



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

SIMONE FÉLIX DA COSTA FONTANA

**Percepção de Professores sobre o Transtorno do Espectro Autístico, Levantamento e
Caracterização de Escolares de Berçário ao 2º Ano do Ensino Fundamental**

**DOURADOS/MS
ABRIL/2013**



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

SIMONE FÉLIX DA COSTA FONTANA

**Percepção de Professores sobre o Transtorno do Espectro Autístico, Levantamento e
Caracterização de Escolares de Berçário ao 2º Ano do Ensino Fundamental**

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: Profa. Dra. Morgana de
Fátima Agostini Martins

**DOURADOS/MS
ABRIL/2013**

COMISSÃO JULGADORA

Dourados, ____ de ____ de 2013.

Professora Doutora Morgana de Fátima Agostini Martins – UFGD
Orientadora

Professora Doutora Olga Maria Piazzenti Rolim Rodrigues- UNESP

Professora Doutora Marilda Moraes García Bruno– UFGD

SUPLENTES

Professor Doutor Renato Nésio Suttana – UFGD

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central - UFGD

Fontana, Simone Félix da Costa.

Percepção de Professores sobre o Transtorno do Espectro Autístico, Levantamento e Caracterização de Escolares de Berçário ao 2º Ano do Ensino Fundamental Simone Félix da Costa Fontana. – Dourados, MS: UFGD, 2013.

106p.

Orientadora: Profa. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins
Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal da Grande Dourados.

1. Necessidades Educacionais Especiais. 2. Avaliação de crianças com autismo I. Título.

In Memoriam

*À meu pai João da Costa
Pelo exemplo de força, coragem e determinação em lutar por aquilo em que se acredita e se
deseja.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

Meu marido Marcio por todo amor, pela enorme e infinita paciência, por acreditar e me apoiar durante toda esta caminhada, acreditando que tudo daria certo. Obrigada pelo carinho, apoio e amor que dedicou durante esses anos.

Minha mãe em acreditar e me apoiar na conquista de mais um sonho, sempre fazendo de tudo para me ajudar. Obrigada mãe por não medir esforços para me fazer feliz nesta conquista.

Minhas irmãs por me ouvirem, e por cada palavra dita nos momento mais difíceis deste processo, pelo incentivo e carinho.

Minha madrinha pela amizade, carinho e por sempre ter me ajudado na minha trajetória acadêmica, e a minha “irmãzinha” Bruna pelas “histórias” que me fazia rir quando parecia que nada mais tinha graça.

Minha orientadora Professora Dra. Morgana, pela paciência, pela sua orientação competente e amiga por tudo que me ensinou durante esses anos.

Poliana, minha amiga, pelo companheirismo e incentivo. E também a amiga Maria pelas conversas, e por dividir o medo e as inseguranças durante o caminho trilhado. Além de Kalline pela ajuda na fase inicial da pesquisa, pelo tempo disponibilizado e pelo companheirismo.

À Cristiane e Julia minha querida aluna, por terem entrado na minha vida, me incentivado e ter possibilitado a aquisição de novos conhecimentos.

Aos professores do Mestrado, pela dedicação em compartilhar conosco seus conhecimentos.

A todos os funcionários da Secretaria municipal de Educação, e em especial a Professora Evanilce pelo apoio e por não medir esforços para me ajudar com a documentação para a coleta de dados.

Agradeço a Deus por ter me dado força e coragem para chegar até esta etapa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro, na realização desta pesquisa.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1: Alguns sintomas ou sinais do Transtorno do Espectro do Autismo...p 26

QUADRO 01: Delineamento do Estudo. p 58

QUADRO 02: Recorte do Formulário criado: “Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo” p 63

Gráfico 01- Levantamento do conhecimento dos professores sobre o Transtorno do Espectro do Autismo.....p 64

Gráfico 02- Levantamento do número de acertos e erros dos professores no formulário...
.....p 65

Gráfico 03- Identificação de sinais do espectro do autismo nos alunos, a partir da percepção de seus professores.....p 66

Gráfico 04: Número de alunos com suspeita do TEA, indicados pelos professores participantes.....p 70

Tabela 01- Critérios para o Diagnóstico do TEA conforme o DSM-IV.....p 29

Tabela 02- Número de alunos atendidos nos CEIMs, Pré-escola, 1º ano e 2º ano do Ensino Fundamental, com as respectivas faixas etáriasp 59

Tabela 03- Caracterização dos alunos com autismo/sinais do espectro do autismo em relação à idade, sexo, data de nascimento, diagnóstico prévio e nível de escolarização.....
.....p 71

Tabela 04 - Quantidade de alunos Sem laudo médico e diagnosticado na CARS com TEA
.....p. 71

Tabela 05 - Caracterização dos alunos com sinais do espectro do autismo em relação à série e resultado alcançado com a escala CARS.....p.72

ABA – Análise Aplicada do Comportamento
ABC – Autism Behavior Checklist
ADI – Autism Diagnostic Interview
ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule
AEE – Atendimento Educacional Especializado
ATA - Escala de Avaliação de Traços Autísticos
CARS – Childhood Autism Rating Scale
CEIM – Centro de Educação Municipal Infantil
CID/OMS – 10 – Classificação Internacional de Doenças
DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria
GAF – Global Assessment Function
GEAPPA – Grupo de Apoio a Pais e Profissionais de Autistas
LIBRAS – Língua Brasileira de Sinais
MEC – Ministério da Educação e Cultura
PECS – The Picture Exchange Communication System
PEP –R - Psychoeducational Profile-Revised
PIIP – Projecto Integrado de Intervenção Precoce
REME – Rede Municipal de Educação
SEMED – Secretaria Municipal de Educação de Dourados/MS
SOE – Sem Outra Especificação
SRM – Sala de Recursos Multifuncionais
TEA – Transtorno do Espectro do Autismo
TEACH – Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Distúrbios Correlatos da Comunicação
TGD – Transtorno Global do Desenvolvimento

RESUMO

A perspectiva da inclusão escolar tem demandado novos papéis para os educadores no âmbito escolar. O presente estudo tem como objetivo identificar a percepção dos professores em relação ao transtorno do espectro do autismo, levantar o número de crianças com TEA inseridas na Rede Municipal de Ensino de Dourados/MS e caracterizá-las a partir da escala CARS (*Childhood Autism Rating Scale*). O estudo foi realizado em 42 escolas municipais e 28 CEIMS (Centro de Educação Municipal Infantil), e conduzido em duas etapas. Na Etapa 1, foram realizados os procedimentos éticos, efetuado o contato com as escolas e elaborado o Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo, com base no DSM-IV, para atender os dois primeiros objetivos do estudo. Participaram desta etapa 70 coordenadores e 326 professores da Rede Municipal de Educação, que responderam ao Formulário e indicaram terem em sua sala de aula 94 crianças com sinais do transtorno. Os resultados desta etapa apresentaram que, apesar de inicialmente 77,2% dos professores responderem que sabiam o que era autismo, falharam ao identificar as características do transtorno no quadro. Na etapa 2, foi proferida a palestra explicativa sobre TEA e aplicada a escala CARS junto aos professores. Participaram desta etapa 54 professores. Os resultados desta etapa apontaram que das 94 crianças indicadas com sinais do TEA pelos seus professores na 1 etapa do estudo, por meio do formulário, 25 crianças de fato apresentaram características comportamentais do TEA na escala CARS. Por meio da análise qualitativa, foi identificado e descrito o conhecimento apresentado e desejado pelos professores para aumentar a probabilidade de sucesso de alunos com sinais de TEA no processo escolar. Conclui-se que os instrumentos utilizados mostraram-se significativamente eficazes, pois, possibilitou levantar o número de alunos com sinais desta condição, grau de conhecimentos dos educadores sobre o TEA, bem como avaliar juntamente com os professores os aspectos comportamentais que se encontram alterados em crianças com suspeita desta patologia. Espera-se que o estudo possa nortear profissionais que trabalhem na escola e familiares de crianças com necessidades educacionais especiais, na busca por instrumentos que ajudem na identificação precoce o mais cedo possível desta condição e no estabelecimento de estratégias para o atendimento destas crianças.

PALAVRAS-CHAVE: Educação especial; avaliação de criança com TEA; intervenção.

ABSTRACT

Abstract: This study aimed to identify the perceptions of teachers related to the Autism Spectrum disorder and calculate the number of children with characteristics of the spectrum inserted in Dourados/MS Municipal Schools. Besides characterizing children with Autism Spectrum signals identified by their teachers in the first stage of this study. For data collection, a survey of children with Autism Spectrum signs form was developed and used along with the CARS (Childhood Autism Rating Scale), these instruments were answered by teachers of the Municipal Schools, which work especially in Children's Education and early years of elementary school. The questionnaire was administered to 326 teachers, and by means of this, we tried to raise the teachers' doubts and knowledge about the ASD. As a result we obtained the number of 25 children identified with the disorder. This identification has gone through two phases: the first made through the form and the second from the CARS. The purpose of this survey is to collaborate in the identification as early as possible of the signs of the disorder in children by their teachers, so that these individuals identified with ASD signals can be guided to existing interventions as early as possible. The diagnosis of this disorder is still unclear, that is why it is relevant the existence of works not only focused on the issue of identification of signs and typical characteristics of ASD, but also facing the teacher's role in dealing with this child. The results presented in this study allow us to conclude that the identification of signs of autism in student by teachers is essential for early interventions to happen, and this can make a big difference in the school lives of these students, stimulating cognitive development and skill acquisition. Future research can investigate practices of identification that are possible in the school environment and may provide greater space and time for completing the instruments and further explanation of the characteristics of ASD.

Keywords: Special education, Autism Spectrum Disorder, intervention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	p 14
1. TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)	p 17
1.1 Perspectiva Histórica	p 17
1.2 Conceituação e Caracterização	p 20
1.2.1 Quadro Clínico	p 24
1.3 Diagnóstico	p 28
2. A LEGISLAÇÃO E A INCLUSÃO ESCOLAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO	p 38
2.1 Legislação Nacional e Municipal que contemplam a Inclusão Escolar ..	p 38
2.2 Escolarização de Crianças com Transtornos do Espectro do Autismo ..	p 48
3. MÉTODO	p 57
3.1 Contexto do Estudo	p 59
3.2 Procedimento para Definição dos Participantes	p 60
ETAPA 1	p 62
ETAPA 2	p 67
4. DISCUSSÃO E RESULTADOS	p 73
4.1 A Intervenção como Suporte para o Desenvolvimento de Crianças com TEA ..	p 78
4.2 A Formação de Professores como Apoio na Elaboração de Estratégias para o Desenvolvimento de Crianças com TEA	p 81
CONSIDERAÇÕES FINAIS	p 89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	p 92
ANEXOS	p 100

Professores que atuam na Educação Infantil e séries iniciais do Ensino Fundamental buscam ações inovadoras em sua prática diária para dar respostas às dificuldades e desafios encontrados na inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais¹, principalmente, no caso de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), ainda que este transtorno, muitas vezes seja desconhecido por boa parte dos educadores.

Ao utilizar-se a expressão TEA, é importante salientar que este termo foi cunhado recentemente para esclarecer que existe um espectro de desordens autísticas, no qual aparecem diversas dificuldades e em graus de comprometimentos variáveis.

Todos os indivíduos com TEA têm em comum déficit nas áreas da comunicação e da socialização e apresentam padrões de interesses e hábitos restritos e repetitivos, porém cada um em um nível, podendo um indivíduo apresentar graus do transtorno mais leve e outros mais graves.

Entretanto, outro fator a destacar é que este termo também teve como objetivo englobar outros quadros além do Autismo, como a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (SCHWARTZMAN, 2009). Cabe destacar que a terminologia TEA será utilizada ao longo deste trabalho, por entendermos que esta é a denominação mais apropriada e mais abrangente.

Pensar a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais implica em mudanças de postura, tanto do professor, quanto dos pais e da sociedade de um modo geral e este fator tem despertado debates e pesquisas em todo o mundo. Porém, não pode ser visto como um evento difícil ou complicado. A inclusão acontecerá naturalmente a partir do momento em que aceitarmos as diferenças e especificidades como algo comum.

Sobre inclusão escolar entendemos o que Mittler (2000) pontua como sendo um processo que deva ser iniciado no âmbito escolar, na estrutura física e burocrática, mudanças no que tange o currículo, a avaliação, a pedagogia e o agrupamentos dos alunos no decorrer das atividades de sala de aula.

Além destes fatores, o autor continua destacando a necessidade da valorização de sentimentos de receptividade, que em suas palavras, deva sim haver a celebração do diferente

¹ Entendemos crianças com necessidades educacionais especiais aquelas que apresentam necessidades próprias e diferentes das demais, e requerem recursos pedagógicos e metodológicos educacionais específicos para a aprendizagem (MEC 2001).

tendo como base: “o gênero, a nacionalidade, a raça, a linguagem de origem, o background social, o nível de aquisição educacional ou a deficiência” (MITTLER, 2000, p.34).

A inclusão escolar está intimamente associada à ideia de uma sociedade democrática, na qual a diversidade é valorizada e respeitada, incluindo as pessoas com necessidades educacionais especiais.

Historicamente, a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais esteve segregada e, em muitos casos, esteve praticamente esquecida. A partir de 1990, com a Declaração de Jomtien (Tailândia) e, no ano de 1994 com a Declaração de Salamanca (Espanha), a educação inclusiva tornou-se um dos marcos históricos da educação especial.

Fomentaram a equidade e a universalização do acesso a educação para essas eventuais populações que, por qualquer razão, estavam marginalizados da escolarização, além de propiciar, com esta proposta, um novo olhar frente às pessoas com necessidades educacionais especiais.

Ainda sobre este ponto, na Declaração de Salamanca (1994), está presente que todos os estados devem adotar “o princípio de educação inclusiva em forma de lei ou de política, matriculando todas as crianças em escolas regulares, a menos que existam fortes razões para agir de outra forma” (MEC, 1994, p.02).

Apesar desta declaração já ter completado dezoito anos, percebe-se que ainda há muito a ser feito e discutido pela inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais.

Assim espera-se que o levantamento e caracterização de crianças com sinais do TEA, junto aos professores possam sensibilizar outros profissionais na busca por estratégias que identifique e caracterize os alunos com suspeita do transtorno o mais cedo possível. Pois a identificação dessas crianças feita por seu professor pode auxiliar significativamente no refinamento da avaliação do seu repertório, subsidiando o planejamento de ações eficientes para a promoção do desenvolvimento desse indivíduo tanto socialmente como cognitivamente. Entretanto o presente estudo foi organizado em quatro capítulos descritos a seguir.

No primeiro capítulo do trabalho é apresentado o histórico e conceitos do transtorno, a complexidade em se realizar o diagnóstico desta condição. Dentre os autores utilizados para fundamentação teórica do estudo utilizamos Gikovate (2000), Machado (2000), Mello (2003), Lira (2004), Vasques (2008), Gonçalves (2009), Schwartzman (2011), entre outros.

No segundo capítulo são apresentadas as legislações e decretos que tratam a questão da inclusão escolar. Vale salientar que as legislações, decretos e normas aqui utilizadas foram localizados via internet, principalmente nas páginas dos órgãos federais como o Senado Federal² e o site da Prefeitura Municipal de Dourados³, e não tivemos o intuito de discuti-los, mas apresentar algumas das legislações que amparam a educação especial. Em seguida adentramos também na questão da escolarização de crianças com TEA, na qual recorreremos ao estudo de Mittler (2003), Alves (2005), Ainscow (2009), Junior e Cunha (2010), dentre outros estudiosos para embasar a temática.

No terceiro capítulo “Método” abordamos o delineamento do estudo, a construção do instrumento utilizado para fazer o mapeamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo e levantar a percepção dos professores da REME sobre o TEA, bem como a aplicação da escala CARS, para aferir a quantidade de crianças com sinais do transtorno inseridas na REME. Apresentamos ainda neste tópico os resultados do estudo.

Finalmente no quarto capítulo discutimos os resultados alcançados com a pesquisa. Ao final, como anexo estão o Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo, utilizado para levantar o número de crianças inseridas na REME, a partir da percepção de seus professores e conhecer a percepção dos educadores sobre o transtorno do espectro do autismo. E a escala CARS utilizada para identificar o tipo de comprometimento apresentado pela criança.

² www.senado.gov.br

³ www.dourados.ms.gov.br

CAPÍTULO-1

TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO (TEA)

1.1 Perspectiva Histórica

Neste capítulo, será apresentado um panorama do Transtorno do Espectro do Autismo⁴ (TEA), os conceitos abordados e discutidos historicamente, bem como as questões referentes à dificuldade de seu diagnóstico.

A palavra autismo é formada pela junção das palavras gregas: “*autos*” que significa “em si mesmo” e “*ismo*” que significa “voltado para” (GOMES, 2007). Foi utilizada pela primeira vez, conforme Praça (2011), em 1906, por Plouller, que fez a época, um estudo referente ao processo de pensamento de indivíduos esquizofrênicos.

Entretanto, em 1911, o psiquiatra Eugen Bleuler utilizou o termo autismo para designar sintomas da esquizofrenia, como a perda de contato da realidade e o isolamento, características marcantes dos indivíduos acometidos.

No ano de 1943, Kanner, utilizou a expressão autismo para descrever comportamentos peculiares como a não aceitação em viver a realidade, comportamento esse que estaria também associado à esquizofrenia. Esse autor reforça ainda esta apresentação do autismo quando descreve a tendência ao isolamento, dificuldades na comunicação e problemas comportamentais, características que constituem a marca registrada do autismo (KANNER *apud* SCHWARTZMAN, 2003, p.06).

Foram observadas por Kanner, onze crianças com esses comportamentos, ressaltando características predominantes no autismo como é o caso de déficits na área da comunicação, comportamento e convívio social. Ele percebeu que todas as crianças observadas tinham uma condição significativamente comum ao conceito de autismo como isolamento extremo durante toda a vida, a obsessão pela rotina, e que se distinguiam de tudo aquilo que fora descrito na literatura até aquela época:

Apresentavam desordens no desenvolvimento da linguagem que incluíam a ecolalia, a inversão pronominal e o concretismo. O comportamento delas era salientado por atos repetitivos e estereotipados; não suportavam mudanças de ambiente e preferiam o contexto inanimado. O uso do termo autismo pretendia mostrar a

⁴ Entendemos que o termo adequado é “Transtornos do espectro do autismo”, no entanto, ao longo desta dissertação utilizaremos também a terminologia autismo, por ser esta nomenclatura, adotada por boa parte dos autores utilizados.

qualidade incomum e autocentrada do comportamento das crianças, mas também sugeria uma associação com a esquizofrenia (Braga, 2002, p.35).

Praça (2011) também escreve sobre as características de comportamentos identificadas e analisadas por Kanner presente nas onze crianças por ele analisadas e ressalta que, estariam relacionadas ao isolamento social, alterações da fala e a necessidade extraordinária pela sustentação de costumes corriqueiros, como aqui é definido:

Este psiquiatra americano começou a analisar um conjunto de comportamentos característico presente em um grupo de crianças que diferiam dos demais, tais como: extremo isolamento, dificuldade de relacionamento com outras pessoas até mesmo da família, atraso na aquisição da fala e quando esta era adquirida a criança não a usava como um meio de se comunicar e interagir com as pessoas, excelente memória, ignorava as pessoas e os ambientes a sua volta, comportamentos repetitivos e bizarros, comportamento obsessivo e ansioso em preservar rotinas (PRAÇA, 2011, p. 20).

Praça (2011) ainda afirma que o termo utilizado por Kanner, foi inspirado em Plouller, para assinalar que o autismo era sinônimo da incapacidade que a criança tem de se relacionar com outras crianças e que este fator não estava relacionado à esquizofrenia.

