2016) e Nunes, Azevedo e Schmidt (2013) também defendem que o ensino colaborativo é uma estratégia valorosa para a aprendizagem de estudantes com TEA e outras deficiências. Especialmente quando ocorre engajamento por parte do professor regular, favorece também o desenvolvimento profissional mútuo, por meio das reflexões e trabalho conjunto (OLIVEIRA, 2017).

Para verificar as hipóteses em sua pesquisa, Oliveira (2017) teve por objetivo implementar e avaliar um programa de formação para três docentes de Educação Física, os quais tinham alunos com deficiências em suas classes regulares. Após as reuniões com discussões, observações das aulas e atividades de consultoria e coensino, os resultados permitiram avaliar o programa positivamente: as conclusões do estudo mostraram a importância da formação continuada para que se repense e reveja as práticas pedagógicas e a necessidade de apoio ao professor regente pelo professor de Educação Física Adaptada.

Ademais, Oliveira (2017) constatou que professores compreenderam a importância da colaboração entre os profissionais e a formação continuada para melhor êxito na aprendizagem de crianças com deficiências, assim como são necessárias alterações nos aspectos metodológicos para a efetivação da inclusão escolar. Modificaram suas visões com relação à preparação das aulas, à participação dos alunos com deficiências e à relevância de Educação Física para a aprendizagem e o desenvolvimento.

Essa cooperação pode ser especialmente benéfica aos professores com maior tempo de formação inicial e com pouca ou nenhuma formação posterior, pelo fato das políticas de Educação Especial e inclusão escolar serem relativamente recentes. Aqueles que foram graduados antes ou no início de 1990, podem não ter tido formação com conteúdo relacionado à inclusão, à Educação Especial e às estratégias de ensino-aprendizagem direcionadas aos estudantes com deficiências (CRUZ, 2005). Entre os primeiros marcos das políticas internacionais inclusivas, nota-se a Declaração Mundial de Educação para todos de 1990 e a Declaração de Salamanca de 1994.

A colaboração profissional pode aumentar o conhecimento de outro fator decisivo ao processo de ensino-aprendizagem em aulas de Educação Física: construir

e adaptar ambientes e aulas que forneçam aos alunos experiências motoras significativas e adequadas às necessidades de desenvolvimento (HARRIS; TALIAFERRO, 2014), concretizando, assim, os preceitos dos projetos políticos pedagógicos da escola.

Para buscar tais objetivos, além de criar nos ambientes escolares condições que favoreçam a execução de tarefas adequadas, com o propósito garantir um melhor processo de desenvolvimento, os docentes também precisam ter segurança no domínio de temas relacionados ao desenvolvimento motor, à aprendizagem motora, às deficiências e aos métodos de ensino de Educação Física, traduzidos na junção dos conceitos, dos procedimentos e das atitudes (CRUZ, 2005).

É necessário que o professor de Educação Física tenha competências que variam desde saber (conhecimento necessário e adquirido na instituição formadora), saber fazer (relacionar o conhecimento científico com sua prática), saber fazer e porque fazer (administrar um conhecimento contextualizando-o), saber fazer e para que fazer (tornar a prática da Educação Física uma contribuição para o aluno) (MAHL, 2016, p.78).

Embasados nesses conhecimentos, deve-se focar no movimento corporal e não na deficiência (HOFFMAM, 2018). Estas são perspectivas e ponto de partida que precisam ser desenvolvidas desde a formação inicial e mantidas até formação a continuada, para que se possibilite condições adequadas de interação com o ambiente físico e social em diferentes contextos (CRUZ, 2005).

Tendo isso como premissa, o docente deve ter persistência e acreditar no seu processo educativo. No início das intervenções, os alunos podem não perceber o que lhes está sendo exigido; logo, podem ignorar ou se irritar com essas exigências iniciais, assim é necessário a constância na busca da aprendizagem. Conforme, Siqueira (2011), a falta de respostas, das crianças com TEA, ocorre devido a elas, muitas vezes, não compreenderem o que está sendo exigido delas; pois, “julgar que a criança é alheia ao que acontece ao seu redor restringe a motivação para investir na sua potencialidade para interagir” (SIQUEIRA, 2011, p. 23).

Desse modo, há casos que muitos professores negligenciam os alunos com deficiências, pois subestimam a capacidade deles para apreender. Nesse sentido, Omote *et al.* (2005), há uma melhor aceitação por parte dos docentes e conseqüentemente maior uso de estratégias inclusivas de ensino quando os alunos possuem deficiência física em vez de distúrbios intelectuais, comportamentais, emocionais e deficiências múltiplas. Tal fato é preocupante, pois, nos casos de TEA,

têm-se de prejuízos nas áreas emocionais; problemas comportamentais; e muitas vezes intelectuais, quando há diagnósticos de comorbidades.

De acordo com Nascimento, Cruz e Braun (2016), o fato de professores mostrarem negligência e/ou resistências ao envolvimento e ao compromisso com a aprendizagem, dessa clientela, ocorre pelo temor de agressividades, por desmotivação e pela baixa interação que esses alunos muitas vezes demonstram. A busca de informações, recursos e estratégias certamente contribui para que essas dúvidas, receio e inseguranças sejam minimizadas ou extintas, desenvolvendo, assim, uma conduta proativa quando essas situações ocorrem.

Outros aspectos adversos frequentemente apontados são: obstáculos administrativos, carência de apoio de gestores pedagógicos como também dos responsáveis pelos sistemas e redes de ensino; ocorrendo falta ou pouco horário para planejar e adequar aulas inclusivas, falta ou mínima quantidade de materiais pedagógicos, sobretudo os adaptados. Dificuldades a respeito do espaço físico também são relatadas como um dos fatores centrais. Inadequação de sala, pátios, quadras com pouca ou nenhuma acessibilidade ou adaptação, elevado número de alunos por turma, falta de um professor apoio, ou seja, um assistente durante as aulas, insuficientes aulas de Educação Física (NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT, 2013; QUEDAS, 2015; MAHL, 2016).

Outros obstáculos, atitudinais, são causados pelos próprios pares atuantes nos processos inclusivos; muitos excluem os colegas com deficiência ou resistem em participar nas atividades que objetivam a inclusão. O docente precisa dissuadir tais sentimentos, discursos e práticas preconceituosas e estigmatizadas; incentivando diálogo, cooperação e convivência com as diferenças. De acordo com esses princípios, Siqueira (2011), em estudos sobre as dificuldades de interação de alunos com TEA com seus pares e vice-versa, indicou que tais dificuldades ocorrem muitas vezes por falta de estímulos, poucas situações de interação que lhes são proporcionadas por parte de pessoas que convivem com essas crianças: familiares, profissionais de educação e membros da comunidade.

A participação dos pais e familiares também é decisiva no incentivo do processo educativo. No entanto, segundo Teixeira (2008), em muitos casos, os familiares não têm esse envolvimento com os profissionais e ainda superprotegem seus filhos, subestimam a capacidade deles, privando-os de experiências motoras, o que geralmente acarreta atraso no desenvolvimento motor, o que resulta em

difficuldade para participar de atividades físicas/esportivas sociais, diminuindo, assim, a possibilidade de relacionamentos e interação com os pares.

Em outros casos, os pais negam, não aceitando que suas crianças têm deficiência, que precisam de uma atenção diferenciada no processo educativo. Quando o aluno possui diagnóstico de TEA, quanto maior o atraso dos pais para buscar e aceitar o diagnóstico, menor é a probabilidade de iniciar o quanto antes a intervenção precoce para que haja maiores e melhores resultados no desenvolvimento e na aprendizagem (CARVALHO *et al.* 2016; ONZI; GOMES, 2015).

Outra adversidade é o fato de muitos educadores também apresentarem pouca compreensão e equívocos sobre o tema, principalmente a respeito da incapacidade de comunicação. Essa falta de informação e de formação influencia as práticas pedagógicas, as expectativas e os potenciais para a aprendizagem (SIQUEIRA, 2011; NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT, 2013; PENIDO *et al.* 2016).

Cabe ao profissional no exercício de suas funções, comprometido com uma aprendizagem de qualidade, refletir sobre suas limitações, experiências, formações e conhecimentos, questionar a si mesmo, se essas variáveis são suficientes para assegurar uma adequada prática pedagógica, ou se é necessário buscar maior conhecimento e saberes para assegurá-la (MAHL, 2016, OLIVEIRA, 2017).

“O professor, quando desenvolve uma atitude ativa, de interferência positiva, na relação da criança com o meio, potencializa situações de aprendizagem e desenvolvimento que de outro modo não aconteceriam” (SIQUEIRA, 2011, p. 91). Cruz (2005, p. 51), ainda, reforça que “uma atitude favorável à possibilidade de atuação profissional junto a pessoas que apresentam algum tipo de deficiência é fator importante para que se obtenha êxito na intervenção proposta”.

No exercício pedagógico, não se deve olhar aos alunos pelo prisma da deficiência, focando suas limitações, o que não conseguem realizar, reforçando a noção de incompleto, mas sim, na aprendizagem; partir das áreas fortes, interesses desses estudantes, para desenvolver as áreas ou habilidades menos desenvolvidas (HOFFMAM, 2018). Há necessidade de se “educar a criança e não a criança deficiente. Portanto, nosso entendimento deve ser sobre as possibilidades do aluno, sobre aquilo que muitas vezes nem ele mesmo tem consciência de que possui” (SIQUEIRA, 2011, p. 35). Logo, cabe, mais uma vez, chamar atenção para a responsabilidade do docente para identificar as possibilidades e as capacidades de

seus alunos, procurando potencializá-las, considerando sempre a individualidade e a maturidade de cada um.

Ademais, a participação e a interação desse estudante podem trazer muitos benefícios a ele próprio, e aos seus pares; como o desenvolvimento das capacidades afetivas, integração e inserções sociais, dignidade, respeito para com as pessoas com deficiência, construção de atitudes solidárias, aceitação, negação do preconceito e respeito pelos companheiros. “Quanto maior a diversidade dos alunos, mais ricos serão os processos de ensino e aprendizagem” (MAHL, 2016, p. 104).

Além do profissional educador, de toda a comunidade educativa requer-se atitudes que favoreçam a inclusão e a aprendizagem de alunos com TEA e outras deficiências, revisão de preconceitos e estereótipos, especialmente conscientização dos estudantes e formação também dos técnicos da instituição (OMOTE *et al.* 2005). Para ter êxito nos ambientes inclusivos, toda a comunidade escolar precisa ser informada e preparada antes de ocorrer a inclusão. A escola deve se reorganizar, adaptar-se ao aluno e não esse àquela (HARRIS; TALIAFERRO, 2014; OMOTE *et al.* 2005). Portanto, nas comunidades educativas, todos têm um papel a contribuir nos processos inclusivos, sendo que esses, abrangem várias dimensões.

Segundo Mahl (2016) e Omote *et al.* (2005), a inclusão escolar está vinculada a uma variedade de questões, as quais abrangem as dimensões atitudinais (saberes e/ou conhecimentos, sentimentos, comportamentos, valores e formação de professores, experiências, currículos, mentalidade de toda a comunidade escolar); e dimensões físicas (mobiliário, edificação, arquitetura e engenharia, laboratórios, bibliotecas, transporte) que perpassam o contexto educativo; por isso, a coexistência de todos esses fatores para a inclusão formam, assim, a escola - um *lócus* bastante complexo.

A instituição escolar precisa estar aberta à busca de práticas e alternativas diversas em direção a atender à diversidade de todos os discentes; “ela deve se consolidar como espaço de troca de experiência, diálogo, compromisso, responsabilidade, participação e aperfeiçoamento constante dos profissionais” (SIQUEIRA, 2011, p. 55).

Assim, a Educação Física Escolar necessita ousar trilhar novos caminhos que possibilitem aos alunos com TEA e outras deficiências participarem de forma ativa das aulas; proporcionando a evolução das potencialidades para todos, respeitando e compreendendo as limitações que cada um possui, assim como, conscientizar-se que

o aprendizado não será igual para todos os estudantes (SIQUEIRA, 2011; MAHL, 2016).

Buscando experiências de sucesso, Siqueira (2011) em estudo de caso que teve por objetivo compreender e analisar o desenvolvimento de práticas pedagógicas inclusivas em aulas de Educação Física, nas quais havia a presença de um aluno com TEA, também descreveu os arranjos didáticos para inclusão do aluno. O estudo revelou que a conduta da professora foi fundamental para o desenvolvimento da interação e da participação do estudante com TEA nas aulas de Educação Física, assim como a colaboração e a interação dos colegas para com aquele aluno. Entre as estratégias usadas que possibilitaram a melhora da socialização do discente, a autora apontou: educar e olhar o aluno e não para a deficiência, identificando e desenvolvendo primeiramente os pontos fortes com intuito para também melhorar as áreas mais comprometidas.

Outro aspecto relevante foi valorizar o momento de atendimento individualizado, não tendo esse momento pedagógico um fim em si mesmo, mas sim um meio para gerar condições que possibilitassem a inclusão na turma geral. Assim como ressignificar esse momento de atendimento individual e criar um canal de comunicação (ou seja, uma agenda) com a família, para que essa participe também intervindo na educação do aluno.

É imprescindível fortalecer a formação inicial e estimular a formação continuada dos professores de Educação Física, pois eles desempenham papéis fundamentais na educação inclusiva escolar. Assim, as pesquisas têm apontado os focos de intervenção: aumentar as cargas horárias de disciplinas específicas e gerais “Educação Física Especial ou Adaptada” e Educação Especial, necessitando articulação dessas com os outros componentes da grade curricular do curso; maior qualificação dos professores que ministram tais disciplinas aos acadêmicos também é necessário, bem como a possibilidade de haver estágios obrigatórios na área da Educação Especial, a fim de melhor capacitá-los para situações concretas de aprendizagem.

Referente às formações continuadas, os estudos revisados têm sugerido que os cursos de capacitação abordem várias temáticas (*bullying*, motivação, colaboração entre profissionais, uso do PEI, CFN, alterações de estratégias didáticas, conteúdos e currículos, adaptações de ambientes de ensino, como também os estímulos de cooperação entre universidade e escola); frequência em cursos de pós-graduação,

assim como participação em cursos de menor duração, pois a formação inicial será sempre será insuficiente para capacitação dos futuros professores nessa área de intervenção, sobretudo se considerarmos os saberes da prática docente.

No que se refere ao contexto de atuação, as pesquisas na área apontam para o melhor êxito da inclusão escolar, o apoio e a capacitação da equipe gestora e coordenadora escolar, além de maior apoio dos sistemas de ensino; e trabalho em equipe multidisciplinar entre profissionais da saúde e educação, principalmente na elaboração do PEI; participação da família no processo escolar; conscientização e ações de toda a comunidade educativa para a efetivação da educação inclusiva.

Portanto, mais pesquisas sobre esse tema são urgentes, a fim de contribuir para melhoria da qualidade do atendimento e garantir a concretização dos objetivos educativos, por meio de melhor qualificação dos professores, favorecendo a inclusão escolar. Desse modo, desenvolvendo as habilidades e potencialidades dos alunos com TEA e outras deficiências, para que possam transferir, aplicar e generalizar os ganhos educativos e desenvolvimento psicossocial adquiridos para outros ambientes, melhorando, assim, a qualidade de vida do aluno e de sua família.

2. TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Esse capítulo descreve as principais características do TEA, o diagnóstico e os benefícios da intervenção precoce e da atividade e/ou exercício físico para esse transtorno.

2.1. Principais características do TEA

Atualmente, o Transtorno do Espectro do Autista é a síndrome neurodesenvolvimental com maior número de pessoas acometidas. Muitos fatores têm sido considerados em suas possíveis causas. Fatores genéticos e ambientais têm sido marcados, mas ainda há muito a ser investigado. A definição do quadro de TEA sofreu muitas modificações e Conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da *American Psychiatric Association*, “as características essenciais do transtorno do espectro autista são prejuízo persistente na comunicação social recíproca e na interação social e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades” (DSM-5, 2014, p. 53). Tais sintomas estão presentes a partir do início da infância (o diagnóstico já pode ser dado entre 18 e 24 meses) e limitam e/ou prejudicam a autonomia e o funcionamento da vida cotidiana.

Com a última edição do DSM, sua quinta versão, houve a junção de três síndromes: Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Asperger (TA) e Transtorno Global de Desenvolvimento (TGD), as quais se fundiram e geraram o termo “Espectro do Autismo”. Esse termo remete a ideia de um contínuo heterogêneo, com alterações de maior ou menor grau, intensidades de leve a grave, numa série de aspectos e dimensões que vão remeter a variedades individuais de manifestações desses sintomas, necessidades terapêuticas e educativas muito diferentes.

Conforme o DSM-5, quanto aos fatores de comunicação social e comportamentos restritos e repetitivos, o referido manual classifica o transtorno em três níveis crescentes de gravidade: nível 1, exigindo apoio; nível 2, exigindo apoio substancial; e, nível 3, exigindo apoio muito substancial.

Alguns dos sintomas mais específicos para diagnóstico do TEA são:

Interação social: preferência pelo isolamento, devido à incapacidade ou à dificuldade de interação e relacionamentos sociais. “Não há expressões de apego a pessoas específicas, não há relações com adultos nem com iguais. Vínculos [maior] com adultos, relações não frequentes [...] tendem a estabelecer como respostas, mais do que iniciativa própria” (RIVIÈRE, 2010, p. 243). Em alguns casos, pode haver

motivação para se relacionarem com os pares, mas há falta dessas relações por eles apresentarem pouca empatia e dificuldades para compreender sutilezas. Podem apresentar também ausência total de ações conjuntas ou de interesses e atenção para os atos de outras pessoas.

Outras características peculiares são padrões restritos e repetitivos de comportamentos. Predominam estereotípias motoras simples (ex.: agitar as mãos, andar na ponta dos pés, balançar o corpo). Rituais simples e complexos de atividades. Resistência a mudanças de rotinas e ambientais mínimas (RIVIÈRE, 2010).

Excessivo apego a objetos. Questionamentos e conteúdos obsessivos de pensamentos limitados. “Os interesses, geralmente, são pouco funcionais e flexíveis. Predomínio maciço de condutas sem metas (ex: pequenas corridas sem rumo), aderência inflexível a estímulos que se repetem de forma idêntica (ex: filmes em vídeos assistidos seguidamente)” (ibid., 2010, p. 247).

Conforme este autor, essas ações e comportamentos reiterativos podem ser explicados pela dificuldade de dar sentido à ação própria, perceber finalidade na sua conduta. Completando a tríade das características mais notáveis dos sintomas, observa-se prejuízos no aspecto da comunicação social; dificuldades para desenvolver e manter uma conversa casual; devido, sobretudo, ao reduzido compartilhamento de interesses, emoções, afeto e êxitos em realizações de atividades. Dificuldades que criam obstáculos para iniciar ou responder a interações sociais (DSM-5, 2014; RAVIOLA, *et al.* 2017).

Rivière (2010) apresenta o problema da comunicação em duas categorias: linguagem expressiva e linguagem receptiva. Na primeira, há casos de “mutismo total ou funcional”. Pode haver verbalizações que não sejam propriamente linguísticas. Linguagens compostas de palavras soltas ou ecolalias (repetições de sons, palavras imediatamente ouvidas). Há orações que não são ecolalias, mas que não se configuram discurso ou conversa (repetições de frases, bordões de desenhos animados e comerciais que podem retratar falas ouvidas com longo espaço de tempo [ecolalia tardia]). Limitações para adaptação flexível das conversas, dos discursos e da seleção de temas relevantes e variados ao interlocutor. Regularmente, há anomalias prosódicas, referentes ao tom da voz e sua melodia.

Na linguagem receptiva, há variedades nos níveis de déficits e anomalias na compreensão das mensagens. Podem apresentar tendência a ignorar por completo a linguagem. Não responder a ordens, chamados ou indicações linguísticas de qualquer

espécie. Podem apresentar compreensão de ordens simples, apenas. Dificuldades de assimilação dos enunciados a um código. Compreensão literal e pouco flexível de informações. Não compreensão de discurso; e sendo compreendido, pode haver grande dificuldade em diferenciar o significado literal do intencional (metáforas, ironias, hipérboles) (ibid., 2010).

No que se refere à qualidade e à utilidade das funções comunicativas, as pessoas com TEA podem apresentar conduta instrumental, quando essa linguagem é usada para realizar trocas no mundo físico com outras pessoas (por exemplo, pedir). Condutas comunicativas para exigir, mas não para intercambiar o mundo intelectual; quando esses intercâmbios ocorrem, por meio de declarações, comentários, etc. (RIVIÈRE, 2010).

A necessidade de preservar a rotina e os ambientes já familiarizados, segundo Rivière (2010), remete à formação ou ao uso de esquemas mentais, os quais permitem organizar o mundo cognitivo. Sem tal organização, as realidades não se acomodam perfeitamente aos eventos e circunstâncias já ocorridas, geram-se novidades incompreensíveis do ponto de vista cognitivo e inaceitáveis na perspectiva emocional. Assim, é muito importante que as atividades propostas sejam sempre previsíveis (RAFFIN, 2001).

Além da necessidade de ambientes e rotinas padronizadas, ainda há, consoante o DSM-5 (2014), um aspecto precoce das características do TEA: atenção compartilhada prejudicada, manifestada por ausência do gesto de apontar, mostrar ou trazer objetos para perto, a fim de compartilhar o interesse com pares; ou dificuldade para seguir o olhar indicador ou o gesto de apontar de outras pessoas. Isso gera dificuldade para iniciar e responder as interações sociais com manutenção do contato visual. Tais obstáculos para a interação dificultam a construção de amizades e as relações sociais. Na linguagem não verbal, observam-se déficits no uso e na compreensão gestual, podendo haver ausência total de expressões faciais; linguagem corporal ausente, ineficiente ou estranha: dificuldade para harmonizar expressão corporal com a fala (DSM-5, 2014).

Essa configuração da comunicação das pessoas com TEA parece favorecer a tendência para a escolha de atividades individualizadas. Alguns critérios de diagnóstico para detectar prejuízos nas interações sociais e constatar padrões restritos e repetitivos de comportamentos são:

1. Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos (abandar as mãos, estalar os dedos, alinhar brinquedos, girar objetos, ecolalia)” 2. Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal e não verbal (p. ex., sofrimento extremo em relação a pequenas mudanças, dificuldade com transições, padrões rígidos de pensamento [...], necessidades de fazer o mesmo caminho ou ingerir os mesmos alimentos diariamente). 3. Interesses fixos e altamente restritos que são anormais em intensidade e foco (forte apego ou preocupação com objetos incomuns [...]) 4. Hiper ou hiporeatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente (ex.: indiferença aparente a dor/temperatura, reação contrária a sons ou texturas específicas, cheirar ou tocar objetos de forma excessiva, fascinação visual por luzes e por movimentos), (DSM-5, 2014, p. 50).

Habilidades que podem estar ausentes, limitadas ou empobrecidas nas crianças são: imitação e imaginação compartilhada (brincar de faz de conta, conforme a idade), jogo social. Essas podem se tornar barreiras para a inclusão em brincadeiras de grupo com os pares. Tais habilidades sociais e comunicativas são importantes meios para aprendizagens. “Dificuldades específicas para aprendizagens (leitura, escrita e aritmética) são comuns, assim como transtorno de desenvolvimento da coordenação” (DSM-5, 2014, p. 50). Outros problemas que dificultam o aprendizado são irregularidades de atenção (foco demasiado ou distração fácil) como também a hiperatividade motora.

Para os sistemas de Saúde e Educação, grande parte dos desafios é a constituição e a manutenção de equipes multidisciplinares, pois há grande prevalência de comorbidades: cerca de 70% das pessoas com TEA podem ter um transtorno mental comórbido, e 40% podem ter dois ou mais (DSM-5, 2014). Tais condições clínicas incluem deficiência intelectual, epilepsia, distúrbios de sono, transtorno alimentar restritivo/evitativo; as quais muitas vezes são causadas por predisposições genéticas.

Pode haver também atrasos motores, dispraxias, incoordenação e distúrbios de marcha, além de outras dificuldades comportamentais: “hiperatividade, transtorno obsessivo-compulsivo, comportamentos de autoagressão, agressividade e estereotípias, tiques e sintomas afetivos (reações afetivas inadequadas, ansiedade e depressão, labilidade [ausência de estabilidade emocional])” (RAVIOLA *et al.* 2017, p. 178-179).

Os meninos são diagnosticados quatro vezes mais do que as meninas, um fator de risco importante, entretanto, elas têm maior probabilidade de apresentar Deficiência Intelectual (DI) comórbida. Já os fatores ambientais podem envolver a idade avançada dos pais, baixo peso ao nascer, parto extremamente prematuro

(menos de 26 semanas), infecção por rubéola e contaminação por algum inseticida (como o organofosforado clorpirifós) no primeiro trimestre de gravidez ou exposição do feto ao ácido valpróico (componente de medicamentos usados para tratar patologias como: epilepsia, convulsões e transtorno bipolar) que podem contribuir para prevalência do TEA (RAVIOLA *et al.*, 2017; DSM-5, 2014).

O fator genético também contribui para elevar o risco da ocorrência do TEA. Em casos de hereditariedade, estimativas da taxa de concordância do TEA entre gêmeos variam entre 37% a 90%. Já entre irmãos comuns (não univitelinos, nem fraternos [dizigóticos]), a taxa de recorrência cai para 2% a 19%. Além das condições de familiares com problemas de aprendizagem, transtornos psiquiátricos e déficit social. Fator socioeconômico: crianças afro-americanas podem ter diagnóstico mais tardio ou um subdiagnóstico; é possível inferir que tais fatos também ocorram no Brasil (DSM-5, 2014; RAVIOLA *et al.* 2017); já que, em muitos casos “o diagnóstico dos casos de TEA são realizados tardiamente no Brasil, seguindo em aberto até os 6 ou 7 anos de idade, ou por mais tempo” (HOFFMAM, 2018, p. 578).

Desse modo, quando há comorbidades, as discrepâncias entre as habilidades intelectuais possuídas e as demandas sociais adaptativas requeridas costumam ser muito grande. Segundo os estudos científicos, embora o TEA ainda não tenha cura, por outro lado, também “não é um transtorno degenerativo, sendo comum que a aprendizagem e a compensação continuem ao longo [de toda] vida” (DSM-5, 2014, p. 56). Por isso, são importantes o diagnóstico e as intervenções de maneira precoce, serviços que são direitos garantidos (Decreto nº 6.949, 2009; Lei nº 13.146, 2015).

2.2 Diagnóstico do TEA

O diagnóstico é baseado nas observações de comportamentos e relatórios de pais e responsáveis sobre déficits na socialização e na comunicação, nos interesses restritos e nos comportamentos repetitivos. O diagnóstico ainda é eminentemente clínico; ainda que sejam recomendados exames de imagem e patológicos para que alguns quadros sejam descartados, não há exames específicos nem exames que possam garantir o diagnóstico. Para alcançar avaliações mais fidedignas, o trabalho colaborativo é crucial (DILLENBURGER *et al.* 2014). As perspectivas de vários profissionais (em equipe multiprofissional) são requeridas (RAVIOLA *et al.* 2017) e os esforços conjuntos podem envolver professores regentes, professores especializados em Educação Especial e/ou Educação Física Adaptada, psicólogos, fonoaudiólogos,

fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos (*NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

O TEA deve ser diferenciado do Transtorno da Comunicação, da Deficiência Intelectual (DI), de comprometimentos sensoriais (especialmente surdez), do transtorno reativo de vinculação da Infância, dos transtornos obsessivos-compulsivos e relacionados, dos transtornos de ansiedade, incluindo mutismo seletivo, esquizofrenia, transtornos dos movimentos estereotipados, TDAH e síndrome de Rett (RAVIOLA *et al.* 2017, p. 178).

A avaliação, predominantemente do olhar clínico, consiste numa coleta de informações sistemática sobre a criança, a família e os ambientes para apoiar a tomada de decisões a respeito da triagem, da identificação, da seleção, do planejamento de programas, do monitoramento e da avaliação. É mais útil e funcional quando se identifica mais especificamente as habilidades, ações ou características que podem ser dirigidas para mudanças comportamentais; buscando-se, assim, reduzir comportamentos interferentes e mal adaptados e construir habilidades autorregulatórias que podem resultar em resiliência e autocontrole a longo prazo (BAGNATO; NEISWORTH, 1999).

2.3. Intervenção precoce

O diagnóstico e as intervenções de serviços educacionais e terapêuticos na primeira infância são serviços fundamentais para o desenvolvimento da criança de zero a seis anos (CARVALHO *et al.* 2016). “Todas as crianças, com 18 a 24 meses de vida, devem receber triagem específica para TEA, além de triagem ampla de desenvolvimento, já aos 9 meses. Alguns instrumentos para esses procedimentos já foram desenvolvidos, como a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), ferramenta gratuita para essa triagem com 23 itens, para ser aplicadas a crianças de 16 a 30 meses de vida; conforme os resultados, elas podem necessitar de uma avaliação “mais minuciosa para possíveis casos de TEA ou de atrasos de desenvolvimento” (RAVIOLA *et al.*, 2017, p. 179).

Após a triagem e o referido diagnóstico do TEA, deve-se iniciar o quanto antes as intervenções precoces – serviços essenciais em programas educativos e de saúde na infância – as quais podem ser definidas como:

Conjunto das intervenções dirigidas às crianças, até aos 6 anos, com problemas de desenvolvimento ou em risco de os virem a apresentar, suas famílias e contextos, tendo por objetivo responder, o mais cedo possível, às necessidades, transitórias ou permanentes que apresentam (FRANCO, 2007, p. 115).

Uma outra de definição desse serviço, mais focada num paradigma clínico, consiste: “intervenção precoce é baseada em descrições funcionais de problemas de comportamentos e numa tentativa de modificar a severidade deles, antes que esses padrões comportamentais se tornem consolidados e intratáveis” (BAGNATO; NEISWORTH, 1999, p. 355; tradução do autor).