Machado (2000) discorreu sobre os padrões singulares de comportamento: o isolamento, dificuldades comunicativas, problemas de comportamento e, ainda, atitudes inconsistentes destas crianças e aponta que Kanner considerou que as características identificadas por ele nas onze crianças “definiam uma síndrome específica, completamente distinta de outras perturbações infantis e decidiu designá-la de Autismo Infantil Precoce”.

Recorrendo a Wing (1996), Machado (2000), continuou descrevendo os escritos de Kanner, e apontou que, “ele acreditava que essas crianças poderiam ser potencialmente normais ou até terem inteligência acima do normal” (p.8).

Conforme Gadia (2007), Asperger em 1994, psiquiatra australiano, também apresenta casos semelhantes às características do autismo, em crianças que apresentavam dificuldade na comunicação social, tendo como diferencial nestes casos a presença de inteligência normal.

Asperger pesquisou um grupo de adolescentes que apresentavam um diferencial no relacionamento social e, em especial, concentravam-se apenas em informações sem muito nexos ou importância. Machado (2000) descreve que:

Hans Asperger, um psiquiatra australiano, escreveu sobre um grupo de adolescentes que eram extravagantes em seus relacionamentos sociais, tinham falta de empatia com os demais, apresentavam comunicação não-verbal muito pobre (fala gramatical tortuosa, literal no conteúdo e

anormal na entonação), se engajavam em atividades repetitivas, reagentes a mudanças de rotina e ficavam absorvidos em interesses especiais, tais como tabelas de horários de trens ou movimentos de planetas. Revelaram memória mecânica, mas pobre compreensão de ideias abstratas. Tendiam a apresentar alguns movimentos corporais exóticos e muitos eram desajeitados e sem coordenação em movimentos complexos. Asperger se referiu a este conjunto de características como “Psicopatia Autística” (MACHADO, 2000, p.9).

As características do Transtorno do Espectro do Autismo viveram sob várias denominações, por muitos anos, conforme descreve Gauderer (1993) *apud* Lira (2004):

[...] com o decorrer dos anos, o autismo sofreu varias denominações: Bender usou o termo “esquizofrenia Infantil” em 1947, pois associava o autismo a uma forma precoce de esquizofrenia; Rank, em 1949, classificou o autismo de Desenvolvimento Atípico do Ego; Mahler, em 1952, denominou de “Psicose simbiótica”, em 1956, Bender reformulou novamente o conceito e denominou-o de “Pseudo-Retardo” e Rutter, em 1963, usou o termo “Psicose Infantil”. Essas denominações conviveram e convivem com diferentes enfoques e hipóteses para justificar o autismo [...] (p.25).

Sobre a diversidade de definições, Lira (2004) identificou que entre as diversas denominações que esclarecem o transtorno, existem duas consideradas como principais: a abordagem organicista e a abordagem ambientalista.

A autora continua explicando que a abordagem organicista está embasada nas teorias aplicadas por Kanner, as quais demonstram que há uma incapacidade singular para as relações afetivas, que por sua vez, explicariam o déficit comportamental e comunicativo; afirma ainda que essas causas estariam relacionadas a questões genéticas, bioquímicas e neurológicas.

Com relação à teoria ambientalista considera que o autismo estivesse associado a algum tipo de quadro de psicose, observadas principalmente nas relações entre mãe e filho autista (KLEIN, 1981; MAHLER, 1983; TUSTIN, (1975) *apud* Lira (2004) p. 25).

Após serem descartados os estudos iniciais que consideravam o Transtorno do Espectro do Autismo como resultado de uma família problemática ou de uma mãe negligente, pesquisas atuais discutem que há múltiplas causas que direcionam ao transtorno, entre elas é possível apontar fatores genéticos e biológicos.

Posteriormente, outros autores como Bender 1947, Rank 1949, Mahler 1952, entre outros, descreveram casos de crianças com dificuldades na fala, motricidade estereotipada, dificuldades na relação social e cada autor se referiu a elas com significados diferentes.

Schwartzman (2003) afirma que para entender o quadro do TEA, é necessário fazer um paralelo com os aspectos da deficiência mental que apresentam diversas motivações para sua existência como problemas durante a gestação, dificuldades perinatais, ocorrências

infeciosas e traumáticas, ou ainda algum tipo de sequela, ou circunstâncias ambientais que direcionam a quadros parecidos e que também podem estar a ele associados.

1.2 Conceituação e Caracterização

O TEA é um transtorno do desenvolvimento humano, diagnosticado por meio do comportamento da criança e apresenta déficit, principalmente, em três áreas: comportamento, comunicação e interação social. Schwartzman explica que o TEA atualmente é considerado como,

[...] um transtorno do desenvolvimento com causas neurobiológicas definidas de acordo com critérios eminentemente clínicos. As características básicas são anormalidades qualitativas e quantitativas que, embora muito abrangentes, afetam de forma mais evidentes as áreas da interação social, da comunicação e do comportamento (SCHWARTZMAN, 2011, p.37).

A identificação da área que aborda a ação simbólica ou imaginária, também está prejudicada na criança com Transtorno do Espectro do Autismo. Segundo Gonçalves (2009), a criança apresenta:

Dificuldade em brincar, “fazer de conta”, pode ter rotinas rígidas, rituais; não sabe para que servem os brinquedos, enfileira, quebra ou atira longe; por vezes se interessa mais pela caixa do que pelo próprio brinquedo; prefere objetos que girem ou façam barulho; se fixa em detalhes dos objetos ou brinquedos; não brinca com as outras crianças; prefere brincadeiras que envolvam o próprio corpo, cócegas, rodopiar, “cavalinho”; prefere fazer sempre as mesmas coisas, da mesma forma, ir pelo mesmo caminho, sentar no mesmo lugar (p.18).

Essa característica está presente na dificuldade em processos criativos. A criança com TEA não explora o ambiente como as outras crianças, por exemplo: ela pode ficar por horas e horas, apenas observando e analisando a textura do brinquedo, sem propriamente usá-lo como tal. Algumas crianças apresentam fixação por assuntos incomuns para sua faixa etária e, erroneamente, podem ser consideradas como superdotadas (MELLO, 2003).

Nesse sentido, Araújo (2011) cita que, em estudo realizado por Wing e Gould no ano de 1979, com uma amostra de trinta e cinco mil crianças, as características e sinais encontrados nos quadros de autismo, formavam uma tríade, caracterizando os seguintes prejuízos:

Severo prejuízo social; severas dificuldades na comunicação, tanto verbal como não verbal; ausência de atividade imaginativa, incluindo

o brincar de faz-de-conta, substituída pelos movimentos repetitivos (p.227)

Araujo (2011) ressalta que foi a partir destes estudos que se iniciou o conceito de espectro do autismo no qual se procura explicar “quais características subjacentes a essa tríade poderiam ter relação comum e qual seria o fator que uniria a tríade” (p.228).

Nesse contexto, vale destacar que os principais prejuízos encontrados nas crianças com TEA são: o desenvolvimento acentuado anormal ou prejudicado na interação social na comunicação e acrescido de um repertório restrito de atividades e interesses. Assim sendo, o transtorno pode ser diferente em cada criança, pois como na maioria das outras patologias, nesta condição também ocorre grande variabilidade no quadro clínico.

A variabilidade nesta condição não se remete apenas nos sinais e sintomas, mas também na intensidade com que eles podem apresentar, ou seja, alguns indivíduos podem ter comprometimentos mais brandos em uma determinada área, enquanto outros não são afetados com o mesmo grau de severidade.

Entretanto, por conta do quadro clínico das diversas condições que fazem parte deste transtorno ser muito variável no que se referem os sinais e sintomas presentes, bem como aos níveis de severidade, é que se cunhou, atualmente, a terminologia Transtorno do Espectro do Autismo (TEA).

Esta denominação também tem como objetivo englobar o Autismo, a Síndrome de Asperger e o Transtorno Global do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (SOE), espectro de desordens autísticas que apresentam as mesmas dificuldades, mas em graus de comprometimentos variáveis.

A etiologia do Transtorno do Espectro do Autismo ainda é desconhecida e não há até o momento uma causa única, ou um marcador biológico específico para identificá-lo (SCHWARTZMAN, 2003, MACHADO 2000, LIRA 2004, PRAÇA 2011).

De acordo com o DSM-IV⁵ o TEA é chamado, ocasionalmente, de autismo infantil precoce, autismo da infância ou autismo de Kanner. Conforme o DSM-IV o transtorno afeta tipicamente crianças do sexo masculino. Nesse sentido, SCHWARTZMAN, (2011) explica que:

A prevalência estimada em 1988 por Bryson et al. foi de 10: 10.000, com relação de quatro meninos para uma menina. Em 1989, Ritvo et.al. encontraram prevalência de 4:10.000. Apesar de considerada por muito tempo como uma condição rara, estudos recentes apontam para a prevalência de no mínimo 6-7:1.000 crianças, o que indica um número bastante superior aos anteriormente publicados. (p.40).

⁵ DSM-IV Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria.

Esses autores chamam a atenção ao destacar que parece ter ocorrido um aumento expressivo na prevalência do transtorno, no entanto, não se pode confirmar ou afirmar o mesmo, pois os estudos utilizados com o objetivo de comparar as taxas de incidência em diferentes países e épocas tornam-se pouco confiáveis para qualquer afirmação nesse sentido (SCHWARTZMAN, 2011, p 40).

A explicação mais provável para este aumento nas taxas do TEA pode estar relacionada ao maior reconhecimento dessa condição pelos profissionais da saúde, bem como maior abrangência do conceito, o que permitiu diagnosticar casos do transtorno que antes não eram possíveis, ou que erroneamente eram confundidos com outras patologias (SCHWARTZMAN, 2011). Outro fator que também pode ter contribuído para o aumento dessa estatística é que a população em geral tem tido mais acesso a serviços de saúde e maiores informações sobre o transtorno.

Com relação à faixa etária, o DSM-IV destaca que a tendência do diagnóstico está concentrada antes do terceiro ano de vida da criança e, ainda ressalta que é neste período normalmente que os pais começam perceber e se preocupar com as dificuldades de seus filhos, como por exemplo, desinteresse social, dificuldade para interagir com seus pares e até mesmo com os próprios pais e apresentam complexidade na comunicação (DSM-IV, 1994; BOSA, 2006).

Dessa maneira, segundo Praça (2011) o Transtorno do Espectro do Autismo é caracterizado segundo a classificação Internacional de Doenças-(CID-10), como:

a)um desenvolvimento anormal ou alterado, manifestado antes da idade de três anos, e b) apresentando uma perturbação característica do funcionamento em cada um dos três domínios seguintes: interações sociais, comunicação, comportamento focalizado e repetitivo. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de numerosas outras manifestações inespecíficas, por exemplo, fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade) (SUPLINO, 2007 *apud* PRAÇA 2011, p.22).

O Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação de Psiquiatria classifica o transtorno como:

[...] a presença de um desenvolvimento comprometido ou acentuadamente anormal da interação social e da comunicação e um repertório muito restrito de atividades e interesses. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível e da idade cronológica do indivíduo. O comprometimento da interação social recíproca é amplo e persistente. [...] falta de reciprocidade social ou emocional pode estar presente (por exemplo, não participa ativamente de jogos ou brincadeiras sociais simples, preferindo atividades

solitárias, ou envolve os outros em atividades apenas como instrumentos ou auxílio “mecânicos”. [...] a percepção da existência dos outros pelo indivíduo encontra-se bastante comprometida. O comprometimento da comunicação também é acentuado e persistente, afetando as habilidades tanto verbais quanto não-verbais. Pode haver atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada. Em indivíduos que chegam a falar, pode existir um acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversação, um uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou uma linguagem idiossincrática. Os indivíduos com transtorno tem padrões restritos, repetitivos e estereotipados de comportamento, interesses e atividades.[...]frequentemente se preocupam com uma área de interesse limitado (DSM-IV, 1994, p.100).

O TEA tem sido caracterizado atualmente pelas propostas diagnósticas do DSM-IV/APA-1994 e pela CID/OMS-1993, as quais se baseiam, principalmente, em três critérios: prejuízo qualitativo na interação social; prejuízo qualitativo na comunicação verbal e não verbal; comportamento e interesses restritivos e repetitivos.

O TEA foi incluído no DSM-IV como uma categoria mais ampla de desordens, classificada como Distúrbios Globais do Desenvolvimento, enquanto que na CID-10 é classificado como Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, (SCWARTZMAN 2003; MACHADO 2000; PRAÇA 2011).

1.2.1 Quadro Clínico

Como em qualquer outra patologia, também o Transtorno do Espectro do Autismo apresenta quadro clínico variável. Essa variabilidade não está presente somente em sinais e sintomas, mas vai além, e encontra-se do mesmo modo no grau de intensidade que o transtorno pode acometer. Essas variedades de descrições clínicas relacionadas ao TEA variam de sujeito para sujeito dependendo do grau de comprometimento que o transtorno assume em cada indivíduo.

Essa variação ocorre também dependendo da idade cronológica do indivíduo com TEA. Quando observado em crianças pequenas, o transtorno pode evoluir continuamente, podendo apresentar um aumento expressivo nos sinais e sintomas quando adolescentes e adultos. No entanto, esses sinais, em alguns casos, podem diminuir devido ao desenvolvimento do sujeito, ou, ainda, às intervenções a ele oferecidas.

Essas características, conforme Schwartzman (2003) apresentam-se de formas variadas, em especial ao contato visual direto, quando o bebê evita os olhos da mãe, por

exemplo, ou quando demonstra dificuldade em aninhar-se no seu colo. Assim, esse fator pode ser observado desde muito cedo.

Os indivíduos com TEA buscam olhar somente de relance, podendo até resistir ao toque dos próprios pais e, mais ainda, de pessoas estranhas. A criança com transtorno do espectro do autismo, quando bebê, pode apresentar grande dificuldade direcionada a falta de iniciativa, curiosidade e comportamento de exploração. Também não apresenta comportamento de levar os objetos a boca como forma de exploração do ambiente.

São crianças que parecem só sentirem-se bem quando estão sozinhas, construindo em volta de si uma redoma imaginária, pela qual nem mesmos os pais podem passar. O outro para o indivíduo com TEA não é considerado como amigo, mas como um instrumento que serve para alcançar objetivos, por exemplo, pode pegar na mão de alguém afim de que essa “mão” alcance algo que deseja, como para pegar um copo de água ou brinquedo, ou seja, usa os adultos como se fossem ferramentas para alcançar e suprir suas necessidades.

Para elas, continua Schwartzman (2003), o outro recebe o mesmo tratamento de um objeto inanimado, pois a criança com TEA não sabe lidar com sentimentos como o medo, a raiva ou a alegria. Não há relação de amizade, pois não entendem a partilha social em que os amigos dividem ou, por muitas vezes, consideram que todos os colegas da sala são seus amigos, mostrando a dificuldade em estabelecer vínculos. Apresentam problemas graves com sinais não verbais, não há emoção em sua expressão facial, não conseguem iniciar um diálogo.

A ecolalia é outro ponto presente no TEA. A criança, com frequência, exagera tende a repetir palavras ouvidas. Além da ecolalia imediata ou tardia, também apresentam inversão pronominal, linguagem metafórica e a invariabilidade de ritmos da linguagem verbal, possuem fala monocórdica, sem atribuição de emoções.

Ainda na identificação de comportamentos que direcionem a dificuldade na área da comunicação, serão descritos, em seguida, os comportamentos considerados sintomáticos e próprios do TEA, como questões de tempo, desempenho adaptativo, autonomia, comportamentos estereotipados, auto-agressivo, entre outros (VASQUES 2008).

Assim como na área da linguagem, a criança com TEA não olha diretamente nos olhos da outra pessoa. A falta de comunicação inicia-se já a partir deste comportamento. Logo, também não conseguem comunicar-se por meio de gestos e se a linguagem não é clara, também não podem estabelecer vínculo e diálogo com seus pares.

Contudo, é importante ressaltar que nesta área há descrições adversas: algumas crianças não apresentam nenhuma forma de linguagem falada, porém outras falam muito, mas

de maneira incoerente, não conseguindo manter diálogo lógico, outras apresentam apenas uma fala monossilábica, ainda que funcional, com frases como: “não”, “quero”, “dá”, entre outras e existem ainda os que podem apresentar uma fala quase “normal”, ficando apenas o aspecto afetivo da fala comprometido.

O indivíduo com TEA parece não saber o significado da palavra “não”, e pode apresentar diversas crises nervosas, ao ouvi-la (Gonçalves, 2009, p. 17). Esses comportamentos podem ser observados na figura 01:

FIGURA 1: Alguns sintomas ou sinais do TEA.



FONTE: Figura adaptada da Organização Mundial de Saúde.

O indivíduo com TEA tem dificuldade em pedir ou apontar aquilo que deseja e, para isso, usa a mão de outra pessoa como se fosse um instrumento para se comunicar. Por não saber abordar outra criança tende “a gritar e chorar sem motivos”, não atende quando chamados, ou seja, age como se fossem surdos, não se interessa por assuntos que não façam

parte de seu rol de interesse, aparentemente não entendem o que lhe falam, não propõem perguntas e também não respondem quando questionados.

Machado (2000) afirma que Kanner já apresentava as características distintas, descritas anteriormente, para identificar o que denominava como “Autismo Infantil Precoce” e as considerava como crianças normais ou mesmo com um QI avançado. Confirmando as características definidas por Kanner, Machado (2000) define os padrões de comportamento apresentado pela criança com TEA como:

[...] falta de contato emocional com as outras pessoas; ausência de fala ou formas peculiares, idiossincráticas de falar que parecem adequadas á conversação; fascinação por objetos e destreza no manuseio deles; ansioso e obsessivo desejo de preservar a imutabilidade do ambiente e/ou rotinas familiares; evidências de inteligência potencialmente boa segundo a aparência facial; feitos de memória ou habilidades de realizar tarefas envolvendo encaixe e montagens, tais como jogos de encaixe e quebra-cabeça (MACHADO, 2000, p.07).

Os comportamentos apresentados pelas crianças com TEA, tais como isolamento; dificuldade na comunicação; entre outros, assumem um papel de delimitador da vida em sociedade, pois impedem que a criança com o transtorno tenha uma vida típica ao lado das crianças da mesma idade. Vasques (2008) ressalta que é importante que as pesquisas que surgem, a cada dia, voltadas para a questão do TEA, observem com mais presteza para:

(...) estabelecer relações de causalidade entre os fenômenos considerados típicos do autismo, a fim de aprimorar o processo diagnóstico e o tratamento. A avaliação e a descrição minuciosa dos comportamentos observáveis são, por isso, fundamentais. Através delas constroem-se distinções e fronteiras no espectro ou *continuum* autístico (VASQUES 2008, p.76).

As condutas apresentadas pelas crianças com TEA servem como um fato concreto para que estudiosos e pesquisadores enxerguem uma nova possibilidade para amenizar a vida tanto das crianças com o transtorno quanto de seus pais. Melhorar a vida da criança com TEA significa ajudá-lo a transpor os obstáculos que o transtorno lhes impõe.

1.3 Diagnóstico

O diagnóstico sobre o transtorno ainda é complicado devido às diversas variações nos sinais e características apresentadas pelos indivíduos comprometidos, o que traz grande variabilidade ao quadro clínico e dificulta um diagnóstico preciso sobre o mesmo.

Não existe, até o momento, um exame laboratorial específico que o determine. O diagnóstico do TEA é eminentemente clínico e depende de equipe multidisciplinar para estabelecer e fechar um diagnóstico preciso. Machado (2000), ainda enfatiza que o diagnóstico do TEA dependerá dos critérios utilizados para classificação e a hipótese etiológica.

De acordo com Gikovate (2000), para diagnosticar uma criança com TEA, os especialistas utilizam-se dados clínicos que correspondem à observação direta do comportamento da criança e de uma entrevista com os familiares. Os exames que complementam esse diagnóstico possibilitam observar doenças correlacionadas à existência do TEA, como: rubéola congênita, síndrome de Down, síndrome de West, esclerose tuberosa, síndrome do X-frágil, entre outras.

Porém, a autora afirma que 70% dos casos não apresentam qualquer doença associada e estes exames complementares (radiológicas, metabólicos ou genéticos) são inteiramente normais.

De acordo com o DSM-IV (1994) e a CID-10 (1993), algumas investigações laboratoriais podem ser realizadas com o objetivo do diagnóstico diferencial. Os exames de laboratórios se mostram importante para um diagnóstico precoce, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da criança com TEA em seu desenvolvimento biológico e intelectual. Os principais exames são:

1. Sorologias
2. ECG (eletrocardiograma)
3. Avaliação oftalmológica
4. Neuropsicológico
5. Pesquisa do X frágil/ Cariótipo
6. RNM (Ressonância Magnética)
7. EEG (Eletroencefalograma)
8. Erros inatos do metabolismo /teste do pezinho
9. Avaliação audiológica.

Machado (2000) descreve a importância de cada exame, enumerando-os como exames radiológicos, neurobiológicos e neuroquímicos, que podem demonstrar algum tipo de alteração no desenvolvimento da criança. No caso da ressonância magnética ela pode

demonstrar alguma alteração no cérebro ou nos núcleos da base, diminuição do volume cortical e espaço subaracnoidiano e estereotípias da substância cinzenta.

O EEG pode apresentar uma ativação maior no hemisfério não dominante e as tomografias computadorizadas podem demonstrar possíveis lesões no cérebro ou atrofia central. Os exames neurofisiológicos têm identificado em indivíduos com TEA, defeitos nos lobos temporais e no cerebelo e os neuroquímicos sugerem que crianças com TEA liberem mais os neurotransmissores como serotonina, dopamina e endomorfina do que as crianças com desenvolvimento típico.

Para tanto, faz-se necessário um diagnóstico mais preciso possível, para que intervenções adequadas sejam iniciadas o quanto antes com a criança com TEA, visando melhora na qualidade de vida, e o seu desenvolvimento cognitivo.

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística da Associação Americana de Psiquiatria, para estabelecer o diagnóstico do Transtorno do Espectro do Autismo é utilizada uma lista de critérios comportamentais, que podem ser observados na Tabela 01:

TABELA 01: Critérios para o Diagnóstico de TEA conforme o DSM-IV (2003)

Critérios para Diagnóstico de TEA conforme o DSM-IV (2003)	
Comprometimento qualitativo da interação social:	<p>(a) Comprometimento acentuado no uso de múltiplos comportamentos não-verbais, tais como contato visual direto, expressão facial, posturas corporais e gestos para regular a interação social;</p> <p>(b) Fracasso em desenvolver relacionamentos com seus pares apropriados ao nível de desenvolvimento (i.e., à sua faixa etária);</p> <p>(c) Ausência de tentativas espontâneas de compartilhar prazer, interesses ou realizações com outras pessoas (ex., não mostrar, trazer ou apontar objetos de interesse); Ausência de reciprocidade social ou emocional.</p>

TABELA 01: Critérios para o Diagnóstico de TEA conforme o DSM-IV (2003)

Comprometimento qualitativo da comunicação:	<p>(a) Atraso ou ausência total de desenvolvimento da linguagem falada (não acompanhado por uma tentativa de compensar por meio de modos alternativos de comunicação, tais como gestos ou mímica);</p> <p>(b) Em indivíduos com fala adequada, acentuado comprometimento da capacidade de iniciar ou manter uma conversa;</p> <p>(c) Uso estereotipado e repetitivo da linguagem ou linguagem idiossincrática;</p> <p>(d) Ausência de jogos ou, brincadeiras de imitação social, variados e espontâneos próprios do nível de desenvolvimento (i.e., da sua faixa etária).</p>
Padrões restritos e	(a) Preocupação insistente com um ou mais padrões

repetitivos de comportamento, interesses e atividades:	estereotipados e restritos de interesse, anormais em intensidade ou foco; (b) Adesão aparentemente inflexível a rotinas ou rituais específicos e não funcionais; (c) Maneirismos motores estereotipados e repetitivos (ex., agitar ou torcer mãos e dedos ou movimentos complexos de todo o corpo); (d) Preocupação persistente com partes de objetos.
--	--

FONTE: SILVA e MULICK (2009)

Nos itens “Comprometimento qualitativo da interação social” e “Comprometimento qualitativo da comunicação” estão descritas as dificuldades apresentadas pela criança com Transtorno do Espectro do Autismo quando se manifesta verbalmente, sendo essa a primeira queixa dos pais. É importante salientar que, nesse caso, algumas crianças não se comunicam nem mesmo por gestos, o que, de certa forma poderia amenizar a ausência da fala, dificultando as relações sociais.

É comum, também, a hipersensibilidade sensorial: não suportam certos sons ou mesmo que o toquem para chamá-las, pois demonstram incomodo e, desta forma, não conseguem se concentrar em mais de uma situação que esteja ocorrendo a sua volta (como ouvir a uma música e a alguém falando).

No terceiro item “Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades” é possível observar que a criança com TEA não consegue assimilar certas mudanças em sua rotina diária, como a mudança de um objeto do lugar de costume, por exemplo.

No momento em que essa situação ocorre, ela pode assumir uma postura agressiva e simplesmente recuar a qualquer ação que estivesse realizando. Gostam de brinquedos que giram, apresentam interesses incomuns para esses objetos como a escolha de uma caixa de papelão como brinquedo preferido e/ou uma tampa de pote de manteiga.

Segundo Gikovate (2000), aproximadamente 10% das pessoas com TEA apresentam alguma habilidade especial, seja a memorização, o desenho ou habilidade em tocar um instrumento. Entretanto, os atos repetitivos (estereotipados) são constantes, como por exemplo, o balançar das mãos, retirar e colocar um objeto no mesmo lugar.

Conforme dito anteriormente, o diagnóstico de TEA é eminentemente clínico e multidisciplinar. No entanto, cabe destacar que existem inúmeros outros instrumentos que

ajudam na identificação das pessoas afetadas, como exemplo, a entrevista com os familiares, avaliação comportamental do indivíduo por meio da escala CARS⁶, entre outras.

Esta escala possibilita identificar um conjunto de características e sinais do TEA, sendo eficaz na distinção de autismo leve, moderado e grave, bem como na distinção entre autismo e retardo mental. Vale destacar que a escala CARS sozinha não possibilita fechar um diagnóstico de TEA, mas permite levantar um conjunto de características do transtorno (GOMES e MENDES, 2009).

A CARS é composta por uma escala de 15 itens que ajudam na identificação de sinais do TEA distinguindo os indivíduos que possuem prejuízos de desenvolvimento, daqueles com TEA.

Esta escala pode ser aplicada em crianças a partir dos dois anos de idade, e deve ser preenchida pelo responsável ou professores que tenham contato frequente com a criança com suspeita do transtorno.

Ela é dividida em quinze áreas (relacionamento interpessoal; imitação; resposta emocional; expressão corporal; uso do objeto; adaptação a mudanças; uso do olhar; uso da audição; uso do paladar olfato e tato; medo e nervosismo; comunicação verbal; comunicação não-verbal; atividade; grau e consistência das respostas da inteligência; impressão geral) e em cada área há quatro grupos de sintomas com pontuação de 1 a 4. Para o seu preenchimento deve-se escolher um dos quatro grupos de sintomas de cada área, podendo-se também escolher uma pontuação entre um e outro grupo de sintomas (1,5; 2,5; 3,5). A soma dos pontos de cada área dá o resultado, que pode ser enquadrado em uma das três categorias: desenvolvimento normal (pontuação entre 15 e 29,5), autismo leve/moderado (30 a 36,5) e autismo grave (acima de 37 pontos). Pode ser preenchida por qualquer pessoa que tenha contato direto e frequente com a criança a ser analisada. A escala foi traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Pereira, Riesgo e Wagner (2008), (GOMES & MENDES, 2009, p.380-81).

Conforme as autoras, ao final do preenchimento, somam-se a pontuação de cada domínio e o resultado obtido, indica qual o grau de TEA que o indivíduo apresenta. A pontuação varia de 15 a 30 pontos (sem autismo); 30 a 36 pontos (autismo leve-moderado) e 36 a 60 pontos (autismo grave).

Como este instrumento avalia o comportamento do indivíduo em 14 aspectos comportamentais é possível ao final da avaliação identificar em qual área a pessoa com TEA apresenta mais comprometimento (interação social; comunicação; linguagem) de modo que se possam reduzir comportamentos indesejáveis que interfiram no funcionamento e

⁶ CARS (Childhood Autism Rating Scale) ou Escala de Avaliação do Autismo na Infância-versão em português, autor americano, traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Pereira, Riesgo e Wagner (2007).

desenvolvimento do indivíduo (Schwartzman, 2011). Ela permite que os itens de avaliação sejam transformados em objetivos e, posteriormente, em estratégias, de trabalho.

Essa avaliação mensura a capacidade cognitiva, o desenvolvimento afetivo, as habilidades e os interesses do indivíduo, com o objetivo de elaborar estratégias individuais, visando à redução dos sinais e sintomas apresentados pelas pessoas com TEA.

Então, a partir da avaliação comportamental do indivíduo com TEA e com os dados de entrevista obtidos com familiares, faz-se necessário iniciar atendimentos que busquem diminuir os prejuízos decorrentes dessa condição.

Segundo Araujo (2011), testes neuropsicológicos auxiliam na análise das funções cognitivas e de seus distúrbios, ao fornecer um perfil que torna possível a dedução dos déficits que estão relacionados aos sintomas:

[...] por conseguir controlar um número de processos cognitivos a serem medidos, tornando um teste o mais “puro” possível, e por conseguir avaliar vários aspectos da execução dentro de um só teste (p.174).

Ainda conforme a autora, tais testes possibilitam avaliar diferentes domínios como, por exemplo, a atenção, função executiva, linguagem, memória, aprendizado, funções sensorio-motoras, percepção social e processamento visoespacial.

O diagnóstico comportamental fornecido pela equipe multidisciplinar (psicólogo comportamental, neurologista infantil, fonoaudiólogos, terapeuta ocupacional, psiquiatra infantil) auxilia no planejamento de intervenções e na orientação à família e a professores.

Sobre os instrumentos que podem ser adotados durante o processo de elaboração do diagnóstico comportamental, Araujo (2011), pontua que são vários os instrumentos existentes, no entanto, por não terem sido traduzidos e adaptados a população brasileira, os mesmos não podem ser utilizados na prática clínica, somente no âmbito da pesquisa.

Nesse sentido, tem sido utilizado com mais frequência no Brasil a CID-10, o DSM-IV e as escalas de desenvolvimento: CARS-(Children Autism Rating), ADOS-(Autism Diagnostic Observation Schedule) e a ADI-(Autism Diagnostic Interview), como instrumentos de avaliação do quadro autístico.

A detecção precoce e as intervenções subsequentes podem determinar prognóstico substancialmente melhor, incluindo mais rapidez na aquisição de linguagem, melhor desenvolvimento das interações com pessoas e mais facilidade no funcionamento adaptativo (ARAUJO, 2011, p.178).

O diagnóstico do TEA deve ser estabelecido com base em critérios comportamentais, assim sendo em muitos países da Europa e da América do Norte, os especialistas recomendam o uso tanto dos critérios estabelecidos pelo CID-10, quanto pelo DSM-IV.

Segundo os critérios estabelecidos pelo DSM-IV, para que um indivíduo possa ser diagnosticado com TEA, o mesmo deve apresentar no mínimo, seis sintomas dos doze elencados na tabela 1, além disso, a pessoa com suspeita de TEA deve ter começado a apresentar atrasos “até os três anos em pelo menos, uma das seguintes áreas: (1) interação social, (2) linguagem para fins de comunicação social ou (3) brincadeiras ou jogos simbólicos ou imaginários” (SILVA e MULICK, 2009).

Para as autoras, o diagnóstico do TEA deve ser estabelecido somente quando o quadro não puder ser melhor explicado por outros transtornos como o de Rett, ou ainda pelo transtorno dissociativo da infância.

A identificação precoce e as intervenções posteriores podem determinar prognósticos mais eficazes, bem como maiores chances de desenvolvimento no que tange a aquisição da linguagem, interação social e no funcionamento adaptativo.

Portanto, é necessário salientar que um diagnóstico preciso é considerado o passo mais importante em qualquer um dos pontos apresentados, sendo de suma importância que o profissional conheça principalmente o histórico da criança. A literatura da área também aponta que há complexidade para fechar o diagnóstico precoce o quanto antes desta patologia, mesmo que haja inúmeros instrumentos que podem auxiliar para esta identificação.

Assim em estudo realizado por Mori (2006), que teve como objetivo descrever a complexidade em se fechar o diagnóstico do transtorno, bem como descrever sobre a importância de iniciar o quanto antes uma intervenção precoce para o desenvolvimento social e cognitivo do indivíduo afetado por esta condição. Assim realizou um estudo de caso no qual descreveu sobre a intervenção adotada para o desenvolvimento do indivíduo com o transtorno. Entretanto a intervenção utilizada teve como objetivo trabalhar a focalização da atenção, a organização do pensamento e a comunicação das ideias. Bem como o desenvolvimento de atividades voltadas para os conteúdos escolares, especialmente, de Física e o ensino de comportamentos e atitudes socialmente exigidos. O resultado final da pesquisa mostrou que o aluno conseguiu, por meio destas estratégias, o seu sucesso escolar, ao conseguir concluir o Ensino Médio.

Moschini e Schmidt (2012) em seu estudo onde abordaram sobre as aproximações e diferenças entre Psicose da Infância e TGD, bem como descreveram sobre os critérios utilizados para o diagnóstico do TEA, ressaltam que mesmo com os critérios adotados para

realizar o diagnóstico do transtorno, ainda há complexidade para se fechar o quadro ou muitas vezes este é realizado erroneamente. Assim as autoras concluíram que tanto as crianças com TEA, que são inadequadamente denominadas como psicóticas ou com TGDs, apresentam características específicas que as constituem como um grupo único e o reconhecimento desta condição são de suma importância, para que o diagnóstico seja feito corretamente, bem como para que sejam mobilizadas políticas educacionais específicas e dinâmicas para auxiliar no ensino aprendizagem desses indivíduos.

Kupfer (2000) discute a dificuldade em se realizar um diagnóstico preciso sobre TEA, bem como a dificuldade em se realizar um diagnóstico diferencial entre Psicose e autismo infantil, o autor destaca que esta dificuldade ocorre por conta da divergência entre os critérios diagnósticos adotados por psicanalistas.

Rabelo e Visani (2012) também traçam algumas considerações sobre a dificuldade em se realizar um diagnóstico preciso acerca do autismo, ou ainda do TEA. Este trabalho apontou que o início do tratamento de crianças com autismo e psicóticas ocorre tardiamente devido a demora por parte de profissionais e/ou instituições de saúde em dar um diagnóstico formal e realizar um encaminhamento, bem como pela insegurança dos profissionais da saúde para lidar com estas psicopatologias graves. Os resultados obtidos com este trabalho nos levam a pensar em ações futuras bem como a necessidade de maior concentração de esforços para que o tratamento do TEA e das psicoses infantis possam acontecer de maneira cada vez mais precoce.

Silva e Mulick (2009), com o objetivo de discutir aspectos dos critérios adotados para o diagnóstico de TEA, apontaram em seu estudo para a necessidade de instrumentos específicos que auxiliem no diagnóstico do transtorno, sendo estes, elementos importantes para a avaliação médica e psicológica, possibilitando a identificação de sinais do TEA, proporcionando, assim, encaminhamento precoce para os serviços de intervenção.

Lampreia (2003) discute o diagnóstico de TEA feito por dois instrumentos oficiais CID 10 e DSM IV entre outros. Por meio de um estudo de caso, a autora procurou confrontar os resultados destes dois instrumentos, com um terceiro instrumento, o PEP-R. Como resultado, a autora sinalizou que o PER-R mostrou competências e habilidades não reveladas pelos outros instrumentos, o que sugere uma análise mais detalhada do perfil de habilidades do indivíduo com TEA.

Ainda sobre essa questão de qual o melhor instrumento de avaliação a ser utilizado durante o processo de diagnóstico do TEA, há o trabalho de Santos et.al. (2012), cujo objetivo

foi comparar dois instrumentos de identificação e caracterização de indivíduos com Transtorno do Espectro Autístico, a CARS e o ABC⁷.

Conforme apontado pelos autores, em muitos casos, ambas as escalas corroboraram com os resultados, no entanto, ambas as escalas podem também levar a diagnósticos imprecisos ou até mesmo errôneos. Enquanto a *Childhood Autism Rating Scale* pode não diagnosticar crianças efetivamente autistas, o *Autism Behavior Checklist* pode incluir como autistas, crianças com outros distúrbios. Nesse sentido, recomenda-se o uso complementar dos dois instrumentos.

Cucolicchio et.al. (2010) procurou abordar a correlação existente entre as escalas CARS e ATA e o diagnóstico de autismo. Em um total de 76 sujeitos com idade entre cinco e treze anos, sendo 40 com retardo mental e 36 com autismo. Os sujeitos foram avaliados por meio de uma equipe multidisciplinar segundo os critérios do DSM IV – TR (2002). Como conclusão, os autores perceberam que de fato, as duas escalas diferenciam adequadamente os portadores de Autismo e Retardo mental, o que mostra a sua confiabilidade nestes diagnósticos para identificar estas patologias.

Ainda nessa linha de análise de confiabilidade de escalas, há o trabalho de Assumpção et.al. (1999), na qual os autores analisaram a validade da escala ATA. A escala foi aplicada em 30 sujeitos que já possuíam diagnóstico prévio de Autismo e de 31 sujeitos com diagnóstico de Deficiência Mental. Ao final os autores concordam que a referida escala é eficiente e confiável, pois os dados obtidos com a mesma vão ao encontro dos dados obtidos com outras escalas.

Tamanaba et.al (2008), em seu estudo cujo objetivo foi avaliar o processo evolutivo da criança com Transtorno do Espectro do Autismo em contexto de intervenção direta e indireta por meio das respostas das mães ao Autism Behavior Checklist. Analisou uma amostra de 11 mães de crianças diagnosticadas com autismo infantil e com síndrome de Asperger de acordo com os critérios do DSM IV-TR (APA, 2002) e atendidos no Laboratório de Investigação fonoaudiológica nos TGDS da Universidade Federal de São Paulo.

Essas crianças encontravam-se divididas em dois grupos: seis crianças em atendimento terapêutico direto e indireto (GT), e cinco em atendimento indireto (GO). Utilizou-se como instrumento de avaliação o Autism Behavior Checklist, o questionário foi preenchido em forma de entrevista para minimizar os efeitos da escolaridade dos pais, sendo feito em três momentos: início de intervenção, após seis meses e ao final de 12 meses.

⁷ABC (*Autism Behavior Checklist*) é uma lista de checagem de comportamento autístico, desenvolvida por Kruget al. 1980.

Os autores concluem que houve uma evolução mais acentuada nos escores total e nas áreas de linguagem, pessoal-social e relacional do grupo GT, sugerindo padrão evolutivo maior durante todo o período do estudo, assim sendo em ambos os grupos as mães observaram mudanças de comportamentos nas crianças.