Logo, esse tratamento inicial pode resultar em melhorias significativas no desenvolvimento da linguagem, na integração sensorial ao meio ambiente, na frequência à escola e no sucesso acadêmico. Na idade adulta, há a perda de grande parte das características do TEA, conseguindo com maior facilidade a inclusão social. Tais melhorias, de acordo com relatos científicos, são condicionadas à qualidade, à quantidade e à intensidade de estímulos na intervenção precoce (DILLENBURGER *et al.* 2014). 1.31.41.5

Estudos de revisão da literatura sobre o tema (ROGERS, 1996; LEVY; KIN; OLIVE, 2006) também defendem e destacam a importância do tratamento desse transtorno na primeira idade. Numa dessas pesquisas, Rogers (1996) e Bremer, Crozier e Lloyd (2016) em relatórios de revisão de artigos sobre intervenção precoce publicados em periódicos, afirma que todos os estudos relataram: significantes melhorias na taxa de aceleração do desenvolvimento, significativos ganhos em teste de Quociente de Inteligência (QI), expressivos ganhos de linguagem, melhorias no comportamento social, diminuição dos sintomas do TEA, progressos no discurso; e que os ganhos eram mantidos por anos após o fim do tratamento.

Esses ganhos no desenvolvimento foram obtidos por meio de programas intensivos de intervenções na pré-escola por período de um a dois anos. Segundo o relatório, quantidade consistente de pesquisas evidenciam os benefícios providenciados por intervenções na primeira idade; por fim, advoga que tais intervenções sejam financiadas e realizadas em larga escala em programas de educação e saúde (ROGERS, 1996; LEVY; KIN; OLIVE, 2006).

Os resultados positivos tanto nos aspectos educativos como nos terapêuticos se devem aos períodos críticos ou sensíveis de aprendizagem e de desenvolvimento neurológico (neuroplasticidades), muito investigados por meio de pesquisas em neurociências (SIGMAN *et al.* 2014).

Conforme Gallahue e Donnelly (2008, p. 43), “período sensível é uma moldura ou janela de tempo repleta de oportunidades, ocasião em que aprender novas habilidades específicas é mais fácil e mais rápido”; esses autores ainda alertam que

“o desperdício desse período sensível de aprendizagem de habilidades [cognitivas e] motoras na infância dificulta que a criança atinja níveis mais altos de habilidades mais adiante”. Além disso, tal período tem um papel decisivo na modelação da estrutura cerebral (CARVALHO *et al.* 2016).

Já sobre a neuroplasticidade cerebral: a neuroplasticidade refere-se à capacidade de o sistema nervoso, nos níveis celular, anatômico e metabólico, se modificar por meio das experiências. Essa capacidade varia ao longo do tempo; sabe-se que “é tanto maior quanto mais nova é a criança”. Portanto, é mais fácil e efetivo influenciar o curso de desenvolvimento da arquitetura cerebral de uma criança, principalmente dos 0 aos 3 anos (uma vez que “três quartos do desenvolvimento cerebral ocorrem entre os dois meses e os dois anos”) do que quando essa estiver na idade adulta (CARVALHO *et al.* 2016, p. 35-36).

Se, por um lado, os estímulos ambientais positivos são altamente benéficos; sabe-se, no entanto, que situações infantis precoces de exposição a experiências negativas de privação ambiental, de interação social, de estresse, de medo, de trauma, de violência (toxidade social), também afetarão os progressos psicológico e neurológico; contudo, de modo negativo, podendo causar atraso, estagnação ou regressão de desenvolvimento (CARVALHO *et al.* 2016; SIGMAN *et al.* 2014).

Em vista disso, vários países convertendo os avanços científicos em políticas públicas, desenvolveram sistema nacional de intervenção precoce, com colaboração e articulação interministerial e intersetorial (público e privado) para intervenção mais articulada e abrangente para crianças com ou sem deficiências. Investir na primeira infância é uma área estratégica, pois não só aumenta a qualidade de vida, previne e reduz fatores de riscos; como também representa um dos melhores e maiores retornos sociais e econômicos, já que se reduz a médio e longo prazos os custos financeiros aos sistemas de saúde e educação; favorecendo, assim, as famílias, a sociedade e todo o país (CARVALHO *et al.* 2016).

Tais sistemas de intervenção, estabelecidos por legislação própria, como política de Estado, permite organizar um sistema integrado, perpassando nos níveis nacional, regional e local, com o objetivo que diferentes setores, serviços e instituições desenvolvam atividades com finalidades comuns de colaboração mais efetiva, atendendo um maior número de crianças e famílias. Essa política se traduz num aumento de ações coordenadas e abrangentes, com resultados mais eficazes e duradouros; há compartilhamento de responsabilidades; maior agilização de serviços

às famílias e às crianças; melhor adequação e otimização de recursos (humanos, financeiros e materiais), com consequente diminuição de duplicação de gastos e recursos desnecessários; supera-se lacunas e ações incoerentes, redundantes, fragmentadas, devido à falta ou falha de informações (CARVALHO *et al.* 2016).

2.4 Fatores de qualidade na intervenção precoce

Algumas características eficazes em programas educacionais de intervenção precoce são: a entrada dessas crianças com bom engajamento em programas educacionais, com ensino planejado e organizado em relativos períodos de tempo, considerando para as crianças mais novas, baixa proporção de pessoal: um adulto para uma criança ou para um grupo pequeno delas, de modo que a quantidade de atenção seja suficiente, a fim de atingir metas individualizadas; participação dos pais; atividades educacionais para objetivos definidos, sistematicamente planejados e apropriados, nas quais a criança está comprometida (MYERS; JOHNSON, 2007; LEVY; KIM; OLIVE, 2006; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Myers e Johnson (2007) indicam, ainda, outros fatores eficazes, como o uso de currículo baseado em avaliações que abordem habilidades sociais, tais quais: interação recíproca, iniciação, imitação, atenção conjunta e autogerenciamento; habilidades adaptativas funcionais permitem aumento da independência e responsabilidade, assim como a redução de comportamentos desafiadores e mal adaptados, por meio de estratégias de apoio e avaliação funcional; habilidades cognitivas, como, por exemplo, jogo simbólico e conversação.

O tempo de instrução daquelas intervenções e os respectivos estímulos irão variar conforme a idade cronológica, o nível de desenvolvimento, as potencialidades, limitações e necessidades familiares. A criança deve receber diariamente atenção individualizada suficiente (durante todo o dia em diferentes contextos) para que a implementação e a busca dos objetivos sejam conduzidas de forma efetiva. Os focos de prioridades incluem desenvolvimento cognitivo, habilidades para recreação e jogos lúdicos e abordagem proativas para os problemas de comportamentos. Para aumentar os ganhos de desenvolvimento, à medida que as crianças vão se desenvolvendo e aumentando suas aquisições, elas devem receber também instruções especializadas em ambientes de inclusão, onde ocorrem as contínuas interações com seus pares sem deficiência (LEVY; KIM; OLIVE, 2006; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Faz parte, ainda, a implementação de estratégias para aplicar as habilidades aprendidas em novas situações e ambientes (generalização), para manter o uso funcional dessas capacidades desenvolvidas; uma vez que, um dos objetivos do sistema escolar e terapêutico é fazer a criança com TEA adquirir um certo grau de autonomia. Avaliações contínuas e documentação do progresso individual devem ser realizadas de modo a ajustar o planejamento quando necessário (CARVALHO *et al.* 2016; MYERS; JOHNSON, 2007; RAFFIN, 2001).

Além das medidas terapêuticas, programas de atividades e exercícios físicos também são comprovados e utilizados como recursos complementares para a diminuição de comportamentos inadequados, socialização, aumento do bem-estar e qualidade de vida geral (HOFFMAM, 2018; SORENSEN; ZARRETT, 2014). É comum não possuírem alto custo, são eficientes e seguros quando bem prescritos e orientados.

2.5 Atividade e/ou exercício físico e TEA

A prática regular de atividade física como meio de intervenção é comprovada na literatura científica (LIMA; OLIVEIRA, 2018; LOURENÇO *et al.* 2015) como meio para melhorar comportamentos, habilidades motoras e capacidades psicossociais de crianças e adultos com TEA. Logo, percebe-se a importância da Educação Física escolar e programas de atividades e exercícios físicos em escolas e em locais comunitários como praças e parque para melhorar o crescimento saudável e desenvolvimento dessa população.

Duas abordagens muito utilizadas nas aulas de Educação Física para alunos com TEA e outras deficiências são: a desenvolvimentista e a psicomotricidade. Essa última objetiva promover o desenvolvimento global da criança pelos processos afetivos, cognitivos e psicomotores. Enquanto aquela objetiva favorecer a evolução dos aspectos físicos, desenvolvimento motor e aprendizagem de habilidades motoras, apropriadas a faixa etária, bem como planejar programas adequados de estímulos e desenvolvimento dessas capacidades (LIMA, *et al.* 2017; SILVA; JÚNIOR; ARAÚJO, 2008, GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Conforme Alves (2014), o desenvolvimento das habilidades motoras além de ajudar nas execuções das atividades diárias, servem para as finalidades lúdicas, as

quais podem providenciar a socialização de crianças com TEA. O desenvolvimento de tais habilidades também é a base para outras: ocupacionais, artísticas e esportivas.

O programa desenvolvimentista busca o aprimoramento individual de todas as crianças (com e sem deficiências), no que diz respeito a aquisição de habilidades motoras, aptidão física, aprendizagem cognitiva e crescimento afetivo. Tal programa também se empenha em modificar as experiências motoras, tendo em vista as capacidades físicas, intelectuais e emocionais de cada criança (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Segundo Alves (2014) e Gallahue; Donnelly (2008), o desenvolvimento pode ser dividido em três aspectos: cognitivo, socioafetivo e motor. As atividades e exercícios físicos auxiliam as crianças com TEA a se tornarem mais independentes nas realizações de tarefas diárias, bem como melhora a autoconfiança e fortalece a identidade. Os estímulos das habilidades motoras, junto aos estímulos sociais e emocionais para as crianças com TEA, podem providenciar maiores resultados globais de desenvolvimento (WINNICK; PORRETA, 2016).

Logo, o profissional de Educação Física precisa estimular as crianças com TEA, considerando as reais necessidades e características delas para melhores resultados das intervenções (ALVES, 2014). Essa autora concluiu em sua pesquisa que a aplicação de testes de desenvolvimento motor, para planejar um programa de exercícios, possibilitou desenvolvimento motor desses alunos. Ainda segundo ela, o aperfeiçoamento nessa capacidade influencia, ao visar o desenvolvimento geral, a melhora na qualidade de vida.

Ademais, vasta quantidade de estudos (SORENSEN; ZARRETT, 2014; SOWA; MEULENBROEK, 2012; LANG *et al.* 2010) corroboram a tese: pessoas com TEA são beneficiadas, na interrelação biopsicossocial, quando possuem maiores níveis de atividades e exercícios físicos.

Sowa e Meulenbroek (2012) fizeram um estudo de meta análise a respeito dos efeitos do exercício físico sobre o TEA. O trabalho de revisão sistemática selecionou dezesseis estudos sobre comportamentos, que abrangeram 133 crianças e adultos com variados graus desse Transtorno – que participaram de atividades físicas estruturadas em contexto de grupo ou individualmente. No geral, os participantes se beneficiaram mais de exercícios individuais do que os exercícios em grupo. Habilidades motoras em programas individualizados obtiveram melhores resultados,

as interações sociais mostraram diferença estatística significativa. Corrida e natação foram as duas atividades físicas terapêuticas mais aplicadas.

As intervenções baseadas em exercícios mostraram efeitos positivos e promissores em duas das características (déficits social e motor) do TEA; resultados de habilidades comunicativas foram insuficientes para permitir avaliações sistemáticas. Embora os autores ressaltem que os resultados das pesquisas não possam ser generalizados para toda a população com TEA, eles afirmam que os estudos analisados mostram fortes benefícios de exercícios físicos nas funções motoras e sociais (SOWA; MEULENBROEK, 2012).

Menear e Neumeier (2015) afirmam que uma análise global de cinquenta e nove artigos, publicados entre 1947 a 2009, mostrou que crianças com maiores níveis de atividades físicas obtiveram melhoras significativas em teste cognitivos; e estudos de intervenção constataram que exercícios de corrida lideraram a diminuição de comportamentos inadequados por aproximadamente 40 minutos pós-exercício. Além disso, mais pesquisas confirmaram a hipótese de que exercícios diminuem, em curto prazo, comportamentos desafiadores em crianças com TEA.

Outros resultados encontraram aperfeiçoamento em períodos de atenção, comportamento social e aprendizagem após exercícios aeróbicos; benefícios similares têm sido comprovados em programas de exercício que utilizam natação, equoterapia e ciclismo. Os autores relatam que mais benefícios físicos e psicológicos derivados de exercícios físicos continuam sendo descobertos e que os professores deveriam utilizar esses conhecimentos para fornecer estímulos com vistas ao desenvolvimento geral e bem-estar dos alunos com TEA (MENEAR; NEUMEIER, 2015; LOURENÇO *et al.* 2016).

Em outro trabalho de revisão sistemática, Ogg-Groenendaal, Claessen e Hermans (2014) buscaram compreender o efeito de intervenções de exercícios em comportamentos desafiadores nas deficiências intelectuais. Avaliações quantitativas dos resultados revelaram significativamente diminuição em comportamentos desafiadores, após participação em exercícios de intervenção. Não houve diferenças significativas entre exercícios de baixa e alta intensidade. Em sua maioria, os estudos foram avaliados com fraca consistência metodológica, outras pesquisas foram recomendadas para fornecer resultados e diretrizes mais específicas com relação à intensidade, frequência, duração e contexto coletivo ou individual para população estudada.

Segundo Ogg-Groenendaal, Claessen e Hermans (2014), apesar dessa limitação, os resultados indicaram uma melhora média de 44,4% em comportamentos desafiadores, 40,6% em comportamentos estereotipados, 16,4% para comportamento agressivo, 23,1% para autolesão, 8,2% para hiperatividade e 55,9% para outras formas de comportamento desafiador. Tais intervenções parecem ser um tratamento efetivo para comportamentos desafiadores em deficiências intelectuais. Houve evidências de que proporcionar mais sessões de exercício durante o dia é mais eficiente do que oferecer uma única sessão ao dia, ou uma única durante algum intervalo de dias, embora tais hipóteses carecessem de mais investigações.

Ogg-Groenendaal, Claessen e Hermans (2014), ainda, relatam que os efeitos benéficos do exercício podem ser parcialmente explicados pela liberação de hormônios como a endorfina: sensação de realização após as atividades físicas, aumento da atenção e fadiga causada. Segundo o estudo, os resultados da revisão recomendam exercícios físicos como medida de tratamento alternativa e/ou complementar a métodos de intervenção psicofarmacológicos, medidas restritivas e abordagens de atitudes para comportamentos desafiadores em pessoas com deficiências intelectuais, pois são positivos, sem alto custo e quase não há desvantagens, quando bem prescritos e orientados.

Logo, é fundamental que professores e profissionais de Educação Física proporcionem estímulos adequados, individualizados – haja vista que as atividades e os exercícios físicos são mais eficientes em contexto individual. Entretanto, crianças com TEA também necessitam desenvolver suas habilidades comunicativas e sociais, de modo que atividades em grupos também são recomendadas (HOFFMAM, 2018).

Assim, esses profissionais que atuam tanto nas áreas de saúde e de educação precisam conhecer e aplicar esses conhecimentos sobre a importância e os benefícios das atividades e dos exercícios físicos para pessoas com TEA, bem como estratégias de ensino, recursos e adaptações para adesão e permanência nas atividades, a fim de aprimorar o desenvolvimento geral e melhorar a qualidade de vida (WINNICK; PORRETTA, 2016; SCHLIEMANN, 2014).

Portanto, os professores/profissionais de Educação Física – não só quando, mas, principalmente, enquanto componentes de equipes multidisciplinares de educação e saúde – precisam conhecer as principais características do TEA, as manifestações dos sinais predominantes do transtorno nas três áreas principais afetadas: interação social, comunicação e padrões repetitivos e restritos de interesses

e comportamentos. Além disso, devem possuir conhecimentos das necessidades terapêuticas e educativas individuais e fatores pessoais correlacionados como preservação de rotinas e familiaridade com ambientes, que podem interferir quando se ministra uma aula ou se desenvolve um atendimento (DILLENBURGER *et al.* 2014; KANSAS, 2009).

Assim como precisam compreender a importância de um diagnóstico conjunto e a importância e os fatores de programas de intervenção precoce nas primeiras idades, pois, além de ser um direito das pessoas com deficiências, são fundamentais para o desenvolvimento e a aprendizagem das crianças com TEA e na diminuição de comportamentos inadequados (CARVALHO *et al.*, 2016).

E, sobretudo, precisam conhecer e utilizar os estudos referentes aos benefícios das atividades e exercícios físicos para crianças, adolescentes e outras pessoas com TEA (MENEAR; NEUMEIER, 2015). Portanto, para se apropriar dessa gama de conhecimentos e informações são recomendados o trabalho multidisciplinar e a formação continuada (CARVALHO *et al.*, 2016), a fim de uma intervenção qualificada junto a crianças com TEA, tendo em vista a complexidade desse transtorno.

Por conseguinte, para articular essas ações, estímulos e intervenções, a fim de obter melhores progressos no desenvolvimento da pessoa com TEA, o trabalho conjunto em equipe multiprofissional com a saúde, a educação e a assistência social é fundamental (CARVALHO *et al.*, 2016; DILLENBURGER *et al.*, 2014).

Além disso, ao participarem desses grupos com pessoal de diferentes especialidades profissionais e científicas, convém que os professores de Educação Física, assim como os outros especialistas, tenham conhecimentos sobre os três tipos de organização das equipes (CARVALHO *et al.*, 2016; FRANCO, 2007).

3. EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Um aspecto importante no tratamento e na diminuição dos sintomas disfuncionais do TEA, trata-se do trabalho e da colaboração de diferentes profissionais com intuito de alcançar o mesmo objetivo. De acordo com Peduzzi (2001, 108), “o trabalho em equipe multiprofissional consiste em 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”, e por intermédio da comunicação, oral e escrita, articula-se as ações e as cooperações dos diferentes especialistas.

Shapiro e Sayers (2003) afirmam que uma das exigências fundamentais para uma efetiva interação de todos os membros da equipe é que cada um tenha um entendimento e apreciação das contribuições de cada disciplina. No trabalho colaborativo da equipe multiprofissional, na intervenção precoce, requer-se que os profissionais adotem um conjunto comum de padrões apropriados para o desenvolvimento das principais atividades de triagem, diagnóstico, avaliação, planejamento curricular individualizado, avaliações de programas e progresso de desenvolvimento e serviços oferecidos à criança e às famílias (CARVALHO *et al.* 2016; BAGNATO; NEISWORTH, 1999).

Carvalho *et al.* (2016) e Franco (2007) destacam a diferença entre a equipe multiprofissional e equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. O grupo Multiprofissional requer vários profissionais com diferentes *expertises*, trabalhando em colaboração, em busca de objetivos comuns. Os profissionais podem possuir a mesma formação básica, porém com especialidades distintas: psicologia clínica, psicologia educacional, psicologia social ou médico: neurologista, pediatra, psiquiatra.

Outras equipes podem ser mais completas, tendo uma maior amplitude de áreas profissionais: psicólogo clínico, psicólogo educacional; neurologista, pediatra e/ou psiquiatra; pedagogo; fonoaudiólogo; professor e/ou profissional de Educação Física; fisioterapeuta, entre outros. A constituição da equipe depende da necessidade do público ao qual ela atende, bem como dos recursos e condições da instituição responsável pela manutenção da mesma (CARVALHO *et al.* 2016).

Os termos multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar referem-se ao modelo ou dinâmica de trabalho entre os profissionais, assim como a interação, cooperação e participação de sujeitos externos a equipe. Nesses dois últimos

modelos, também busca-se construir conhecimento para atingir os objetivos. Assim sendo, Carvalho *et al.* (2016) e Franco (2007) relatam que, na organização e na dinâmica de trabalho de equipes multiprofissionais – que objetivam eliminar e/ou diminuir as condições e os riscos de desenvolvimento das deficiências – a estrutura e a dinâmica deste último modelo é a mais indicada para a colaboração dos especialistas.

3.1 Equipe multidisciplinar

No modelo multidisciplinar, os resultados são mais uma soma das partes das intervenções: o que cada um dos membros da equipe pensa ser necessário à criança, havendo fraca interligação e coordenação das ações e dos programas de intervenções. Cada profissional atua, com a mesma criança, ou família, de modo separado e, paralelamente em relação aos outros componentes da equipe, em razão dos déficits verificados. Podem ocorrer casos de intervenções contraditórias, concorrentes como também dificuldade para estabelecer prioridades (FRANCO, 2007).

De acordo com Tress, Tress e Fry (2006), na dinâmica multidisciplinar, em se tratando de pesquisas, há várias disciplinas acadêmicas, mas com objetivos multidisciplinares para cada área; a troca de conhecimento é superficial, não há objetivo de ultrapassar as fronteiras disciplinares a fim de desenvolver novos conhecimentos e teorias. O progresso no desenvolvimento de cada disciplina, sem integração com as outras, objetiva comparar resultados.

3.2 Equipe interdisciplinar

O modelo interdisciplinar é mais integrado que o anterior. Há maior interação no trabalho de equipe, maior partilha de conhecimentos e a troca de informações é essencial. Embora haja uma estrutura formal de integração, as tomadas de decisões referentes ao planejamento e às intervenções continuam a ser de cada disciplina ou profissional especialista. Pode haver uma hierarquia das profissões nas relações da equipe (FRANCO, 2007).

Conforme Tress, Tress e Fry (2006), os modelos interdisciplinar e transdisciplinar possuem alta integração. No modelo interdisciplinar de estudos, envolvem-se várias disciplinas acadêmicas não relacionadas, em um modo que elas

são forçadas a ultrapassar suas fronteiras, criando-se novos conhecimento e teoria, além do que é estabelecido um objetivo comum para resolver um problema comum. Já no modelo transdisciplinar de estudos, para resolver um tema ou problema, as disciplinas acadêmicas estão relacionadas não apenas entre elas, como também há integração dessas com áreas do conhecimento não-acadêmicos (há a atuação de sujeitos não-profissionais [participantes]). Como na dinâmica interdisciplinar, busca-se criar novos conhecimento e teoria, combinando-se interdisciplinaridade com abordagem participativa.

3. 3 Equipe transdisciplinar

Por conseguinte, “o modelo que mais poderá se adequar ao trabalho em intervenção precoce é o transdisciplinar” (FRANCO, 2007, p. 117). Características principais desse modelo são: plena corresponsabilidade, de todos os profissionais integrantes da equipe, referente à tomada de decisões e à avaliação dos resultados. A equipe se responsabiliza pelas intervenções e resultados, independente das ações concretas de cada membro. Nesse último modelo, ocorre maior participação ativa da família em processos de avaliação, implementação de programas, ações e intervenções (FRANCO, 2007; CARVALHO *et al.* 2016). Na dinâmica transdisciplinar, há também a integração de participantes não acadêmicos (partes interessadas [ex: familiares]) – (TRESS; TRESS; FRY, 2006). Para o *National Research Council* (2001), a família é componente fundamental do processo terapêutico e educativo, ela também pode ser foco de intervenção.

Nesse terceiro modelo, existe ainda a função do mediador de caso: um dos componentes da equipe tem mais contato regular (será a ligação) com a família e com a criança, bem como com outros contextos da criança. O mediador, também conhecido como responsável pelo caso, tem toda a equipe prestando-lhe apoio sistemático. Esse mediador – ou, ele e outro membro da equipe transdisciplinar –, juntos, podem realizar visitas às famílias, se necessário (CARVALHO *et al.* 2016).

O mediador do caso também é responsável, intermediador entre a equipe e outros profissionais (como a professora da pré-escola, por exemplo) de contextos regulares em que se insere a criança, prestando àqueles, consultoria colaborativa e estratégias a serem implantadas para maior aprendizagem e desenvolvimento da criança no ambiente escolar, tendo em vista as prioridades e as necessidades de intervenção definidas (CARVALHO *et al.* 2016).

Nesse último modelo (transdisciplinar), há mais espaço compartilhado de trabalho (menos compartilhamento de informações por escrito entre os diferentes profissionais, como ocorre nos outros dois modelos), mais intervenção conjunta, reunião e interação formal e informal [quadro 1]; a fim de estreitar relacionamentos que possam ajudar na dinâmica transdisciplinar, promovendo a valorização do saber do outro e a disponibilidade para com ele apreender (FRANCO, 2007).

Reconhece-se que é necessário fornecer respostas às necessidades de forma global, multidimensional e integrada, levando em consideração a complexidade das necessidades da criança e suas relações com os diferentes contextos. Logo, busca-se não segmentar e reduzir a totalidade e as necessidades; mesmo sendo esses exercícios, um princípio de muitas especialidades e pressuposto da ciência moderna (FRANCO, 2007).

Tendo em vista que uma ou algumas especialidades profissionais são insuficientes para buscar e concretizar os objetivos estabelecidos, há outras características fundamentais da dinâmica transdisciplinar: maior suporte mútuo, partilha de conhecimentos e interação entre os membros da equipe (FRANCO, 2007). Cada profissional complementa, com sua formação, seus conhecimento e estratégias, além de sua formação de base, devido à dinâmica do trabalho, como também necessidade de buscar respostas que solucionem necessidades específicas diagnosticadas e requeridas.

A esse respeito, Cruz (2005. p. 49) explica que “(re)conhecer as (de)limitações de uma área de atuação profissional é passo importantíssimo para que ela possa se aprimorar e estabelecer uma efetiva relação com outras áreas”.

Para uma relação colaborativa eficiente, Bagnato e Neisworth (1999) relatam que educadores, pais e profissionais da saúde mental são mais propensos a escutar, compartilhar informações e alcançar decisões verdadeiramente colaborativa a respeito de diagnóstico e avaliações, quando eles “falam a mesma língua”. Uma maneira adequada desses profissionais alcançar essa eficiente comunicação é utilizar instrumentos e práticas comuns.

Bagnato e Neisworth (1999) ainda afirmam que uma das causas dessa dificuldade comunicativa é que, frequentemente, os profissionais usam os materiais que estão familiarizados; os quais, muitas vezes, não são os que possuem maior eficiência, utilidade e precisão.

Quadro 1 – Síntese dos modelos de trabalho das equipes multiprofissionais em intervenção precoce.

Avaliação/Intervenção	Equipe Multidisciplinar	Equipe Interdisciplinar	Equipe Transdisciplinar
Processo de Avaliação	Elementos da Equipe (EE) fazem avaliações separadas	EE fazem avaliações separadas por área disciplinar e compartilham resultados	Os profissionais e a família conjuntamente planejam e conduzem uma avaliação abrangente.
Desenvolvimento do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP)	Planos separados por área disciplinar	Os EE definem objetivos em separado por área disciplinar e partilha no seu plano com o resto da equipe podendo integrar um plano do serviço equipe	Os profissionais e a família desenvolvem um plano de intervenção baseado nas preocupações prioridades e recursos da família.
Implementação do Plano Individualizado de Intervenção Precoce (PIIP)	Cada profissional implementa o seu plano separadamente de acordo com a sua especialidade	Cada profissional implementa a sua parte do plano e incorpora outras áreas se possível	Um profissional (o mediador do caso) fica responsável pela implementação do plano com a família.
Funcionamento da equipe	Equipe Multidisciplinar	Equipe Interdisciplinar	Equipe Transdisciplinar
Filosofia orientadora	Os elementos da equipe (EE) reconhecem os contributos de outras disciplinas como importantes	Os EE desenvolvem o seu próprio programa de forma separada, como sendo uma parte do plano de intervenção embora trocando alguma informação	Compromisso dos EE entre si, de ensino-aprendizagem e trabalho conjunto, ultrapassando as fronteiras disciplinares para implementar um plano de intervenção unificado
Participação da família	A família encontra-se individualmente com diferentes elementos da equipe	A família pode encontrar-se com a equipe ou com um representante	A família é membro pleno e ativo da equipe e participa de todas as fases do processo
Formas de comunicação entre os Elementos da Equipe (EE)	Geralmente de forma informal	Reuniões periódicas da equipe para estudo de caso	Reuniões de equipe regulares: partilha e troca de informação de conhecimento e de competências entre os EE

Fonte: Adaptado de CARVALHO *et al.* (2016, p. 235).

A esse respeito, Dillenburger *et al.* (2014) defendem, na conclusão de seus estudos (sobre trabalho multidisciplinar), que o método científico da Análise do Comportamento Aplicada (ABA) providencia um “denominador comum” para o trabalho multidisciplinar, sendo muito útil para a cooperação entre os sistemas: educacional, clínico e de assistência social.

3.4 Método de intervenção ABA

A sigla é ABA, abreviação de Análise Aplicada do Comportamento. Trata-se de um processo de aplicação de intervenções, que são baseadas nos princípios da aprendizagem derivada da pesquisa em psicologia experimental, com a finalidade de mudança sistemática de comportamentos (MYERS; JOHNSON, 2007). Essa perspectiva de atuação caracteriza-se por três momentos de recolha de dados: antes, durante e depois das intervenções, com objetivo de não só analisar o progresso individual da criança como também ajudar na tomada de decisões referentes ao programa de intervenções e às estratégias que vão promover a aquisição das habilidades específicas a cada criança (CAMARGO; RISPOLI, 2013).

Tem sido conhecido como um método usado para aumentar os comportamentos adaptativos desejáveis, reduzir comportamentos mal adaptados ou limitar as condições em que eles ocorrem, ensinar novas habilidades e generalizar comportamentos para novas situações ou ambientes. A metodologia foca na mensuração confiável e avaliação objetiva, funcional e rigorosa de comportamentos observáveis dentro de contextos relevantes, os quais incluem: casa, escola e espaços comunitários, e na obtenção de informações que podem ser úteis para potencializar a eficiência e efetividade das intervenções comportamentais (MYERS; JOHNSON, 2007).

Nessa abordagem, identifica-se quais os eventos antecedentes e consequentes ao comportamento que foi escolhido como foco, bem como outros fatores ambientais associados que mantêm essas condutas; desenvolve-se hipóteses que buscam explicar a função motivadora do comportamento e coleta-se dados observáveis diretos para testá-las. Formula-se claras descrições de problemas comportamentais (intensidade e frequência). Ainda, conforme Myers e Johnson (2007), análises funcionais também são úteis na identificação de fatores antecedentes e consequentes que são correlacionados com o aumento e a frequência de

comportamentos desejáveis para que possam ser usados para invocar novas condutas adaptativas.

Os profissionais que têm formação em Análise do Comportamento são conhecidos como analistas do comportamento; têm uma base comum para desenvolver um trabalho multidisciplinar, inclusivo e colaborativo, no qual as intervenções são baseadas em evidências, individualizadas, centradas na criança, sendo as decisões (tomadas em estreita colaborações entre os profissionais) determinadas pelos comportamentos produzidos (DILLENBURGER *et al.* 2014).

Sem uma base conceitual comum, há o perigo da multidisciplinaridade regredir para um mero ecletismo, não seguindo sistema nenhum, havendo variedades de metodologias. Há pesquisas que comprovam a ineficácia de intervenções ecléticas quando comparadas a intervenções baseadas em ABA (DILLENBURGER *et al.* 2014).

Outro fator de credibilidade desse método é o fato de que mais de 30 anos de pesquisas mostraram a eficácia dos métodos de Análise de Comportamento Aplicado em reduzir os inapropriados e aumentar os apropriados comportamentos, melhorar aprendizagem e aumentar a comunicação (DILLENBURGER *et al.* 2014). Assim como sustentáveis ganhos em Quociente de Inteligência (QI), desempenho acadêmico, linguagem, e alguns resultados de comportamentos sociais, comparados a crianças em grupo de controle (MYERS; JOHNSON, 2007). Por isso, Nunes e Silveira (2011) relatam que a psicanálise aliada à área educacional pode favorecer o tratamento e a educação de crianças com TEA.

Dixon, Granpeesheh e Tarbox (2009) fizeram um estudo de revisão e descrição sobre intervenções do método ABA aplicadas em crianças com TEA. O estudo afirma que as recomendações, para maior efetividade do tratamento de intensiva intervenção comportamental precoce, correspondem a 30-40 horas de tratamento semanal de intervenção individual, por mínimo dois anos (com ambiente natural de educação em um formato de ensino estruturado) iniciando antes dos cinco anos de idade. Ademais, comunicações entre psiquiatras e aplicadores do método ABA também resultam em muitos benefícios ao desenvolvimento da criança.

O estudo de revisão descrito afirma ainda que o método ABA tem sido utilizado para ensinar habilidades pré-acadêmicas e acadêmicas (resolução de problemas matemáticos, compreensão de leitura, geografia), sugerindo, assim, que é possível professores, após certificação, também utilizarem tal método para suas intervenções e objetivos pedagógicos. Visto que estudos de revisão sobre inclusão educacional de

alunos com TEA no Brasil (NASCIMENTO, CRUZ; BRAUN, 2016; LIMA; LAPLANE, 2016; OLIVEIRA; PAULA, 2012; NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT, 2013, p. 562 e 564;), no que se refere aos procedimentos didáticos, “[...] os métodos de ensino utilizados pelos professores produzem limitado impacto na aprendizagem dos educandos com autismo” e há “carências de atividades pedagógicas, como a matemática, a leitura e a escrita”. Para esses autores, embora haja, na literatura internacional, estratégias de ensino validadas empiricamente para alunos com TEA (ex: Ontario, [2007])⁹, poucas são utilizadas pelos docentes no Brasil; presume-se que pequena parte delas são conhecidas, pois, conforme Nascimento; Cruz; Braun (2016), há poucos¹⁰ estudos com esse foco no contexto nacional.

Oliveira e Nunes (2012, p. 60), além de também comprovarem que há poucas pesquisas com dados empíricos brasileiros sobre a escolarização de crianças com TEA no Brasil, (sugerem novas pesquisas com amostra maior e metodologias mais complexas), também reforçam as afirmações sobre a qualidade da escolarização desses alunos: “em torno de 90% dos alunos com autismo não acompanham os conteúdos pedagógicos desenvolvidos pelas escolas” e “a porcentagem de alunos que sabiam ler, escrever, fazer contas e que acompanhavam os conteúdos pedagógicos ficou abaixo de 10% no 1º ciclo e abaixo de 60% no 2º e 3º ciclos”.

Lima e Laplane (2016, p. 269) concluíram na pesquisa, “Escolarização de alunos com Autismo”, que embora esses alunos tenham acesso, frequentem ambientes escolar regular; o índice de evasão é muito alto. De modo geral, “o processo de escolarização de alunos com autismo não se conclui e poucos chegam ao ensino médio” e que “apesar das garantias expressadas em leis, documentos e diretrizes, a participação de alunos com autismo no ambiente escolar ainda é problemática e se encontra distante das metas inclusivas” (*Ibid.* p. 281). Portanto, além do método ABA, outros com comprovadas eficácias em ensino podem ser empregados para aumentar e melhorar a alfabetização inicial e o prosseguimento escolar.

⁹ Conforme Nascimento; Cruz e Braun (2016), se algum órgão governamental educativo brasileiro elaborasse um documento de guia e orientação tão abrangente, semelhante àquele; isso seria muito valioso à educação do país.

¹⁰ Há também carência de pesquisas epidemiológicas nacionais com grandes amostras populacionais, validação de instrumentos para diagnósticos, que poderia contribuir para o estabelecimento de políticas públicas (TEIXEIRA *et al.* 2010).

3.5 Método de intervenção TEACCH

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children (TEACCH) é outro método muito utilizado, consiste em ensino estruturado. Importantes elementos desse método incluem: organização do ambiente físico; sequências previsíveis das atividades; horários e cronogramas visuais; atividades visualmente estruturadas, como também sistemas de atividades e trabalhos estruturados e rotinas flexíveis. Em tal método, enfatiza-se tanto o aprimoramento das habilidades individuais prejudicadas pelo TEA, como também a modificação ambiental para se ajustar aos déficits do Transtorno (MYERS; JOHNSON, 2007; RAFFIN, 2001).

Vários relatórios de pesquisas têm documentado a evolução de crianças com TEA que receberam serviços do TEACCH. Num dos estudos, crianças que receberam não só programas de tratamento em ambientes extradomiciliar, como também intervenções do programa TEACCH em casa, por quatro meses; melhoraram significativamente mais que crianças do grupo de controle que não receberam tais tratamentos TEACCH a domicílio. Outros benefícios também foram em relação à satisfação dos pais com o método e ao aperfeiçoamento do ensino de habilidades por pais e/ou responsáveis (MYERS; JOHNSON, 2007).

Os pais como toda a família também são foco de intervenção em programas de educação e saúde para crianças com TEA (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001). Já que podem contribuir para aumentar e continuar os estímulos e ensino de habilidades sociais e de comunicação, gerenciar comportamentos em casa. Por outro lado, como um efeito adverso; é mostrado que pais e irmãos de crianças com TEA têm maiores níveis de estresse e depressão que pais e irmãos de neurotípicos ou crianças com outras deficiências. Assim, apoiar a família é extremamente importante no tratamento do TEA (WHITEHEAD; DORSTIN; WARD, 2015; MYERS; JOHNSON, 2007).

Schultz, Schmidt e Stichter (2011) revisaram artigos submetidos a periódicos revisados por pares publicados, no intervalo temporal de 1987 a 2007, sobre programas de intervenções educativas (ex.: informações e ensino de novas habilidades, suplementar intervenções nos filhos com TEA) para os pais. Os artigos têm mostrado redução nos níveis de estresse e aumento de conhecimento dos pais, e nas crianças diminuição de comportamentos desafiadores e aumento das habilidades como: discurso espontâneo, comportamentos recreativos,

comportamentos apropriados e habilidades sociais. O estudo também indicou que o fornecimento de informações sobre habilidades específicas é mais efetivo do que providenciar conhecimento geral sobre o TEA.

Outro aspecto a ser considerado por parte de profissionais de saúde – em busca da manutenção e da melhoria da qualidade de vida das crianças, pais e familiares – é a avaliação crítica de métodos, terapias e programas de educação. Infelizmente, famílias são, frequentemente, expostas a teorias pseudocientíficas relacionadas a práticas clínicas e educacionais que são na melhor das hipóteses não efetivas e, na pior, competem com validados tratamentos e intervenções, ou até mesmo causam prejuízos físicos, emocionais à criança, e prejuízos financeiros à família. Recursos financeiros, tempo e esforços gastos em terapias e programas educativos não efetivos podem ser um fardo adicional às famílias. Assim, profissionais da saúde podem ajudar pais e outros responsáveis a diferenciar abordagens de tratamentos empiricamente validadas, de outras que têm se mostrado muito ineficazes e daquelas potencialmente não efetivas e prejudiciais (MYERS; JOHNSON, 2007).

Por mais esses motivos, o trabalho cooperativo e coordenado entre diferentes profissionais, áreas científicas e famílias, proporcionam formação continuada, intervenções mais eficazes e conjuntas, que vão elevar a qualidade dos serviços educativos e terapêuticos oferecidos, resultando em maiores ganhos de desenvolvimento pessoal e melhor qualidade de vida às famílias (CARVALHO *et al.* 2016).

Assim, com essa perspectiva baseada na formação profissional, atividades que desenvolvem e participação nas equipes multidisciplinares, seja em escolas especializadas ou instituições terapêuticas; fez-se necessário, no prosseguimento dessa pesquisa, caracterizar a formação inicial e continuada e a atuação dos profissionais/professores de Educação Física que faziam parte das equipes multiprofissionais que atendiam crianças com TEA em Dourados-MS.

4. MÉTODO

Nesse capítulo, foi abordado o percurso metodológico do trabalho. A pesquisa foi de abordagem qualitativa com delineamento exploratório-descritivo. Conforme Gil (2010, p. 27), "as pesquisas exploratórias têm como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses". Lakatos e Marconi (2015), por sua vez, afirmam que estudos com caráter descritivos descrevem uma situação ou um fenômeno, por meio de um estudo realizado em determinado espaço-tempo" (LAKATOS; MARCONI, 2015, p. 6).

Após a revisão da literatura, o tema delimitado foi a atuação dos profissionais de Educação Física em todas as equipes multiprofissionais que atuam com pessoas com TEA da cidade foco da pesquisa; a questão norteadora estabelecida foi: os professores de Educação Física participam ativamente nas equipes multiprofissionais que atuam junto a pessoas com TEA? Após essa delimitação, foram estabelecidos o objetivo geral e os objetivos específicos. A abordagem selecionada, que mais se adequava aos objetivos e características (exploratória e descritiva e com poucos participantes) da pesquisa foi a metodologia qualitativa:

A metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos descrevendo a complexidade do comportamento humano. Fornece análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc. (MARCONI; LAKATOS, 2011, p. 269).

André e Lüdke (2013) apresentam as características dessa abordagem: "a pesquisa qualitativa [...] envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos no contato direto do pesquisador com a situação estudada" e tem foco na realidade de forma complexa e contextualizada. Escolhida a abordagem, foram iniciadas as etapas para a execução da investigação: pesquisa de campo, sistematização, análise e interpretação dos dados:

4.1. Etapa 1: contatos iniciais e questão ética

A partir da revisão de literatura, foram definidos os locais de pesquisas de campo; buscou-se o contato com cada um deles via sítio na internet, recolhendo endereço, telefone de contato, etc. Foram enviados os ofícios (anexo A) que explicavam os objetivos da pesquisa e solicitavam a colaboração (permissão) das referidas instituições para avançar no estudo. Esses documentos foram entregues pessoalmente aos diretores das quatro instituições.

Após receber respostas positivas de todos os dirigentes das instituições, procurou-se o apoio dos coordenadores pedagógicos dos locais, para levantar quais os dias e horários que os profissionais/professores de Educação Física tinham hora-atividade/horário de planejamento, para que fosse possível o contato inicial e a apresentação da pesquisa, de modo a solicitar que se voluntariassem para participar do estudo.

Depois desses procedimentos, todos aceitaram fazer parte da pesquisa. Então, foram combinadas as observações de atividades numa aula e/ou num atendimento de cada participante. O pesquisador foi num dia aleatório dentro do período de duas semanas. Somente em uma instituição, a direção exigiu que a observação das aulas fosse previamente agendada. Após a realização da observação, no horário seguinte de planejamento/hora-atividade de cada participante, o pesquisador aplicou o questionário e a ficha de caracterização profissional. A interação entre o pesquisador e todos os participantes sempre foi cortês e amigável.

Em relação a questão ética, esse estudo faz parte do projeto de pesquisa: “Avaliação de práticas inovadoras e seus impactos para o processo de escolarização da pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo”, o qual foi aprovado pelo parecer nº 3.061.276 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD).

4.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados é apresentada em duas partes: a primeira aborda os procedimentos para a coleta; a segunda apresenta as sessões de observação realizadas durante as atividades dos participantes, com seus alunos/crianças com TEA, nas instituições selecionadas e também a aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

4.3. Instrumentos: questionário e ficha de caracterização profissional

“Questionário é um instrumento de coleta de dados constituído por uma série de perguntas ordenadas, que devem ser respondidas por escrito”. Possui também como umas das diversas vantagens: obter dados de maneira mais rápida e precisa, proporcionar maior segurança e liberdade nas respostas, devido ao fato da garantia de anonimato (LAKATOS; MARCONI, 2015, p. 86).

Campenhoudt e Quivy (2005) também afirmam que a utilização desse instrumento é especialmente adequada, quando o investigador tem como objetivo conhecer um fenômeno social; os níveis de conhecimento, atitudes, valores e opiniões de uma população na busca de verificações de hipóteses científicas e suas correlações.

Assim, o questionário (apêndice B) foi elaborado com base nos referenciais desse estudo e, antes de ser aplicado aos participantes, ele foi testado, ou seja, aplicado a dois profissionais específicos de Educação Física, para que fosse avaliado e fossem feitas as correções necessárias.

Após o teste do questionário, foram feitas as correções sugeridas (inversão da ordem das questões, troca e adição de termos) pelos professores colaboradores, para que esse instrumento ficasse mais claro e eficiente na sua função para coleta de dados. “Depois de redigido, o questionário precisa ser testado antes de sua utilização definitiva, aplicando-se a alguns exemplares em uma pequena população escolhida.” (LAKATOS; MARCONI, 2015, p. 88).

O questionário que foi elaborado para esse estudo é composto por 18 questões. A maioria delas são abertas (questões: 1,3,4,5,7,8,13,14 e 18), outras cinco são fechadas (2, 6,10,11, e 12) e quatro são mistas (9, 15,16 e 17). Assim, das dezoito questões, oito delas eram abertas, cinco eram fechadas e as outras quatro tinham forma mista; requeria-se que se assinalasse uma opção e depois descrevesse respostas. Esse questionário versou sobre: atuação, percepção e características do trabalho e da equipe multidisciplinar; frequência, duração, atuação e percepção dos atendimentos/aulas de Educação Física; colaboração ou não com os pais e quais as formas dessa cooperação, assim como a versão dos participantes sobre essa atuação e parceria com outros profissionais.

Sobre a ficha de caracterização profissional (apêndice A); essa ficha foi elaborada da mesma forma que o questionário, também foi testada antes de ser aplicada; conforme avaliação dos professores que a testaram, não houve necessidade de correção. Ela continha perguntas que abordaram sexo, idade, formações iniciais e continuadas, experiência profissional, local(is) de atuação profissional, função e características da atuação, quantidade e características dos alunos que atendiam.

Esse outro instrumento de coleta de dados também foi composto por 18 questões. Havia perguntas descritivas abertas: “são as que permitem aos informantes responder livremente usando linguagem própria, e emitir opiniões” – sendo que duas

questões (13 e 14) eram mistas, ou seja, parte das respostas eram fechadas: “são aquelas em que o informante escolhe sua resposta entre duas opções: sim e não” ou as opções de repostas fornecidas – e abertas (MARCONI; LAKATOS, 2015, p. 89).

A todos os participantes entrevistados, foram apresentados os objetivos da pesquisa (apêndice D) e solicitados que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice E), que os conscientizou sobre os objetivos da pesquisa como também a garantia de preservação pessoal (anonimato) e uso dos dados apenas para fins científicos e anonimato dos informantes. Além disso, o pesquisador explicou e esclareceu quaisquer dúvidas que os participantes tiveram.

Então, foram aplicados, a cada participante, um questionário e uma ficha de caracterização profissional. A aplicação desses instrumentos de recolha de dados ocorreu de forma direta; os próprios entrevistados os preencheram. O pesquisador auxiliava os participantes – sempre tendo o cuidado para não sugerir, interferir em alguma ou fornecer qualquer resposta – quando eles pediam esclarecimentos de questões, tanto no questionário quanto na ficha de caracterização profissional. Ambos foram aplicados no local de atuação de cada participante e durante o período de hora-atividade. Tais instrumentos, juntos, tiveram duração média de aplicação de cinquenta minutos.

4.4 Etapa 2: observação sistemática

Além daqueles dois instrumentos (questionário e ficha de caracterização), a técnica de observação sistemática foi utilizada como método de recolha de dados. A observação direta possui um local de destaque na metodologia qualitativa, pois proporciona que o pesquisador entre em contato direto com o fenômeno pesquisado, acompanhe as experiências dos sujeitos e recolha dados em situações que de outra forma não seria possível (ANDRÉ; LÜDKE, 2013).

Procedimentos: nas observações sistemáticas, o pesquisador (na função de observador não participante) ficava num local (canto da quadra/sala, por exemplo) afastado dos profissionais e das pessoas com TEA, de modo a não interferir na aula ou no atendimento, e nesse ponto espacial escolhido deveria ser possível observar facilmente as atividades e exercícios desenvolvidos. Foi observado também se havia uso de adaptações, recursos, estratégias de ensino utilizados para aumentar a participação nas atividades e nos exercícios desempenhados pelos sujeitos com TEA.

As atividades desenvolvidas, foco da observação, foram logo registradas em anotações no formulário de observação (apêndice C). “Uma regra geral sobre quando devem ser feitas as anotações é que, quanto mais próximo do momento da observação, maior é sua acuidade”. Fotos de atividades desenvolvidas foram tiradas, tendo em vista que fotografia é uma forma de registro desse método de recolha de dados (ANDRÉ; LÜDKE, 2013, p. 37). Desse modo, observou-se as atividades desenvolvidas pelos participantes da pesquisa em quatro instituições: duas escolas especiais (exclusivas) e duas instituições terapêuticas. As quatro instituições possuem equipe multiprofissional com professor e/ou profissional de Educação Física e atendem pessoas com TEA.

4.4.1 População e Instituições

População: sete participantes integraram a população, três mulheres e quatro homens. Desses participantes, três atuam como bacharéis (P4, P6 e P7) e quatro como licenciados (P1, P2, P3 e P5) em Educação Física. Dois deles (P2 e P7) tinham licenciatura plena. A idade dos componentes variava de 23 a 45 anos, com a Média geral (M) de ± 32 anos. Referente ao tempo de atuação, na equipe multiprofissional, variava de 7 meses a 18 anos. $M = \pm 6,19$ anos.

Participaram da pesquisa todos (população, $n=7$) os professores/profissionais de Educação Física que atuam em equipe multiprofissional nas quatro instituições (todas, $n=4$) que atendem crianças com TEA, no município de Dourados-MS. As instituições atendem pessoas com TEA (sendo a maioria crianças). O critério de inclusão dos participantes foram: 1) ser profissional componente de equipe multidisciplinar que atendem alunos/pessoas com TEA; 2) ter no mínimo 20 horas de trabalho semanal com a equipe; 3) desenvolver um atendimento ou ministrar uma aula, no mínimo, por semana. Critério de exclusão: trabalhar por menos de 6 meses na equipe multidisciplinar. Assim, nenhum participante foi excluído, uma vez que o profissional mais novo a ingressar numa dessas equipes atuava há 7 meses no momento da coleta de dados deste estudo. Garantiu-se o anonimato dos participantes por códigos numéricos e alfabéticos (P1, P2, P3, P4, P5, P6 e P7) e das instituições: (A), (B), (C) e (D) [Quadro 2].

Instituições: Há no município quatro instituições que atendem crianças com TEA e possuem equipe multiprofissional, as quais também contam com profissional de Educação Física.

(A)

A instituição “A” consiste numa associação civil, filantrópica e sem fins lucrativos; fundada em 01 de setembro de 1973. Durante este período a entidade tornou-se referência em prestação de serviços à Pessoa com Deficiência Intelectual e Múltiplas. A instituição é mantenedora de uma escola especial e tem como objetivo promover a inclusão da Pessoa com Deficiência no meio social, para que a mesma se desenvolva como indivíduo e como cidadão, também visa trabalhar com o ambiente familiar, articulando ações de serviço social, orientações e apoio à família, sempre direcionada à melhoria da qualidade de vida. Para manter sua organização e os serviços em pleno funcionamento, ela possui parceria com os governos municipal, estadual e federal. Atualmente, essa instituição atende 230 alunos, além de outros pacientes externos que são encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (postos de saúde). Esses atendimentos envolvem profissionais das áreas de atendimento médico, psicológico, fisioterapêutico, fonoaudiólogo, odontológico, terapêutico ocupacional e assistência social [Fonte: Instituição “A”, 2018].

(B)

A instituição “B” é uma organização não governamental, sem fins lucrativos, de caráter assistencial e clínico. Fundada em 13 de junho de 1985 e mantenedora de uma escola especializada, que tem por finalidade atender pessoas com deficiência intelectual associada ou não a outra deficiência ou síndrome e distúrbio neuromotor, residentes no município (zona rural e urbana) de Dourados e seus distritos. Ela oferece atividades complementares de esporte, lazer, cultura, dança, artesanato e informática; visando melhorar a qualidade de vida da pessoa com deficiência. Possui capacidade de atendimento de 130 usuários. A escola especial conta com professores cedidos tanto pela rede estadual de ensino de MS, quanto pela rede municipal de Dourados. Dentre esses docentes, há professores de Educação Física em sua equipe multiprofissional. Havia, no ano da pesquisa, nove usuários (crianças e adolescentes) do serviço com diagnóstico com TEA, cinco meninos e quatro meninas, com faixa etária variando de 5 a 24 anos [Fonte: instituição B, 2018].

(C)

A instituição “C” é entidade sem fins lucrativos, que desenvolve um trabalho dentro do âmbito da Assistência Social. É referência na prestação desse serviço na cidade de Dourados. Desenvolve ações para crianças e adolescentes com TEA e suas famílias, promovendo atendimento, benefícios, além de ampliar acesso aos serviços socioassistenciais e psicossociais; buscando a inclusão e a equidade dos usuários, garantindo uma convivência familiar e comunitária. Para que o trabalho realizado assegure a eficácia de seus objetivos, a entidade conta com equipe multidisciplinar. A instituição desenvolve projetos de musicalização, equoterapia e ginástica olímpica [Fonte: Instituição C, 2018].

(D)

A instituição “D”, por sua vez, consiste num serviço de atendimento educativo e terapêutico para crianças e adolescentes com TEA; é uma parceria entre uma cooperativa médica e a Universidade Federal da Grande Dourados. Buscam oferecer atendimentos multiprofissional e interdisciplinar ao indivíduo com TEA, desde o processo diagnóstico e a caracterização dos sinais do Transtorno até a realização de acompanhamento clínico baseado em um Programa Individual Terapêutico (PIT), feito pela equipe multiprofissional e pela família do beneficiário. O serviço utiliza a Análise do Comportamento Aplicada (ABA), assim como a abordagem de atendimento e a Estrutura de ensino *TEACCH*, dentre as estratégias de atendimento o serviço oferece ainda Terapia Assistida por Animais (TAA), contando com dois cães e equoterapia. Foi implementada em agosto de 2017 e tem atendido mais de 60 crianças e adolescentes. [Fonte: instituição D, 2018].

4.4.2 Procedimentos de Análise dos Dados

Para analisar os dados dessa pesquisa exploratória descritiva, utilizou-se a análise de conteúdo. Os dados coletados nos instrumentos (questionário e ficha de caracterização profissional) foram categorizados tendo o tema como unidade de registro. Conforme Bardin (1977), categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto (agrupamento). Franco (2005, p. 39) afirma: “O tema é considerado como a mais útil unidade de registro em análise de conteúdo”.

Conforme Bardin (1977) e Franco (2005), observou-se o critério de pertinência, ou seja, adequar as categorias aos objetivos da pesquisa e também o critério de homogeneidade, isto é, agrupar trechos de categorias semelhantes.

As categorias criadas foram: formação inicial e continuada dos profissionais, compreensão de equipe multidisciplinar (objetivo específico I); atividades e exercícios ministrados e componentes físicos, cognitivos e sociais estimulados (objetivo específico II); trabalho conjunto e troca de informações (objetivo específico III).

Utilizou-se alguns quadros organizativos (nos objetivos I e II) para facilitar os procedimentos de agrupamentos, apresentação e análise das categorias temáticas. Conforme Franco (2005), quadros são muito úteis para facilitar a tarefa de criação de categorias e realizar análises de conteúdo dos dados. Para o objetivo específico III (atuação dos profissionais com a equipe), utilizou-se, além de quadros, fluxogramas para melhor categorização e apresentação dos dados.

Na análise, os dados (respostas) foram comparados com as características dos serviços recomendados pela literatura concernente à formação continuada e com às recomendações de atividades e intervenções educativas e/ou terapêuticas para pessoas com TEA, bem como ao trabalho em equipe multidisciplinar. Nesse sentido, Franco (2005, p. 27) assegura: “os dados obtidos, mediante a análise de conteúdo, podem ser comparados a algum padrão de adequação ou desempenho”.

Os pressupostos teóricos de Gallahue e Donnelly (2008), Silva, Júnior e Araújo (2008) e Darido (2011) embasaram a categorização, a análise e a interpretação das atividades desenvolvidas pelos profissionais e que foram observadas; o objetivo geral de atendimento e as atividades relatadas (questões 14 e 18 do questionário) também foram consideradas na análise e na interpretação.

Para interpretação dos dados (mensagens), fez-se inferências de análises dos dados verbais para comparar padrões de respostas, a fim de discuti-las e responder aos objetivos específicos do estudo. Tais inferências baseavam-se nos pressupostos teóricos que abordavam as categorias e classificações das atividades definidas e agrupadas. Analisou-se os valores lógicos e semânticos dos dados coletados.

4.4.3 Validação dos dados pelos participantes

Após o tratamento inicial, houve sistematização, análise e interpretação dos dados. Logo após esses procedimentos, o pesquisador pediu a todos os profissionais

participantes (população) do estudo que validassem os dados. De acordo com Creswell (2012), além da triangulação e da auditoria externa, uma outra forma para verificar se os dados encontrados (na abordagem qualitativa) são precisos, trata-se da checagem pelo membro participante.

Assim, os dados (coletados da ficha de caracterização profissional e do questionário) sistematizados e interpretados foram levados a cada um dos participantes. Eles leram, cada qual os seus dados; foram questionados em relação às descrições, se estavam completas, realistas e verossímeis, como também se as interpretações eram representativas da realidade. Foi também solicitado aos participantes que comunicassem ao pesquisador qualquer erro ou inexatidão dos dados e resultados, para que se fizesse as retificações necessárias. Após leitura e confirmação, os participantes validaram, por escrito, os dados encontrados (apêndice F).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Objetivo Específico I - Descrever a formação dos profissionais de Educação Física e suas compreensões a respeito do trabalho e da equipe multidisciplinar

A seguir são apresentados os resultados desse trabalho, dividindo-os em três seções. A discussão foi organizada conforme os objetivos específicos do trabalho.

5.1 Formação inicial e continuada dos profissionais

Como se pode observar [quadro 2, pergunta 4], a formação inicial incluía as graduações em Educação Física: licenciatura (P1, P3 e P5); bacharel (P4 e P6); e, licenciatura plena (licenciatura e bacharelado [P2 e P7]). Assim, segundo a legislação em vigor (Brasil, 2015), esses dois profissionais, com ambos os títulos, tiveram mais tempo e mais conteúdo na formação superior inicial; em princípio podiam relacionar, abordar de forma mais integrada as vertentes educativas, esportivas, de lazer e de promoção da saúde da Educação Física. Dois profissionais (P3 e P6) possuíam também a formação em Pedagogia. Logo, partiu-se da premissa de que eles tinham maior aprofundamento das questões didáticas, pedagógicas e de planejamento educacional, entre outras competências educativas, que favoreciam ainda mais o processo de ensino e aprendizagem.

No que se referia à formação continuada, nota-se [quadro 2, perguntas 13 e 14] que ela contemplava duas formas: pós-graduação, *lato sensu* (especialização) e cursos de curta duração. Três dos profissionais P1, P3 e P7 possuíam especialização em Educação Especial, e dois estavam cursando essa especialização. Apenas P2 não possuía formação continuada em Educação Especial e/ou TEA. O profissional P4 possuía especialização em TEA e P3 tinha essa especialização em andamento. De acordo com Cruz (2005) e Quedas (2015), a formação continuada é importante para atuação dos profissionais de Educação Física para completar e aprofundar os conhecimentos sobre Educação Especial, inclusão, deficiências (muitas vezes superficialmente) adquiridos na graduação.

O profissional P7 estava cursando especialização em TEA e ABA; o profissional P6 já possuía essa formação. Conforme (NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001; ONTARIO, 2007; KANSAS, 2009; CARVALHO *et al.* 2016; RAVIOLA, *et al.* 2017), o método ABA tem sua eficácia amplamente reconhecida para o tratamento e educação de crianças e adultos com esse transtorno. Dillenburger *et al.* (2014), ainda, relata que

esse método proporciona uma base comum de conhecimentos aos elementos de equipe multidisciplinar, o que facilita a comunicação e a cooperação nas intervenções.

Quadro 2 – Resultados da ficha de caracterização profissional (apêndice A).