Percebe-se que há inúmeros trabalhos voltados para a análise e confiabilidade de escalas para o diagnóstico de TEA, ou ainda de métodos de tratamento. Pode-se observar que as escalas mais utilizadas são a CARS e a ATA e o Método de intervenção TEACCH também é um dos mais utilizados.

Tais escalas, quando comparadas, demonstram uma alta confiabilidade nos resultados, apesar de cada uma avaliar itens específicos como, por exemplo, a CARS possibilita identificar um conjunto de características e sinais do TEA, sendo eficaz na distinção entre o autismo leve, moderado e grave e atraso no desenvolvimento sem autismo. Já a ATA avalia a conduta do indivíduo, sendo eficaz também na distinção entre autismo e retardo mental sem autismo.

Estes trabalhos indicaram que há um longo caminho a ser percorrido para o diagnóstico do TEA, ou seja, ainda há muito que se pesquisar e compreender acerca do diagnóstico e tratamento de indivíduos com este transtorno.

Por isso trabalhos posteriores que apontem instrumentos e estratégias de levantamento e caracterização de crianças com TEA, podem contribuir para o fortalecimento da área, inclusive propondo observadores para além dos familiares, como no caso deste estudo que levanta o número de crianças com suspeita do transtorno a partir da percepção de seus professores.

CAPÍTULO 2

A LEGISLAÇÃO E A INCLUSÃO ESCOLAR DA CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

“A inclusão começa a partir da crença de que a educação é um direito humano básico e o fundamento para uma sociedade mais justa”.
(AINSCOW, 2009)

Neste capítulo serão apresentadas leis de âmbito nacional e municipal referente à inclusão e a escolarização de crianças com necessidades educacionais especiais, com ênfase na questão da inclusão de crianças com TEA.

2.1 Legislação Nacional e Municipal que Contemplam a Inclusão Escolar

A Constituição Federal de 1988 estabelece que “a educação é um direito de todos e dever do Estado e da Família, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho” (BRASIL, 1998, p.136).

A organização dos sistemas de ensino no Brasil deveria pautar-se por esta máxima, a de que todos têm direito a educação e que esse acesso é garantido por lei. A Constituição Federal ainda promulga em seu artigo 208, como dever do Estado, o acesso dos educandos com necessidades educacionais especiais aos níveis da educação infantil até os níveis de ensino mais elevados e, ainda, em seu inciso III, dispõe que o “atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, deverá ser realizado preferencialmente na rede regular de ensino” (BRASIL, 1998, p.137)

Sobre essa questão, a conferência Mundial de Educação Especial realizada em 1994, em Salamanca, com representantes de 88 governos e 25 organizações internacionais, definiu um compromisso para a Educação para Todos.

Afirmaram que toda criança tem direito a educação, e tiveram como foco tratar dos princípios, políticas e práticas a serem realizadas na área de necessidades educacionais especiais, tornando-se assim, um dos documentos mais importantes em relação à garantia dos direitos educacionais dessa clientela.

Conforme a Declaração de Salamanca (1994), todas as crianças tem direito fundamental a educação, devendo ser dada a oportunidade de atingir e manter o nível adequado de aprendizagem. A criança que possui como características interesse, habilidades e necessidades de aprendizagem únicas, e tem direito de ter acesso à escola regular, devendo ser

inserida em uma pedagogia centrada na criança, que seja capaz de satisfazer a tais necessidades.

Escolas regulares que possuem orientação inclusiva tornam-se os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras e auxiliam na construção de uma sociedade inclusiva para todos (BRASIL, 1994).

Nesse sentido, percebe-se que a Declaração de Salamanca defende que as escolas de ensino regular devem ser vistas como os espaços mais adequados para o combate às atitudes discriminatórias e a segurança de que as instituições escolares acolham todas as crianças, independente de suas condições sociais, físicas ou intelectuais.

Neste contexto, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB/96, em seu capítulo V, artigos (58,59 e 60) da Educação Especial, estipula que o atendimento educacional deverá ser feito em sala de aula comum e que somente em casos em que não seja possível a integração da criança, este deverá ser feito em classes ou escolas especiais.

Ainda conforme a LDB/96, a oferta da Educação Especial é vista como um dever constitucional, devendo ser iniciado na educação infantil, tendo em vista a faixa de zero a seis anos. Ainda prevê que, uma escola de qualidade, deve estar ao alcance de todos, não só dos alunos com necessidades educacionais especiais, mas também aos que são “excluídos” por diversas razões. Essas premissas estão expressas na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional LDB/96, Capítulo V da Educação Especial, Artigo (nº. 58-59 e 60).

Assim, a LDB – Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional, nº 9394/96, quando comparada às anteriores, (4.024/61 e 5.692/71), teve grande avanço, no que diz respeito à inclusão escolar e a ampliação do atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede pública de ensino, a todos os alunos com necessidade educacionais especiais, em todos os níveis de ensino.

Esses princípios estão expressos no artigo 58 da LBD (1996), ao estabelecer que: “haverá, quando necessário, serviços de apoio especializado, na escola regular, para atender as peculiaridades da clientela de Educação Especial” (BRASIL, 1996, p.17).

Vale salientar aqui que um dos serviços de apoio especializado nas escolas atualmente tem sido o Atendimento Educacional Especializado (AEE), que segundo a Política Nacional de Educação Especial, na Perspectiva Inclusiva (2008), deve ocorrer, preferencialmente, em Sala de Recursos Multifuncionais nas escolas comuns.

Este atendimento deve ser feito por um professor com especialização na área de Educação Especial, que atende a alunos com deficiência, transtorno do espectro do autismo, entre outros. Esse professor deve trabalhar em articulação com a proposta da escola comum,

com objetivo de diminuir as dificuldades de aprendizagem dos alunos com necessidades educacionais especiais.

Ainda enfatizam que os sistemas de ensino devem fazer as adaptações curriculares necessárias para a aprendizagem desta clientela. Tais pressupostos estão assegurados no Art. 59, ao estabelecer que as escolas devam dispor de: “currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organização específica, para atender as suas necessidades” (BRASIL, 1996, p.17).

Constata-se que a legislação garante serviços e recursos organizados para realizar o atendimento educacional especializado complementar, ou suplementar a escolarização em sala regular.

A LDB/96 em seu Artigo 60 ressalta que todos os órgãos normativos dentro do sistema educacional deverão apresentar critérios que os caracterizem como instituições sem fins lucrativos, especializadas e que trabalhem exclusivamente com a Educação Especial para que recebam apoio financeiro do Poder Público.

Em seu Parágrafo Único, arremata confirmando que: “O Poder Público adotará, como alternativa preferencial, a ampliação do atendimento aos educandos com necessidades especiais na própria rede pública regular de ensino, independentemente do apoio as instituições previstas neste artigo” (BRASIL, 1996, p.17).

No ano de 2001, por meio da Lei nº 10.172/2001, foi aprovado o Plano Nacional de Educação (PNE), que propunha como grande avanço para a década da educação a construção de uma escola inclusiva que garantisse o atendimento a diversidade, assim sendo estabelece vinte e sete objetivos e metas para a educação dos indivíduos com necessidades especiais.

Este plano (2001) apontou ainda que havia um déficit em relação a oferta de matrícula para alunos com necessidades educacionais especiais, bem como a falta de profissionais da educação qualificados para atuarem no atendimento educacional especializado.

No mesmo ano da implantação do PNE, em 2001, surge a Resolução CNE/CEB N. 02/2001, que institui diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, e traz, em seu Art. 2, que,

Os sistemas de ensino devem matricular todos os alunos, cabendo às escolas organizar-se para o atendimento aos educandos com necessidades educacionais especiais, assegurando as condições necessárias para uma educação de qualidade para todos. (Conselho Nacional de Educação, 2001, p.01).

Esta Resolução determina ainda que as escolas devam se organizar para o atendimento destes alunos, oferecendo-lhes educação de qualidade. Lira (2004) evidenciou o

fato de que tal lei determina que as classes especiais só devam existir quando não for possível o atendimento da criança em classes comuns.

A resolução CNE/CBE (2001), em seu art.2, chama a atenção para a questão de que os sistemas de ensino devem, por meio dos Censos Escolares, conhecerem a demanda real de alunos com necessidades educacionais especiais, de modo a se organizarem, garantindo o atendimento adequado a estes estudantes.

Parágrafo único. Os sistemas de ensino devem conhecer a demanda real de atendimento a alunos com necessidades educacionais especiais, mediante a criação de sistemas de informação e o estabelecimento de interface com os órgãos governamentais responsáveis pelo Censo Escolar e pelo Censo Demográfico, para atender a todas as variáveis implícitas à qualidade do processo formativo desses alunos (Conselho Nacional de Educação, 2001, p.01).

Nesse contexto cabe destacar que esta lei versa, principalmente, sobre a formação do professor da classe regular, bem como professores da Educação Especial, e que estes devem ter capacitação e formação para atender as necessidades educacionais especiais dos alunos inseridos nas classes comuns. E em seu artigo (nº. 18), estabelece que os professores especializados devam comprovar:

- I- Formação em cursos de licenciatura em educação especial ou em uma de suas áreas, preferencialmente de modo concomitante e associado a licenciatura para a educação infantil ou para os anos iniciais do ensino fundamental;
- II- Complementação de estudos ou pós-graduação em áreas específicas da educação especial, posterior a licenciatura nas diferentes áreas de conhecimento, para atuação nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio (Conselho Nacional de Educação 2001,p.05).

Após estas resoluções no dia 24 de abril de 2007 por meio da Portaria Normativa n.13, houve a abertura do edital para a seleção de propostas de implantação das Salas de Recursos Multifuncionais, que tinha como objetivo era criar:

[...] o Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais com o objetivo de apoiar os sistemas públicos de ensino na organização e oferta do atendimento educacional especializado e contribuir para o fortalecimento do processo de inclusão educacional nas classes comuns de ensino MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007, p.01.

Ainda no mês de abril houve à abertura do “Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais” por meio do Edital Nº 01 de 26 de abril de 2007, que tinha como

objetivo apoiar os sistemas públicos de ensino na organização e na oferta do atendimento educacional especializado.

Conforme este edital, seriam selecionados até 100 salas de recursos multifuncionais (Tipo 1) e 400 salas de recursos multifuncionais com recursos para Deficiência Visual (Tipo 2). A sala de recursos multifuncionais (Tipo1) é destinada a atender todos os tipos de deficiência e sala de (Tipo 2) é específica para o atendimento aos alunos com deficiência visual.

Vale salientar que são essas salas de recursos multifuncionais que vão oferecer Atendimento Educacional Especializado, conforme citado anteriormente. Ainda conforme este edital de seleção, durante o ato de inscrição deveria ser indicada quais escolas seriam contempladas com cada tipo de sala (Tipo 1 ou Tipo 2).

Ainda no ano de 2007 a cidade de Dourados/MS foi contemplada com o Programa de Implantação de Salas de Recursos Multifuncionais, sendo implantada uma sala do Tipo 2. Posteriormente, foram implantadas 23 salas de recurso multifuncionais (Tipo 1).

No ano de 2008, implantou-se a política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva, com a proposta de inclusão escolar de todas as crianças com necessidades educacionais especiais na escola regular de ensino comum.

De acordo com a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) entre os seus objetivos está:

(...) o de assegurar a inclusão escolar de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, orientando os sistemas de ensino para garantir: acesso ao ensino regular, com participação, aprendizagem e continuidade nos níveis mais elevados do ensino; transversalidade da modalidade de educação especial desde a educação infantil até a educação superior; oferta do atendimento educacional especializado; formação de professores para o atendimento educacional especializado e demais profissionais da educação para a inclusão; participação da família e da comunidade; acessibilidade arquitetônica, nos transportes, nos mobiliários, nas comunicações e informação; e articulação intersetorial na implementação das políticas públicas. (p.14).

Desse modo, conforme a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (2008) consideram-se alunos com deficiência àqueles que:

[...] têm impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, que em interação com diversas barreiras podem ter restringida sua participação plena e efetiva na escola e na sociedade. Os alunos com transtornos globais do desenvolvimento são aqueles que apresentam alterações qualitativas das interações sociais recíprocas e na comunicação, um repertório de interesses e atividades

restrito, estereotipado e repetitivo. Incluem-se nesse grupo alunos com autismo, síndromes do espectro do autismo e psicose infantil. Alunos com altas habilidades/superdotação demonstram potencial elevado em qualquer uma das seguintes áreas, isoladas ou combinadas: intelectual, acadêmica, liderança, psicomotricidade e artes. Também apresentam elevada criatividade, grande envolvimento na aprendizagem e realização de tarefas em áreas de seu interesse. Dentre os transtornos funcionais específicos estão: dislexia, disortografia, disgrafia, discalculia, transtorno de atenção e hiperatividade, entre outros. (BRASIL, 2008, p.15).

A partir da promulgação desta lei, que o Transtorno do Espectro do Autismo, passa a ter maior destaque, bem como as crianças acometidas podem ter maiores chances de se desenvolver na escola.

A Resolução nº4 de 2 de outubro de 2009, Instituiu as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial e instituiu que o AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno, disponibilizando recursos de acessibilidade, bem como estratégias de modo a eliminar barreiras que garantam a sua participação na sociedade, bem como o seu desenvolvimento e sua aprendizagem.

Para tanto, em seu Art. 2º, define como sendo as funções do AEE,

Art. 2º O AEE tem como função complementar ou suplementar a formação do aluno por meio da disponibilização de serviços, recursos de acessibilidade e estratégias que eliminem as barreiras para sua plena participação na sociedade e desenvolvimento de sua aprendizagem (p.01).

Ainda em conformidade com a referida resolução, em seu artigo 5º, fica definido que o atendimento destas crianças deverá ser feito em salas de Recursos Multifuncionais na própria escola, ou em outras escolas de ensino regular no turno inverso da escolarização, a presença da criança nestas salas não poderá ser substitutiva a classe comum.

Com base nesta Resolução, a Educação Especial pode ser realizada em todos os níveis, etapas e modalidades do ensino, no qual o AEE deve ser visto como parte integrante do processo educacional. Nesse sentido, a Educação Especial realizada tanto no ensino regular, quanto no ensino especializado-(SRM), passa a ser concebida como um direito social, que acompanha o caminhar dos direitos humanos conquistados.

Esta resolução determina também que os professores que atuarão no AEE devam além da formação para a docência ter formação específica para atuação na Educação Especial.

O professor do AEE tem como atribuições: identificar, elaborar, produzir e organizar serviços e recursos pedagógicos visando atender as necessidades específicas dos alunos

atendidos nas SRM. Sua função é também a de acompanhar a funcionalidade e aplicabilidade dos recursos pedagógicos na sala de aula comum e em outros espaços da escola (Brasil, 2009).

Vale salientar que no ano de 2008, foi publicado o Decreto nº6.571 que dispunha sobre o atendimento educacional especializado, o qual apontava para o fato de a União apenas prestar apoio técnico e financeiro aos sistemas públicos de ensino.

Entretanto, tal Decreto foi revogado pelo Decreto nº7.611 de 2011, que dispondendo sobre a Educação Especial, e o atendimento educacional especializado, e no artigo 2º inciso II define que o AEE deve:

[...] integrar a proposta pedagógica da escola, envolver a participação da família para garantir pleno acesso e participação dos estudantes, atender às necessidades específicas das pessoas público-alvo da educação especial, e ser realizado em articulação com as demais políticas públicas (BRASIL, 2011, p.01).

Ainda em conformidade com este Decreto, o mesmo determina qual seria o seu público-alvo, ou seja, quais necessidades educacionais especiais seriam contempladas:

§ 1º Para fins deste Decreto, considera-se público-alvo da educação especial às pessoas com deficiência, com transtornos globais do desenvolvimento e com altas habilidades ou superdotação.

§ 2º No caso dos estudantes surdos e com deficiência auditiva serão observadas as diretrizes e princípios dispostos no Decreto nº 5.626, de 22 de dezembro de 2005 (BRASIL, 2011, p.02)

O Decreto n.7.611 (2011) determina que as crianças com necessidades educacionais especiais tenham direito ao acesso com atendimento educacional especializado, visando a complementação do ensino regular, de modo a estimular o desenvolvimento cognitivo do estudante.

Quando comparados os dois Decretos, observa-se que o segundo (n. 7.611/2011) é mais abrangente em termos de garantia do acesso a Educação Especial, sendo dever do estado, garantir este acesso, bem como o apoio financeiro e técnico necessário ao aprimoramento do atendimento educacional especializado já existente.

No ano de 2011 foi aprovada a lei nº 3.448, de 23 de maio de 2011, que institui sobre a política municipal de inclusão das pessoas com deficiência, transtorno globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação e tem como principal objetivo, “promover a inclusão social, desenvolvendo ações que contribuam com a superação da discriminação e do preconceito contra as Pessoas com Deficiência Globais do Desenvolvimento e Altas Habilidades / Superdotação”(p.01).

Ao final do ano de 2012, houve a aprovação da Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo, por meio da Lei n. 12.764 de 27 de dezembro de 2012, a qual prevê que a pessoa com TEA passará a ser considerada como deficiente em todos os termos legais.

Esta Lei garante que a pessoa com TEA tenha direito ao acesso a educação regular, com a presença de um apoio especializado, a garantia de acesso a saúde, bem como terá direito a previdência e assistência social. Esta lei assegura que o indivíduo com TEA, passa a ser considerada como pessoa com deficiência, para todos os efeitos legais.

Destaca ainda no art. 2º, inciso VI a responsabilidade que o poder público tem de informar para a sociedade sobre o TEA e suas implicações. Salienta também em seu art. 3º sobre os direitos das pessoas com Transtorno, sendo:

- I - a vida digna, a integridade física e moral, o livre desenvolvimento da personalidade, a segurança e o lazer;
- II - a proteção contra qualquer forma de abuso e exploração;
- III - o acesso a ações e serviços de saúde, com vistas à atenção integral às suas necessidades de saúde, incluindo:
 - a) o diagnóstico precoce, ainda que não definitivo;
 - b) o atendimento multiprofissional;
 - c) a nutrição adequada e a terapia nutricional;
 - d) os medicamentos;
 - e) informações que auxiliem no diagnóstico e no tratamento
- IV - o acesso;
 - a) à educação e ao ensino profissionalizante;
 - b) à moradia, inclusive à residência protegida;
 - c) ao mercado de trabalho;
 - d) à previdência social e à assistência social (p.02).

É fundamental destacar que esta lei garante em seu art. 7º que se o gestor ou qualquer autoridade escolar competente recusar-se de realizar a matrícula do educando com TEA, ou qualquer outra deficiência, será punido com multa de três a vinte salários mínimos, bem como poderá perder o cargo que exerce.

Esta lei é uma grande vitória para os indivíduos com TEA, pois estes têm agora seus direitos e deveres assegurados por uma legislação e não estão mais perdidos em uma condição de não deficientes, quando seus direitos não podiam ser atendidos pela legislação de não normais quando tinham, por exemplo, sua matrícula negada no ensino regular.

Cabe salientar que no município de Dourados além do AEE que atuam na SRM, há ainda a figura do professor de Apoio Educacional (AE), profissional este que atua em sala de aula comum auxiliando o professor titular que tem em sua sala de aula alunos com TEA ou outra necessidade educacional especial, e que durante as atividades desenvolvidas em aula necessitam de atenção especializada para desenvolverem-se no processo escolar.

O Setor de Educação Especial localizado na Secretaria Municipal de Educação de Dourados (SEMED) organizou por meio do Decreto municipal n. 4.871/2008 sua equipe para atender o serviço de atendimento especializado da seguinte maneira:

- Equipe de organização, planejamento e acompanhamento dos serviços de Atendimento Educacional Especializado;
- Salas de Recursos Multifuncionais;
- Centro de Apoio Pedagógico ao Deficiente Visual;
- Centro de Atendimento Educacional Pedagógico, Psicológico e Psicopedagógico;
- Serviço de Atendimento Educacional Especializado a Pessoa com Surdez;
- Serviço de Atendimento as Altas Habilidades/Superdotação;
- Serviço de Apoio Educacional Especializado compreendendo: professor itinerante, professores interpretes de Libras e Língua Portuguesa, professor de Braille, monitores e/ou cuidadores (PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS, 2008).

Em 2012, foi apresentada a Resolução n. 26 de 10 de maio de 2012, que regulamenta a organização dos serviços a serem prestados pelos AE nas instituições municipais de ensino.

Os professores de apoio deverão trabalhar em consonância com os professores regentes do aluno público-alvo, professores das Salas Recursos Multifuncionais (SRM), entre outros contextos, contribuindo, o máximo possível, com o desenvolvimento de materiais adaptados e recursos de acordo com a necessidade educacional de cada aluno.

Ainda conforme esta Resolução, caso a instituição escolar possua mais de cinco alunos matriculados por período, com laudo atestado por médico competente e, se a escola não possuir Sala de Recurso Multifuncional, a mesma deverá ter profissional de apoio/professor consultor para auxiliar a coordenação pedagógica.

Assim cabe a escola quando necessário requerer a SEMED um professor de apoio para auxiliar o indivíduo com espectro do autismo, além, de ser atributo da escola, dar respaldo ao professor de apoio, para que o mesmo planeje as atividades junto com o professor regente. Também é função da escola oferecer meios e recursos que garantam o trabalho do professor de apoio em busca do desenvolvimento do aluno; acompanhar, supervisionar e orientar o professor de apoio em suas atividades junto a Equipe da Educação Especial.

Ainda em conformidade com esta Resolução, o AE só poderá atuar com o mesmo aluno por dois anos seguidos. Para atuar como professor de apoio de alunos com necessidades educacionais especiais na modalidade da educação infantil e anos iniciais é necessário ter graduação em Pedagogia, e para atender alunos dos anos finais das séries iniciais o professor

deve possuir, curso de licenciatura, curso de especialização e/ou curso de formação específica na área de Educação Especial (360h).

Cunha (2009), ao trabalhar com as leis e decretos relacionados a Educação Especial, chama a atenção para o fato de que não basta apenas determinar que alunos com necessidades educacionais especiais sejam atendidos em classes comuns, ou ainda em classes especiais, é necessário pensar na questão da inclusão escolar destas crianças, ou seja, de que modo estas leis, decretos e normas podem ser executadas pelas instituições de ensino, para garantirem os direitos previstos e assegurados nestas legislações.

Tendo como base, então, as normas, leis e decretos vistos, daremos início a uma discussão sobre a escolarização de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo na rede regular de ensino.

2.2 Escolarização de Crianças com Transtorno do Espectro do Autismo

Com a legislação vigente, a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais nas escolas regulares, não é realizada apenas para que elas se socializem ou permaneçam junto com outras crianças, mas para que os sistemas de ensino se reestruturem e atendam a estes indivíduos, oferecendo-lhes uma educação de qualidade, bem como para que respeitem as diferenças existentes entre os alunos.

Assim, a escolarização em seu sentido mais amplo, denomina o ato de instruir e educar, apresentando a criança conhecimentos e conteúdos propostos por meio de métodos e materiais didáticos visando sua aprendizagem. A questão da inclusão escolar está intimamente relacionada à escolarização, conforme pontuou Alves (2005), afirmando que a escola deve ser vista como um lugar social, um espaço organizado com regras e normas sociais.

Nesse sentido, Mittler (2003) pontua que incluir é um processo que envolve tanto a reforma, quanto a reestruturação das instituições escolares, visando garantir o acesso e a participação de todos os alunos em todas as atividades desenvolvidas pela escola, evitando assim, que ocorra a segregação e conseqüentemente, o isolamento das crianças com necessidades educacionais especiais.

Entende-se escolarização, como resultado da inclusão escolar, já que não basta apenas incluir, faz-se necessário, prover uma educação de qualidade para todas as crianças, o que exige adaptações dos currículos e de estratégias no que tange os conteúdos e as atividades a serem desenvolvidas tanto em sala de aula, quanto em outros espaços educativos. Sobre esse

assunto, Vasques (2009, p.135) afirma que “a escolarização envolve diferentes formas e tempos de olhar/ler o aluno”.

A instituição escolar tem sido um dos ambientes considerados mais adequados para a construção do saber e da autonomia da criança. Assim, segundo Cunha (2009):

Não podemos pensar em inclusão escolar, sem pensarmos em ambientes inclusivos. Inclusivo não somente em razões dos recursos pedagógicos, mas também pelas qualidades humanas. Apesar de um espaço atraente e adequado para a instrução escolar ser uma necessidade elementar na 2educação, não raramente, deparamos com escolas sem o devido preparo nesse requisito (CUNHA, 2009, p.100).

O autor chama atenção para o fato de que a inclusão escolar não pode ser realizada onde houver uma pedagogia restritiva. Aponta, também, para a questão da formação do professor, dizendo que este deve “adquirir a percepção que cada aluno aprende de forma diferente e que nem todos têm as mesmas habilidades” (p.101).

A escola deverá consolidar um ambiente que proporciona experiências individuais e sociais para todas as crianças com necessidades educacionais especiais, uma vez que é neste ambiente que acontece o desenvolvimento cognitivo e social da criança. No entanto, Mantoan (2003) sinaliza que:

A escola se entupiu do formalismo da racionalidade e cindiu-se em modalidades de ensino, tipos de serviço, grades curriculares, burocracia. Uma ruptura de base em sua estrutura organizacional, como propõe a inclusão, é uma saída para que a escola possa fluir, novamente, espalhando sua ação formadora por todos os que dela participam. A inclusão, portanto, implica mudança desse atual paradigma educacional, para que se encaixe no mapa da educação escolar (p.12)

Ainscow (2009) ao tratar sobre a educação inclusiva pontuou que, em muitos países, ela é pensada e vista apenas para servir crianças com deficiência no espaço escolar. Entretanto, conforme a UNESCO (2001) a educação inclusiva tem como objetivo eliminar a exclusão social, “que é consequência de atitudes e resposta a diversidade de raça, classe social, etnia, religião, gênero e habilidade”.

Mittler e Mittler (2001) pontuaram que a inclusão escolar ainda é um caminho a ser trilhado, no qual o mais importante não é o destino atingido, mas sim o processo que leva ao resultado final, sendo importante que:

- todas as crianças, sem exceção, frequentando salas de aula do ensino regular, em escolas de seus bairros;
- escolas que reestruturam o seu currículo, seus métodos de ensino, seus métodos de avaliação e agrupamento de alunos que garantem acesso e sucesso a todo tipo de crianças da comunidade;

- escolas que oferecem suporte planejado mas discreto, para alunos e professores;
- professores que aceitam a responsabilidade de ensinar todas as crianças e que recebem total apoio do diretor, dos colegas e da comunidade (MITTLER; MITTLER, 2001, p.61).

Ainda sobre esta premissa, os autores sinalizaram que o mais importante para que a inclusão escolar ocorra, de fato, é a figura do professor, que deve ser qualificado e preparado para tal atividade.

Uma das principais barreiras a serem vencidas na inclusão escolar é a questão do preconceito, que ainda existe sobre a dicotomia da Educação Especial e a educação regular. Ainda são vistas como se fossem dois mundos separados, mas que devem de alguma maneira, ser colocados juntos (MITTLER; MITTLER, 2001).

Forlin (1995) e Mittler e Mittler (2001), pontuaram que existe uma hierarquia sobre quais deficiências são mais aceitáveis pelos professores, “começando com crianças com limitações físicas, mas com inteligência normal e terminando com crianças com deficiência mental ou crianças com graves distúrbios de ordem emocional ou comportamental” (p.65).

Karagiannis, Stainback e Stainback (1999) apontaram que para que ocorra a inclusão escolar, faz-se necessário observar três pontos fundamentais, que são eles:

- O primeiro componente, o organizacional, serve uma rede de apoio envolvendo a coordenação de equipes e de indivíduos que apóiam uns aos outros por meio de concepções formais e informais.
- O segundo componente seria a consulta cooperativa e o trabalho em equipe, o componente do procedimento, envolvendo indivíduos de varias especialidades que trabalhando juntos podem planejar e implantar programas para diferentes alunos em diversos ambientes integrados.
- O terceiro componente é formado pela aprendizagem cooperativa, o componente do ensino, que está relacionado à criação de uma atmosfera de aprendizagem em sala de aula, na qual o alunado com variados interesses e habilidades diversas pode atingir o seu potencial.

Entretanto, a simples inserção de crianças com necessidades educacionais especiais em salas de aula regular não significa que haverá de fato benefícios na aprendizagem. Essa só será possível se houver um trabalho em conjunto e em apoio, tanto do ensino especial (Salas de Recursos Multifuncionais) como do ensino regular.

Sobre este ponto de vista, Karagiannis, Stainback e Stainback (1999) consideraram que os arranjos da educação escolar inclusiva promovem benefícios para todos os envolvidos

no processo, ou seja, alunos, professores e a sociedade em geral. Desse modo podemos compreender que,

Quando existem programas adequados, a inclusão funciona para todos os alunos com e sem deficiência, em termos de atitudes positivas, mutuamente desenvolvidas, de ganhos nas habilidades acadêmicas e sociais e de preparação para a vida na comunidade. (KARAGIANNIS, STAINBACK; STAINBACK, 1999, p.22).

Conforme Ainscow (2009), a inclusão escolar de crianças com necessidades educacionais especiais nas escolas regulares não foi acompanhada de mudanças na organização curricular e estrutural dessas instituições e de acordo com o autor, este é um dos principais entraves para a implantação das políticas de inclusão escolar.

Assim, a inclusão escolar da criança com TEA na escola regular, exige que o educador tenha organização pedagógica voltada para o desenvolvimento de suas habilidades e competências, estabelecendo uma rotina e, principalmente, fomentando a participação de todos nas atividades de sala de aula.

Para que a inclusão escolar de crianças com deficiência/transtorno ocorra de fato, faz-se necessário que o professor compreenda as necessidades educacionais de seus alunos e engendre modificações, com vista a garantir sua participação no processo educacional.

Dessa maneira, a criança com TEA, ao ingressar na escola, pode apresentar comportamentos e reações tidas como anormais, como por exemplo, choro excessivo, birras, movimentos corporais repetitivos e estereotipados, que podem servir como formas de fuga ou a procura de ajuda, devido às alterações em sua rotina.

O ingresso na escola é uma experiência nova e desconhecida e de difícil aceitação para a criança com TEA. Junior e Cunha (2010) apontam que:

[...] no decorrer dos primeiros dias, é fundamental ter em mente que a experiência da escola necessita entrar, o quanto antes, num terreno mais previsível para aquela criança. Isso deve ser feito, obviamente, sem retirar a naturalidade do ambiente escolar, mas tendo em mente que a mesma inflexibilidade que torna tão difíceis as primeiras experiências nesse ambiente poderá também promover o apego a situações que posteriormente poderão se tornar indesejáveis (p.23).

Sobre essa “naturalidade” proposta os autores citam as rotinas escolares, como por exemplo, a organização da entrada dos alunos, das rotinas de atividades em sala de aula, do recreio, da organização da turma durante a merenda, das aulas em espaços diferenciados, da saída ao final das aulas, entre outros.

Eles propõem, ainda, que estas rotinas “naturais” sejam mantidas e que apenas, a necessidade de que estas sejam anunciadas antecipadamente para a criança com TEA.

Apesar da capacidade de antecipação estar prejudicada em crianças com TEA, é fundamental que elas sejam orientadas com antecedência das atividades a serem desenvolvidas, a fim de facilitar a compreensão e a organização de rotinas por parte das crianças.

Com o passar do tempo, a escola poderá ir dispensando tal antecipação nas situações que se repetem diariamente, podendo verificar que um precioso progresso foi conquistado no cotidiano daquela criança (JUNIOR & CUNHA, 2010, p.24).

Assim, a escola torna-se um espaço essencial para aprendizagem de todas as crianças, pelas vivências que proporciona e por possibilitar que a criança adquira novas experiências, durante a interação com seus pares, com modelos mais elaborados. Conforme Camargo e Bosa (2009),

[...] a interação com outras crianças da mesma faixa etária proporciona contextos sociais que permitem vivenciar experiências que dão origem a troca de ideias de papéis e o compartilhamento de atividades que exigem negociação interpessoal e discussão para a resolução de conflitos (p.66).

Desse modo, podemos dizer que a criança com TEA ao ser incluído, no espaço escolar, tem a oportunidade de vivenciar o que Junior e Cunha (2010) assinalaram como sendo a alternância entre aquilo que ocorre todos os dias e aquilo que ocorre de forma diferente, garantindo assim, que a criança acumule experiências e por essas, o ambiente social torne-se menos imprevisível e, conseqüentemente, menos aversivo.

Assim, ela vai se tornando mais hábil em antecipar situações que são comuns à infância de qualquer criança, superando a condição inicial em que o contexto social e o que lhe é inerente consistem em algo que não pode ser antecipado e que não possui significado para ela (JUNIOR; CUNHA, 2010, p.26).

A inclusão escolar da criança com transtorno do espectro do autismo permite, ainda, que elas tenham a oportunidade de conviver com outras crianças da mesma faixa etária, o que vai gerar estímulos em suas capacidades cognitivas e sociais, diminuindo a frequência com que esta busca o isolamento, fornecendo modelos de comunicação e socialização.

De maneira geral os estudos sobre a escolarização de crianças com TEA, tem se multiplicado, uma vez que além da questão do diagnóstico do TEA, há que se pensar em estratégias a serem adotadas por professores e profissionais que atuam com estes indivíduos.

Santos (2011) aborda diferentes caminhos que podem ser adotados quando da escolarização de crianças autistas. A autora pontua que a presença de crianças autistas em sala de aula é algo relativamente recente e que, por isso mesmo, os professores apresentam inúmeras dificuldades para planejar e conduzir o processo escolar desses indivíduos.

Gomes e Mendes (2009) apresentam um estudo relatando a experiência de como esta sendo implantada a escolarização de crianças com autismo no município de Belo Horizonte/MG. As autoras confirmaram o que é apontado por Santos (2011), quanto ao aumento expressivo no número de frequência destas crianças em sala de aula. As autoras concluem que as estratégias utilizadas pela prefeitura parecem favorecer a frequência dos alunos com autismo na escola, porém há evidências de que eles participam pouco das atividades escolares, que a interação com os colegas é escassa e a aprendizagem de conteúdos pedagógicos é limitada.

Lago (2007), em seu trabalho cujo objetivo foi analisar as ações pedagógicas dos professores para a escolarização de crianças com autismo em escolas regulares de Porto Alegre, fez um estudo de caso, e pontuou sobre a importância da escolarização de crianças com autismo e psicose infantil, bem como sobre as estratégias a serem adotadas pelos professores, sendo estas essenciais para o desenvolvimento dos educandos destacando, ainda, que a escola tem uma função terapêutica sobre a criança com TEA. De acordo com a autora, as professoras constroem suas estratégias a partir da convivência com seus alunos, que são caracterizadas pela flexibilidade do planejamento, bem como das atividades a serem executadas em sala de aula, tendo como base os interesses e habilidades da criança, de modo a incentivar sua participação em sala de aula.

Já Vasques (2003), estudou o processo de escolarização de 42 indivíduos com autismo, no qual a autora analisou percursos, serviços e estratégias desenvolvidas ao longo do processo de escolarização dos mesmos. A autora procurou investigar a construção de estratégias que auxiliassem o desenvolvimento escolar destes sujeitos. Com relação aos resultados deste estudo a autora pontua que cada processo escolar é único e assim não há uma garantia antecipada de que tais estratégias elaboradas para serem utilizadas com os alunos serão eficazes para o desenvolvimento dos mesmos, mas que a escola deve se responsabilizar pelas escolhas a serem assumidas no processo de desenvolvimento cognitivo desses sujeitos.

Serra (2008) procurou discutir sobre o processo de inclusão e políticas públicas de alunos com autismo nas classes regulares de escolas públicas de duas prefeituras na baixada fluminense do Estado do Rio de Janeiro. A autora realizou a análise da legislação brasileira, confrontando-a com a realidade das instituições escolares. Por meio dos dados levantados, ela pontuou que se torna necessário, que a família também receba atendimento terapêutico de modo a superar “dores” e conflitos acerca do transtorno. A escolarização de crianças com TEA será mais eficaz se professores receberem formação adequada e se houver uma participação e apoio dos familiares no que tange o desenvolvimento escolar deste sujeito.

Otero (2012), em sua pesquisa, teve como objetivo avaliar um programa de formação em serviço para professores das séries iniciais, visando o desenvolvimento de habilidades básicas para o atendimento de alunos com TGD. A autora conclui que, para um melhor atendimento e inclusão escolar de crianças com TEA, torna-se relevante a formação em exercício dos professores, haja vista a complexidade do transtorno.

Suplino (2007), em sua pesquisa sobre escolarização de crianças com TEA, abordou o caso de duas crianças na rede pública do Rio de Janeiro, a autora inicia apontando que é relativamente recente a presença de alunos autistas em escolas regulares. O objetivo de seu trabalho foi analisar e retratar as classes comuns, procurando compreender as relações existentes entre alunos e professores. Como resultado do estudo, Suplino, pontuou que, apesar de haver um compromisso assumido por parte da escola e professores na questão da inclusão escolar destes alunos, isto não significou uma mudança prática nos procedimentos de ensino.

Nesse sentido, ainda há um longo caminho a percorrer em termos de mudança de postura por parte de professores e dirigentes escolares no que tange ao processo de escolarização de alunos com TEA, sendo que o papel do adulto como facilitador da aprendizagem é de suma importância e as brincadeiras representam uma importante via de comunicação e interação entre os alunos e professores (Suplino 2007).

Parece possível afirmar que a questão da escolarização de crianças com TEA, assim como a questão do diagnóstico ainda é algo que necessita de mais discussões e reflexões.

Justamente pela divergência de sintomas que variam de indivíduo para indivíduo, o processo de escolarização também será singular, já que as estratégias utilizadas com o sujeito podem não ser eficazes para o outro. Porém, os estudos apontam para diferentes modelos de estratégias que podem ser adotados pelas instituições escolares, para estarem sempre em busca de sucesso no processo de escolarização de indivíduos com Transtorno do Espectro do Autismo.

Já Sampaio e Atherino (2009) em seu estudo, abordaram o Método TEACCH e a sua aplicabilidade dentro de um programa não governamental. Foram escolhidas seis crianças com idade entre sete e doze anos, e ao final da análise, pode-se perceber que o referido Método é eficaz ao estimular o desenvolvimento cognitivo, social, comportamental e de linguagem dos indivíduos com transtornos autísticos.

Para tanto a escolarização de crianças com espectro do autismo pode ser bem sucedida se os educadores avaliarem o repertório da criança e por meio do planejamento e ações pedagógicas estabelecerem estratégias que atendam as necessidades das mesmas.

CAPÍTULO 3

MÉTODO

Neste capítulo será descrito o caminho investigativo da pesquisa, apresentando o delineamento do estudo, bem como as etapas que o compõem. Este delineamento está presente no Quadro 01.