Participantes Perguntas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
2. Sexo?	Masculino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino	Masculino
3. Idade?	28	43	30	29	23	45	28
4. Qual sua formação?	Licenciatura em Ed.Fís.	Ed.Fís.(Plena: Licenciatura e Bacharelado)	Licenciatura em Ed.Fís. e Pedagogia	Bacharel em Ed.Fís.	Licenciatura em Ed.Fís.	Bacharel em Ed.Fís. e Pedagogia	Ed.Fís. (Plena)
5. Tempo de atuação como professo(a)/profissional de Ed.Fís.	9 meses	19 anos	9 anos	7 anos	4 anos	15 anos	4 anos
6. Instituição em que trabalha?	Instituição (B)	Instituição (B)	Instituição (A)	Instituição (C)	Instituição (C)	Instituição (C)	Instituição (D)
7.Cargo ocupado (ocupação)?	Professor de Ed. Fís.	Professor de Ed. Fís.	Professor de Ed. Fís.	Professor de Ed. Fís.	Professor de Ed. Fís.	Professor de Ed. Fís.	Profissional de Ed. Fís.
8. Carga horária semanal?	20h	20h	40h	20h	20h	20h	40h
9. Tempo de atuação neste cargo?	9 meses	18 anos	4 anos	2 anos	7 meses	2 anos	2 anos
10. Tempo de atuação no município?	9 meses	18 anos	9 anos	7 anos	7 meses	2 anos	4 anos
11.Tempo de atuação na Educação Especial?	9 meses	18 anos	4 anos	2 anos	7 meses	14 anos	4 anos
12. Tempo em que atua na equipe multidisciplinar?	9 meses	18 anos	4 anos	2 anos	7 meses	2 anos	1 ano

Quadro 2 – Resultado da ficha de caracterização (continuação).

Participantes Perguntas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
13. Possui pós-graduação? Quais?	Sim; Educação Especial	Sim; Nutrição esportiva	Sim; Educação Especial. Autismo (andamento)	Sim; Gestão escolar e especialização em TEA	Esp. Educação Especial (cursando)	Sim; Educação Especial	Sim; esp. em Educação Especial e dificuldade de aprendizagem. Esp. em ABA e TEA (cursando)
14. Frequentou algum curso ou programa de Educação Especial?	Não	Sim	Sim, educação pelo cinema na área de Educação Especial. Método de leitura para ensino especial e fundamental	Sim, especialização em TEA e curso de natação para crianças com Down e TEA	Sim, curso sobre Ed.Fís. Sobre AEE, tecnologia assistiva	Sim, método ABA, autismo entre outros	Sim, Psicomotricidade e TEA/ integração sensorial/dificuldade de aprendizagem
15. Costuma buscar informações sobre TEA ou alguma outra deficiência? Locais mais frequentes?	Sim, internet	Sim, artigos científicos (SCIELO)	Sim, escola, cursos em faculdades	Sim, com frequência em cursos e fontes que abordam o tema	Sim, internet, livros e palestras presenciais	Sim, Centro universitário de Dourados	Sim, artigos, livros, sites
16. Quantos alunos você atende nessa instituição atualmente?	53	50	230	17	30	14	50
17 ¹¹ . Desses quantos têm diagnóstico de TEA?	7	2	16	17	30	14	50
18. Em média, qual a frequência dos seus atendimentos para pessoas com TEA?	1 vez/semana	2 vezes/semana	1 vez/semana	1 vez/semana	1 vez/semana	1 vez/semana	2 vezes/semana

Fonte: o autor.

¹¹ P1 e P3 disseram que não tinham certeza de quantos alunos diagnosticados com TEA atendiam; responderam 3 e 7, respectivamente; após consulta a coordenação os números foram retificados para 7 e 16, respectivamente.

Cursos de curta duração, como oficinas de formação, grupos de estudos, reuniões pedagógicas, constituem outra vertente da formação continuada; seis participantes afirmaram que participaram de cursos de curta duração. Apenas P1 não havia frequentado esses cursos ou oficinas de formação. A P2 relatou que também já havia participado, entretanto não informou quais. Havia ainda aqueles que frequentaram cursos mais gerais (P5, sobre AEE e P3, método de leitura para Ensino Especial).

Outros participaram de cursos sobre métodos e conteúdo de Educação Física mais específicos para com TEA como (P7, Psicomotricidade e TEA; P4, natação para crianças com TEA e Síndrome de Down; P5, Educação Física Inclusiva). Segundo Harris e Taliaferro (2014) e Lima (2017), cursos de breve duração e oficinas com componentes teórico-práticos são muito úteis para o aperfeiçoamento técnico e pedagógico, possibilitam melhorar as intervenções ao se aplicar os conhecimentos teóricos-metodológicos adquiridos.

Todos os participantes confirmaram que tinham o hábito de buscar informações sobre TEA e outras deficiências [quadro 2, pergunta 15]. Sendo os locais mais frequentes: universidade (cursos, palestras presenciais P2, P3, P4, P6, P7); internet P1, P4, P5, P7; artigos científicos P2 e P7; livros P5 e P7; e, escola P3. Sobre isso, Mahl (2016) e Cruz (2005) afirmam que é imprescindível a participação nesses cursos de atualização (seminários, palestras, simpósios, oficinas temáticas, entre outros); a fim de ouvir, dialogar com pesquisadores da área de atuação, colegas de profissão, bem como ficar ciente e apropriar-se dos recentes e mais eficazes métodos e técnicas de ensino e intervenção e das pesquisas desenvolvidas.

Outras formas de formação continuada, como grupos de estudos, reunião pedagógica, grupos de pesquisas, pós-graduação *stricto-sensu*, não foram relatadas ser frequentadas por nenhum dos profissionais. Inferiu-se que, além das condições e opções pessoais, muitos dos profissionais não conheciam os grupos de estudos e de pesquisas e o programa pós-graduação existente na cidade que atuavam, os quais tratam de questões sobre TEA.

Conforme Carvalho *et al.* (2016), a formação continuada, além de ser procurada individualmente, também pode ser fornecida para toda a equipe (dimensões coletivas e organizacionais). Nessa vertente, busca-se tratar de questões que se originam do trabalho multidisciplinar, conteúdos sobre as deficiências, intervenção precoce,

dinâmica de trabalho das equipes, entre outros conhecimentos. Contudo, nenhum dos profissionais mencionou esse tipo de formação.

Assim, seis dos profissionais (exceto P2) possuíam a formação básica recomendada (Educação Especial ou TEA) para atuar com crianças com TEA. Três deles (P3, P6, P7) tinham ambas formações recomendadas ou estavam cursando uma segunda formação. Todos afirmaram buscar habitualmente informações sobre TEA ou outras deficiências.

As formações (continuada e mais específicas) recomendadas, que poderiam ser buscadas e/ou fornecidas aos profissionais para melhor intervenção e atuação junto a equipe, são: especialização em saúde mental (BRASIL, 2012; WACHS, 2008), Intervenção Precoce na Infância (CARVALHO *et al.*, 2016), ABA (DILLEMBURGER *et al.*, 2014), equipe multidisciplinar (FRANCO, 2007; CARVALHO *et al.*, 2016).

5.2 Compreensão do trabalho de equipe multiprofissional

A questão 8 do questionário, a qual discorre sobre se trabalhar com outros profissionais se era favorável ou não, os participantes foram unânimes em dizer que isso favorecia o trabalho deles, bem como o da equipe (Quadro 3).

Quadro 3 - Percepção dos profissionais sobre trabalhar com os outros membros da equipe

Profissionais	Respostas
P1	“Facilitador, por ter colegas que já estão há muito tempo na área e assim me passam mais experiências.”
P2	“Facilitador, pois, trocamos conhecimentos e tiramos dúvidas para aplicar determinado atendimento, respeitando o parecer de cada profissional.”
P3	“Facilitador, porque ajuda a elaborar o planejamento e em conjunto chegar a um objetivo específico.”
P4	“Facilitador - com outros profissionais fazemos trocas de experiências e vivências, estudos de casos no objetivo de melhorar o atendimento.”
P5	“Facilitador desde que os outros profissionais estejam abertos a entender seu trabalho. A troca de experiências e conhecimentos é fundamental para um melhor trabalho e desenvolvimento dos indivíduos atendidos.”
P6	“Um completa o outro, por isso é uma equipe; onde falta em um, o outro completa. É sempre um profissional ajudando o outro.”
P7	“Facilitador, pois conseguimos aproveitar os conhecimentos e habilidades dos outros profissionais e áreas, que só complementam o serviço em si.”

Fonte: elaboração do autor.

Pela análise de conteúdo das respostas, derivaram cinco motivos benéficos do trabalho em equipe: troca de conhecimentos (P2, P4, P5 e P7); aprimoramento do serviço oferecido pela equipe (P4, P5 e P7); troca de experiências (P1, P4, P5); ajuda profissional (P2 e P6); e, elaboração de planejamento e objetivos (P3).

Tais motivos são exatamente derivados de uma cooperação e uma integração dos profissionais nas equipes, isso possibilita melhores serviços e intervenções, os quais vão beneficiar às crianças/alunos atendidos e também possibilitam formação, continuada em serviço, aos participantes e definição dos objetivos (CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014).

Quadro 4 – Percepção dos profissionais sobre fazer parte da equipe.

Profissionais	Respostas
P1	"Me vejo uma pessoa que está sempre preparada para focar em melhorar a minha equipe".
P2	"Venho somar na equipe com meus conhecimentos atendendo um objetivo único que é o desenvolvimento do aluno e sua qualidade de vida"
P3	De forma produtiva, levando a ludicidade em forma de socialização apresentando pontos positivos aos alunos.
P4	"Com um papel fundamental para o movimento do corpo fortalecimento e aprimoramento das funções (físicas e intelectuais)."
P5	"Com o mesmo grau de importância dos demais, profissionais pois cada um contribui de uma forma para melhora das aulas e atendimentos"
P6	"Minha parte é totalmente em condicionamento físico e movimento, um complemento das outras áreas"
P7	"Me vejo como parte de algo que se precisa um dos outros para que dê certo. Faço parte de um conjunto e todos são fundamentais."

Fonte: elaboração do autor.

Pela análise do conteúdo das respostas [quadro 4], os significados e os sentidos dos motivos mais citados sobre os quais se viam integrados às equipes foram: desenvolvimento do aluno (P2, P3, P4 e P5) e aprimoramento da equipe (P1, P2, P6 e P7). Segundo diversos autores (ABIB; FERREIRA, 2010; WACHS, 2008; SHAPIRO, 2003), a área de Educação Física e seus profissionais contribuem para o aprimoramento da equipe e de seus serviços, o que reflete no desenvolvimento biopsicossocial do aluno.

Quadro 5: Concepção do termo multidisciplinar pelos participantes.

Profissionais	Respostas
P1	"Pessoas trabalhando em conjunto no mesmo objetivo, o que nada mais é que dar qualidade de vida aos nossos alunos."
P2	"É uma equipe composta por vários profissionais, que se comunicam, em áreas como: psicólogos, pedagogos, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, professor educação física e médico. Depende da necessidade de cada instituição a equipe será formada."
P3	"É uma equipe focada no mesmo objetivo, onde ambos apresentam sua metodologia para facilitar o desenvolvimento do aluno."
P4	"São profissionais capacitados, que juntos atendem uma determinada especificidade. No caso do autismo: neuro, psiquiatra, psicólogo, professores, pedagogos..."
P5	"É a junção de profissionais de diversas áreas em busca dos mesmos objetivos. Nem sempre esses profissionais trabalham juntos, pois se difere da equipe interdisciplinar."
P6	"Todos têm que trabalhar com o mesmo objetivo, com interesse e melhoras no dia a dia e condição da criança!"
P7	"Um conjunto de profissionais de áreas diferentes que trabalham no mesmo objetivo, contribuindo uns com os outros."

Fonte: Elaboração do autor.

Pela análise dos dados, os participantes relataram uma compreensão coerente – embora seja básica e intuitiva – sobre equipe multidisciplinar. Pela análise das respostas referentes à questão 1 [quadro 5] do questionário, todos relataram características comuns aos três modelos de equipe multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar, a saber: conjunto de profissionais (todos: P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7); ter o mesmo objetivo (P1, P3, P4, P5, P6, P7); desenvolvimento do aluno/criança (P1, P3, P4, P6).

A P3 compreendia que uma equipe multidisciplinar pode ser composta por apenas dois profissionais, pois, ela se comunicava na equipe com apenas um dos componentes. Conforme Oliveira (2017), essa dinâmica de atuação trata-se de consultoria colaborativa – ou cooperação profissional (CARVALHO *et al.* 2016).

Pela análise do conteúdo dos dados, no que se refere à compreensão de equipe, seis (P1, P2, P3, P4, P6 e P7) dos profissionais participantes da pesquisa tinham compreensão multidisciplinar sobre modelo de trabalho de equipe multiprofissional. Apenas um dos profissionais (P5) descreveu, diferenciando de forma mais aprofundada, a diferença entre dois modelos (multidisciplinar e interdisciplinar) de trabalho de equipe para intervenção precoce. Contudo, nenhum dos profissionais mencionou características do modelo transdisciplinar.

De acordo com Carvalho *et al.* (2016) e Franco (2007), os profissionais, assim como toda a equipe, precisam compreender os três modelos de atuação do grupo de profissionais; e sugerem que haja formação para toda a equipe multidisciplinar (formação continuada coletiva ou organizacional) sobre esse tema, para que possam atuar de maneira mais coordenada e eficaz; e, ainda recomendam que atuem de forma transdisciplinar.

Embora os modelos de trabalho de equipe para tratamento e educação do TEA, bem como para outras deficiências associadas na área de saúde mental de modo geral, tenham evoluído do modelo biomédico (tecnicista, biológico, corporativo, fragmentado, focado na doença), devido à reforma psiquiátrica, a qual incentivou o estabelecimento de equipe multiprofissional e adoção dos três modelos de trabalhos referidos (WACHS, 2008). O modelo transdisciplinar (por ser mais coletivo, cooperativo, humanista, social e focado na pessoa) em comunidade é a superação desse primeiro. Assim como é o mais adequado, devido à sua alta integração e maior cooperação entre os membros da equipe e membros externos – como por exemplo os familiares (CARVALHO *et al.* 2016). Nenhuma das equipes, entretanto, adotava tal modelo, o qual também possui custos mais elevados para implantação e manutenção.

Portanto, esses resultados indicaram a necessidade de oferecer formação continuada (sobre os modelos de atuação de equipe multidisciplinar) aos participantes, bem como a toda equipe (uma vez que também haveria maior busca e trabalho conjunto dos outros profissionais, em parceria com os profissionais de Educação Física), formação coletiva ou organizacional (CARVALHO *et al.* 2016; BRASIL, 2012). Além de útil, tal formação seria muito aceita, já que todos os profissionais relataram ser benéfico ao trabalho deles, ter contato e trabalhar com outros profissionais e áreas. Assim, tal formação poderia resultar em maior troca de informações, trabalho conjunto e coensino; e uma maior compreensão dos modelos de atuação conjunta, ou seja, multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Isso também pode aprimorar as atividades, os planejamentos e as avaliações que esses profissionais desenvolvem.

OBJETIVO ESPECÍFICO II - Descrever as atividades que os profissionais de Educação Física desenvolvem junto às crianças com TEA nas instituições;

5.3 Atividades desenvolvidas pelos profissionais

Tanto os profissionais como os professores de Educação Física têm a função de: abordar habilidades locomotoras (ex: correr) e manipulativas (ex: arremessar) fundamentais; melhorar a aptidão física como resistência cardiorrespiratória; trabalhar força e flexibilidade. Avaliar os problemas relacionados aos padrões físicos de desenvolvimento motor (atrasos em habilidades motoras, grossas e finas), planejar, implementar programas de atividade física e desenvolvimento locomotor. Além de promover (com o profissional de Educação Física Adaptada) apropriadas adaptações ambientais e tarefas motoras necessárias para a participação; o gerenciamento de comportamentos; a motivação; a aquisição de habilidades e o desenvolvimento de capacidades motoras condicionais e coordenativas (GALLAHUE; DONNELLY, 2008; SHAPIRO; SAYERS, 2003).

O desenvolvimento e o aprimoramento dessas capacidades podem providenciar a socialização, a qual vai ser intermediada por atividades, jogos lúdicos e desportivos; além de contribuir para a busca de um estilo de vida saudável e ativo (HOFFMAM; 2018; LIMA *et al.* 2017; WINNICK; PORRETTA, 2016). Pois, além do atraso no desenvolvimento da coordenação corporal, crianças com esse transtorno são menos ativas e menos motivadas para prática de atividade física que seus pares sem TEA (CHU *et al.* 2011). Logo, é importante intervir nesses aspectos.

Em suas intervenções, os profissionais de Educação Física podem estimular outras variáveis (socialização, comunicação, estímulos cognitivos) de desenvolvimento, as quais podem ser foco do programa de intervenção da equipe multidisciplinar. Ademais, podem participar de uma avaliação formativa do processo de desenvolvimento da criança e relatar avanços e estagnação à equipe, nesses aspectos social e psicomotor. (WINNICK; PORRETTA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008; SHAPIRO; SAYERS, 2003).

5.3.1 Observações sistemáticas (Diário de campo)

Para cumprir o segundo objetivo da pesquisa, foram observadas duas sessões/aulas (50 minutos), de cada professor/profissional em cada instituição.

Com relação aos procedimentos: o pesquisador se posicionava em algum canto da quadra/sala ou outro lugar distante (dos participantes). Observava as aulas/atendimentos, por meio de observações sistemáticas, logo as atividades

realizadas, as estratégias utilizadas pelos profissionais, eram imediatamente anotadas no formulário de observação (Apêndice C).

Nessas observações, foram verificadas as atividades que eram realizadas pelas crianças com TEA. Nas análises, considerou-se quais eram os objetivos do atendimento geral de cada profissional (questão 18 do questionário), os objetivos das atividades e sua formação profissional, a fim de compreender a abordagem de educação física predominante e constatar se as atividades desenvolvidas contribuíam para um trabalho multidisciplinar (estímulos de habilidades: afetivas, cognitivas, comunicativas).

De modo geral, observou-se atividades de força, equilíbrio, resistência, flexibilidade, atividade física aeróbia, iniciação esportiva, coordenação motora fina e grossa, coordenação óculo manual, lateralidade, orientação espacial, raciocínio lógico (quebra-cabeça) e brincadeiras cantadas. As abordagens desenvolvimentistas e da psicomotricidade tinham tendência em ser as mais utilizadas, as quais são muito indicadas para atuar com pessoas com TEA (LIMA *et al.* 2017; GALLAHUE; DONNELLY, 2008, SILVA, ARAÚJO; JUNIOR, 2008).

➤ **Observação das atividades desenvolvidas pelo P1**

As atividades foram observadas no dia 12/09/2018, das 7h30 às 9h10. Havia duas crianças, uma com 8 e outra de 11 anos, com TEA na aula. Duas aulas seguidas, ou seja, 100 min. de observação. O P1 tinha uma professora apoio para ajudá-lo, pois havia cinco alunos com deficiência, sendo um deles cadeirante.

Atividades/exercícios ministrados: 1ª atividade - alongamento; 2ª atividade - circuito (saltar 5 bambolês, andar e correr em ziguezague entre 4 cones, pular uma corda estática em baixa altura, andar equilibrando-se noutra corda posicionada no chão, passar engatinhando-se por um túnel de brinquedo, andar equilibrando-se sobre um banco [Figura 3]. O professor pedia que variassem a maneira de fazer os exercícios (pular ora com a perna direita ora com a esquerda, às vezes com as duas [maior ou menor velocidade {intensidade} de execução]); 3ª atividade - 21 min antes de acabar a aula os alunos brincavam livremente com bolas (de *medicine ball*, de futebol e plástica).

Os objetivos das atividades foram trabalhar as habilidades motoras: agilidade, equilíbrio, coordenação motora e lateralidade.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: Não houve.

Figura 3: Atividade (circuito) ministrada (P1)



Fonte: arquivo do autor.

Análise da aula: O profissional P1 possuía formação em licenciatura e atuava (um período de 20hs) na instituição “A”, a qual era mantenedora de uma escola especial, além de contar com uma equipe multiprofissional para oferecer tratamento a crianças com TEA e outras deficiências.

As atividades na aula do professor eram coerentes com seus objetivos relatados por ela: “na parte física e motora, ajudar eles em obstáculos do seu dia-dia, para assim melhorar suas condições”; bem como suas atividades: “Atividades que trabalham coordenação motora fina, motora grossa, lateralidade e equilíbrio”. (Questões 18 e 14 do questionário).

Assim, segundo os objetivos de suas aulas e de seus conteúdos ministrados, podemos classificar as aulas com predomínio da abordagem desenvolvimentista (SILVA, JUNIOR; ARAUJO, 2008; DARIDO, 2011). Dessa maneira, conforme Gallahue e Donnelly (2008), o desenvolvimento motor, a aquisição de habilidades motoras, a melhoria da saúde por meio da interação entre as exigências das tarefas motoras e biológicas do indivíduo, são o foco de programas desenvolvimentistas de Educação Física.

Não se observou adaptações ou estratégias de tarefas ou ambientes que poderiam aumentar a motivação no exercício, ou aumentar a intensidade e o engajamento nos mesmos. Segundo Gallahue e Donnelly (2008), atividades mais intensas podem trazer maiores benefícios à condição física dos alunos. Não se

observou estímulos a outros componentes do desenvolvimento das crianças com TEA, os quais podem ser decididos por toda a equipe multidisciplinar.

Contudo, as atividades estavam de acordo com os objetivos definidos e as necessidades gerais dos alunos, pois crianças com TEA, comumente, possuem atraso motor e problemas de coordenação (DSM-5, 2014; RAVIOLA *et al.* 2017).

➤ **Observação das atividades desenvolvidas pelo P2**

Duas aulas observadas seguidamente no mesmo dia (16/10/2018), das 13h30 às 15h10. Na aula havia um aluno com TEA de quatro anos, junto a mais dois alunos: um com deficiência física (comprometimento dos membros inferiores) e o outro com Trissomia 21. Assim, a aula foi ministrada para três alunos.

O aluno com TEA tinha momentos de isolamento correndo [figura 4] para os cantos da quadra, em vários momentos da aula. Rapidamente perdia a atenção pelas atividades com momentos repentino de riso.

Atividades/exercícios ministrados: 1ª) brincadeiras cantadas, a P2 cantava as canções e incentivava também os alunos a cantar; 2ª) por argolas entre os cones; 3ª) jogo com brinquedo de boliche; 4ª) pular cones; 5ª) saltar bambolês [figura 4]; 6ª) rolar sobre os tapetes.

Os objetivos das atividades foram trabalhar as habilidades motoras: agilidade, coordenação motora fina e grossa e socialização.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: não houve.

Figura 4: Atividade desenvolvida pela P2.



Fonte: arquivo do autor.

Análise da aula: A profissional (P2) possuía graduação plena em Educação Física; já havia frequentado cursos ou programas de capacitação (curta duração) em Educação Especial. Ela trabalhava 20 horas por semana na instituição “A”.

A P2 relatou que o objetivo do seu atendimento, em geral, era “ensinar aos alunos respeitando suas especificidades, limitações, melhorando, assim seus aspectos cognitivos, motores, psicológicos e sociais” e sobre suas atividades diárias: “Procuro manter rotina das atividades trabalhadas e incluindo novas atividades aos poucos. Trabalho a afetividade, atenção e concentração do aluno, para que ele perceba o que se estou propondo. Trabalho psicomotricidade através de exercícios lúdicos e sua sociabilidade”. Pelos objetivos da aula e atividades ministradas, é possível que ela adote a abordagem, predominante, da psicomotricidade. Essa objetiva melhorar as funções psicológicas e cognitivas pelo movimento (DARIDO, 2011; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008).

A profissional estimulava outros aspectos do desenvolvimento, como afetividade nas brincadeiras cantadas e abraços entre os alunos. Isso condizia com seus objetivos. Ademais, tal estímulo socioafetivo é importante para esses alunos (DSM-5, 2014; MYERS; JOHNSON, 2007). Logo, as atividades eram coerentes com os objetivos da profissional, bem como as necessidades da criança.

➤ **Observação das atividades desenvolvidas pela P3**

As atividades desenvolvidas pela P3 foram observadas em apenas uma classe, pois essa era a única que havia alunos com TEA, ou com TEA e outras deficiências (comorbidade); ou seja, ficavam todos juntos numa mesma turma. Havia, respectivamente, cinco e quatro alunos, nas duas aulas observadas. As duas observações ocorreram, respectivamente, nos dias 12/09/2018 e 19/09/2018, das 14h às 14h50. Muitos tinham níveis de gravidade severo e outras comorbidades, físicas e intelectuais.

As atividades desenvolvidas foram: andar sobre uma prancha (equilíbrio); atividade com bexiga (manipulação); vôlei com bexiga, encestar com a bola e com bexiga; retirar peças solicitadas (partes do corpo humano [pés, mãos]) de uma caixa segurada pela P3. Havia música durante todo o tempo. Um aluno com TEA, grau severo, não participou da aula, pois estava muito agitado (nervoso). A P3 intervinha com um aluno por vez. Não havia estagiário(a) para auxiliá-la.

Os objetivos da aula foram trabalhar o equilíbrio, a coordenação motora fina e a socialização.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: usava equipamento adaptado (tabelas de basquete infantil) que ficava mais próximo ao aluno, a fim de que ele (que tinha comorbidade: TEA e deficiência física [cadeirante]), tivesse êxito, experimentasse o sucesso no objetivo da atividade.

Análise da aula: A profissional P3 também era licenciada em Educação Física (e pedagoga) e atuava (40hs) na instituição “B”, que também possuía uma equipe multiprofissional para oferecer serviços de saúde, além das funções educativas às crianças com TEA e outras deficiências.

Os objetivos do atendimento dela, em geral, foram relacionados à: “socialização”. Com relação às atividades, ela afirmou trabalhar com conteúdo de: “Equilíbrio, brincadeiras de roda e musicalização”. Conforme Darido (2011); Silva, Araújo e Júnior (2008), pelo objetivo descrito e as atividades ministradas na aula, é possível classificar a abordagem utilizada da psicomotricidade (predominantemente¹²), já que as atividades para trabalhar as habilidades motoras duraram apenas na parte inicial.

Ela relatou que tinha por objetivo trabalhar a socialização dos alunos com TEA. Embora seja um importante aspecto a ser estimulado, estudos afirmam que crianças com TEA se beneficiam mais em ambientes que promovam a socialização quando estão em contato com seus pares sem TEA (MYERS; JONHSON; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001).

Notou-se a dificuldade da profissional em trabalhar com cinco alunos com TEA ao mesmo tempo, sem qualquer apoio (de outro profissional e/ou estagiário); sendo que alguns alunos possuíam comorbidades (físicas e intelectuais). Ela dava atenção individualizada a cada aluno por vez, pois não tinha nenhum auxílio na aula. Com isso, cada aluno tinha menos tempo de atenção e estímulo; isso contraria as recomendações educativas e terapêuticas para esses alunos (KANSAS, 2009; MYERS; JONHSON, 2007).

¹² Conforme Silva, Araújo e Júnior (2008), as diferentes abordagens da Educação Física não são mutuamente exclusivas. Pode haver predominância de uma sobre as outras, bem como coexistência e aproximação de diferentes abordagens num mesmo contexto, favorecendo, assim, o processo de aprendizagem e atendimento às pessoas com deficiências.

Como ela tinha formação em pedagogia, foi inferido ser esse um dos motivos para ela estabelecer objetivos mais gerais e menos específicos da Educação Física. Havia também a dificuldade de atuação devido à gravidade do Transtorno e às condições da maioria dos estudantes, assim como a dificuldade de ministrar aula para cinco alunos com TEA ao mesmo tempo.

Conforme Nascimento, Cruz e Braun (2016), Nunes, Azevedo e Schmidt (2013) e Oliveira (2017), o trabalho conjunto – coensino ou consultoria colaborativa – é uma estratégia valorosa para o ensino de crianças com deficiência; permite intervir de forma mais eficaz e intensiva. Além disso, alunos com TEA precisam de uma intervenção intensiva e individualizada para um programa educacional efetivo (RAVIOLA *et al.* 2017; CARVALHO *et al.* 2016). Ademais, a colaboração de estagiários pode melhorar a formação inicial deles (GOMES, 2007), bem como ajudar o professor em seu trabalho (GALLAHUE; DONNELLY, 2008). As atividades da P3 correspondiam aos objetivos que foram relatados.

➤ **Observação das atividades desenvolvidas pela P4**

A profissional P4 (como P5 e P6) atuava na instituição “C”, a qual oferecia serviços terapêuticos por meio de uma equipe multiprofissional. No dia 03/10/2018, das 9h às 11h, foram observadas as duas sessões de intervenção. A profissional contava com uma estagiária para ajudá-la e o atendimento foi individual a cada criança.

Atividades/exercícios ministrados: 1ª) saltar sobre o step (trampolim) elástico; 2ª) encestar a bola (arremesso) saltitando sobre o step; 3ª) passar entre arcos (engatinhando); 4ª) retirar argolas de um cone e pô-las em outro cone, na outra extremidade de um banco sueco (equilíbrio); 5ª) correr atrás de um bambolê e apanhá-lo antes que ele pare no chão quando atirado pela estagiária; 6ª) subir e descer no espaldar e por bolinhas numa caixa de papel posicionada no último degrau; 7ª) puxar dois pneus amarrados por uma corda (força); 8ª) caminhar sobre a trave de equilíbrio [figura 5]; 9ª) rastejar para passar sobre cordas com baixa altura; 10ª) acertar as bolas nas garrafas (boliche).

Figura 5: Atividade na trave de equilíbrio (P4).



Fonte: arquivo do autor.

Segundo a P4, o objetivo das atividades foi trabalhar as habilidades motoras: agilidade, equilíbrio, coordenação motora fina e grossa, lateralidade e capacidades físicas, como força e resistência cardiovascular.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: facilitava o êxito na tarefa (pondo a tabela mais próxima) a fim de que a criança experimentasse o sucesso na atividade, aumentando a motivação intrínseca.

Análise da aula: A profissional P4 era bacharel em Educação Física e tinha especialização em TEA e curso de natação para crianças com TEA. Seus objetivos de atendimento foram: “Trabalhar coordenação motora comprometida, coordenação motora fina sensorial, agilidade, velocidade e equilíbrio, força tônus, além da socialização com outros colegas e com as professoras”. Quanto às atividades: “São atividades físicas trabalhadas de forma lúdica. Utilizamos equipamento de ginástica olímpica, e trabalhamos com movimentos que o aluno consiga realizar - pequenos e leves. Equilíbrio, força, concentração e agilidade”. Segundo Darido (2011), Silva, Araújo e Júnior (2008), tais atividades e objetivos se adequavam mais à abordagem desenvolvimentista. Constatou-se na observação que as atividades desenvolvidas pela P4 correspondiam àquelas descritas, bem como aos objetivos relatados no questionário.

A profissional buscava (por meio de conversas, abraços, atividades com quebra cabeça) estimular outras capacidades (afetivas, cognitivas): atenção, concentração, afetividade e raciocínio lógico, ou seja, habilidades prejudicadas pelo TEA, que são

recomendadas a serem estimuladas e desenvolvidas em programas de saúde e educação (DSM-5; 2014; RAVIOLA *et al.* 2017). Logo, suas intervenções correspondiam aos seus objetivos e buscavam ir além dos conteúdos predominantes da Educação Física. Assim, era favorecido o trabalho de toda a equipe multidisciplinar (CARVALHO *et al.* 2016).

➤ **Observação das atividades desenvolvidas por P5 e P6**

Nessa mesma instituição (C), e também no mesmo dia (03/10/2018), os outros dois participantes: professor P5 e profissional P6 de Educação Física tiveram suas intervenções observadas. Eles atenderam simultaneamente e no mesmo espaço. Assim, no período vespertino, além de P5 e P6 atenderem cada qual uma criança, havia também uma estagiária de Educação Física para auxiliá-los. Houve três sessões de observações, das 13h00 às 16h00. Uma das crianças do P6 não compareceu naquele dia, de maneira que esse profissional colaborou com a intervenção do outro, P5 [figura 6].

Os profissionais P4, P5 e P6 contam com equipamentos de ginástica olímpica (trampolins e trave de equilíbrio) para aplicar as atividades e os exercícios físicos às crianças e aos adolescentes que atendem.

Segundo Lourenço (2016), equipamentos de ginástica, como trampolins, são ferramentas para promover atividades físicas lúdicas, são estimulantes às crianças com TEA e outras deficiências. A autora constatou, após três momentos avaliativos, que sessões planejadas de trampolim (com 45 minutos, durante 20 e 32 semanas) para crianças com esse Transtorno, possibilitaram melhoras significativas na coordenação, no equilíbrio, na agilidade, no fortalecimento muscular dos membros inferiores comparados ao grupo controle. Tal estudo recomenda o uso desses equipamentos nas atividades para as crianças com TEA.

Figura 6: Atividade desenvolvida pelo P5.



Fonte: arquivo do autor.

Atividades/exercícios ministrados: Ambos os profissionais aplicaram exercícios: abdominais (força e resistência muscular); saltar no trampolim elástico de ginástica, rolar pelo tatame; correr e ir apanhar o bambolê antes que este estabilizasse no chão quando atirado.

Subir e descer no espaldar (força, resistência, equilíbrio) pondo e/ou retirando bolinhas que estavam dentro de uma caixa posicionada no último degrau. Equilibrar-se num banco sueco ao mesmo tempo em que se levava cones de uma extremidade a outra do mesmo banco. Saltar de um do trampolim para o centro de um bambolê [figura 6].

Adaptações e estratégias desenvolvidas: P5 - usava um brinquedo (cavalo) que uma criança trouxe, como reforçador para que ela cumprisse as atividades (“Se” fazer as atividades “então” pode brincar com cavalo no fim da aula), e também nos 5 minutos finais da aula a criança poderia brincar do que quisesse (final da aula livre).

Análise da aula: O P5 era licenciado em Educação Física, estava concluindo especialização em Educação Especial e já tinha participado de curso sobre Educação Física Inclusiva. Seus objetivos de atendimento eram: “O desenvolvimento do domínio físico, motor, cognitivo e afetivo social, através de práticas corporais gerais”. Para isso, as atividades consistiam em: “Práticas corporais gerais e específicas, como atividades manipulativas, locomotoras e de equilíbrio, visando o desenvolvimento dos domínios físico, motor, cognitivo e afetivo social; ex.: exercícios de fortalecimento muscular de

membros, atividades de coordenação motor fina, e global, exercícios ginásticos com aparelhos específicos". Em vista disso, pode-se considerar a abordagem desenvolvimentistas como a mais coerente com suas intervenções e seus objetivos (DARIDO, 2011; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008). Ele estimulava a comunicação da criança por bastante diálogo e perguntas. Assim, ele trabalhava um dos três aspectos principais prejudicados pelo TEA (DSM-5, 2014), favorecendo a continuidade e o aumento da quantidade de estímulos fornecidos pelos outros profissionais (CARVALHO *et al.* 2016). Suas atividades correspondiam às quais ele descreveu.

Atividades e exercícios ministrados pelos profissionais P5 e P6 eram semelhantes, apenas variava-se a ordem e um pouco da intensidade dos exercícios.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: P6 - não houve.

Análise da aula: P6 tinha graduação plena em Educação Física e em pedagogia, como também possuía especializações em Educação Especial e em método ABA, Autismo. Os objetivos de atendimento desse profissional eram: "Condicionamento físico e ginástica para melhorar a postura do aluno e condições físicas para diminuir o sedentarismo". Suas atividades consistiam em: "Trave suspensa, trabalho com equilíbrio, resistência e superação. Colchão: trabalho alongamento, fortalecimento entre outras habilidades."

Foi observado, nos atendimentos e nos objetivos, uma abordagem mais tradicional da educação física, relacionada aos componentes da saúde. É possível que ele adote, em sua atuação, a abordagem, predominantemente, de Saúde Renovada ou Estudo de Saúde (DARIDO, 2011; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR, 2008). Essas necessidades de aprimoramento das capacidades e condições físicas são importantes aos alunos com TEA (CHU *et al.* 2011). Entretanto, isso requer mais uso de estratégias motivadoras para essas crianças terem maior engajamento em tais exercícios. Assim sendo, não foi observado nenhuma dessas estratégias ou adaptações. Alguns estímulos (afetivos e de interação) foram aplicados por meio de brincadeiras lúdicas (cavalo: a criança ficava sobre as costas do profissional). Ele realizou trabalho conjunto com P5 nesse dia. As atividades e exercícios aplicados correspondiam aos seus objetivos e suas atividades descritas.

➤ **Observação das atividades desenvolvidas pelo P7**

Os atendimentos aos alunos foram feitos numa sala de Educação Física e de Psicomotricidade. Foram observados dois atendimentos (intervenção individual a

cada sujeito), e ambas as crianças tinham quatro anos de idade. A primeira esteve na sessão das 13h20 às 14h10 e, a segunda, no horário das 15h15 às 16h05; do dia 17/10/2018.

Antes de começar o atendimento, o profissional mostrou às crianças um quadro com fotos das atividades estruturadas (método TEACCH): quais atividades e qual sequência seriam desenvolvidas.

Atividades/exercícios ministrados: pular bambolês e os levar de um local a outro; engatinhar seguindo marcas no chão; por bolinhas de plásticos dentro de bambolês; deslocar cones que estavam preso numa corda de um local para outro, depois trazê-los de volta à posição original [figura 7]; parear cores, pondo bolinhas de plásticos no topo de pequenos cones [figura 8]. Após as atividades e antes de acabar a sessão de atendimento, as crianças foram brincar com dois cães, pois essa instituição utiliza terapia assistida por animais.

Figuras 7 e 8: Atividades desenvolvidas pelo P7.



Fonte: arquivos do autor.

Adaptações e estratégias desenvolvidas: uso do método de intervenção TEACCH para que as crianças tivessem previsão e sequência das atividades que seriam desenvolvidas e se engajassem mais nos exercícios. Esse é um dos recursos mais eficazes para o ensino de crianças com TEA (BRENTANI *et al.* 2013; MYERS; JONHSON, 2007). A terapia com animais (cães), além de efeito terapêutico, foi também usada com um recurso de motivação; para realizarem todas as atividades propostas [figura 9].

Conforme Nobre *et al.* (2017), embora a terapia assistida por cães, possa ser usada como um complemento de tratamento e motivação dos alunos, são necessários: cães treinados, especificamente, para as intervenções mediadas por animais, programas desenvolvidos a partir de necessidades de cada um, além de formas de trabalho inter e transdisciplinar (NOBRE *et al.* 2017). Ademais, Berry *et al.* (2013) ressaltam a necessidade de pesquisas mais detalhadas e sistemáticas, com melhores desenhos metodológicos e maiores amostras para verificar a conversão e a eficácia de tais intervenções para a saúde e para o desenvolvimento.

Figura 9: Terapia assistida por animais.



Fonte: arquivo do autor.

Análise da aula: O P7 possuía graduação plena em Educação Física, tinha também uma especialização em Educação Especial e Dificuldade de Aprendizagem; estava cursando outra pós-graduação *lato sensu* em ABA e TEA. Tais formações são importantes para melhor atuação profissional e melhor comunicação com toda a equipe (CRUZ, 2005; DILLENBURGER *et al.* 2005).

Sobre o objetivo do atendimento geral, P7 afirmou: “Proporcionar aos indivíduos com TEA uma melhora no desenvolvimento psicomotor, buscando contribuir para uma melhora na qualidade de vida e independência funcional”. As atividades por ele desenvolvidas consistiam em: “Treino de habilidades motoras, habilidades sociais, dessensibilização tátil, fortalecimento muscular, modalidades coletivas e individuais”. De acordo com o que foi observado e as declarações de P7

(DARIDO 2011; SILVA; ARAÚJO; JÚNIOR (2008), percebe-se a coexistência das abordagens desenvolvimentistas e da psicomotricidade. Ambas são muito úteis ao se trabalhar com as necessidades de alunos com TEA e outras deficiências (LIMA *et al.* 2017; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

As atividades do P7 condiziam com seus objetivos relatados, ou seja, desenvolvimento (físico e cognitivo) e as necessidades das crianças (LIMA *et al.* 2017; GALLAHUE; DONNELLY, 2008). Ademais, como ele utilizava um Plano Terapêutico Individual (PIT), era possível ele coordenar suas intervenções e seus objetivos com as outras intervenções dos diferentes membros da equipe (dinâmica interdisciplinar de intervenção precoce).

5.4 Componentes de desenvolvimento abordados pelos profissionais

Foi constatado¹³ durante as observações, que os participantes trabalhavam a maior parte das habilidades que relataram: os fatores Interação/Afetividade eram trabalhados pelos profissionais P2, P3, P4 e P5, observou-se o estímulo a interação/comunicação com os outros colegas de classe ou da sessão de atendimento, com outras professoras e com estagiária. Habilidades sociais foram relatadas como sendo constantemente trabalhadas por P2 e P3, bem como os jogos lúdicos (P2 e P7) que promoviam a socialização (como brincadeiras cantadas, queimada).

As habilidades cognitivas comumente prejudicadas pelo TEA, segundo o DSM-5 (2014), eram abordadas por alguns participantes: atenção (P2, P3, P4, P7) e concentração (P2, P4). Atividades de jogos lúdicos e raciocínio lógico (quebra cabeça) também foram observadas nas aulas de P2 e P4, respectivamente.

No que se referia às modalidades esportivas, um dos profissionais (P7) relatou que as utilizava como conteúdo nos seus atendimentos. Conforme o relato, verifica-se que se trabalhava os fundamentos básicos de basquete, futebol (coletivas) e atletismo (individuais). Conforme Winnick e Porreta (2016) e Schiliemann (2014), a aprendizagem de movimentos e técnicas de modalidades desportivas pode providenciar a socialização e o desenvolvimento de apropriados comportamentos sociais dos alunos com TEA, quando participam das atividades desportivas com pares

¹³ Seria necessário mais tempo de observação sistemática para constatar se eram trabalhadas atividades que foram relatadas por alguns profissionais e não foram vistas, bem como se sempre (ou nunca ou na maioria das vezes) utilizam adaptações e estratégias durante as aulas e os atendimentos.

sem deficiências. Há mais benefícios quando se utiliza a perspectiva de lazer e de educação do esporte (HOFFMAM, 2018).

Todos os atendimentos/aulas (de todos os profissionais) duravam em média 50 minutos, tanto nas escolas especiais como nas instituições terapêuticas; no entanto, Segundo Janssen e LeBlanc (2010), nas recomendações internacionais (Organização Mundial da Saúde [OMS] e Colégio Americano de Medicina do Esporte [ACSM]) de atividade física para crianças e jovens (5 a 17 anos), de modo a obter numerosos benefícios à saúde (controle e prevenção de hipertensão arterial; depressão; sobrepeso e obesidade; níveis de colesterol e lipídios; síndrome metabólica; densidade mineral óssea; prevenção de lesões), são indicados, no mínimo, 60 minutos de atividades físicas diárias (os quais podem ser divididos em até 6 períodos de 10 minutos) de intensidade moderada a vigorosa. Embora essas entidades também indiquem que, mesmo modesta, uma quantidade mínima (30 minutos diário) de atividades físicas pode ter enormes benefícios à saúde de jovens com alto risco (obesos, por exemplo).

Janssen e LeBlanc (2010), entretanto, ressaltam a positiva e direta correlação: quanto mais tempo de atividades físicas, como também sendo essas atividades e exercícios mais vigorosos, tanto mais os benefícios à saúde. Tais recomendações, mínimas e extras, deveriam ser atingidas quando possível. Ainda que as atividades aeróbicas fortaleçam o sistema cardiovascular e o respiratório e promovam maiores benefícios à saúde das crianças; não se deve negligenciar as de resistência muscular. Logo, recomenda-se também promover as atividades de fortalecimento muscular e ósseo, no mínimo, três dias na semana.

Para crianças mais novas (3 a 4 anos), as quais são foco de intervenção precoce, o tempo de atividades recomendadas pode ser 180 min., durante todo o dia, em diferentes ambientes; podendo ser atividades menos intensas (ou com qualquer intensidade: leve, moderada ou vigorosa), por meio de brincadeiras mais lúdicas e menos estruturadas. Essas recomendações podem ser adotadas para crianças com TEA, entretanto, havendo outras deficiências e condições clínicas agravantes (comorbidades), uma equipe de profissionais da saúde deve ser consultada, para avaliar se a quantidade e o tipo de atividades são seguros e apropriados (TREMBLAY, *et al.* 2012).

Nesse contexto, o quadro 6 foi elaborado de acordo com as atividades relatadas nos instrumentos de coleta de dados e as que foram observadas. As

atividades foram categorizadas conforme os componentes físicos e cognitivos que visavam desenvolver.

Quadro 6 - Componentes de desenvolvimento físicos, cognitivos e sociais trabalhados pelos participantes

Atividades/exercícios desenvolvidos	Profissionais
Capacidades/Habilidades físicas condicionais/coordenativas	
Agilidade	P4, P5, P6
Alongamento/flexibilidade	P1, P5, P6
Coordenação motora fina	P1, P2, P3, P4, P5, P7
Coordenação motora grossa	P1, P2, P4, P5, P6, P7
Equilíbrio	P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7
Fortalecimento muscular	P4, P5, P6, P7
Lateralidade	P1, P4
Psicomotricidade	P2 e P7
Resistência cardiorrespiratória	P4, P5, P6, P7
Capacidades/Habilidades cognitivas	
Atenção	P2, P3, P4, P7
Concentração	P2 e P4
Interação/Afetividade	P2, P4, P5, P6
Habilidades sociais/Socialização	P2, P3
Jogos lúdicos	P2, P7
Raciocínio Lógico	P4
Capacidades/Habilidades físicas e cognitivas	
Modalidades esportivas coletivas	P7
Modalidades esportivas individuais	P7

Fonte: elaborado com base em Gallahue e Donnelly (2008).

A agilidade foi trabalhada por três profissionais (P4, P5 e P6). “Agilidade é a capacidade de mudar a direção de todo o corpo rapidamente e com exatidão enquanto este se move de um ponto a outro”. É uma importante habilidade coordenativa para jogos lúdicos e desportivos (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 91).

As atividades que envolviam alongamento e flexibilidade foram abordadas também por 3 profissionais (P1, P5 e P6). “Flexibilidade dos ligamentos, habilidade de vários ligamentos do corpo para se moverem através de sua extensão completa de movimento”. É um componente físico relacionado à saúde (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 87).

O trabalho com coordenação motora foi adotado por todos os profissionais: “[...] é a capacidade de integrar sistemas motores separados por estruturas sensoriais e articuladas em um movimento eficiente” (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 91). A coordenação motora fina envolve habilidades motoras finas ou, mais precisamente, “manipulação motora fina refere-se às atividades de segurar que enfatizam e controle

motor, a precisão e a exatidão do movimento. (ex.: jogar dardos)” (*ibid.*, p. 57). “Habilidades motoras: série de movimentos executados com exatidão e precisão” (*ibid.*, p. 76). Habilidades motoras grossas, “um movimento grosso envolve os músculos grandes do corpo” (movimentos ginásticos) (*ibid.*, p. 68).

Referente às atividades que tinham por objetivo melhorar o equilíbrio, todos os profissionais aplicaram-nas. Equilíbrio: “a capacidade de manter o *equilibrium* do indivíduo em relação à força da gravidade em uma postura estática ou durante a execução de uma atividade dinâmica”, fazendo “rápidas alterações no corpo quando ele é colocado em várias posições”. Trata-se de uma importante capacidade coordenativa (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 90).

Já no que se referia ao fortalecimento muscular, três profissionais (P4, P5 e P6) estimularam essa capacidade motora. Força muscular: é a capacidade do corpo de exercer força máxima contra um objeto exterior ao corpo ou “capacidade de exercer o máximo esforço” e “resistência muscular é a capacidade de exercer força contra um objeto externo ao corpo por repetidas vezes e sem fadiga”. Trata-se de importante capacidade relacionada à saúde (WINNICK; PORRETA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 84-86).

Atividades que visavam desenvolver a lateralidade foram observadas nas aulas de dois profissionais (P1 e P4). Lateralidade: “Senso de lateralidade é uma consciência intuitiva interna de direção em relação a um lado do corpo para outro. Consiste em uma importante capacidade coordenativa que pode ser trabalhada nas crianças mais novas e com problemas de coordenação (*ibid.*, p.115).

Atividades com uma abordagem mais voltada para a psicomotricidade foram observadas nas intervenções de dois profissionais (P2 e P7). Psicomotricidade: pela educação e reeducação do movimento e por meio do movimento psicomotor, contribui-se nos aspectos afetivos-emocionais, coordenação, equilíbrio, ritmo, lateralidade e percepções corporal, espacial e temporal (LIMA *et al.* 2017).

Atividades e exercícios que buscavam melhorar a resistência cardiorrespiratória foram observadas nas aulas de quatro profissionais (P4, P5, P6 e P7); “resistência cardiovascular: a capacidade de executar numerosas repetições de uma atividade que exige considerável uso dos sistemas circulatório e respiratório”. Capacidade condicional central relacionada à saúde (WINNICK; PORRETA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 703).

Cinco profissionais (P2, P3, P4, P5 e P6) utilizaram algumas atividades que estimulavam mais as capacidades cognitivas: atenção (P2, P3, P4, P5), interação (P2, P4, P5, P6), afetividade e raciocínio lógico (P4) e socialização (P2, P3), são capacidades prejudicadas pelo TEA; bem como a concentração, quando há comorbidade – TDAH (DSM-5, 2014). Logo, é importante estimulá-las em conjunto com os outros profissionais da equipe, abordando, assim, o desenvolvimento global da criança (CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014).

Os fundamentos das habilidades coletivas e individuais (P7) basquete, futebol, atletismo foram trabalhados pelo P7. As modalidades coletivas e seus fundamentos técnicos podem ser ensinados às pessoas com TEA, de modo que possam aumentar as habilidades e as experiências e aplicação delas em contexto de jogo, ampliando, assim, sua motivação e sensação de competência para que possam se envolver em jogos coletivos em contextos escolares e comunitários. Dessa forma, pode haver maior possibilidade de interação social (HOFMAM, 2018; WINNICK; PORRETA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Dois profissionais (P2 e P7) trabalhavam jogos lúdicos. Esses, se tiverem uma abordagem mais cooperativa, também podem ser meios para desenvolver a cooperação e socialização; aspectos que convém ser estimulados com esse público. Conforme Gallahue e Donnelly (2008, p.354): “Os jogos cooperativos têm se popularizado nos últimos anos porque enfatizam a interação do grupo e a socialização positiva em um ambiente cooperativo que retira o foco da competição”. Ademais, os jogos precisam ser modificados para que atendam às necessidades de todos.

Quanto aos fundamentos dos esportes individuais trabalhados por P7, tratavam-se de dardos e atletismo. Dentre as modalidades esportivas individuais que já foram pesquisadas e podem ser usadas como possíveis meios de intervenção em crianças com TEA, são as artes marciais: *Caratê*, na utilização de técnicas de *kata*, movimentos sequenciais e repetitivos; *Tae Kwon Do*, esse também emprega movimentos em rotinas técnicas pré-determinadas, contribuindo para a coordenação motora de movimentos (SCHLIEMANN; 2014). Conforme Bremer, Crozier e Lloyd (2016), intervenções de atividades físicas por meio de equoterapia e artes marciais podem produzir maiores benefícios.

A natação é outra modalidade ou atividade física benéfica aos aspectos de condicionamentos físico e motor, redução de estereotipias, autoconfiança, autopercepção e interação social (SCHLIEMANN; 2014; BREMER; CROZIER; LLOYD,

2016). Uma das profissionais (P4), como já mencionado, possuía formação em natação para crianças com TEA; no entanto, ela não utilizava esse meio de intervenção, pois a instituição em que trabalhava não possuía piscina disponível para uso.

Logo, constatou-se por meio dos dados coletados nos instrumentos da pesquisa e pelas observações, que seis dos sete profissionais (exceto P3), abordavam as capacidades físicas condicionais (fortalecimento muscular, resistência cardiorrespiratória e flexibilidade) relacionadas à saúde e também as capacidades físicas coordenativas relacionadas à performance (agilidade, coordenação motora, equilíbrio, lateralidade) de habilidades, as quais podem providenciar maior envolvimento com brincadeiras e jogos lúdicos e desportivos em diferentes ambientes. O que contribui para o aprimoramento e a manutenção da saúde, bem como a socialização, que são áreas principais de intervenção dos programas educativos e terapêuticos direcionados à população com TEA (HOFFMAM, 2018; WINNICK; PORRETA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Cinco dos sete participantes (P2, P3, P4, P5, P7) buscavam intervir também em alguns dos aspectos cognitivos (atenção, concentração, interação, afetividade e socialização e raciocínio lógico), quando estabeleciam seus planejamentos. Isso favorecia uma intervenção mais coordenada com os objetivos da equipe multidisciplinar (CARVALHO *et al.* 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Embora as atividades físicas trabalhadas pelos profissionais estivessem de acordo com as necessidades de desenvolvimento psicomotor das crianças/alunos com TEA, a utilização de protocolos de exercícios mais estruturados e objetivos, como aqueles presente nos estudos de Lourenço *et al.* (2015); Lourenço (2016); Sowa; Meulembroek (2012); Sorensen; Zarrett (2014), poderiam reduzir a curto prazo dificuldades comportamentais, bem como abordar de forma mais precisa as necessidades de desenvolvimento psicomotor das crianças com TEA.

5.5 Planejamento

A seguir no quadro 7, apresenta-se a sequência de planejamento das atividades, segundo o relato dos profissionais participantes.

Quadro 7 – Frequência de planejamento das atividades

Planejamento	Profissionais
Diário	P7
Semanal	P1,P3,P4, P5
Mensal	P2, P6

Fonte: elaboração do autor.

Todos os profissionais realizavam planejamentos para as atividades [quadro 7]. Conforme Gallahue e Donnelly (2008, p. 250), “Aulas bem-sucedidas são resultado de planejamento sistemático e de organização cuidadosa, ajustados tanto para a adequação a faixas etárias como para a adequação a indivíduos”.

Segundo Munster *et al.* (2014), o PEI é um eficiente recurso para planejamento e intervenção; no entanto nenhum dos profissionais relatou utilizá-lo. Inferiu-se que os profissionais não conheciam tal recurso. Em contrapartida, o P7 utilizava um Plano Individual Terapêutico (PIT), o qual era elaborado após uma avaliação da criança por toda a equipe multidisciplinar.

“O planejamento [...] inclui tanto a previsão das atividades didáticas em termos da sua organização e coordenação em face dos objetivos propostos, quanto a sua revisão e adequação do decorrer do processo de ensino” (LIBÂNEO, 2013. p. 245). Esse autor ainda reforça que o planejamento é um meio para se programar as ações docentes, mas é também um momento de pesquisa e reflexão, intimamente ligado à avaliação.

5.6 Avaliação

Apenas um profissional (P1) não realizava avaliações. “A avaliação é uma tarefa didática necessária e permanente do trabalho docente, que deve acompanhar passo a passo o processo de ensino e aprendizagem”. Logo, por intermédio dela, “os resultados que vão sendo obtidos no decorrer no trabalho do conjunto do professor e dos alunos são comparados com os objetivos propostos, a fim de constatar progressos, dificuldades e reorientar o trabalho para as correções necessárias” (LIBÂNEO, 2013. p. 216).

As diversas formas de avaliação podem ser realizadas no início, no meio e no fim das atividades e das intervenções (LIBÂNEO, 2013; GALLAHUE; DONNELLY, 2008). As formas e tipos de avaliações que os profissionais realizavam eram: avaliação individualizada e processual – realizada por todos. Gallahue e Donnelly

(2008, p. 687) afirmam que a avaliação de processo consiste em “uma abordagem observacional à avaliação motora e coloca a ênfase sobre os aspectos qualitativos do movimento [...]”. O P7 além de realizar uma avaliação diagnóstica, uma avaliação final do aspecto global (físicas e cognitivas) de desenvolvimento, juntamente com todos os profissionais da equipe, também efetuava uma avaliação antropométrica (peso, altura e circunferência abdominal).

Segundo P2: “Avalio o aluno no seu desenvolvimento motor, cognitivo e social, se este está tendo um avanço através das aulas estabelecidas.”. Essas características permitem classificar o trabalho de avaliação de P7, segundo Gallahue e Donnelly (2008), como de avaliação subjetiva, individual, processual e global (físicas e cognitivas).

Para P3: A avaliação da socialização “é feita em cada aula, de forma contínua”. Essa pode ser considerada como uma avaliação subjetiva, individual e processual de apenas um aspecto de desenvolvimento. (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Conforme P4: “Semanalmente, a cada atendimento é feito um relatório, especificando as atividades desenvolvidas no dia e o que foi destaque no atendimento.”. De acordo com Gallahue e Donnelly (2008), trata-se de uma subjetiva individual, processual e global.

Para P5: “Focando no que o aluno adquiriu de repertório nas aulas durante certo tempo e não que poderia ter adquirido. Sempre considerando as especificidades de cada um; sejam elas biológicas, físicas, histórico motor e social, de contexto familiar, outros”. Refere-se à avaliação individual, processual e global (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

De acordo com P6: “Ela é feita observação do rendimento físico dele, durante o seu horário [de atendimento].”. Tal modo estaria em conformidade com uma avaliação subjetiva, individual, processual, relacionado às capacidades físicas condicionais e coordenativas (GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Consoante P7: “Existe uma avaliação de desempenho que é feito de forma geral com todos os profissionais e uma avaliação antropométrica com peso, altura e circunferências, etc.”. Classifica-se nas formas de avaliação objetiva, individual, diagnóstica, processual, final e global; segundo Gallahue e Donnelly (2008). Para Winnick e Porreta (2016), a avaliação antropométrica é importante, pois é uma das medidas da composição corporal.

Segundo Gallahue; Donnelly (2008), nas avaliações do desenvolvimento e ganho motor, é necessário utilizar avaliações subjetivas (qualitativa) do processo e avaliações objetivas (quantitativas) do produto para resultados mais fidedignos. Conforme os autores, a combinação de ambas fornece resultados mais confiáveis. Assim, apenas o P7 utilizava também a avaliação objetiva, mas somente referente à avaliação da composição corporal.

Nas avaliações quantitativas, poderiam ser utilizados: o Instrumento de Avaliação de Padrão Motor Fundamental (*FMPAI*), o qual objetiva: “avaliar as mudanças desenvolvimentistas em função do tempo de um mesmo indivíduo (comparações *intra-individuais*).” Gallahue e Donnelly (2008, p. 289). Esse teste pode ser utilizado eficazmente em crianças que se encontram na Educação Infantil e no primeiro ciclo do Ensino Fundamental, crianças com atraso no desenvolvimento motor e deficiências intelectuais e físicas (condições muitas vezes presentes em pessoas com TEA, alvos de intervenção precoce).

Outra ferramenta de avaliação de motora trata-se do Teste de Desenvolvimento Motor Geral Fundamental II (TGMD), o qual também é de fácil aplicação, eficaz e pode ser usado para comparação da evolução intra-individual; além do mais, como forma suplementar, os profissionais poderiam utilizar as avaliações alternativas ou autênticas, as quais “se aproximam mais de como a habilidade será usada em situações real [...]”, (GALLAHUE; DONNELLY, 2008, p. 308). Essas avaliações autênticas podem ser utilizadas para avaliar “se as crianças usam o novo conhecimento e as novas habilidades ensinadas a elas”, (generalização, em crianças com TEA). Assim, com essas ferramentas, os profissionais poderiam avaliar (de forma objetiva) se houve os alunos com TEA adquiriram desenvolvimento motor.

Portanto, avaliações mais objetivas (quantitativas) do produto final de aprendizagem durante um período de tempo também seriam mais eficazes para se mensurar de forma mais fidedigna os ganhos de desenvolvimento motor, bem como adequar os planejamentos posteriores.

Apenas um profissional (P7) afirmou realizar avaliação junto aos outros membros da equipe. A avaliação conjunta e a troca de informações sobre os processos e os resultados avaliativos são uma das características do trabalho multidisciplinar (CARVALHO *et al.* 2016). Conforme Libâneo (2013. p. 223), “A

avaliação ajuda tornar mais claros os objetivos que se quer atingir” e deve ser coerente com esses (CARVALHO, *et al.* 2016).

5.7 Objetivos das atividades dos profissionais

Faz-se importante considerar que, dentre as crianças com TEA, muitas delas são usuárias dos serviços das instituições terapêuticas e/ou estão em escola especializada ou no ensino regular (inclusão). “O objetivo do processo de ensino e de educação é que todas as crianças desenvolvam suas capacidades físicas e intelectuais, seu pensamento independente e criativo [...], de modo que se preparem positivamente para a vida social” (LIBÂNEO, 2013. p. 223).