OBJETIVO:

O presente estudo teve como objetivo: conhecer a percepção dos professores sobre o TEA, levantar o número de crianças com sinais do espectro do autismo, com ou sem laudo médico, inseridas na Rede Municipal de Educação (REME) na cidade de Dourados/MS, a partir da percepção de seus professores e caracterizar as crianças com sinais do espectro do autismo identificadas por seus professores na primeira etapa deste estudo por meio da escala CARS.

MÉTODO

Para alcançar tais objetivos utilizamos como metodologia de pesquisa, um levantamento bibliográfico e a pesquisa descritiva. Para Gil (2002, p.46) são pesquisas descritivas aquelas que visam descobrir a existência de associações entre variáveis. As pesquisas descritivas se subdividem em duas:

- **Pesquisa Descritiva Estatística – Pesquisa Quantitativa:** busca uma análise quantitativa das relações de consumo, daí a necessidade de esses estudos serem realizados a partir da elaboração de amostras da população. Os resultados da pesquisa serão analisados e interpretados a partir de médias e percentuais das respostas obtidas.
- **Pesquisa Descritiva de Caso – Pesquisa Qualitativa:** tem como característica principal compreender as relações de consumo “em profundidade”, buscando identificar as motivações de consumo em um aspecto realista e detectar tendências não-mensuráveis ou não-qualificáveis. As pesquisas qualitativas são realizadas a partir de entrevistas individuais, formulários ou discussões em grupos e sua análise verticalizada em relação ao objeto em estudo permitem identificar pontos comuns e distintos presentes na amostra escolhida.

Dessa forma, utilizamos as duas tipologias ao mesmo tempo, pois para Cervo; Bervian (2007, p. 49):

(...) a pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão, com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-lo.

Para Vieira (2002) a pesquisa descritiva visa compreender a realidade através da observação, descrição, classificação e interpretação de determinados acontecimentos sem, no entanto, alterá-los de imediato.

Ainda de acordo com Vieira (2002), a pesquisa descritiva pode ser relacionada com pesquisas experimentais, sendo que a primeira apresenta particularidades de certa população ou acontecimento, não busca a explicação em si, mas servir como embasamento para futuros estudos.

Assim, a metodologia utilizada foca a análise das situações encontradas em sala de aula por alunos com TEA e seus respectivos professores.

QUADRO 01: DELINEAMENTO DO ESTUDO

Etapas	Objetivos	Procedimentos
1	Conhecer a percepção dos Professores sobre o TEA. Levantar o número de crianças com sinais do Espectro do Autismo, com ou sem laudo médico, inseridas na REME da cidade de Dourados/MS, a partir da percepção de seus professores.	Aplicação do “Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo” (questão 01). Aplicação do “formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo”, elaborado para este estudo, preenchido pelos professores da Rede de Ensino Infantil de Dourados /MS.
2	Caracterizar as crianças com sinais do Espectro do Autismo identificados por seus professores, na primeira etapa deste estudo.	Aplicação da escala CARS, preenchida pelos professores, que indicaram, anteriormente, a existência de crianças com sinais do Espectro do Autismo em suas salas de aula.

3.1 Contexto Do Estudo

A cidade de Dourados está localizada na região sul do estado de Mato Grosso do Sul, é considerado o segundo maior município do Estado com cerca de 196.035 habitantes conforme dados do censo⁸ de 2010.

O município pesquisado possui 45 escolas de ensino fundamental e 37 CEIMs (Centro de Educação Municipal Infantil). Dentre as 45 escolas, nove estão localizadas em áreas rurais e sete em áreas indígenas. Os CEIMS atendem atualmente aproximadamente 2.798 crianças de zero a quatro anos.

Conforme dados fornecidos pela coordenadora do Núcleo de Estatística da SEMED (Secretaria Municipal de Educação de Dourados/MS), o município atende hoje ao total de, 23.607 alunos, distribuídos em pré-escola (2.130 alunos), ensino fundamental (19.823 alunos) e educação de jovens e adultos-(1.654 alunos).

Para atender a esta clientela, o município conta atualmente, com 1.176 professores efetivos e 811 professores contratados. Deste total, 361 professores atuam na educação infantil (113 creche e 248 pré-escola), 196 no primeiro ano e 226 no segundo ano do ensino fundamental. Na tabela 01 apresenta-se o número de alunos atendidos no município, por nível de escolaridade e idade.

Tabela 2- Número de alunos atendidos nos CEIMS, Pré-escola, 1º ano e 2º ano do Ensino Fundamental, com as respectivas faixas etárias.

Nível de escolarização*	Idade	Número de alunos atendidos
Berçário I	0-1 ano de idade	285 alunos
Berçário II	1-2 anos de idade	411 alunos
Maternal I	2-3 anos de idade	503 alunos
Maternal II	3-4 anos de idade	617 alunos
Pré CEIM I	4-5 anos de idade	982 alunos
Pré Escola II	5-anos	2.130 alunos
Primeiro Ano	6-anos	2.519 alunos
Segundo Ano	7-anos	3.274 alunos
	TOTAL	10.721 alunos

*Estes dados foram disponibilizados pela Coordenadora da Educação Infantil do município de Dourados/MS, referente ao ano de 2012.

A REME na modalidade de educação infantil e anos Iniciais (1º e 2º ano) atende ao total de 10.721 alunos, deste, foram abarcados pela pesquisa 8.150 alunos, o que perfaz o total de 76,02%, desta clientela. A REME, conta ainda com um serviço de Educação Especial para apoiar às escolas que possuem alunos com necessidades educacionais especiais inseridos.

⁸ Informações disponíveis em <www.ibge.gov.br>; consultado em 31 maio 2012

O serviço de Educação Especial é coordenado pelo Núcleo de Educação Especial, composto por duas equipes: uma administrativa e outra pedagógica. Este serviço está ligado à Secretaria Municipal de Educação (SEMED). A REME conta, atualmente, com 24 salas de recursos multifuncionais-(SRM). Dentre elas, 20 salas estão distribuídas nas escolas da área urbana, e quatro localizadas nas aldeias indígenas⁹.

Nas instituições em que existem as salas de recursos multifuncional do tipo 2¹⁰, os responsáveis pela administração escolar, têm a função de enviar um relatório ao MEC- (Ministério da Educação e Cultura), para receber materiais adicionais, de modo a atender os alunos com Surdez. Entretanto, é comum que estas salas recebam e atendam às crianças que possuam outras deficiências ou transtornos.

3.2 Procedimento para Definição dos Participantes:

Para essa pesquisa foram selecionadas escolas municipais que ofertavam a modalidade de educação infantil e que atendiam as crianças na faixa etária de zero a sete anos.

Cabe ressaltar que a faixa etária de zero a sete anos foi escolhida por entender-se que esta aborda a fase da infância, segundo a psicologia do desenvolvimento infantil e, por acreditar que em termos de identificação, esta seria a idade ótima para a diminuição de prejuízos e aumento da probabilidade de ganhos no repertório das crianças, quando identificadas e encaminhadas precocemente (Papalia e Olds 2011/Bee 1995i, Silva e Mulick 2009).

Foi realizado um levantamento das escolas municipais e CEIMS de Dourados, com o intuito de mapeá-las e obter-se o número de instituições que fariam parte da pesquisa. Das 45 escolas e 37 CEIMs existentes, na Rede Municipal de Educação, 42 duas escolas e 28 CEIMs aceitaram participar do estudo.

Na primeira etapa do estudo que objetivou conhecer a percepção dos professores sobre o TEA e levantar o número de crianças com sinais deste inseridas na REME, a partir da percepção de seus professores, participaram 70 coordenadores e 326 professores, que

⁹As salas de recursos-(SRM), estão situadas dentro das escolas municipais das aldeias indígenas sendo estas: Escola Municipal Francisco Meireles, localizada na sede da Missão Evangélica Caiuá, Escola Municipal Indígena Agustinho-Reserva Indígena Bororo, Escola Municipal Indígena TengatuiMarangatu –Polo-Rodovia Dourados /Itaporã-Reserva Indígena, Escola Municipal Indígena Araporã–Reserva Indígena Bororo.

¹⁰ Sala de Recursos Multifuncionais do Tipo 2, é uma sala específica para o atendimento aos alunos com Surdez .

responderam ao Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo.

Já na segunda etapa, objetivando a caracterização das crianças identificadas com suspeita do TEA pelos seus professores, somente 54 participantes compareceram à palestra explicativa e aplicação da escala CARS.

O objetivo deste formulário foi conhecer a percepção dos professores que atuam diariamente em sala de aula e que possuem alunos com suspeita de TEA, entretanto, em muitas instituições, ficou a cargo da coordenação a função de repassarem aos professores o “Formulário de Levantamento de Crianças Com Sinais do Espectro do Autismo”.

Os coordenadores não deveriam preenchê-los, mas sim os professores regentes de cada sala de aula. Então, quando não havia possibilidades em falar diretamente com os professores, o instrumento foi apresentado e explicado aos coordenadores que, em seguida, deveriam entregá-lo aos professores da escola e, mais tarde recolhê-los preenchidos.

Realizamos contato com a diretora da SEMED e marcamos uma reunião. Foram apresentados os objetivos da pesquisa, e solicitada uma listagem dos CEIMS e Escolas Municipais.

Entramos em contato com as escolas municipais para agendar um horário com as coordenadoras da Educação Infantil e Anos Iniciais de cada instituição escolar. O contato foi feito por telefone, para o agendamento prévio do encontro com as respectivas coordenadoras. Com o horário marcado, o segundo passo foi visitar as escolas na data estipulada por cada instituição.

Apresentamos a proposta da pesquisa aos coordenadores com o intuito de que os mesmo repassassem as informações aos professores conforme citado anteriormente, uma vez que seriam estes os responsáveis pelo preenchimento do formulário elaborado para informar sobre a existência de alunos com laudo médico de autismo ou com sinais do espectro do autismo incluídos na turma nas quais ministravam aula. Ao final, agendamos com cada instituição a data de retorno para a coleta dos formulários já preenchidos.

ETAPA-1: LEVANTAMENTO DO CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE O TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO.

OBJETIVO:

O objetivo desta etapa foi levantar o conhecimento de professores sobre o Transtorno do Espectro do Autismo e ainda levantar o número de crianças com suspeita do TEA com ou sem laudo médico inseridas na rede municipal de ensino na cidade de Dourados/MS, a partir da percepção de seus professores.

PARTICIPANTES:

Participaram desta etapa 70 coordenadores e 326 professores de Escolas municipais e CEIMS, que atuam na educação infantil e no ensino fundamental com crianças de zero a sete anos de idade.

INSTRUMENTO:

Para a realização da pesquisa foi construído o “**Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo**”. Anexo 01.

O instrumento “Formulário de Levantamento Crianças com Sinais do Espectro do Autismo”, é composto por 14 questões fechadas, com respostas de (sim) ou (não) e uma questão aberta. Esta última buscou levantar o conhecimento dos professores sobre o TEA. As questões foram norteadas pelas áreas características descritas na literatura (Anexo 1).

O formulário foi construído com base nos critérios diagnósticos estabelecidos pelo DSM-IV. Antes de sua aplicação, o formulário foi avaliado por dois juízes¹¹, para identificar possíveis falhas na elaboração das afirmativas e para que obtivéssemos informações sobre a clareza das questões. Após as correções sugeridas pelos juízes, foram realizadas as modificações necessárias e, só então, foi liberado para ser aplicado com os professores, ver modelo no quadro 02.

QUADRO 02: RECORTE DO “FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE CRIANÇAS COM SINAIS DO ESPECTRO DO AUTISMO”

Pergunta fechada- (1)	Você sabe o que é autismo? () sim () não
Pergunta fechada- (2)	Usa as pessoas como ferramentas para fazer pedidos ou solicitar objetos?(Puxa pelo braço, aponta usando a Mão de colegas, como exemplos). ()sim ()não
Pergunta fechada- (3)	Mantém contato visual? ()sim ()não
Pergunta fechada- (4)	Age como se fosse surdo? (Quando chama ele não responde). ()sim ()não
Pergunta fechada- (14)	(14)-Você tem algum aluno com algum desses sinais? ()sim ()não
Pergunta aberta-	(15)-Se sim, quantos?_____

¹¹ Psicólogas. Doutoradas em Educação Especial.

(15)	
------	--

PROCEDIMENTO:

Inicialmente, a coordenadora da SEMED foi informada sobre a pesquisa e concedeu autorização para o desenvolvimento deste estudo na REME. Aos professores foram apresentados os objetivos da pesquisa e feito o convite para a participação voluntária na pesquisa. Todos assinaram o termo de consentimento Livre e Esclarecimento.

Após a autorização, o formulário foi deixado nas escolas, com as coordenadoras, para que as mesmas entregassem e explicassem aos professores como deveriam preenchê-lo. Para isso, a pesquisadora¹² orientou e realizou a leitura conjunta do instrumento.

Após a entrega dos formulários, ficou acertado que as coordenadoras ficariam responsáveis em recolhê-los com os professores em, aproximadamente, quinze dias, quando então, voltaríamos a escola para a coleta dos mesmos. Para conhecer a percepção dos professores participantes sobre o TEA, utilizamos a primeira questão do formulário: **(01) Você sabe o que é autismo? () sim () não.**

Os professores deveriam assinalar a alternativa sim, caso conhecessem o que é o transtorno e se o professor desconhecesse deveriam assinalar a alternativa não.

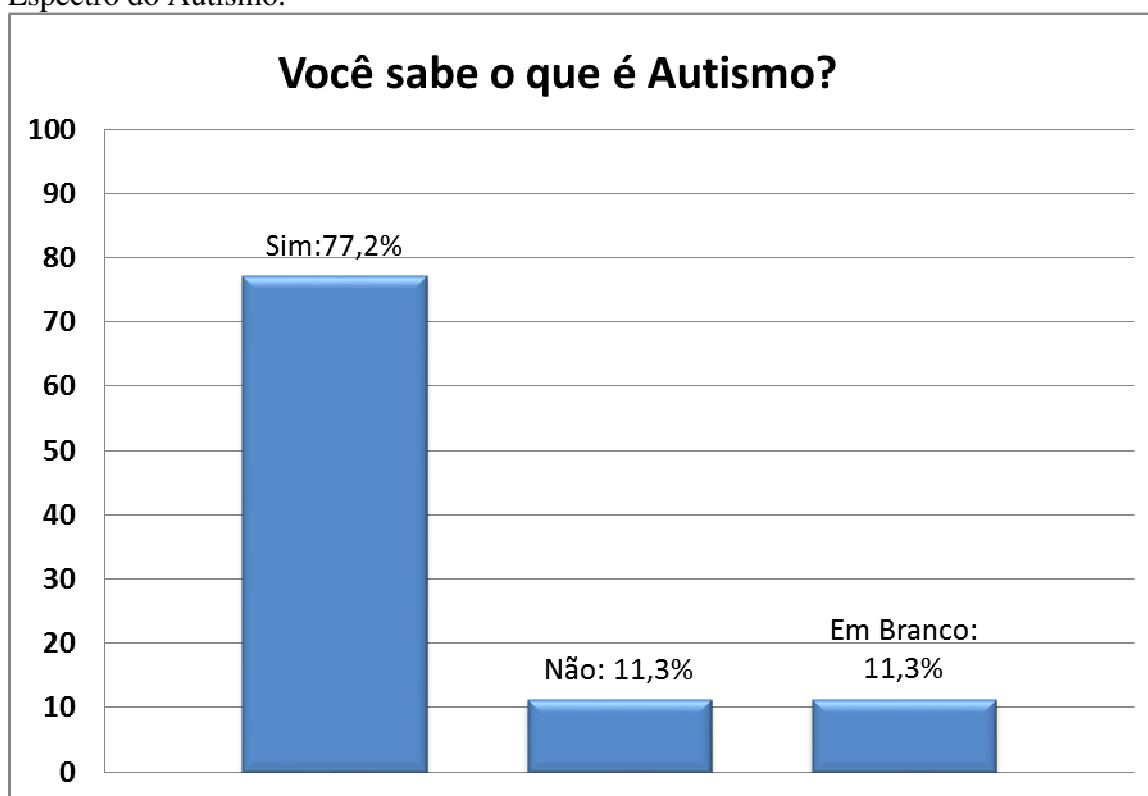
RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA:

Foram distribuídos cerca de 700 formulários, deste montante retornaram 326, o que perfaz o total de 46,5% formulários preenchidos e recolhidos, montante considerado satisfatório para o estudo.

Nesta seção apresentaremos os dados obtidos com as respostas dos professores que preencheram ao **“Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo”**. O gráfico 01 apresenta o conhecimento dos professores sobre o TEA.

¹² Nesta etapa, a pesquisadora contou com a ajuda de dez alunos da graduação em psicologia que foram treinados para essa tarefa.

GRÁFICO 01: Levantamento do conhecimento dos professores sobre o Transtorno do Espectro do Autismo.



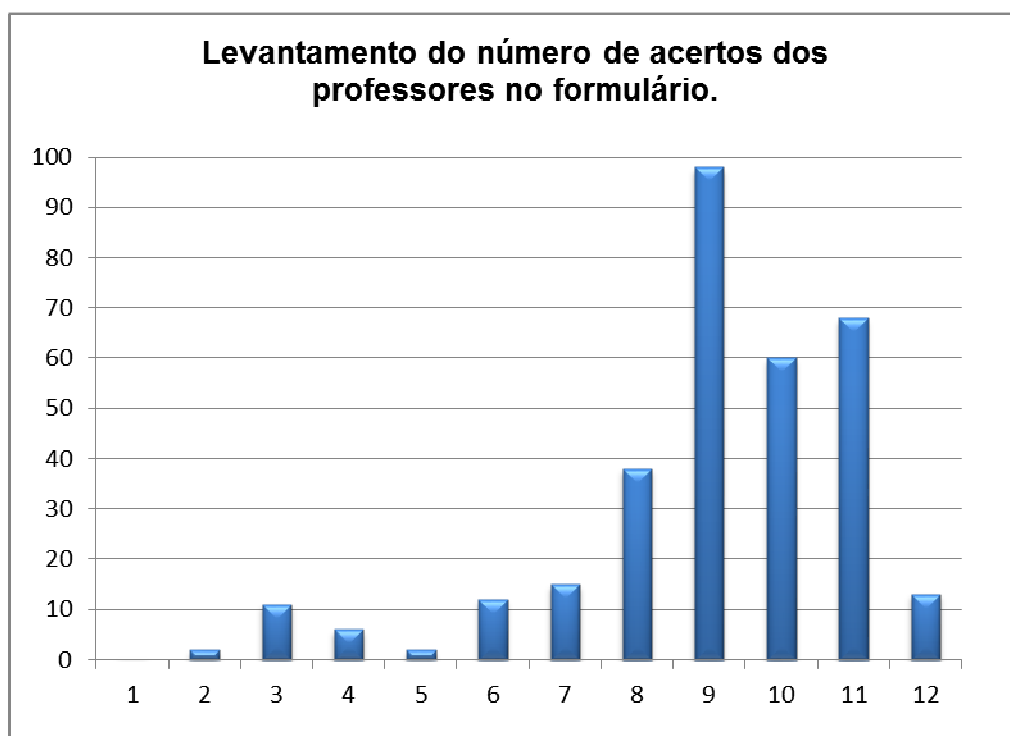
Os dados obtidos demonstram que na primeira questão do formulário (“**Você sabe o que é Autismo?**”), dos 326 professores participantes, 77,2% responderam que sim, sabiam o que era autismo, enquanto, que 11,3% dos professores participantes apontaram não saber o que era o transtorno e, ainda 11,3% professores participantes deixaram a questão em branco. Se somarmos os dados obtidos com “Não” e os dados em “Branco” teremos 22,7% do total de professores que parecem desconhecer o que seja o transtorno.

Após os professores participantes responderem se sabia ou não o que é TEA, os mesmos deveriam responder a 13 (treze) questões fechadas, cuja resposta deveria ser “Sim” ou “Não”, buscou-se aferir se os professores, de fato, conheciam os sinais apresentados por uma criança com TEA e como identificá-los em sua sala de aula.

Após a coleta dos formulários já preenchidos, os mesmos foram contabilizados. A tabulação dos dados foi feita a partir dos resultados obtidos com o formulário levando-se em consideração: 1)-total de acertos; 2)-total de erros em relação a cada uma das afirmativas e 3)-questões deixadas em branco.

No gráfico 02 apresenta-se o total de acertos dos professores em relação ao formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo.

GRÁFICO 2: Levantamento do número de acertos e erros dos professores no formulário.



O gráfico 02 demonstra que apesar de inicialmente 77,2% dos 326 professores participantes responderem que sabiam o que é o Autismo, apenas 3,9% conseguiram acertar as 12 questões formuladas.

Já 18,4% dos professores acertaram dez questões do formulário, 20,8% acertou 11 (onze), 0,6% acertou duas questões, 3,3% acertou três, 0,6% acertou cinco, 3,6% acertou seis, 1,8% acertou quatro, 4,6% acertou sete, 11,6% acertou oito, 30,0% acertou nove questões. E 0,3% professor participante não acertou nenhuma questão do formulário.

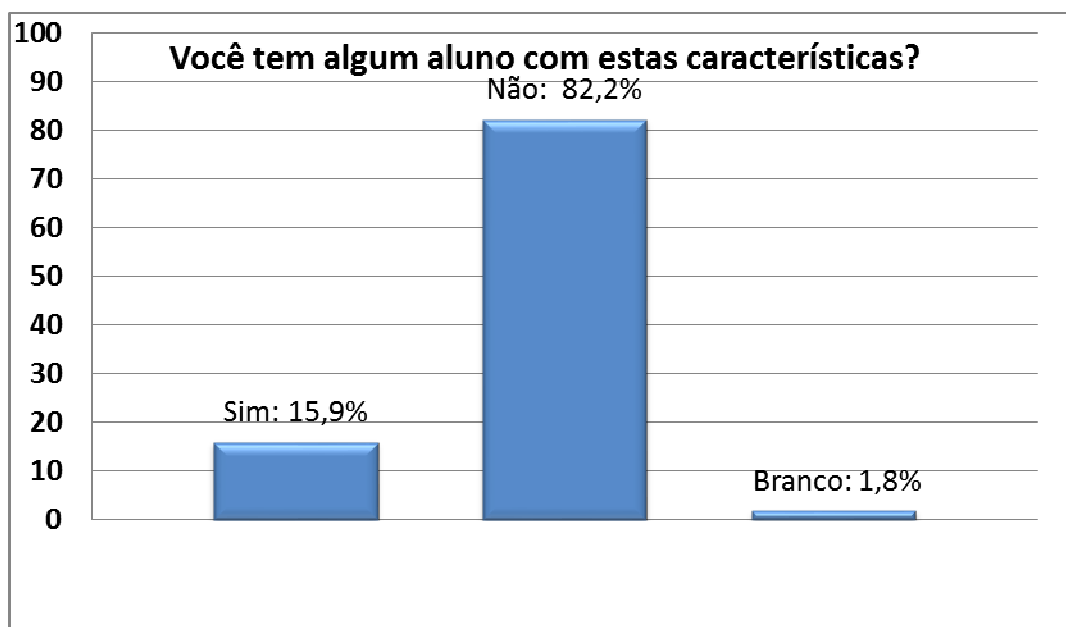
Entretanto cabe destacar que ainda que, estes professores tenham respondido inicialmente saberem o que é o TEA, muitos tiveram dificuldade em assinalar quais as características apresentadas pelo mesmo, pois grande parte apresentaram dificuldades em relacionar as características do quadro ao fenômeno.

Esses dados apontam para a falta de conhecimento do TEA, pelos professores, o que dificulta, muitas vezes, a identificação de comportamentos inadequados da criança e a identificação de mudanças de comportamentos devido ao comprometimento do transtorno.

Entretanto a falta de conhecimento do transtorno por parte dos educadores pode dificultar na elaboração de metodologias para atender a estes alunos, uma vez que estes podem ser entendidos como indivíduos birrentos, e não como educandos que precisam de uma atenção diferenciada para se desenvolverem no processo escolar. No gráfico-03 apresenta-se o

percentual de professores participantes que indicaram terem em sua sala de aula alunos com sinais do TEA.

GRÁFICO 03: Identificação de sinais do espectro do autismo nos alunos, a partir da percepção de seus professores.



No gráfico-03 é possível verificar que dos 326 professores participantes, 268 professores (82,2%) disseram não possuir nenhum aluno com estas características. Já 52 (15,9%) professores participantes apontaram que possuíam em sua sala de aula aluno com estas características. Houve ainda, seis (1,8%) professores participantes que deixaram a questão em branco.

Para os professores que responderam que possuíam em suas salas de aula alunos com sinais do espectro do autismo, em seguida, deveriam responder à questão: (**“Se sim, quantos?”**), na qual os professores participantes deveriam apontar a quantidade de alunos por eles identificados. A maioria dos professores participantes indicou o nome das crianças e em alguns casos apontaram que algumas já possuíam laudo prescrito por médico sobre o TEA.

Dos 326 professores participantes, 54 professoras participantes (16,5%), apontaram a quantidade de crianças que em sua percepção apresentavam suspeita do espectro do autismo inserida em sua sala de aula, perfazendo um total de 94 crianças.

ETAPA-2: CARACTERIZAÇÃO DO REPERTÓRIO DAS CRIANÇAS COM SINAIS DO ESPECTRO DO AUTISMO LEVANTADAS PELAS PROFESSORAS NO FORMULÁRIO E PONTUADOS NA ESCALA CARS

OBJETIVO:

Esta etapa teve por objetivo a caracterização do repertório das crianças com sinais do espectro do autismo identificadas por seus professores na primeira etapa do estudo por meio da pontuação na escala CARS-BR.

PARTICIPANTES:

Participaram desta etapa 54 professoras que atuam na educação infantil e nas series iniciais do ensino fundamental que apontaram terem em sua sala de aula 94 crianças com ou sem laudo médico e que apresentavam sinais do espectro do autismo.

INSTRUMENTO:

Foi utilizada nesta etapa, a escala CARS (Childhood Autism Rating Scale - versão em português) e caneta. Esse instrumento foi validado para o Brasil por Pereira (2007).

A CARS é uma escala de fácil manuseio e consistência, que tem se destacado dentre os demais testes.

A CARS torna muito mais fácil o reconhecimento e classificação do autismo, para clínicos e educadores, além de ser um instrumento particularmente claro para os pesquisadores, na medida em que fornece informações sobre o comportamento das crianças bem como a gravidade dos sintomas (PEREIRA, 2007, p.12).

É uma escala de 15 itens que facilita a identificação da criança com TEA, além de demonstrar prejuízos no desenvolvimento nos domínios geralmente afetados no transtorno.

São eles: relações pessoais, imitação, resposta emocional, uso corporal, uso de objetos, resposta a mudanças, resposta visual, resposta auditiva, resposta e uso do paladar, olfato e tato, medo ou nervosismo, comunicação verbal, comunicação não verbal, nível de atividade, nível e consistência da resposta intelectual e impressões gerais. Cada item possui um conjunto de quatro sintomas com pontuação de um a quatro.

O instrumento ainda permite que o participante escolha uma pontuação entre um e outro grupo de sintomas, por exemplo, (1,5; 2,5; 3,5), se a conduta da criança estiver entre a pontuação (1 e 2), o participante pode escolher a pontuação (1.5), podendo ocorrer esta escolha até o final do preenchimento do instrumento.

Assim, para obter-se o resultado se a criança analisada possui ou não algum comprometimento deve-se, somar os pontos de cada área, o que permitirá a identificação do nível de comprometimento da criança analisada em uma das três categorias:

- Sem autismo: (a pontuação deve se enquadrar entre 15 a 30);
- Autismo leve-moderado: (pontuação entre 30 a 36);
- Autismo grave: (pontuação de 36-60)

Dessa maneira, cabe ressaltar que a escala pode ser preenchida por qualquer pessoa desde que esta tenha contato frequente e direto com a criança. Para o preenchimento da escala, o participante deve escolher um dos quatro grupos de sintomas de cada área.

Devido ao grande número de suspeita de crianças com sinais do TEA, optou-se por realizar uma palestra explicativa sobre o transtorno, de modo a esclarecer as dúvidas dos professores, bem como as características que uma criança com TEA pode apresentar.

PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS:

As professoras que identificaram na primeira etapa do estudo ter em sua turma alunos com sinais do TEA, ou que já possuíam laudo médico comprovado sobre o transtorno foram convidadas por meio de um ofício¹³ a participarem da palestra explicativa sobre o que é TEA e o preenchimento da escala CARS-BR.

Esta palestra permitiu aos professores conhecerem sobre o TEA, bem como identificar se seus alunos indicados se encaixavam nas características do transtorno. E assim, ajudar por meio de suas respostas, na identificação se de fato, estas crianças apresentavam ou não sinais do espectro do autismo, tais como os comprometimentos na linguagem, na socialização e cognição mais comuns ao transtorno.

Na sequência, foi pedido aos professores que, com o auxílio da pesquisadora ou de um estagiário treinado acompanhassem a leitura dos grupos de sintomas da escala e respondessem em qual pontuação a conduta da criança mais se encaixava.

Os estagiários do curso de Psicologia e a pesquisadora acompanharam o preenchimento da escala, de modo a tirar dúvidas dos professores e para evitar que alguma área ficasse sem ser assinalado o que invalidaria o instrumento. O preenchimento da escala teve em média duração de 30 minutos por professor.

RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA:

Serão apresentados os resultados obtidos a partir da aplicação da escala CARS. Cabe destacar ainda que das 54 professoras que responderam ao **“Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro Autismo”** da primeira etapa do estudo e indicaram

¹³Este ofício foi encaminhado as escolas com apoio da (SEMED), e a palestra foi proferida por uma psicóloga, doutora em Educação Especial. Ao final da palestra as professoras participantes receberam certificado comprovando a sua participação.

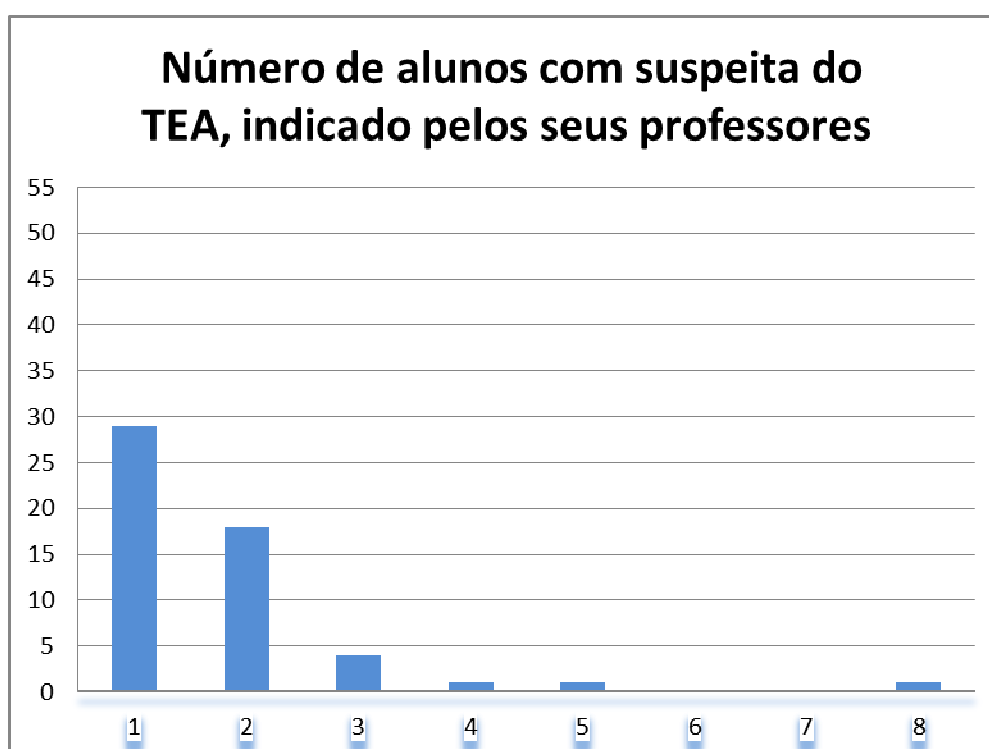
terem em sua sala alunos com características do TEA, 23 não preencheram a escala CARS, por terem percebido após a palestra que seus alunos não preenchiam os critérios para se enquadrarem dentro do Transtorno do Espectro do Autismo.

A palestra teve como ênfase discutir as principais características do espectro do autismo e esclarecer do que se tratava a escala, como devia ser preenchida e para qual finalidade seria utilizada. Desse modo, 31 professores responderam à escala, pois, ao assistirem a palestra, identificaram diversas características semelhantes à de seus alunos, ou seja, das 54 professoras iniciais, com 94 crianças obtivemos no final o número de 42 conforme identificação dos 31 professores, sendo que deste montante, 25 crianças apresentaram terem sinais do TEA, na escala CARS, conforme tabela 03.

Para manter o anonimato dos participantes deste estudo, elencamos siglas para os mesmos, então, se lê (P) – professores participantes; (A)– alunos participantes apontados pelos professores como tendo sinais do espectro do autismo e (E) Escolas participantes.

No gráfico-04 apresenta-se na horizontal o número de alunos com suspeita de TEA indicados pelos seus professores e na vertical o número de professores que indicaram terem em sua sala de aula alunos com sinais do transtorno.

Gráfico 04: Número de alunos com suspeita do TEA, indicados pelos professores participantes.



O gráfico-4 demonstra que do total de 54 professores participantes, 29 indicaram terem um aluno com sinais do espectro do autismo em sua turma, 18 professores indicaram ter dois alunos com essas características, quatro professores indicaram terem três alunos, dois professores indicaram quatro e cinco alunos respectivamente com esses sinais, e um professor indicou ter oito alunos com suspeita do TEA. Assim sendo temos um total de 94 alunos com suspeita do transtorno indicados pelos seus respectivos professores. Na tabela 02 pode-se verificar a quantidade de crianças com TEA, mediante a escala CARS.

Tabela 03: Caracterização dos alunos com autismo na escala CARS

	Sem Autismo	Leve-Moderado	GRAVE	Percentual de crianças com autismo em relação ao sexo
F	14%	13%	7%	33%
M	26%	7%	33%	66%
TOTAL	40%	20%	40%	

Com base nos resultados da Tabela 03, verifica-se que dos 42 alunos indicados pelas professoras participantes da pesquisa, 40% das crianças foram identificadas na CARS com autismo grave, 20% identificadas com autismo leve-moderado e 40% não possuíam sinais do espectro do autismo. Observa-se ainda que 66,6% das crianças indicadas pelos professores são meninos, enquanto 33,3% são meninas.

Tabela 04 Quantidade de alunos Sem laudo médico e diagnosticado na CARS com TEA.

Laudo Prévio	Sem Autismo	Leve/Moderado	Grave	Total	Percentual
Sem Laudo	17	8	10	35	83%
Laudo de autismo			5	5	12%
Laudo de Down			2	2	5%
Porcentagem	40%	20%	40%		

Na tabela 5 apresenta que das 59,52% crianças identificadas pela escala CARS com sinais do espectro do autismo, (40%) não possuem laudo médico e ao serem avaliadas na escala CARS também não apresentaram sinais do espectro. Sendo que (20%) das crianças identificadas na escala CARS com TEA leve-moderado não possuíam laudo médico do transtorno, bem como as duas crianças que já possuíam laudo médico de síndrome de Down também foram identificadas pela escala com características do TEA, o que pode ser entendido como comorbidade.

Em relação a série das crianças com suspeita do transtorno, pode-se observar que 11 crianças estão matriculadas no 1º. Ano; 2 crianças no 2º Ano; 5 crianças matriculadas no Pré I; 4 no Maternal I; 1 crianças no Maternal II, conforme a tabela 6:

Tabela 05: Caracterização dos alunos com sinais do espectro do autismo em relação à série e resultado alcançado com a escala CARS.

Série	Sem Autismo	Leve/Moderado	Grave	Total
Berçário	1 A	_____	_____	1 A
Maternal I	5 A	1 A	3 A	9 A
Maternal II	3 A	1 A		4 A
Pré I	4 A	1 A	4 A	9 A
Pré II	_____	_____	2 A	2 A
1º ano	1 A	3 A	8 A	12 A
2º ano	3 A	2 A	_____	5 A
Total	17 A	8 A	17 A	42 A

CAPÍTULO 4

DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados obtidos; a discussão sobre formação de professores e a intervenção com vistas ao desenvolvimento de crianças com TEA.

O objetivo deste estudo foi levantar a percepção dos professores sobre o TEA, bem como levantar o número de crianças com suspeita do transtorno e caracterizá-las por meio da escala CARS.

O primeiro ponto a ser analisado é a percepção dos professores sobre o TEA, levantada por meio do “Formulário de Levantamento de Crianças com Sinais do Espectro do Autismo”.

Com base nos dados coletados, pode-se perceber que o fato de muitos professores (77,2%) terem assinalado que sabiam o que é o TEA não significou que estes, de fato, conheciam os sintomas desta patologia, pois ao serem contabilizados os dados do formulário, percebeu-se que apenas 12 professores (4%) responderam corretamente a todas as afirmações sobre os sinais do TEA.

Isto nos leva a duas hipóteses, a primeira é que estes professores, podem ter apenas ouvido falar sobre o transtorno, ou ainda, que eles tentaram acertar às respostas.

Pode-se aferir que, na maioria, os professores desconhecem o que é o transtorno, bem como seus sintomas. Torna-se relevante, então, a realização de palestras explicativas, cursos, programas de formação continuada sobre o TEA.

Por meio do formulário e durante a palestra e aplicação da escala CARS, pode-se perceber que o isolamento e a dificuldade para comunicar e expressar-se foram as principais características identificadas pelos professores, em seus alunos, como sendo um conjunto sintomático importante do transtorno.

Entretanto, cabe destacar que o formulário elaborado para levantar o conhecimento que os professores tinham sobre o TEA, bem como o número de crianças com suspeitas do transtorno, cumpriu com o objetivo traçado, uma vez que levantou o número de crianças com suspeitas de TEA inseridas na Educação Infantil da REME de Dourados.

O formulário elaborado mostrou-se eficaz, no entanto, nota-se que o mesmo pode ser ainda melhorado, quanto à reorganização das questões e ao aumento do número de alternativas que serão assinaladas (incluindo a opção *não sei*), outro fator a destacar é que este

deveria ser realizado em forma de entrevista de modo a evitar questões em branco, e equívocos, por parte dos professores ao longo do seu preenchimento.

Na última pergunta do formulário, o professor deveria indicar se, em sua sala de aula, havia alguma criança com tais características, dos 326 professores, 54 deles, ou seja, 15,9% apontaram ter algum aluno com estes sintomas.

Estes professores foram então convidados a preencherem a escala CARS, de modo a aferir se, de fato, estes alunos apresentavam sinais do TEA. Conforme apresentado no capítulo anterior, os 54 professores indicaram 94 crianças com suspeita do transtorno. Devido a este grande número, optou-se por proferir uma palestra explicativa sobre o transtorno.

Cabe destacar que na rede de Educação Infantil e primeiro ano do ensino fundamental da REME de Dourados estão matriculadas 10.721 crianças, então as 94 crianças indicadas pelos professores correspondem a 0,9%.