Acerca dos objetivos educacionais mais específicos para crianças com TEA:

Os objetivos apropriados para serviços educacionais a crianças com TEA são os mesmos que para outras crianças: independência pessoal e responsabilidade social. Isso implica progresso nas habilidades cognitivas e sociais, habilidades comunicativas verbais e não verbais, redução de dificuldades comportamentais e generalização de habilidades para múltiplos ambientes (*NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001, p. 5; tradução do autor).

Já no que se refere aos objetivos de tratamento:

Os objetivos primordiais de tratamento são maximizar independência funcional da criança e a qualidade de vida pela minimização das características principais do TEA, facilitando o desenvolvimento e a aprendizagem, promovendo a socialização, reduzindo comportamentos mal adaptados e também educar e apoiar famílias (MYERS; JOHNSON, 2007, p. 1162; tradução do autor).

Nota-se que muitos dos objetivos de desenvolvimento da pessoa com TEA (independência, redução das dificuldades comportamentais, desenvolvimento cognitivo, comunicativo e social) são comuns a ambas (saúde e educação) as áreas de intervenções. Por isso, é importante a estreita colaboração entre os diferentes profissionais, de preferência em equipes multidisciplinares em instituições escolares (CARVALHO *et al.* 2016) ou com centros especializados em TEA, fornecendo apoio técnico às escolas (ONTARIO, 2007).

Os objetivos dos profissionais P1 e P6 visavam ao desenvolvimento das capacidades físicas:

P1: “Na parte física e motora, ajudar eles em obstáculos dos seu dia a dia para se melhorar suas condições”. P6: “Condicionamento físico e ginástica para melhorar a postura do aluno e as condições física para diminuir o sedentarismo”. Conforme

Winnick e Porreta (2016) e Gallahue, Donnelly (2008), tais objetivos são importantes no desenvolvimento motor, na melhora e na manutenção da saúde e na busca por um estilo de vida ativo e saudável.

Ainda assim, Carvalho *et al.* (2016) e Dillenburger *et al.* (2014) afirmam que os profissionais que compõem uma equipe multidisciplinar, de intervenção precoce para crianças com deficiência ou com risco e atraso de desenvolvimento, precisam ir além dos objetivos de suas áreas de conhecimento. Necessitam incorporar os objetivos das outras (modelo interdisciplinar e transdisciplinar) e objetivos de desenvolvimento definidos por toda equipe. Para um desenvolvimento global da criança por meio de mais tempo de intervenção, em diferentes contextos.

Logo, constatou-se que cinco profissionais (P2, P3, P4, P5 e P7), em suas intervenções, buscavam ir além dos aspectos principais de intervenção da Educação Física e visavam ao desenvolvimento das capacidades físicas e cognitivas/sociais.

P2: “Ensinar aos alunos respeitando suas especificidades, limitações; melhorando assim seus aspectos cognitivos, motores e psicológicos e sociais”. P3: “Socialização” (objetivo de apenas um aspecto cognitivo). P4: “Trabalhar coordenação motora comprometida, coordenação motora fina, sensorial, agilidade, velocidade, equilíbrio, força tônus [muscular], além da socialização com outros colegas e com as professoras”. P5: “O desenvolvimento dos domínios físico, motor, cognitivo e afetivo/social através de práticas corporais gerais e específicas da educação física”. P7: “Proporcionar aos indivíduos com TEA uma melhora no desenvolvimento psicomotor, buscando contribuir para uma melhora na qualidade de vida e Independência funcional”.

Segundo Gallahue e Donnelly (2008, p. 16), “Aprendizado cognitivo é uma mudança progressiva na habilidade de pensar, raciocinar e agir. Essa aprendizagem cognitiva “pode, e deve ocorrer na quadra e/ou campo de jogo”. Os autores ainda reiteram que “importantes competências cognitivas e afetivas podem ser reforçadas eficazmente através do programa de Educação Física desenvolvimentista” (p. 19).

Portanto, o trabalho mais integrado entre os profissionais das instituições, proporcionam maior quantidade de estímulos nos mais variados aspectos de desenvolvimento, possibilitando um desenvolvimento global (CARVALHO 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014).

Os resultados indicaram que as atividades desenvolvidas estavam de acordo com as necessidades das crianças com TEA. Todos os profissionais aplicavam

atividades de coordenação motora e seis deles abordavam as capacidades físicas relacionadas à saúde, sendo que alguns dos profissionais estimulavam outras características do desenvolvimento necessárias aos alunos com TEA: socialização e comunicação, jogos lúdicos, concentração e atenção, necessidades das crianças com esse transtorno. Assim, são comuns problemas de coordenação e atenção, prejuízos nas interações sociais, comunicação (DSM-5, 2014; RAVIOLA, 2017; REVIÈRE, 2010).

Contudo, salvo alguma contraindicação, poderia haver mais adaptações e estratégias de motivação para aumentar a adesão e a intensidade dos esforços, com a participação em atividades e exercícios físicos mais vigorosos para obter mais benefícios à saúde (GALLAHUE; DONNELLY, 2008; JANSSEN; LEBLANC, 2010).

Conforme Bremer, Crozier e Llyoyd (2016) e Sowa e Meulenbroek (2014), seria recomendado, também, que os sete profissionais utilizassem atividades e exercícios aeróbicos mais estruturados com esportes individuais: natação, corrida, ciclismo e artes marciais; os quais podem aumentar os benefícios e a eficácia das atividades físicas para essa população, permitindo a redução de comportamentos estereotipados e o acréscimo de períodos de atenção a curto prazo, bem como a redução de déficits motores, sociais e comportamentos desafiadores.

Além de atividades isoladas, os jogos lúdicos e desportivos (esporte com ênfase no lazer e educação) para crianças com TEA junto aos pares sem esse Transtorno em outros contextos podem aumentar a intensidade e uso das habilidades motoras e cognitivas (generalização) para outros contextos (HOFFMAM, 2018).

Para aumentar os resultados das intervenções e ganhos no desenvolvimento das pessoas atendidas, os profissionais poderiam trocar informações com os pais, sobre os benefícios e orientações para aquelas atividades, exercícios físicos, a fim de que eles incentivassem os filhos com TEA a se envolverem em Jogos lúdicos, e desportivos, junto aos pares, sem esse transtorno, em outros contextos (HOFFMAM, 2018). Isso, além de possibilitar cumprir a quantidade mínima de tempo recomendado (60 min.) para a prática diária de atividades físicas, pode também aumentar as possibilidades de comunicação, interação e socialização para essas pessoas (WINNICK; PORRETA, 2016; JANSSEN; LEBLANC, 2010).

Essa colaboração com os pais, poderia aumentar o tempo dos estímulos e o uso (generalização) das habilidades locomotoras, componentes físicos (condicionais e coordenativos), habilidades cognitivas e psicomotoras. Tais estímulos são

oferecidos pelos profissionais e são recomendados pela área da Educação Física, uma das componentes disciplinares de intervenção, nas equipes, que busca o desenvolvimento desses indivíduos (WINNICK; PORRETA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Além desses importantes benefícios, predominantemente físicos e motores, para que os profissionais otimizem os resultados de suas intervenções e de toda a equipe, é importante que atuem com os outros, das diferentes áreas. Assim, pode ocorrer a aplicação dessas atividades e exercícios concomitante aos outros estímulos sociais, comunicativos e cognitivos, de modo a garantir ações mais coordenadas para atingir os objetivos gerais e maiores ganhos de desenvolvimento a criança.

Além do mais, essa organização coletiva é relevante para se obter resultados mais positivos, por meio de planejamento, avaliação e objetivos mais coerente com a equipe, a atuação e a colaboração desses profissionais, juntos aos outros membros das diferentes áreas disciplinares, é essencial.

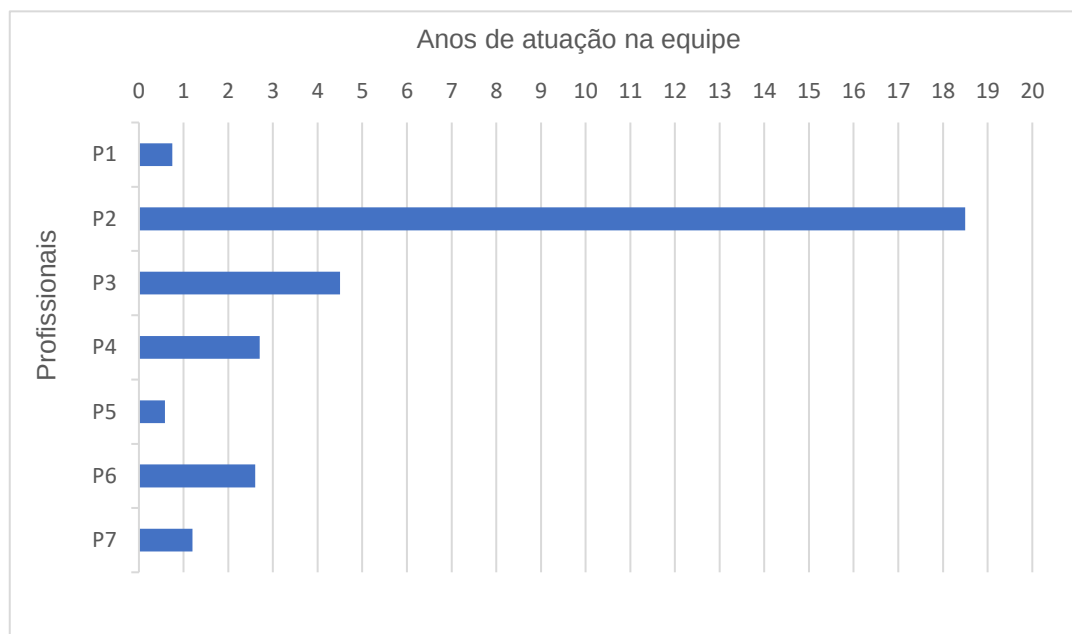
OBJETIVO ESPECIFICO III - Descrever a atuação dos profissionais de Educação Física nas equipes multiprofissionais das instituições do município de Dourados-MS.

5.8 Atuação na equipe multidisciplinar

Quanto à atuação nas equipes, o tempo que os profissionais atuavam variava de menos de 1 ano (7 e 9 meses, P5 e P1, respectivamente); 1 ano P7; 2 anos P4 e P6; e até 18 anos, P2 [figura 10]. Conforme Carvalho *et al.* (2015) e Grossklags (2015), maior permanência dos membros da equipe; menor rotatividade, na troca de profissionais, contribui para maior coesão da equipe multidisciplinar; favorecendo a dinâmica de trabalho e a cooperação. No entanto, o oposto: a continua rotatividade dos profissionais, além de não ser benéfico ao trabalho das equipes, pode também desencadear conflitos nas mesmas.

5.8.1 Tempo de atuação

Figura 10: Tempo de atuação dos profissionais nas equipes multiprofissionais.



Fonte: elaboração do autor.

5.8.2 Carga horária e frequência de atendimentos

Quanto à carga horária de trabalho, P3 e P7 possuíam maior tempo dedicado à equipe, 40 e 44 horas por semana, respectivamente (quadro 8). Segundo Carvalho *et al.* (2016), quanto maior o tempo de trabalho conjunto, dos diferentes profissionais das variadas áreas de expertises, maior será a possibilidade de troca de informações, interações, trabalho conjunto e tempo de intervenção. Ademais, as dinâmicas mais eficientes de trabalho de equipes, ou seja, interdisciplinar e transdisciplinar, requerem maior tempo dos componentes da equipe dedicado a ela.

Quadro 8 - Carga horária, frequência e número de intervenções semanais

Profissionais	Carga horária de trabalho	Frequência de aulas ou de atendimento
P1, P2, P4, P5, P6	20 h	Uma vez na semana
P3 - P7	40h - 44h	Duas vezes na semana

Fonte: elaboração do autor.

A P3 ministrava aula e o P7 desenvolvia atendimento, ambos, duas vezes na semana. Ela ministrava aula para um grupo; ele atendia individualmente cada criança.

Os outros profissionais (P1, P2, P4, P5, P6) possuíam 20 horas de trabalho, cada um intervindo apenas uma vez semanalmente.

Os três professores (P1, P2 e P3) ministravam aulas para um grupo de 5 alunos, em média. Os dois primeiros podiam contar com auxílio de outros professores (apoio), quando solicitassem. A P3, entretanto, com o dobro de carga horária e com duas intervenções semanais, não contava com trabalho conjunto nem tinha auxílio de estagiário. Dentre os cinco alunos, alguns deles possuíam comorbidade: deficiência motora (problemas na marcha) e cadeirante. Logo, ela necessitava de mais apoio ou trabalho conjunto (outro professor ou outro profissional).

A P4 contava com apoio exclusivo de uma estagiária de Educação Física. P5 e P6 atendiam nos mesmos espaço e horário, e outra estagiária auxiliava ambos. P7 não contava com apoio de estagiário, embora não fosse tão necessário, pois cada atendimento era individual ou apenas com duas crianças (às vezes); e também havia em sua equipe trabalho colaborativo.

Sobre a colaboração nas equipes, havia profissionais cursando (P7) e já com formação em ABA (P6); Para Dillenburger *et al.* (2014), esse método de intervenção fornece uma base comum de trabalho para todos os membros da equipe, e até como participantes externos. Dixon, Granpeesheh e Tarbox (2009) ressaltam que esse método de intervenção é mais efetivo quando há colaboração dos profissionais, de tal modo é mais provável completar a carga horária (outro requisito para melhor eficácia do método) de intervenção de 30 a 40 horas semanais.

Sobre a colaboração e o trabalho conjunto entre os profissionais em equipe multidisciplinar para intervir com crianças com TEA e outras deficiências, há duas formas mais comuns: troca de informações e busca de sugestões e auxílio para desenvolver planejamento, aplicar intervenções e realizar avaliações. Além dessa, há também o trabalho ou o atendimento conjunto, no qual os profissionais intervêm conjuntamente ou apenas um assiste ao atendimento do outro, de modo a observar e avaliar o desenvolvimento da criança, a fim de atualizar planejamento, intervenções e objetivos definidos nos planos individuais e/ou nos elaborados por toda a equipe (CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014).

5.9 Conjunto de profissionais das equipes multidisciplinares

Conforme, Carvalho *et al.* (2016) e Dillenburger *et al.* (2014), as equipes multidisciplinares, geralmente, são compostas por profissionais de educação, de

saúde e de assistência social. À medida que os profissionais dessas três áreas complementares trabalham em sinergia, os resultados e os objetivos planejados são muito mais prováveis de serem obtidos. Havia nas equipes multidisciplinares de todas as instituições, professores e/ou profissionais de Educação Física, pedagogos, psicólogos e profissionais de equoterapia [quadro 9].

Quadro 9: Grupo de profissionais das instituições.

Equipe multidisciplinar	Instituições			
Profissionais	A	B	C	D
Prof. de Ed. Fís.	X	X	X	X
Pedagogo	X	X	X	X
Psicopedagogo				X
Psicólogo	X	X	X	X
T. O.	X	X		X
Fisioterapeuta	X	X		X
Fonoaudiólogo	X	X		X
Equoterapeuta	X	X	X	X
Assistente Social	X	X	X	
Enfermeiro				
Médico	X	X		X
Musicoterapeuta			X	
Outros: Odontólogo	X			

Fonte: elaboração do autor.

Com relação à equoterapia, todas as instituições ofereciam-na às crianças/alunos. Três delas (A, B e C) contavam com a parceria de duas entidades de segurança pública. A instituição A contava com o apoio da Polícia Militar (PM-MS), já B e C tinham a cooperação do Exército Brasileiro. De acordo com a Associação Nacional de Equoterapia - ANDE-BRASIL (2019), essa terapia deve ser parte de um trabalho filantrópico, a fim de atingir também classes sociais menos favorecidas, evitando, assim, tornar-se um serviço elitizado.

Ainda, conforme a ANDE-BRASIL (2019), a equoterapia tem por finalidade ajudar na reabilitação, na educação e na inserção social de pessoas com deficiência, sobretudo, as que possuem distúrbios comportamentais. O curso básico de equoterapia é destinado a qualquer profissional de saúde ou educação que possua nível superior completo. Visa também integrar esse profissional Equoterapeuta¹⁴ ou profissional de equitação para trabalhar em equipe interdisciplinar; considerando que

¹⁴ De acordo com ANDE-BRASIL, não existe a profissão de Equoterapeuta, já que, não há esse curso superior. Existe a ocupação de Equoterapeuta, a qual está descrita no Catálogo Brasileiro de Ocupações – CBO.

as atividades equoterapêuticas devem ser realizadas por equipes multidisciplinares, contando com o maior número possível de profissionais das áreas de educação, saúde e equitação.

Nessas parcerias, não havia a participação dos Equoterapeutas, de tais entidades, nas reuniões das equipes multidisciplinares; embora alguns profissionais das equipes (dentre eles os profissionais de Educação Física [P7]) iam até os locais onde as atividades equestres se desenvolviam e trocavam informações sobre as necessidades, condições e evolução das crianças com TEA. Na instituição, D, o profissional da equitação participava das reuniões da equipe multidisciplinar.

Pesquisas (BREMER; CROZIER; LLOYD, 2013; LOURENÇO, *et al.*, 2015) mostram que a equoterapia é benéfica a crianças com TEA, entre outras deficiências. Lourenço *et al.* (2015), em estudo de revisão de literatura, afirmam que numa das pesquisas, sessões de passeios de equitação terapêutica, cada qual com duração de uma hora, durante o período de 12 semanas, possibilitaram as crianças com TEA melhorar: motivação social e sensibilidade sensorial, diminuir comportamentos sedentários, desatenção e distração. Em outro estudo revisado, por esses mesmos autores, com o mesmo tempo de uma hora de equoterapia para crianças de 5 a 7 anos; essas, após avaliação das intervenções progrediram nos aspectos de comunicação, contato social, emoção, imitação, atenção, percepção, ajuste motor e tônus muscular.

Conforme a ANDE-BRASIL, um dos profissionais que mais procura a especialização em equoterapia é o fisioterapeuta. Três instituições contavam com esse profissional. Consoante Shapiro e Sayers (2003), o especialista em fisioterapia busca desenvolver equilíbrio, mecânica corporal, força, estabilidade, postura e mobilidade articular. Ele pode trabalhar em estreita parceria com o professor de Educação Física, dado que muitas das áreas de intervenção são comuns a ambos os profissionais.

Outro componente profissional fundamental e que está presente em todas equipes multidisciplinares é o psicólogo. Esses profissionais estão entre os membros da equipe mais envolvidos na avaliação, consulta e desenvolvimento de estratégias de intervenções. Geralmente, envolvem-se em análises funcionais de comportamentos e podem ter o auxílio de outros profissionais, especializados no método ABA ou em outro, para realizar essas análises comportamentais mais

rigorosas. Avaliam os aspectos cognitivos, adaptativos e sociais (CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Os profissionais de psicologia também se envolvem no treinamento e no apoio dos pais. Comumente, no modelo transdisciplinar, é o profissional responsável pelo caso. Os que são especialistas na área educacional podem dar consultoria sobre o currículo, bem como receber informações e sugerir estratégias e técnicas de intervenção aos professores (CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Outro membro, de equipes multidisciplinares, trata-se do assistente social. Somente uma das três instituições (D) não contava com esse especialista. Esse profissional pode ter especialização em família e cuidados infanto-juvenil, justiça criminal e familiar (ex.: ECA), saúde mental e especialização em ABA, para melhor comunicação entre os setores de Assistência Social, Saúde e Educação. Os assistentes sociais geralmente realizam as avaliações de necessidades da família e da criança e encaminham tais carências dos usuários aos serviços que buscam atender tais necessidades. Desse modo, poucos deles providenciam intervenções diretas em serviço (DILLENBURGER *et al.* 2014).

O profissional pedagogo é outro integrante de equipes multidisciplinares. Esse e o psicólogo são os que, geralmente, mais assumem a função de responsável pelo caso, no modelo transdisciplinar de trabalho, pois, o profissional da equipe com essa responsabilidade, além de se comunicar com mais privilégio e frequência com os pais, mantém maior contato com outros contextos da criança; como, por exemplo, a escola (regular ou especial). Nesse ambiente, o pedagogo pode trocar informações com professores da educação infantil, dentre outros professores de Educação Especial ou Educação Física Adaptada, bem como outros sujeitos administradores escolares (CARVALHO *et al.* 2016; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

Assim, o pedagogo pode tratar de questões sobre adaptação do ambiente, tecnologia assistiva, aplicação do método ABA, bem como qualquer tema sobre a inclusão, o desenvolvimento e outras demandas das crianças com TEA que podem ser de interesse de toda a equipe. Além disso, ele pode também ocupar a função de coordenador da equipe multidisciplinar, quando há esse posto entre o conjunto de profissionais (CARVALHO *et al.* 2016; *NATIONAL RESEARCH COUNCIL*, 2001).

O psicopedagogo, por sua vez, estava presente apenas na instituição D. Conforme Nunes, Azevedo e Schmidt (2013), o relatório psicopedagógico fornecido

por esse profissional pode ser um considerável recurso para planejamento da ação didática dos professores, como também podem fornecer informações detalhadas sobre a evolução do aluno e de seu processo educativo.

Outro componente das equipes é o profissional de fonoaudiologia. Três equipes contavam com fonoaudiólogo. Esse profissional tem por função identificar prejuízos nas habilidades linguísticas, como também a regressão da linguagem adquirida e intervir nessa área de desenvolvimento central do TEA. O profissional pode abordar problemas de ecolalia, inversões dêiticas de pronomes (eu/você) e promover sessões terapêuticas para aumentar o vocabulário. Além disso, ele pode trocar informações juntamente com os professores ou profissionais de Educação Física da equipe, bem como os outros profissionais, sugerindo-lhes continuar os estímulos para a aumentar as habilidades de comunicação (BRENTANI *et al.* 2013).

Quanto ao profissional de musicoterapia, somente uma das instituições, C, tinha esse especialista. Cunha e Sposito (2013) afirmam que, quando a musicoterapia está incluída em serviços interdisciplinares, ela favorece a promoção da reciprocidade e da comunicação interpessoais, desenvolvimento de capacidades na construção de relacionamentos. Contudo, Simpson e Keen (2011), após um estudo de revisão de literatura sobre intervenções musicoterapêuticas para crianças com TEA, relatam que embora, essas intervenções sejam usadas para facilitar habilidades sociais, comunicativas e comportamentais, há a necessidade de pesquisas mais rigorosas para estabelecer a contribuição destas intervenções para a manutenção e a generalização dessas habilidades.

Apenas a instituição C não contava com o profissional Terapeuta Ocupacional (T.O). Segundo Shapiro e Sayers (2003) e Dillenburger *et al.* (2014) em equipes multidisciplinares, o T.O tem por foco intervir em atividades lúdicas e sociais, atividades práticas e dificuldades de autocuidado, como as que limitam a independência, as habilidades para lidar com as tarefas cotidianas: vestir-se, comer, higiene pessoal. Além de planejar e aplicar atividades para melhorar estabilidade postural, processamento sensorial, planejamento e integração motora, habilidades motoras finas (óculo-manual), adaptações ambientais, exploração de interesses e habilidades vocacionais e uso de dispositivos auxiliares. Os profissionais T.O também podem trabalhar em parceria com professores de Educação Física, no desenvolvimento de consciência corporal e realização de movimentos.

Um profissional que não estava presente em todas as equipes era o de enfermagem. Tais profissionais podem se especializar em cuidados críticos, obstetrícia, visita de saúde ou enfermagem psiquiátrica. Junto com o responsável pelo caso (psicólogo ou pedagogo, comumente) e/ou com assistente social, ele pode realizar visita familiar (DILLENBURGER *et al.* 2014).

A formação inicial de enfermeiros e médicos, sobre sinais de alerta acerca de possíveis casos de TEA, é muito importante, pois eles podem administrar instrumentos de triagem específicos (durante o 18º e 24º mês de vida) e requerer avaliações mais detalhadas para possíveis diagnósticos (DILLENBURGER *et al.* 2014).

Quanto aos profissionais de medicina, somente umas das instituições, C, não contava com um médico no quadro de sua equipe. Embora nas outras, A e B, tais profissionais atendiam no consultório deles, não participavam das reuniões da equipe de profissionais dessas instituições; já na instituição D, esse profissional participava das reuniões e uma vez por semana ia até o local de trabalho da equipe.

Na equipe multidisciplinar, os médicos têm a função de sugerir instrumento de avaliação; dar diagnóstico diferencial, diagnosticar juntamente com a equipe casos que não são TEA, os quais podem ser: Transtorno de Comunicação Social, Deficiência Intelectual (DI), surdez, mutismo seletivo, esquizofrenia, TDAH, Transtorno do desenvolvimento da linguagem, Síndrome do X-frágil, entre outros (RAVIOLA *et al.* 2017; BRENTANI *et al.* 2013).

Por outro lado, eles diagnosticam outras comorbidades, a saber: epilepsia, distúrbios do sono, ansiedade, depressão, entre outras. Assim, podem prescrever medicações para controlar os sintomas do TEA, tais como: hiperatividade, impulsividade, irritabilidade, sintomas obsessivos, agressividade, autoagressão, ansiedade, depressão, birras, desatenção, insônia, ataques de fúria e comportamentos repetitivos. Para tal, podem trabalhar em parceria com outros profissionais da mesma área: pediatra, psiquiatra, neurologista, entre outros; bem como os demais componentes da equipe que são de outras áreas profissionais (RAVIOLA *et al.* 2017; BRENTANI *et al.* 2013; MYERS; JOHNSON, 2007).

Os profissionais de medicina também precisam estar atentos aos efeitos colaterais (mudanças metabólicas, ganho de peso, alterações de sono, dentre outras) dessas drogas que compõem a terapia farmacológica aliada à comportamental. A combinação de medicamentos “com o treinamento dos pais parece ser

moderadamente mais eficaz do que fazer uso exclusivamente de medicação para reduzir distúrbio comportamental severo, e modestamente mais eficaz para a funcionalidade adaptativa” (RAVIOLA *et al.* 2017, p. 184; BRENTANI *et al.* 2013; MYERS; JOHNSON, 2007).

Os médicos podem trabalhar com os profissionais de Educação Física em programa individualizado de recuperação, isto é, programa de exercícios físicos e atividades para corrigir erros no funcionamento perceptivo motor e mecânica corporal, tal programa deve ser realizado sob supervisão médica, além de poder incorporar sugestões de um fisioterapeuta, T.O. e psicólogo (WINNICK; PORRETTA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008).

Referente à atuação dos profissionais de Educação Física, esses podem auxiliar a equipe multiprofissional desenvolvendo suas atividades, objetivos e avaliação de desenvolvimento psicomotor e social. Ao consultar aos pais e aos outros profissionais, eles podem estabelecer objetivos de desenvolvimento mais significativos à criança e priorizados no plano desenvolvido por toda a equipe (WINNICK; PORRETTA, 2016; GALLAHUE; DONNELLY, 2008; SHAPIRO; SAYERS, 2003).

Tais profissionais têm a função de avaliar os problemas relacionados à condição Física, planejar, implementar programas de atividade física e desenvolvimento de habilidades motoras. Além de promover, juntamente com o profissional de Educação Física Adaptada, apropriadas adaptações ambientais e de atividades e exercícios necessários para a participação; gerenciamento de comportamentos; motivação; aquisição de habilidades e desenvolvimento de capacidades motoras condicionais e coordenativas. O desenvolvimento e o aprimoramento dessas capacidades podem providenciar a socialização intermediada pelas atividades e jogos lúdicos e esportivos, além de uma busca de um estilo de vida saudável e ativo (HOFFMAM; 2018; LIMA *et al.* 2017; WINNICK; PORRETTA, 2016).

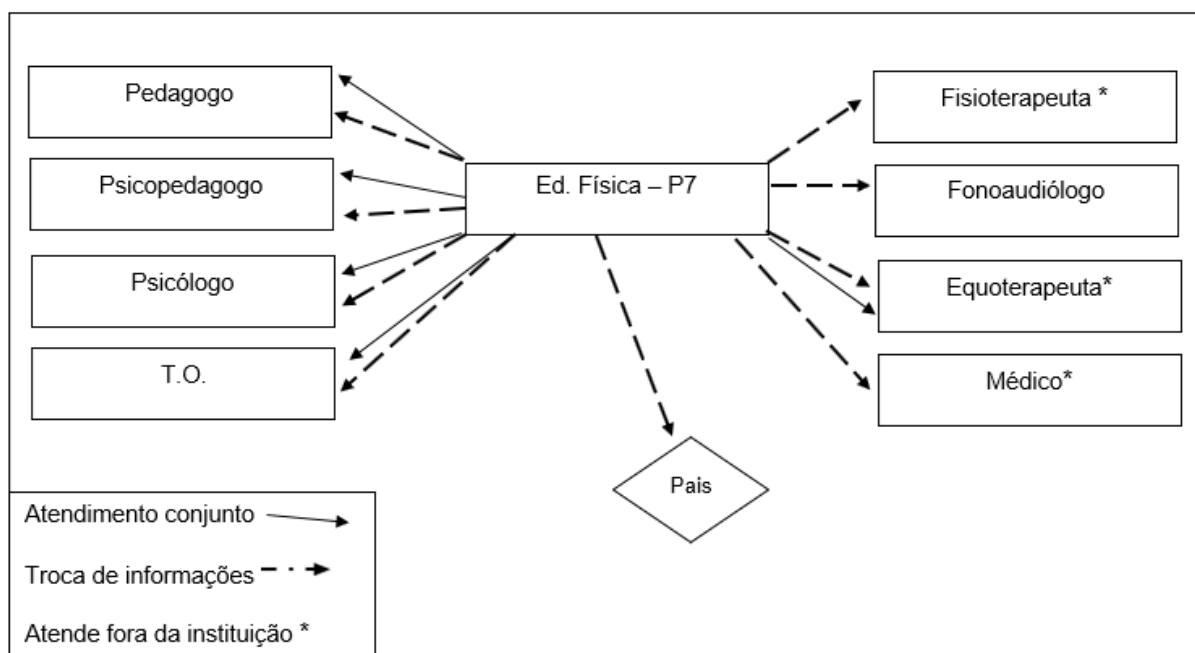
Em suas intervenções, o profissional de Educação Física pode ainda estimular outras variáveis (socialização, comunicação e cognição) de desenvolvimento; as quais podem ser foco do programa de intervenção. Ademais, podem participar de uma avaliação formativa do processo de desenvolvimento da criança e relatar à equipe avanços, estagnação ou retrocessos nesses aspectos social e psicomotor. (WINNICK; PORRETTA, 2016 GALLAHUE; DONNELLY, 2008; SHAPIRO; SAYERS, 2003).

Portanto, cada profissional possui uma função importante na equipe e nos estímulos das necessidades de cada criança, alguns deles podem trabalhar em estreitas parcerias (ex.: fisioterapeuta, T.O e prof. de Ed. Fís.; pedagogo, psicólogo e prof. de Ed. Fís.); outros, embora possam ter intervenção menos comum, podem incorporar os objetivos definidos (por toda a equipe e pelos pais) nos seus planejamentos. Por isso é fundamental a troca de informações e atuação conjunta entre os diferentes profissionais, a fim de atingir os objetivos estabelecidos, os quais se traduzem em benefícios à criança com TEA (CARVALHO *et al.* 2016; SHAPIRO; SAYERS, 2003).

5.10 Troca de informações e atuação conjunta entre os profissionais

Quanto à atuação (intercâmbio de informações, trabalho direto) com os outros profissionais membros da equipe (numa ordem crescente de maior interação), apenas o P7 trabalhava diretamente com quase todos os outros profissionais da equipe [figura 11]. Tal trabalho conjunto baseava-se em prestar assistência, intervir com outro profissional junto à criança ou apenas observar o atendimento prestado pelo colega de equipe.

Figura 11 - Atuação do profissional P7 com a equipe¹⁵.



Fonte: elaboração do autor.

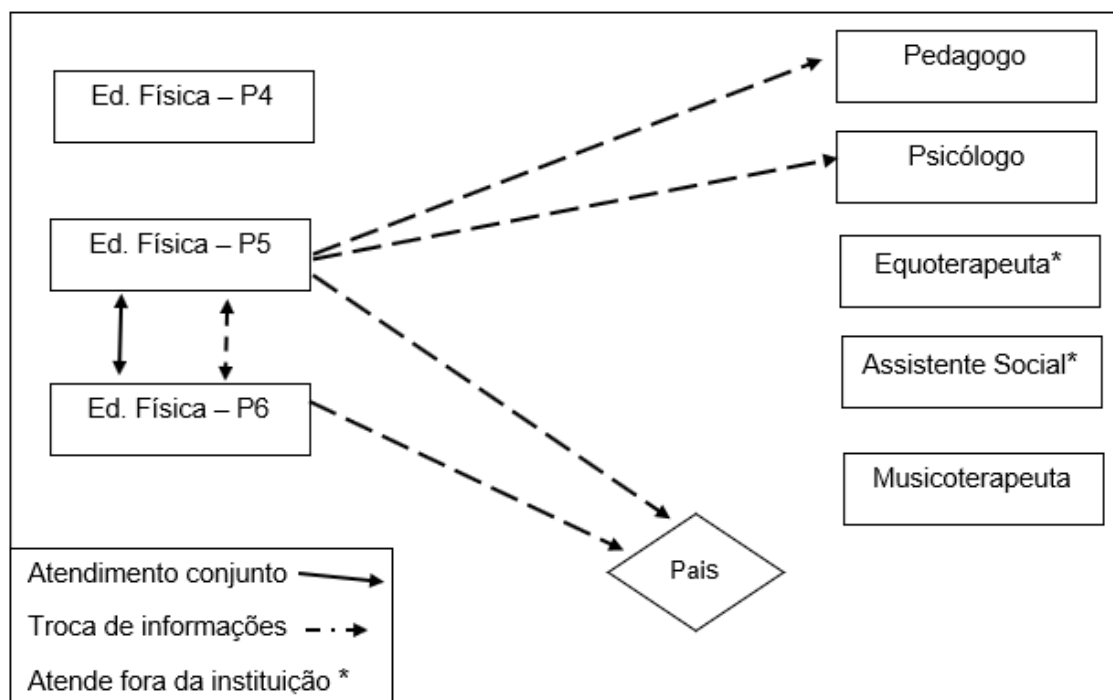
¹⁵ O professor de Ed. Fís. foi representado no centro da figura apenas para melhor ilustrar a sua atuação com os outros profissionais, já que só ele foi entrevistado. Segundo Carvalho *et al.* (2016), nas

P5 e P6, em algumas vezes, trabalhavam em conjunto, tendo em vista que atuavam nos mesmos espaços (área comum de atendimento) e horário; essa colaboração recíproca era maior quando alguma criança, que tinha atendimento agendado, faltava à sessão. Ambos os profissionais, no entanto, eram da mesma área de expertise [figura 12].

O P7, por sua vez, atuando também no mesmo local (mesmo prédio – embora em ambientes diferentes de atendimento), às vezes, atuava conjuntamente com os membros de outras áreas profissionais-científicas (tais como psicologia e fonoaudiologia), exceto com os profissionais de medicina e fisioterapia, já que esses atendiam em outros locais. Conforme Carvalho *et al.* (2016) e Franco (2007), o atendimento em parceria é uma das características da dinâmica de trabalho transdisciplinar.

Os outros (P1, P2, P3 e P4), limitavam-se a atuar com os demais colegas de equipe, de modo menos intenso e colaborativo; isto é, apenas trocavam informações a respeito da criança que atendiam em comum. Carvalho *et al.* (2016) e Franco (2007), embora, menos interativa, a troca de informações é essencial às dinâmicas de trabalho (Multi-Inter-Trans/disciplinar).

Figura 12 - Atuação dos profissionais P4, P5 e P6 com a equipe.

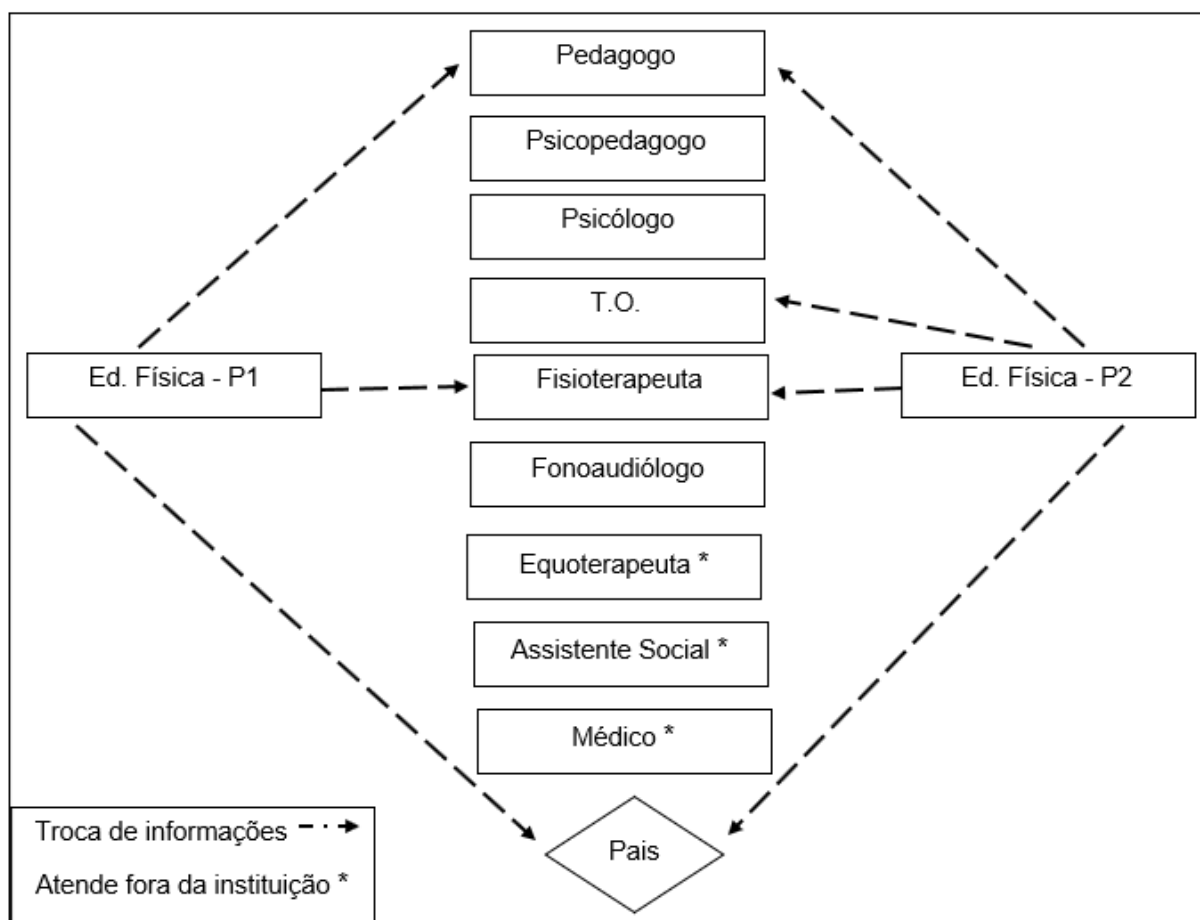


Fonte: elaboração do autor.

dinâmicas multiprofissionais de intervenção precoce, não deve haver hierarquia entre os profissionais; o centro do processo de trabalho é a criança.

Na ordem imediata, após o P7, os profissionais que mais intercambiavam informações sobre as crianças eram: P2, trabalhava diretamente com pedagogos, fisioterapeuta e T.O., cerca de meia hora por dia, uma vez por semana; P1, atuava mais diretamente com o professor pedagogo e fisioterapeuta, cerca de uma hora por dia, aproximadamente 30 minutos com cada um, no máximo por 4 horas na semana [figura 13]. P5 trocava informações com os profissionais de Educação Física (diariamente), com a psicóloga (quinzenalmente) e com a pedagoga (semanalmente), por cerca de uma hora por semana, com esses dois últimos profissionais; o P6 intercambiava informações com P5, diariamente no trabalho, e com relação aos outros profissionais da equipe ele trocava informações apenas nas reuniões mensais; o P3 consultava somente o professor pedagogo [figura 14], por 45 min, duas vezes na semana (90 min); e por fim, P4 não buscava informações com nenhum outro profissional durante a semana, tal interação ocorria apenas nas reuniões (mensais) da equipe.

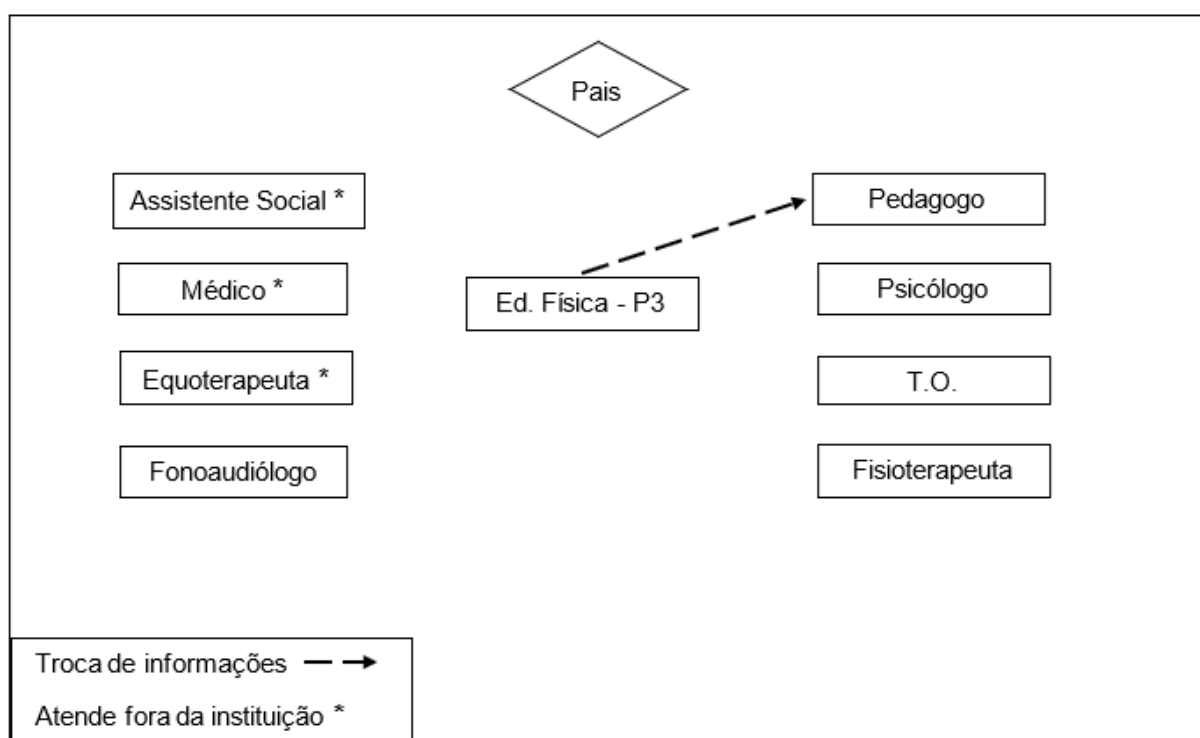
Figura 13 - Atuação dos profissionais P1 e P2 com a equipe.



Fonte: elaboração do autor.

Quanto mais trabalho colaborativo, maior troca de informações e intervenção conjunta, tanto mais há intervenção intensiva e de qualidade. Logo, maior probabilidade de se concretizar os objetivos estabelecidos, os quais se traduzem em maior aprendizagem e desenvolvimento da criança. Outro aspecto colaborativo que impulsiona os resultados, trata-se da cooperação dos profissionais, bem como de toda equipe com os pais. Esses podem participar no planejamento de trabalho de cada profissional e/ou toda equipe (RAVIOLA *et al.* 2017; CARVALHO *et al.* 2016; DILLENBURGER *et al.* 2014; KANSAS, 2009; ONTARIO, 2007; MYERS; JOHNSON, 2007; LEVY; KIM; OLIVE, 2006; NATIONAL RESEARCH COUNCIL, 2001).

Figura 14 - Atuação da profissional P3 com a equipe.



Fonte: elaboração do autor.

Nas quatro instituições, os profissionais das diferentes áreas que mais cooperavam e recebiam cooperação (com mais frequência) dos profissionais de Educação Física foram: pedagogo (P1, P2, P3, P5 e P7), psicólogo (P7 e P5), fisioterapeuta (P1, P2 e P7) e T.O. (P2 e P7). Nesses contextos, percebe-se que uma equipe composta por vários profissionais permite maior interação e troca de experiências, assim quanto mais colaboração entre os diferentes profissionais, tanto

mais probabilidades de melhores resultados. A colaboração dos pais também é essencial para o desenvolvimento da criança.

5.11 Participação dos pais

Sobre esse aspecto fundamental para as intervenções dos profissionais, assim como as ações de toda a equipe, a participação dos pais não estava presente no trabalho de dois (P3 e P4) profissionais. A P3 avaliou essa participação como negativa, a outra, P4 desconhecia se esse aspecto poderia ser ou não benéfico ao trabalho que ela desenvolvia. Somente em duas instituições (as que atendiam somente pessoas com TEA), a participação dos pais no trabalho e na colaboração com os profissionais era unânime na equipe (embora os responsáveis pelas crianças não participassem das reuniões das equipes - o que é característico da dinâmica transdisciplinar).

Em suma, conforme os referenciais teóricos Carvalho *et al.* (2016), Dillenburger *et al.* (2014), Kansas (2009), Ontario (2007) e *National Research Council* (2001), para que haja maior eficácia das intervenções dos programas oferecidos pelas equipes, a participação dos responsáveis pelas crianças atendidas é fundamental, sendo, ainda, mais benéfico se participarem das reuniões das equipes, quando se delibera sobre programas de intervenção e avaliação do caso de suas crianças com TEA. Os pais podem realizar uma avaliação contínua em casa, e continuar os estímulos que são aplicados em ambientes extradomiciliares. Assim, em colaboração com a equipe, eles participam na avaliação e na intensidade das intervenções dos programas planejados e fornecidos aos seus filhos.

Nesse sentido, pode-se notar que momentos e espaços que possibilitam maiores trocas de conhecimentos e experiências entre os diferentes atores sociais (como profissionais, pais e estudantes com TEA) enriquecem o trabalho da equipe multiprofissional e de cada um dos profissionais nas intervenções. Por isso, conforme diversos pesquisadores (Carvalho *et al.* (2016), Dillenburger *et al.* (2014), Ontario (2007), *National Research Council* (2001) recomendam, são necessários e essenciais o planejamento e a implementação desses processos de cooperação, como em cursos, palestras, formação inicial e continuada dos profissionais de Educação Física, bem como outros profissionais das diversas áreas e outros atores sociais que atuam com pessoas com TEA.

CONCLUSÃO

Essa pesquisa, classificada como exploratório-descritiva¹⁶, teve por objetivo geral caracterizar a atuação dos professores e profissionais de Educação Física que atendem crianças com TEA. Os objetivos específicos foram: 1) descrever a formação desses profissionais e suas compreensões a respeito das equipes multidisciplinares; 2) descrever as atividades que os profissionais de Educação Física desenvolviam junto às crianças com TEA nas quatro instituições que ofereciam serviços às pessoas, em sua maioria crianças, com essa deficiência na cidade de Dourados-MS; 3) descrever a atuação dos profissionais de Educação Física e nas equipes multiprofissionais.

Os resultados indicaram que a maioria (6 dentre os 7 prof. de Ed. Fís.) dos profissionais tinham a formação mínima recomendada para atuar na área, como pós-graduação em Educação Especial, e três deles possuíam curso de especialização ou aperfeiçoamento em TEA. Além disso, os profissionais (bem como as equipes) precisavam de formação continuada em modelos de trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar para haver maior e melhor interação entre todos os especialistas. Assim, poderiam colaborar mais e receber maior colaboração de toda a equipe, bem como desenvolver uma intervenção mais eficaz, contribuindo também com a intervenção de todos os profissionais das diferentes áreas.

Além da formação continuada nos modelos de trabalho em equipe multidisciplinar, a formação continuada em saúde mental e intervenção precoce também poderia aprimorar a intervenção dos profissionais de Educação Física com

¹⁶ Ressalva-se como limitações da pesquisa, o fato de que se buscou compreender a atuação das equipes apenas pela ótica do profissional de Educação Física. No entanto, em estudos futuros, o número de participantes entrevistados poderia ser aumentado. É conveniente recolher os dados do ponto de vista de todos os profissionais da mesma equipe, para isso pode haver a escolha de alguma dessas equipes específicas e utilizar uma abordagem de estudo de caso, como sugestão. Em possíveis estudos futuros e mais aprofundados, convém aumentar o número de horas ou de sessões de atendimentos observadas para permitir uma descrição mais precisa das atividades realizadas, que envolvem os profissionais e as pessoas com TEA. O questionário elaborado para esse estudo foi testado e avaliado por alguns professores que poderiam compor o grupo dos participantes, caso atuassem em uma das instituições. Entretanto, é também importante validar esse instrumento; como não havia nenhum questionário específico para a coleta de dados sobre o tema dessa pesquisa, o questionário utilizado foi então desenvolvido; contudo, por questões inerentes ao tempo disponível para a conclusão do trabalho, não foi possível validá-lo por uma comissão de juízes, ou seja, pesquisadores das áreas abrangidas, isto é, TEA, equipe multidisciplinar e Educação Física. Ao aperfeiçoar tal instrumento de coleta de dados, poder-se-á utilizá-lo para outras equipes, tendo maior grau de validade e fidedignidade. Além disso, poderiam ser usados entrevistas, para aumentar e detalhar a quantidades de dados coletados, o que poderia ampliar os possíveis resultados a serem obtidos.

as crianças com TEA, bem como a colaboração com os outros profissionais das diversas áreas. Há também outros meios de atualização e aperfeiçoamento que servem para formação e aprimoramentos das intervenções: participação em grupos profissionais de estudo e pesquisa, participação em pesquisas individuais e colaborativas; porém, nenhum dos profissionais relatou participar de tais processos.

No que se refere à compreensão dos participantes sobre os modelos de trabalho em equipe multiprofissional, constatou-se um conhecimento básico. Isso sugere a necessidade de cursos e de atualização sobre tema (formação continuada organizacional) para todos os membros da equipe. Pois, a complexidade da deficiência intelectual pesquisada requer uma equipe coordenada para o trabalho, para estabelecer objetivos conjuntos e coordenar ações e intervenções para atingi-los.

Embora as atividades desenvolvidas pelos profissionais estavam de acordo com as necessidades das crianças com TEA, se houvesse também a utilização de avaliações objetivas (quantitativas) aliadas com as avaliações subjetivas (qualitativas) que eram realizadas; se utilizassem o PEI, aplicassem exercícios estruturados para crianças com TEA, tais recursos poderiam contribuir ainda mais para definir e alcançar objetivos e mensurar de forma mais fidedigna a evolução motora e o desenvolvimento biopsicossocial das crianças com TEA. A maioria dos profissionais, cinco deles, buscavam estimular outros aspectos (social e cognitivo) do desenvolvimento. Isso favorecia o trabalho de toda a equipe, bem como as pessoas atendidas.

Quanto à atuação, os resultados indicaram que só um profissional P7 tinha atuação e interação mais ativa com toda equipe multidisciplinar, pois a instituição em que ele atuava desenvolvia um trabalho mais integrado (interdisciplinar), especificamente para crianças com TEA. Nas outras instituições, a interação e a troca de informações era pouco regular. Contudo, essa pesquisa ressalva que a interação depende da vontade e da disposição de ambos os profissionais para trocarem informações e trabalhar em conjunto.

Logo, em pesquisas futuras com esse foco, é conveniente entrevistar todos os profissionais das equipes em cada instituição, podendo utilizar métodos e procedimentos de estudo de caso. Assim, será possível compreender quais os fatores e quais as condições que favorecem e dificultam o trabalho em equipe, tendo em vista os parâmetros dos modelos de trabalho multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Por conseguinte, permitirá levantar hipóteses, testá-las e, sendo

necessário, desenvolver programas de intervenção e capacitação nas equipes, a fim de aperfeiçoar a colaboração entre os profissionais, para que haja trabalho mais colaborativo e eficaz; influenciando, assim, de modo mais coordenado, intenso e abrangente o desenvolvimento e a educação das crianças com TEA, melhorando sua qualidade de vida e também a de suas famílias; de modo a assegurar a elas esses direitos garantidos em legislações e tratados nacionais e internacionais.

REFERÊNCIAS

- ABIB, L., T.; FERREIRA, L., A. A cultura corporal no contexto da saúde mental. **Revista Didática Sistêmica**, v. 11, p. 11-23, 2010. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/724/1/flaviareginaferreiraalves.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018>. Acesso em: 13 mar. 2019.
- ALVES, F. R. F. **Desafios e mudanças: uma proposta de programa de exercícios físicos para crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA)**. 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) - Universidade Federal de Juiz Fora, Juiz de Fora, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/bitstream/ufjf/724/1/flaviareginaferreiraalves.pdf>>. Acesso em: 13 mar. 2018.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed. 2014. p. 50-59.
- ANDRÉ, A., D., E., M.; LÜDKE, M. **Pesquisa em Educação: abordagens qualitativas**. 2. Ed. Rio de Janeiro: E.P.U., 2013.
- ANDE-BRASIL. **Associação Nacional de Equoterapia**. 2019. Disponível em: <<http://equoterapia.org.br/>>. Acesso em: 13, mar. 2019.
- BAGNATO, S., J.; NEISWORTH, J., T. Collaboration and teamwork in assessment for early intervention. **Child and Adolescent Psychiatric Clinics**, v. 8, n. 2, p. 347-363, 1999. Disponível em: <[https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993\(18\)30184-6/pdf](https://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056-4993(18)30184-6/pdf)>. Acesso em: 12, jun. 2018.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977.
- BARROCO, S. M. S.; SINZKER, R. C. Autismo e Bullying na escola: um debate em prol da formação do humano. **XXIV Encontro Anual de Iniciação Científica**, Londrina, 22 out. 2015. Disponível em: <<http://www.eaic.uem.br/eaic2015/anais/artigos/114.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2018.
- BARROS, C. G. D. G. **Alunos com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e Bullying em Contexto Escolar**. 104 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação – Educação Especial) - Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2017. Disponível em: <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/6521/1/DM_Cec%C3%ADlia%20Barros.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2018.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº: 584/2018 e Portaria nº 1.349, Seção 1, Pág. 33. Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Educação Física. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 dez. 2018. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/docman/outubro-2018-pdf-1/99961-pces584-18/file>>. Acesso em: 19 jun. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.146/2015, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 6 jul. 2015. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 05 abr. 2018.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CP nº: 2, de 1º de julho de 2015. Define as Diretrizes Curriculares Nacionais para a formação inicial em nível superior (cursos de licenciatura, cursos de formação pedagógica para graduados e cursos de segunda licenciatura) e para a formação continuada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 jun. 2015. Disponível em: <http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/res_cne_cp_02_03072015.pdf>. Acesso em: 9 set. 2018

_____. **Diretrizes curriculares Nacionais da Educação Básica**. Ministério da Educação. Secretária da Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília, DF: MEC, SEB, DICEI, 2013.

_____. Lei nº 12.764/2012, de 27 de dezembro de 2012. Institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista; e altera o § 3º do art. 98 da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 27 dez. 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 05 jan. 2018

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº:255/2012. Reexame do parecer CNE/CES nº 400/2005, que trata de consulta sobre a aplicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para a Formação de Professores da Educação Básica e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Educação Física ao curso de Educação Física (licenciatura), tendo em vista a Resolução CONFEEF nº 94/2005. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 jun. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=11551-pces255-12-pdf&category_slug=setembro-2012-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 22 ago. 2018

_____. Conselho Federal de Educação Física. Resolução CONFEEF nº: 230/2012. Dispõe sobre Especialidade Profissional em Educação Física na área de Saúde Mental. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 10 maio 2012, n. 90, seção 1, p. 175. Disponível em: <<http://www.confef.org.br/confef/resolucoes/302>>. Acesso em: 19 set. 2018

_____. Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES nº: 274/2011. Revisão do texto das Diretrizes Curriculares Nacionais para curso de Graduação em Educação Física. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 6 jul. 2011. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8772-pces274-pdf&category_slug=setembro-2011-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 12 ago. 2018.

_____. Decreto nº 6949, 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. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, D.F., 25 ago. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/decreto6949_seesp.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2018.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CEB nº 4, de 2 de outubro de 2009. Diretrizes Operacionais para o Atendimento Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 5 de out. 2009. Seção 1, p. 17. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rceb004_09.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES nº 4, de 6 de abril de 2009. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 7 abr. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/rces004_09.pdf>. Acesso 11 ago. 2018

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=16690-politica-nacional-de-educacao-especial-na-perspectiva-da-educacao-inclusiva-05122014&Itemid=30192>. Acesso em: 25, abr. 2018.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona as categorias profissionais de nível superior para fins de atuação do conselho. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Poder executivo, Brasília, D.F., n. 86, 7 maio, 1999. Seção 1, p. 164. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 08, maio 2018.

BERRY, A. *et al.* Use of assistance and therapy dogs for children with autism spectrum disorders: A critical review of the current evidence. **The journal of alternative and complementary medicine**, v. 19, n. 2, p. 73-80, 2013. Disponível em: <<https://www.liebertpub.com/doi/full/10.1089/acm.2011.0835>>. Acesso em: 11 mar. 2019

BREMER, E.; CROZIER, M.; LLOYD, M. A systematic review of the behavioural outcomes following exercise interventions for children and youth with Autism Spectrum Disorder. **Autism**, v. 20, n. 8, p. 899-915, 2016. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1362361315616002>>. Acesso em: 11 out. 2018.

BRENTANI, H. *et al.* Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, p. S62-S72, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462013000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 abr. 2019.

CAMPENHOUDT, V., L.; QUIVY, R. **Manual de investigações em ciências sociais**. 4 ed. Lisboa: Gradiva, 2005.

CAPPADOCIA, W. P. M. C.; WEISS, J.; PEPLER, D. Bullying Experiences Among Children and Youth With Autism Spectrum Disorders. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 42, n. 2, p. 266-277, 2012. Disponível em: <<https://link-springercom.ez50.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2Fs10803-011-1241x.pdf>>. Acesso em: 16 jul. 2018.

CAMARGO, S. P. H.; RISPOLI, M. Análise do comportamento aplicada como intervenção para o autismo: definição, características e pressupostos filosóficos. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, p. 639-650, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313128786010>>. Acesso em: 4 set. 2018.

CARVALHO, L. *et al.* **Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais**. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016

CUNHA, R.; SPOSITO, S. M. Musicoterapia para Angel. Autismo, ritmo e um espaço-tempo de ser. **Revista Brasileira de Musicoterapia**, nº 14, ano XV, p. 15-29, 2013

CRESWELL, W., J. Analyzing and Interpreting Qualitative Data. p. 236-264. In: _____. **Educational Research: planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative research**. 4th ed. Boston: Pearson, 2012.

CRUZ, C., G. **Formação continuada de professores de Educação Física em ambiente escolar inclusivo**. 229f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/teses/Cruz.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2018.

CHU, H.-C. *et al.* Physical activity and self-determined motivation of adolescents with and without autism spectrum disorders in inclusive physical education. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 5, n. 2, p. 733-741, 2011. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1750946710001303?via%3Dihub>>. Acesso em: 28 nov, 2018.

DARIDO, C., S. **Educação Física na escola: questões e reflexões**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

DILLENBURGER, K. *et al.* Multidisciplinary teamwork in autism: Can one size fit all? **The Educational and Developmental Psychologist**, v. 31, n. 2, p. 97-112, 2014. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/content/view/3CCD8B9E81C06724B3C1BC71A8544D0D/S0816512214000133a.pdf/multidisciplinary_teamwork_in_autism_can_one_size_fit_all.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

DIXON, D., R.; GRANPEESHEH, D.; TARBOX, J. Applied behavior analytic interventions for children with autism: a description and review of treatment research. **Annals of clinical psychiatry**, v. 21, n. 3, p. 162-173, 2009. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/26816222_Applied_behavior_analytic_interventions_for_children_with_autism_A_description_and_review_of_treatment_research>. Acesso em: 18 mar. 2018.

FAVORETTO, C., N.; LAMÔNICA, C., A., D. Conhecimentos e necessidades dos professores em relação aos Transtornos do Espectro Autístico. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 20, n. 1, p. 103-116, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v20n1/a08v20n1.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

FRANCO, B., P., L., M. **Análise de conteúdo**. 2. ed. Brasília: Liber, 2005.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/6452/6779>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

FRENCH, R. *et al.* Use of intrinsic and extrinsic motivation in adapted physical education. **Palaestra**, v. 28, n. 3, p.32-37, 2014. Disponível em: <<http://go-galegroup.ez50.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?id=GALE%7CA404590866&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 22 abr. 2018.

FLICK, U. **Introdução a metodologia de pesquisa**: um guia para iniciantes. Tradução: Magda Lopes; revisão técnica: Dirceu da Silva. Porto Alegre: Penso, 2013.

GALLAHUE, L., D.; DONNELLY, C., F. **Educação Física desenvolvimentista para todas as crianças**. 4. Ed. São Paulo: Phorte, 2008.

GROSSKLAGS, L., L. **Situações de conflitos nas equipes dos centros de atenção psicossocial**. 2016. 97 f. Dissertação (Mestrado profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/168301>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

GIL, C., A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARÃES, A., C. *et al.* A inserção social através de práticas de Educação Física como medidas interventivas para pacientes psicóticos e neuróticos graves do CAPS de São João del-Rei/MG. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 7, n. 2, p. 254-259, 2012. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Andrea_Guimaraes5/publication/273575985_A_Insercao_Social_atraves_de_Praticas_de_Educacao_Fisica_como_Medidas_Interventivas_para_Pacientes_Psicoticos_e_Neutroticos_Graves_do_CAPS_de_Sao_Joao_del-Rei_MG/links/554f688e08ae12808b379746.pdf>. Acesso em: 30 mar. 2019.

GOMES, N., M. **Análise da disciplina e Educação Física especial nas Instituições de Ensino Superior públicas do estado do Paraná**. 2007.198f. Tese (Doutorado em Educação Física) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2007. Disponível em: <http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/2010/artigos_teses/EDUCACAO_FISICA/teses/Gomes.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2018.

HARRIS, P., N.; TALIAFERRO, A. The Effects of a One-Day Workshop on Physical Educators' Self-Efficacy Toward Inclusion of Students with Autism. **Palaestra**, v. 28,

n. 3, p. 38-43, 2014. Disponível em:

<<http://gogalegroup.ez50.periodicos.capes.gov.br/ps/i.do?id=GALE%7CA404590867&v=2.1&u=capes&it=r&p=AONE&sw=w>>. Acesso em: 24 set. 2018.

HOFFMAM, L., C., D. **Psicologia, esporte e inclusão: considerações sobre o Transtorno do Espectro Autista e a inclusão social por meio de atividades esportivas. Pretextos**, v. 3, n. 6. p. 574-586. 2018. Disponível em:

<<http://200.229.32.55/index.php/pretextos/article/view/15971/13642>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

INEP, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Básica 2018. Brasília: Inep, 2019. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatistica-da-educacao-basica>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Básica 2017. Brasília: Inep, 2017. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatistica-da-educacao-basica>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Básica 2016. Brasília: Inep, 2016. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatistica-da-educacao-basica>>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Básica 2012. Brasília: Inep, 2016. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatistica-da-educacao-basica>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

_____. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Sinopse Estatística da Educação Básica 2006. Brasília: Inep, 2007. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/sinopses-estatistica-da-educacao-basica>>. Acesso em: 11 fev. 2019.

JANSSEN, I.; LEBLANC, G., A. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. **International journal of behavioral nutrition and physical activity**, v. 7, n. 1, p. 40, 2010. Disponível em: <<https://ijbnpa.biomedcentral.com.ez50.periodicos.capes.gov.br/>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

KANSAS. State Department of Education: Special Education Services. **Guide for Educating Students with Autism Spectrum Disorders (ASD)**. Topeka, KS, EUA. [S.N]. Disponível em: <https://www.ksde.org/Portals/0/SES/pubs/ASD_Guide.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2018.

KEMPINSKI, I., V.; TASSA, K.; CRUZ, G. C. Plano Educacional Individualizado: uma Proposta de Intervenção. **Revista da Sobama**, v. 16, n. 01, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/324062112_O_plano_educacional_individualizado_proposta_de_um_metodo_de_pesquisa_na_formacao_docente>. Acesso em: 3 mar. 2018.

KOTELNICKI, L., J. **The use of peer buddies in adaptive physical education.** 2017. 59f. Dissertação (Master of Arts in Special Education) - Rowan University, Glassboro, NJ, 2017. Disponível em: < <https://rdw.rowan.edu/etd/2509/> >. Acesso em: 21 fev. 2018.

KLOOSTERMAN, P., H., *et al.* Types and experiences of bullying in adolescents with an autism spectrum disorder. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 7, n. 7, p. 824-832, 2013. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175094671300038X>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

LADVOCAT, M., B.; TEVES, N. A representação do lugar social do profissional de Educação Física nos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil. **Arquivos em Movimento**, v. 7, n. 1, p. 34-51, 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufrj.br/index.php/am/article/view/9178>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

LAKATOS, E., M.; MARCONI, M., A. **Metodologia científica.** 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2011.

LAKATOS, E., M.; MARCONI, M., A. **Técnicas de pesquisa.** 7. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2015.

LANG, R. *et al.* Physical exercise and individuals with autism spectrum disorders: a systematic review. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 4, n. 4, p. 565-576, 2010. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.ez50.periodicos.capes.gov.br/search/advanced?docId=10.1016/j.rasd.2010.01.006> >. Acesso em: 28 out. 2018.

LEVY, S.; KIM, A.; OLIVE, M., L. Interventions for young children with autism: a synthesis of the literature. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 21, n. 1, p. 55-62, 2006. Disponível em: <<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/10883576060210010701>>. Acesso em: 6 abr. 2018.

LIBÂNEO, J. C. **Didática.** 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

LIMA, *et al.* A Influência de práticas pedagógicas e terapêuticas não verbais no transtorno do espectro autista: as possibilidades para o profissional de Educação Física. **Motricidade**, v. 13, n. SI, p. 87-96, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1646-107X2017000200010>. Acesso em: 11 out. 2018.

LIMA, M., S.; LAPLANE, F., L., A. Escolarização de Alunos com Autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 22, n. 2, p. 269-284, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/318895>>. Acesso em: 15 fev. 2019.

LIMA, D., J.; OLIVEIRA, P. A. Efeitos da atividade física no desenvolvimento global de indivíduos com autismo: uma revisão narrativa. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 3, n. 1, p. 76-80, 2018. Disponível em: <<http://smsrio.org/revista/index.php/reva/article/view/390>>. Acesso em: 12 mar. 2019.

LINDSAY, S.; *et al.* Exploring teachers' strategies for including children with autism spectrum disorder in mainstream classrooms. **International Journal of Inclusive Education**, v. 18, n. 2, p. 101-122, 2014. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13603116.2012.758320>>. Acesso em: 29 out. 2018.

LOURENÇO, V., C., C. *et al.* Avaliação dos efeitos de programas de intervenção de atividade física em indivíduos com transtorno do espectro do autismo. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 21, n. 2, p. 319-328, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Andre_Seabra/publication/281844866_Avaliacao_dos_Efeitos_de_Programas_de_Intervencao_de_Atividade_Fisica_em_Individuos_com_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo/links/55faf10608aec948c4afa6ff/Avaliacao-dos-Efeitos-de-Programas-de-Intervencao-de-Atividade-Fisica-em-Individuos-com-Transtorno-do-Espectro-do-Autismo.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2018.

LOURENÇO, V., C., C. **Proficiência motora, força muscular dos membros inferiores e índice de massa corporal de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo Efeito de programas de treino de trampolins**. 2016. Tese (Doutorado em Ciências do Desporto). - Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2016. Disponível em: <<https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/4381>>. Acesso em: 14 fev. 2019.

LOURENÇO, B., S. *et al.* Physical activity as a therapeutic strategy in mental health: an integrative review with implication for nursing care. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 3, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141481452017000300801&script=sci_abstract&tlng=es>. Acesso em 10 mar. 2019.

LUZ, S., H., M.; GOMES, A., C. LIRA., A. Narrativas de la inclusión de un niño autista: desafíos para la práctica docente. **Educación**, v. 26, n. 50, p. 123-142, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-94032017000100007>. Acesso em 10 jul. 2018.

MAHL, E. **Programa de formação continuada para professores de Educação Física**: possibilidades para a construção de saberes sobre a inclusão de alunos com deficiência. 2016. 268f. Tese (Doutorado em Educação Especial). – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/8085/TeseEM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em 8 jun. 2018.

MENEAR, K. S.; NEUMEIER, W. H. Promoting physical activity for students with autism spectrum disorder: barriers, benefits, and strategies for success. **Journal of Physical Education, Recreation and Dance**, v. 86, n. 3, p. 43-48, 2015. Disponível em: <<http://webaeb.scohost.ez50.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=a28dfbf9-996a-4c3a-b2bc-abdc8dd357e5%40sessionmgr4010>>. Acesso em: 22 set. 2017.

MUNSTER, V., A., M. *et al.* Plano de Ensino Individualizado Aplicado à Educação Física: Validação de Inventário na Versão em Português. **Revista da Sobama**, Marília, v. 15, n. 1, p. 43-54, 2014. Disponível em: <<http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/sobama/article/view/4186>>. Acesso em: 19 out. 2018.

MYERS, S. M.; JOHNSON, C., P. Management of children with autism spectrum disorders. **Pediatrics**, v. 120, n. 5, p. 1162-1182, 2007. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/120/5/1162.full.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2018.

NASCIMENTO, F. F.; CRUZ, M. M.; BRAUN, P. Escolarização de pessoas com Transtorno do Espectro do Autismo a partir da análise da produção científica disponível na Scielo-Brasil (2005-2015). **Education Policy Analysis Archives/Archivos Analíticos de Políticas Educativas**, v. 24, p. 1-25, 2016. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/2750/275043450111.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

NATIONAL RESEARCH COUNCIL. **Educating children with autism**. Washington, DC: National Academies Press, 2001. Disponível em:<<https://www.nap.edu/catalog/10017/educating-children-with-autism>>. Acesso em: 16 dez. 2017.

NOBRE, M., O. *et al.* Intervenções Assistidas por Animais: uma nova perspectiva na educação. **REDVET. Revista Electrónica de Veterinária**, v. 18, n. 2, 2017. Disponível em: <<http://www.veterinaria.org/revistas/redvet/n020217/021710.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2019

NUNES; AZEVEDO; SCHMIDT. Inclusão educacional de pessoas com Autismo no Brasil: uma revisão da literatura. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47, p. 557-572, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/index.php/educacaoespecial/article/view/10178>>. Acesso em: 13 out. 2018.

NUNES, L., B., I., A.; SILVEIRA, N., R. Psicanálise e contextos de ensino e aprendizagem. p. 53-70. In:_____. **Psicologia da aprendizagem: processos, teorias e contextos**. 3. ed. Brasília: Liber livro, 2011.

OLIVEIRA, A., C., S. **Formação continuada na perspectiva colaborativa: subsídios para inclusão nas aulas de Educação Física**. 2017.202f. Tese (Doutorado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2017. Disponível em: <<https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/9847>>. Acesso em 07 out. 2018.

OLIVEIRA, J.; PAULA, S. C. Estado da arte sobre inclusão escolar de alunos com transtornos do espectro do autismo no Brasil. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**. v.12, n.1, p. 53-65, 2012. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11223>>. Acesso em 21 jan. 2018.

OGG-GROENENDAAL M.; HERMANS, H.; CLAESSENS, B. A sytematic review on the effect of exercise interventions on challenging behavior for people with intelectual disabilities. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, n. 7, p. 1507-1517, 2014. Disponível em: <<https://www-sciencedirect.ez50.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S0891422214001528?via%3Dihub>>. Acesso em 6 dez. 2017.

OMOTE, S.; DE OLIVEIRA, S., A., A.; BALEOTTI, R., L.; MARTINS, O., S., E., S. Mudança de atitudes sociais em relação à inclusão. **Paidéia**, v. 15, n. 32, p. 387-398, 2005. Disponível em: <<http://agricola-www.redalyc.org/articulo.oa?id=305423748008>>. Acesso em: 19 ago. 2018.

ONZI, Z., F.; GOMES, F., R. Transtorno do Espectro Autista: a importância do diagnóstico e reabilitação. **Revista Caderno Pedagógico**, v. 12, n. 3, p. 188-199, 2015. Disponível em: <<http://univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/979>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

ONTARIO. **Effective educational practices for students with Autism spectrum disorders**: a resource guide. [S.l. s.n.], 2007. Disponível em: <<http://www.edu.gov.on.ca/eng/general/elemsec/speced/autismspecdis.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PAULA, C., S.; FILHO, J., F.; TEIXEIRA, M., C., T., V. Estudantes de psicologia concluem a graduação com uma boa formação em autismo? **Psicologia: teoria e prática**, v. 18, n. 1, p. 206-221, 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151636872016000100016&script=sci_abstract&lng=en>. Acesso em: 9 abr. 2019.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, v. 35, p. 103-109, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S003489102001000100016&script=sci_text&lng=en>. Acesso em: 1 fev. 2019.

PENIDO, L., P. *et al.* Conhecimento de Graduados e Graduandos em Educação Física sobre o Autismo. **Revista da Sobama**, v. 17, n. 2, p. 37-42, 2016. Disponível em: <<http://www.bjis.unesp.br/revistas/index.php/sobama/article/view/6829>>. Acesso em: 24 fev. 2019.

QUEDAS, R., L., C. **O Transtorno do Espectro Autista e a Educação Física Escolar**: a prática do profissional da rede estadual de São Paulo. 65f. Dissertação (Mestrado em Distúrbios do Desenvolvimento) - Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://tede.mackenzie.br/jspui/bitstream/tede/2971/5/Carolina%20Louren%C3%A7o%20Reis%20Quedas.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2018.

RAFFIN, C. A Multidisciplinary approach in working with Autistic Children. **Educational and Child psychology**, vol. 18, n. 2, p. 1-18, 2001. Disponível em: <http://www.iccasalinuovocatanzarosud.gov.it/images/sito_documenti/CTS/Attivit%C3%A0%20del%20CTS/Formazione%20Autismo/Approccio_multidisciplinare.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2018.

RAVIOLA, J., G. *et al.* Transtorno do Espectro Autista. p. 175-184. In: KLIEGMAN, M, R. **Tratado de Pediatria**. Trad. Douglas Futuro, Mariana Villanonova, Patricia Lydie Joséphine Voeux. 20 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2017.

RIVIÈRI, A. O autismo e transtornos globais de desenvolvimento. In: COLL, C.; MARCHESI, A.; PALACIOS, J. MURAD, F. (Org.) **Desenvolvimento psicológico e educação: transtornos do desenvolvimento e necessidades educativas especiais**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. p. 234-254.

ROBLE, O., J.; MOREIRA, M., I., B.; SCAGLIUSI, F., B. A Educação Física na saúde mental: construindo uma formação na perspectiva interdisciplinar. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 567-578, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200021>. Acesso em: 29 jan. 2018.

ROGERS, S., J. Brief report: early intervention in autism. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 26, n. 2, p. 243-246, 1996. Disponível em: <[https://link-springer-com.ez50.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2FBF02172020.pdf](https://link.springer-com.ez50.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2FBF02172020.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2017.

SCHLIEMANN, A.. **Esporte e autismo**: estratégias de ensino para a inclusão esportiva de crianças e jovens autistas. In: V Congresso de Ciência do Desporto e IV Simpósio Internacional de Ciência do Desporto, 2014, Campinas/SP. Anais do V Congresso de Ciência do Desporto e IV Simpósio Internacional de Ciência do Desporto, 2014.

SCHULTZ, T. R., SCHMIDT, C., T.; STICHTER, J. P. A review of parent education programs for parents of children with autism spectrum disorders. **Focus on Autism and Other Developmental Disabilities**, v. 26, n. 2, p. 96-104, 2011. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com.ez50.periodicos.capes.gov.br/doi/abs/10.1177/1088357610397346>>. Acesso em: 14 set. 2018.

SHAPIRO, D.R.; SAYERS, L., K. Who does what on the interdisciplinary team: regarding physical education for students with disabilities? **Teaching Exceptional Children**, v. 35, n. 6, p. 32-38, 2003. Disponível em: <<http://webbbscohost.ez50.periodicos.capes.gov.br/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=68992f0e-1e71-43f2-8a26-831710b411ea%40pdc-v-sessmgr03>>. Acesso em: 12 nov. 2017.

SHONKOFF, P., J.; MEISELS, J., S. **Handbook of early childhood intervention**. 2.ed. Cambridge: Cambridge University Press, 2000.

SRECKOVIC, M. A.; BRUNSTING, N. C.; ABLE, H. Victimization of students with Autism Spectrum Disorder: a review of prevalence and risk factors. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 8, n. 9, p. 1155-1172, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com.ez50.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1750946714001391?via%3Dihub>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

SIGMAN, M. *et al.* Neuroscience and education: prime time to build the bridge. **Nature neuroscience**, v. 17, n. 4, p. 497, 2014. Disponível em: <<https://www-nature.ez50.periodicos.capes.gov.br/articles/nn.3672>>. Acesso em: 6 abr. 2019.

SILVA, J. *et al.* Atividade física e saúde mental: uma experiência na formação inicial em Educação Física. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 19, n. 1, p. 133-133, 2014. Disponível em: <<http://rbafs.org.br/RBAFS/article/view/2886>>. Acesso em: 9 abr. 2019.

SILVA, F. R.; ARAÚJO, F. P.; JÚNIOR, S. L. **Educação Física Adaptada no Brasil: da história à inclusão educacional**. São Paulo: Phorte, 2008.

SIMPSON, K.; KEEN, D. Music interventions for children with autism: narrative review of the literature. **Journal of autism and developmental disorders**, v. 41, n. 11, p. 1507-1514, 2011. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10803-010-1172-y.pdf>>. Acesso em: 06 abr. 2018.

SIQUEIRA, F., M. **Educação Física, autismo e inclusão: ressignificando a prática pedagógica**. 129f. Dissertação (Mestrado em Educação Física) – Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011. Disponível em: <<http://repositorio.ufes.br/handle/10/7203>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

SORENSEN, C.; ZARRETT, N. Benefits of physical activity for adolescents with autism spectrum disorders: A comprehensive review. **Review Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 1, n. 4, p. 344-353, 2014. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs40489-014-0027-4.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2018.

SOUZA, C., J. **Formação de professores dos cursos de Educação Física e Pedagogia: um vir a ser inclusivo?** 123f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados, 2013. Disponível em: <<http://files.ufgd.edu.br/arquivos/arquivos/78/MESTRADO-DOUTORADO-EDUCACAO/CALIXTO%20J%C3%9ANIOR%20DE%20SOUZA.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

SOWA, M.; MEULENBROEK, R. Effects of physical exercise on autism spectrum disorders: a meta-analysis. **Research in Autism Spectrum Disorders**, v. 6, n. 1, p. 46-57, 2012. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.ez50.periodicos.capes.gov.br/science/article/pii/S1750946711001516?via%3Dihub>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

TEIXEIRA, L. Deficiência mental. p. 365-375. In: _____. **Atividade física adaptada e saúde: da teoria à prática**. São Paulo: Phorte, 2008.

TEIXEIRA, M. *et al.* Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 5, p. 607-14, 2010. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Tatiana_Mecca/publication/262519025_Brazilian_scientific_literature_about_autism_spectrum_disorders/links/54d5360b0cf2970e4e6472c8.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

TETZCHNER, S.; GRINDHEIM, E. Inclusion of children with autism spectrum disorders through shared peer activity. **Revista Educação Especial**, v. 26, n. 47,

2013. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/3131/313128786002/>>. Acesso em: 03 jul. 2018.

TREMBLAY, M., S. *et al.* Canadian physical activity guidelines for the early years (aged 0–4 years). **Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism**, v. 37, n. 2, p. 345-356, 2012. Disponível em: <<https://www.nrcresearchpress.com/doi/full/10.1139/h2012-018#.XORB6shKjIUI>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

TRESS, B; TRESS, G; FRY, G; Defining concepts and the process of knowledge production in integrative research. In: FRY, G; OPDAM, P; TRESS, B. TRESS, G. **From landscape research to landscape planning**: Aspects of integration, education and application. Dordrecht: Springer, 2006, p. 13-23.

WACHS, F. **Educação Física e saúde mental**: uma prática emergente em centros de atenção psicossocial (CAPS). Dissertação. 147f. (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) – Escola de Educação Física – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&oobra=112050>. Acesso em: 23 fev. 2018.

WEINBERG, S., R.; GOULD, D. Motivação. p. 71-94. In:_____. **Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício**. Tradução Maria Cristina Monteiro. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2001.

WINNICK, J.; PORRETTA, D. **Adapted Physical Education and Sport**. 6th ed. Champaign, IL: Human kinestics, 2016.

WHITEHEAD, K.; DORSTYN, D.; WARD, L. Psychological adjustment in families affected by Autism Spectrum Disorder. **Journal of Developmental and Physical Disabilities**, v. 27, n. 5, p. 703-717, 2015. Disponível em: <<https://link-springer-com.ez50.periodicos.capes.gov.br/article/10.1007/s10882-015-9446-0>>. Acesso em: 25 ago. 2018.

APÊNDICES:

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO (FAED)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

FICHA DE CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

1. Nome (iniciais):

2. Sexo: () M () F

3. Data de nascimento: ____/____/____

4. Qual sua formação?

5. Há quanto tempo atua como professor(a)/profissional de Educação Física?
____ (anos)

6. Qual o nome da(s) instituição(s) em que trabalha:

7. Cargo ocupado hoje:

8. Carga Horária semanal: _____ h

9. Tempo de atuação neste cargo: _____ anos

10. Tempo de atuação neste município: _____ anos

11. Tempo de atuação na Educação Especial: _____ anos

12. Há quanto tempo atua na equipe multidisciplinar? _____ anos

13. Possui pós-graduação? () SIM () NÃO

Qual(is)?

14. Você já frequentou algum curso ou programa de capacitação sobre Educação Especial?

() SIM () NÃO

Quais?

15. Costuma buscar informações sobre TEA ou alguma outra deficiência?

() SIM () NÃO

Locais mais frequentes? _____

16. Quantos alunos você atende nessa instituição atualmente? N.º _____

17. Desses quantos têm diagnóstico de TEA? N.º _____

18. Em média, qual a frequência dos atendimentos que você oferece para pessoas com TEA? N.º _____ vezes por semana.

Jhony-sb@hotmail.com
Contato: (67) 99858-28XX

Obrigado!😊

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO PARA OS PROFISSIONAIS DE EDUCAÇÃO FÍSICA

1 - O que você entende por equipe multidisciplinar?

2 - Onde você trabalha há presença de outros profissionais com os quais você atua?

☐ Sim ☐ Não

Quais:

Professor pedagogo ☐ Psicólogo ☐ Terapeuta ocupacional (TO) ☐

Fonoaudiólogo ☐ Fisioterapeuta ☐ Psicopedagogo ☐ Médico ☐

Equoterapeuta ☐

Outros ☐: _____

3 - Com quais profissionais apresentados acima você trabalha diretamente?

Profissional(is):

4 - Por quanto tempo no dia: _____ horas

5 - Quantas vezes na semana: _____ horas

6 - Esse trabalho com outros profissionais é feito de forma conjunta (atendimento em parceria)? ☐ Sim ☐ Não

Ou acontece apenas em outros momentos, como reuniões e orientações?

☐ Sim ☐ Não

7 - Como você se vê na equipe multiprofissional?

8 – Você considera que ter contato (trabalhar com outros profissionais de áreas próximas) é um facilitador ou dificultador de seu trabalho? Por quê?

9 - Há interferência de outros profissionais no seu trabalho? sim ☐ não ☐:

(Se sim) como:

10 – Você solicita/considera a participação dos pais na elaboração dos objetivos e planejamento do atendimento? ☐ sim ☐ não:

11 - Há participação dos pais no seu trabalho? sim ☐ não ☐

12 – (Se sim) Como se dá essa participação:

Conversas () Reuniões () Bilhetes () Outros (): _____

13- O que você pensa dessa participação? Avalia como positiva ou negativa?

14 - Quais suas atividades diárias? Por favor, apresente em forma resumida (pode ser apenas o nome) as atividades que realiza com suas crianças com TEA, cotidianamente no serviço.

15 - Com que frequência são elaboradas as atividades a serem desenvolvidas em cada atendimento?

() Diariamente () Semanalmente () mensalmente () semestralmente () anualmente ()
outra: _____

Como planeja seus atendimentos?

16 – Você realiza avaliações com os alunos? sim () não ()

Como essa avaliação é feita:

17 - Costuma buscar informações/auxílio na elaboração das atividades com outros profissionais? sim () não ()

(Se sim) Com qual(is)?

18. Quais são os objetivos pedagógicos do seu atendimento (em geral)?

Jhony-sb@hotmail.com
Contato: (67) 99858-28XX

Obrigado por sua participação! 😊

APÊNDICE C

FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO

[illegible]

APÊNDICE- D

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO E DOUTORADO EM EDUCAÇÃO

Esse questionário e essa ficha de caracterização profissional são parte da pesquisa de Mestrado realizado por Jhony dos Santos Benevides junto ao Programa de Pós-graduação em Educação – PPGEdu/UFGD, sob orientação da professora Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins.

Resumo: Esse estudo tem como objeto a função do profissional de Educação Física nas equipes multiprofissionais em quatro instituições que oferecem apoio educativo para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) no município de Dourados-MS.

Objetivo geral: Caracterizar a atuação dos profissionais de Educação Física em equipes multidisciplinares de quatro instituições educativas que apoiam crianças com TEA.

Objetivos específicos:

- I. Descrever a formação dos profissionais de Educação Física e suas compreensões a respeito do trabalho e da equipe multidisciplinar;
- II. Descrever as atividades que os profissionais de Educação Física desenvolvem junto às crianças com TEA nas instituições);
- III. Descrever a atuação dos profissionais de Educação Física nas equipes multiprofissionais das instituições do município de Dourados-MS.

Instruções:

Por favor, leia com atenção as questões e responda-as. Assinalando os campos, SIM (☐) NÃO (☐) e/ou descrevendo suas respostas quando necessário.

Cabe destacar que seguindo os preceitos éticos da pesquisa científica haverá sigilo dos dados pessoais e institucionais. As informações obtidas serão utilizadas apenas para fins acadêmicos.

Desde já, gostaria de manifestar gratidão quanto à preciosa colaboração, colocando-me à disposição para qualquer esclarecimento,

Jhony dos Santos Benevides
Jhony-sb@hotmail.com
Contato: (67)99858-28XX

APÊNDICE- E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou ciente de que está sendo realizada uma pesquisa para elaboração de uma dissertação de Mestrado em Educação pelo PPGEdu/UFGD intitulada “Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas TEA em Dourados – MS”, e aceito participar da mesma.

O objetivo da pesquisa é caracterizar a atuação dos profissionais de Educação Física em equipes multidisciplinares de quatro instituições educativas (AAGD, APAE, PESTALOZZI e SEAMA) que apoiam crianças com TEA.

Li e recebi explicações sobre a pesquisa e fui informado sobre meus direitos de:

1. Receber esclarecimento sobre qualquer dúvida referentes aos procedimentos, aos benefícios, aos riscos e outras eventuais questões relacionadas ao estudo.
2. Retirar meu consentimento a qualquer momento, desistindo de ser participante da pesquisa, sem ter prejuízo algum.
3. Não ser identificado(a), tendo a garantia que as informações prestadas por mim, serão utilizadas exclusivamente com objetivos científicos e publicações na área.

Eu, _____, inscrito(a) no RG nº _____ e declaro que estou ciente de que minha participação é voluntária e que fui esclarecido(a) quanto aos procedimentos e objetivos dessa pesquisa.

Assinatura do(a) participante

Dourados-MS, ____/____/____

Jhony dos S. Benevides
(Mestrando)

Prof. Dra. Morgana de F. A. Martins
(Orientadora)

APÊNDICE- F

VALIDAÇÃO DOS DADOS DA PESQUISA



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

Eu, _____, profissional, P __, participante do estudo, válido os dados da pesquisa: *“Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas TEA em Dourados – MS”*, pois estou de acordo que as informações prestadas por mim, como participante do estudo no questionário e ficha de caracterização profissional, estão de acordo com os dados relatados e interpretados pelo pesquisador.

Assinatura

Dourados-MS, __/__/__

ANEXOS:

ANEXO A



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
SECRETARIA DE PÓS-GRADUAÇÃO

Rod. Dourados-Itahum, km 12 - CEP: 79.804-970 - Dourados –MS
(67) 3410 - 2120 - spgfaed@ufgd.edu.br



OFICIO Nº: 03/2018/UFGD

Dourados - MS, 16 de julho de 2018.

Ao senhor
JOSÉ XXXXX de XXXXX
Diretor da XXXX de Dourados
79840 - XXX - Dourados – MS
Assunto: Coleta de dados para pesquisa.

Senhor Diretor.

1. Vimos solicitar autorização para realizar coleta de dados, por meio da aplicação de um questionário e observação junto ao profissional de Educação Física desta instituição - XXXX. Essa coleta tem por objetivo levantar informações para elaboração de uma dissertação do programa de pós-graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFGD, intitulado “*Caracterização da atuação do professor de Educação Física nas equipes multiprofissionais que trabalham com pessoas TEA em Dourados – MS*”

2. Ressaltamos que os dados coletados manterão em sigilo o nome da vossa instituição e do profissional que venha colaborar com a pesquisa e que não haverá nenhum prejuízo para ambos.

Desde já agradecemos a colaboração.

Atenciosamente,

Prof. Dra. Kênia Hilda Moreira
Coordenadora do PPGEdu/UFGD
Telefone: 3410-2120

Prof. Dra. Morgana de F. A. Martins
Orientadora da Pesquisa/FAED/UFGD
Telefone: 3410-2120