Durante a palestra houve ainda a explicação da escala CARS, de como a mesma funciona, qual a sua finalidade e como pode ser utilizada. Após este procedimento, teve início o seu preenchimento por parte dos professores que contaram com a ajuda de estagiários do curso de Psicologia, da pesquisadora e da orientadora deste trabalho.

Cabe destacar que dos 54 professores participantes, 31(57%) dos professores continuaram suspeitando que seus alunos possuíam sinais do TEA. Os demais nos informaram que seus alunos não se encaixavam nos sinais desta condição e que, provavelmente, tinham outros problemas comportamentais ou outras possibilidades.

Isso nos remete a dois pontos, o primeiro é que de fato, estes professores confundiram as características com problemas comportamentais, ou que estes, ao verem o tamanho da escala a ser preenchida, optaram por não participar mais do estudo e não levar a frente o trabalho de identificação com seus alunos. Vale salientar ainda, que algumas professoras optaram em não preencher a escala por medo de represálias por parte da escola ou da família.

Como exemplo disso, pode-se relatar o caso de uma das professoras participantes que após a aplicação do formulário não pôde participar das próximas etapas porque corria o risco de ser demitida caso continuasse, pois a direção da instituição escolar na qual a professora trabalha não aceitava que em sua escola houvesse crianças com TEA, logo não era positivo identificá-la.

Houve ainda o caso de outra professora participante que desistiu de continuar na segunda etapa por medo das atitudes da família da criança “que não aceita que a mesma possui alguma limitação” (**fala da professora participante**).

Desse modo, os dados levantados podem indicar que a palestra realizada não foi suficiente para sanar as dúvidas apresentadas pelos professores, seja devido ao curto espaço de tempo de uma palestra ou por conta de os professores sentirem receio em apontar que em sua sala de aula há alunos com deficiência/transtorno.

Em relação ao fato de que alguns professores podem ter desistido de preencher a escala devido ao fato de ela ser extensa, não há muito a ser feito, uma vez que a escala CARS é fundamental para a identificação de sinais do transtorno, mostrando ser altamente eficaz, talvez, em pesquisa futuras, para seu preenchimento seja necessário mais de uma sessão.

Salienta-se que a escolha da CARS, para este estudo, foi devido a ela avaliar quatorze aspectos comportamentais que se encontram alterados em crianças com suspeitas do transtorno e que, já em sua estrutura é possível pensar na derivação de um currículo para o atendimento das crianças com TEA.

Ainda, tem se mostrado uma opção efetiva quando comparada a outros instrumentos (ARAÚJO 2011; PEREIRA, RIESGO, WAGNER, 2008; SANTOS, et.al. 2012). Araujo (2011) ao comparar escalas CARS e ADOS pontuou que tanto a CARS quanto a ADOS se mostraram estáveis ao longo do tempo, enquanto que escalas como a ADI se mostraram menos estáveis.

Pereira, Riesgo, Wagner, (2008) em um estudo que tiveram como objetivo, validar a escala CARS para o Brasil, apontaram para o fato de que esta escala apresenta boa consistência interna e confiabilidade no teste-reteste.

A literatura, de um modo geral, sustenta a confiabilidade da CARS com vários estudos demonstrando uma consistência interna com valores aceitáveis $\geq 0,90$. A consistência interna da CARS-BR, medida pelo coeficiente α de Cronbach, e considerada boa (0,83), assim como na escala original (0,94), e justifica a combinação de 15 itens individuais em um único escore (p.492).

Dando seguimento a apresentação e discussão dos dados, vale lembrar que 31(57%) dos professores participaram do preenchimento da escala CARS, ao final de seu preenchimento, chegou-se ao número de 25 crianças com sinais do TEA.

Entretanto, alguns professores que haviam indicado mais de um aluno, optaram por preencher a escala de somente um aluno, o que nos leva a deduzir que pode haver mais crianças com sinais do transtorno na Rede Municipal de Ensino de Dourados/MS e que esta escolha da professora deveu-se ao fato de termos previsto uma sessão para seu preenchimento e ao tamanho da escala.

Destas 25 crianças identificadas com sinais do Espectro do Autismo, pode-se observar que 66,6% são meninos e oito 33,3% são meninas. Entre os meninos, cinco já possuem laudo médico de TEA, e houve ainda um menino que já tinha laudo médico de Síndrome de Down e que na escala CARS, diagnosticou-se que além desta síndrome este possui TEA grave. Os demais meninos, conforme a escala CARS, possuem TEA leve-moderado.

Entre as meninas, nenhuma delas possui laudo médico diagnosticando TEA, no entanto, uma já possui laudo médico de Síndrome de Down e de acordo com a escala CARS diagnosticou-se TEA grave. As demais meninas, de acordo com a escala CARS, possuem TEA leve-moderado.

Estes dados vão ao encontro do que diz a literatura (SCHWARTZMAN, 2003; 2011), ao explicar que a prevalência estimada do TEA é bem maior em crianças com sexo masculino, uma vez que a proporção é de três a quatro meninos para cada menina afetada.

O autor aponta ainda que, “por outro lado também sabemos que, embora menos frequentemente afetada, as meninas, quando o são, apresentam habitualmente quadros clínicos mais severos” (p.2003, p.14).

Outro dado que chama a atenção é o fato de que duas crianças já possuíam laudo de Síndrome de Down, isto vai ao encontro de pesquisadores (SCHWARTZMAN, 2003; LIRA, 2004; MACHADO, 2000; BRAGA, 2004), quando afirmam que algumas doenças são correlacionadas ao TEA.

Em relação à idade destas crianças, chama a atenção o fato de que aquelas que já possuem laudo médico de TEA estavam na faixa etária de 2 a 6-7 anos de idade, assim sendo SCHWARTZMAN (2003) aponta que o diagnóstico definitivo de TEA poderá ser firmado em boa parte dos casos, por volta dos três anos de idade, mas, que a maioria dos familiares ou pessoas próximas das crianças, só percebe a dificuldade nesta faixa etária o que pode contribuir para que o quadro seja identificado tardiamente.

Entretanto pode-se observar que o número expressivo de crianças identificadas pelos professores no primeiro ano da vida escolar, vai ao encontro do que diz a literatura, (SCHWARTZMAN, 2011; GIKOVATE, 2000; SILVA e MULICK, 2009) que pontua que é justamente nesta faixa etária 2-6 anos de idade que os sinais do TEA costumam tornarem-se mais visíveis, já que as dificuldades de aprendizagem são mais marcantes.

Vale salientar que os professores destas crianças identificadas com TEA pela escala, foram encaminhados ao GEAPPA (Grupo de Apoio a Pais e Profissionais de Autistas), no qual recebem apoio e orientação para trabalhar com estas crianças, bem como uma orientação de como deveriam abordar este tema com os pais de seus alunos para que intervenções sejam

iniciadas, além de conhecerem os serviços existentes no município para os quais essas crianças poderiam/deveriam ser encaminhadas como neurologistas, pediatras, fonoaudiólogas, etc.

Outro ponto a destacar é que 12% das crianças participantes do estudo tinham laudo médico do transtorno e que a pesquisa conseguiu identificar 72% indivíduos com sinais do TEA, ainda vale destacar que o estudo inicialmente apontou um total de 94 crianças que na percepção de seus professores apresentavam algum comprometimento mesmo que não este não fosse o TEA. Assim ao compararmos os dados levantados com o estudo e os fornecidos pela prefeitura faz nos questionar que novas pesquisas devem ser realizadas, pois se no ano de 2009 havia quatro alunos, no ano seguinte cinco e em 2011 dez crianças com laudo. Este número nos leva a questionar será que as formações continuadas oferecidas pela REME conseguem de fato atender as especificidades dos professores em sala de aula, de modo que estes “enxerguem seus alunos especiais”.

Sobre o diagnóstico ressalta-se que este deverá ser feito por uma equipe multidisciplinar, composta por neurologistas, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudióloga, psiquiatra infantil, terapeuta ocupacional, entre outros.

Silva e Mulick (2009) chamam a atenção para o fato de que estes profissionais também estejam preparados para realizar o diagnóstico de TEA,

os profissionais envolvidos no processo de diagnóstico precisam ser capazes de obter as informações necessárias de forma cuidadosa e de interpretar tais informações de forma criteriosa, de modo a determinar se os sintomas apresentados pela criança reflete adequadamente um quadro diagnóstico de autismo (p.123).

Em muitos casos, o diagnóstico de TEA é fechado tardiamente devido à falta de preparo dos profissionais da saúde, em identificar as características do transtorno, seja devido ao fato de que os sintomas variam de indivíduo para indivíduo, ou ao fato de que ainda não há um exame laboratorial específico para o diagnóstico desta patologia.

No entanto, o diagnóstico precoce é imprescindível para que a atenção especializada inicie-se logo no início da descoberta, o que poderá proporcionar maiores chances de desenvolvimento cognitivo, bem como resultados mais eficazes quanto ao repertório comportamental, além de contribuir para o desenvolvimento de habilidades da criança.

Com o diagnóstico preciso sobre o real comprometimento da criança, o próximo passo são os encaminhamentos necessários para avaliar-se qual a melhor intervenção a ser realizada. Dessa maneira, por meio desses resultados, os métodos de intervenções serão definidos para cada criança.

4.1 A Intervenção como Suporte para o Desenvolvimento de Crianças com TEA

Após o diagnóstico do TEA, deve ser iniciado o processo de intervenção que será elaborado levando-se em consideração a especificidade de cada caso, salientando-se, que não apenas a criança necessita de atenção especializada, mas toda a sua família (BOSA, 2006).

A intervenção precoce com crianças com necessidades educacionais especiais é de suma importância, sendo necessário considerar três pontos principais:

- Quanto antes iniciar a intervenção maior poderá ser o potencial de desenvolvimento de cada criança;
- Proporcionar apoio e instrumentalização à família da criança em todos os momentos;
- Fomentar os benefícios sociais da criança e da família.

Correia (2011), em seu estudo sobre a intervenção precoce de crianças com TEA em Portugal, recorreu ao "*Projecto Integrado de Intervenção Precoce (PIIP), de Coimbra*"; para apontar que,

Intervenção Precoce implica a criação de uma rede de suporte social às famílias que incluam crianças de baixa idade com problemas de desenvolvimento ou em risco, de forma a dar-lhes poder e a capacitá-las para assumirem o papel que qualquer família assume na educação dos seus filhos. (2011, p.52).

Assim sendo, a instituição escolar e a família necessitam caminharem juntas no processo de intervenção com a criança, de modo que a mesma possa desenvolver-se cognitivamente e adquirir autonomia necessária para conquistar seu lugar na sociedade, na escola e na família (Bosa, 2006).

Para tanto, consideramos essencial que para que ocorra a intervenção precoce adequada haja também uma preocupação com a formação do professor que atuará com esta criança, uma vez que grande parte do processo de intervenção ocorrerá no espaço escolar.

Assim, cabe aos professores avaliar qual o melhor trabalho a ser oferecido ao indivíduo com TEA, levando-se em consideração a reação da criança frente a cada método utilizado e suas potencialidades e necessidades.

Os métodos de intervenção podem tanto contribuir quanto prejudicar o desenvolvimento da criança, por isso é fundamental a atenção dos profissionais da saúde, educadores e dos familiares em relação às intervenções aplicadas, devendo-se considerar o

grau de comprometimento e as especificidades de cada caso, bem como as habilidades que cada indivíduo já possui.

Bosa (2006) assinalou que a eficácia da intervenção depende tanto da experiência quanto do conhecimento dos profissionais acerca do TEA, mas principalmente de suas habilidades em trabalhar com a família e em equipe multidisciplinar. A autora pontua ainda que,

uma intervenção específica que pode ter um bom resultado em certo período de tempo (e.g. anos pré-escolares) pode apresentar eficácia diferente nos anos seguintes (e.g. adolescência) (p.52).

Vale destacar que existem inúmeras e diferentes formas de intervenções para atender à criança com TEA e que estas variam de acordo com a faixa etária e o grau de comprometimento, por isso é essencial uma avaliação para identificar as habilidades já adquiridas, bem como o grau de comprometimento da criança para que seja feita uma intervenção eficaz.

Entre os métodos de intervenção mais utilizados citamos: o TEACCH (Tratamento e educação para autistas e crianças com distúrbios correlatos da comunicação), o PECS (*The Picture Exchange Communication System*), esses métodos colaboram eficazmente para as atividades pedagógicas, bem como para o desenvolvimento cognitivo do aluno durante as aulas nas classes regulares. É importante destacar que a ausência de intervenção precoce poderá levar a criança com TEA a um quadro ainda mais debilitante.

O que se percebe durante o processo de intervenção é a preocupação maior de pais e profissionais em relação ao atraso da fala da criança, e que aspectos comportamentais não são vistos com tanta relevância.

Nesse sentido, Bosa (2006) pontua que para qualquer processo de intervenção com crianças com TEA deve-se pautar em quatro alvos básicos, são eles:

1) estimular o desenvolvimento social e comunicativo; 2) aprimorar o aprendizado e a capacidade de solucionar problemas; 3) diminuir comportamentos que interferem com o aprendizado e com o acesso às oportunidades de experiências do cotidiano; e 4) ajudar as famílias a lidarem com o autismo (p.48).

Observa-se que há sobre a importância da intervenção precoce, no entanto, poucos são os estudos sobre como realizar atividades de intervenção com crianças com TEA.

Vidigal e Guapo (1997) em um estudo sobre a intervenção com crianças com TEA em Lisboa, pontuaram que no caso da terapia, existem três unidades que devem ser tomadas como referência.

A primeira delas, “unidade de local” aponta para o fato de que a intervenção deve ocorrer sempre em um espaço próprio, diferente do familiar, do escolar, um local preparado especificamente para tal finalidade.

A segunda unidade “unidade de tempo” refere-se ao tempo que deve ocorrer cada atividade, com uma duração fixa, claramente definida, salientando que a capacidade de concentração e interesse da criança por um determinado assunto ou ação, raramente ultrapassa à uma hora.

Por fim há a “unidade de ação” na qual, o objetivo é estabelecer uma relação de “materialização” junto à criança de modo a estimulá-la a criar o interesse de construir a sua própria história, bem como o de “criar prazer na relação, dar vida ao seu mundo psíquico e povoá-lo de pensamentos e abrir-lhes o caminho para o mundo fabuloso da fantasia” (p.211).

Ainda sobre necessidade de intervenção em crianças com TEA, vale salientar que a mesma não deverá ocorrer apenas em consultórios, mas também e principalmente, na sala de aula.

Entretanto, para que isto ocorra, torna-se necessário que professores também conheçam estratégias de intervenção, o que torna relevante a formação continuada voltada a prática pedagógica.

4.2 A Formação de Professores como Apoio na Elaboração de Estratégias para o Desenvolvimento de Crianças com TEA

A formação de educadores torna-se desafio constante frente às inúmeras mudanças que ocorrem na política educacional, pois são exigidas do professor competências, habilidades e conhecimentos, que, muitas vezes, estes profissionais não adquiriram em sua formação inicial.

Em relação ao atendimento de crianças com TEA, torna-se também necessário a orientação dos professores, uma vez que a falta de conhecimento sobre o transtorno pode ser o que os impede de trabalhar de forma mais eficaz com os alunos com autismo.

Bosa (2006) pontuou que enquanto professores verem somente as limitações de seus alunos com TEA, não será possível o desenvolvimento e a educabilidade destes sujeitos, bem como ficará impossível a “permanência deste sujeito em espaços como o ensino comum” (p. 69).

Na prática escolar é fundamental que o professor esteja preparado para atender a todos os tipos de crianças sejam elas com desenvolvimento típico ou atípico, bem como saber

identificar se, em sua sala de aula, existe alguma criança com necessidades educacionais especiais.

Afinal, como aponta Correia (2011) quando mais cedo for realizado o diagnóstico, mais rápido terá início a intervenção. O ideal seria que o diagnóstico de TEA fosse realizado antes dos três anos de idade, no entanto, boa parte das crianças só chega aos consultórios por volta dos quatro anos, e o diagnóstico, muitas vezes só é feito por volta dos cinco ou seis anos de idade.

Nesse contexto, parece claro que somente o curso de graduação não é o suficiente para que o professor tenha base concreta no quesito educação especial.

É preciso que, ao longo de sua prática docente, realize capacitações direcionadas a este tema, uma vez que todos os professores que não trabalharam com a inclusão escolar ainda percorrerão esta temática, pois a inclusão escolar é um direito de todos os alunos, assegurado em lei, e não sendo mais permitido ao professor justificar a sua falta de preparo para atender a esta clientela.

Tanto a formação inicial com disciplinas específicas sobre Educação Especial em sua grade, quanto à formação continuada acerca desta temática, são necessárias para que estes educadores possam sentir-se realmente preparados, além disso, os professores deverão estudar e pesquisar sobre a necessidade de seus alunos, o que contribuirá para sua trajetória profissional e para o desenvolvimento de seus alunos.

Dessa maneira, torna-se então, essencial a formação em serviço do professor que trabalha com alunos com TEA, para que intervenções efetivas e a inclusão desse aluno possam, de fato, ocorrer no ambiente escolar. Assim, uma formação que relacione a teoria e a prática, seria fundamental para que esses profissionais fossem preparados para trabalharem com esses alunos.

A formação inicial e a formação em serviço devem ser vistas como molas propulsoras da elevação do nível de competência de professores e profissionais da educação de um modo geral.

Em geral, o planejamento docente reflete os interesses dos alunos que não possui necessidades especiais, desta forma, ao ver inserido em sua sala um aluno com necessidades educacionais especiais, seu planejamento deve apontar para a flexibilidade que garanta que o processo educacional ocorra com qualidade para todas as crianças, visando às adequações necessárias para suprir as dificuldades que o aluno possa ter.

A formação educacional deve se tornar uma constante na vida do docente que receberá alunos com necessidades educacionais especiais, é evidente que esta formação só terá real

utilidade caso o professor esteja em serviço, que ele realmente viva aquilo que está aprendendo, podendo por em prática seus aprendizados, de maneira a se tornar um construtor de práticas que oriente a seus alunos.

De acordo com Lima (2005, p. 39),

A formação está articulada a um projeto que se constrói de maneira intencional e a partir das experiências adquiridas ao longo da formação inicial e de momentos da vida do professor. [...] formação contínua é o processo de articulação entre o trabalho docente, o conhecimento e o desenvolvimento profissional do professor, enquanto possibilidade de postura reflexiva dinamizada pela práxis. (LIMA *apud* LIMA, 2005, p. 40)

A orientação do professor com relação ao aluno com necessidades educacionais especiais está pautada num conhecimento mais detalhado sobre a sua deficiência/transtorno, e este, por sua vez deve estar baseado na certeza que este aluno tem capacidade de aprender e que suas limitações não o impedem de prosseguir no processo educacional, afirmam Camargo & Bosa (2009).

Neste contexto, a formação em serviço surge como uma;

Vasta base que permite aos professores redimensionarem sua profissionalidade, na medida em que se constituam como sujeitos de suas práticas, analistas do contexto em que atuam, articuladores dos conhecimentos teóricos com as dinâmicas sociais e as necessidades de aprendizagem de seus alunos. Estamos, então, diante de uma concepção da atuação docente que extrapola as balizas colocadas pelas concepções tradicional e técnica do fazer docente. E que enfatiza que os professores deixem de ser meros consumidores de conhecimento e passem a produzi-lo, numa perspectiva colaborativa, valorizando a si e a seus parceiros (ALMEIDA, 2005, p.05).

Os autores continuam afirmando que dessa ação se faz necessário à inserção da qualificação desses professores durante seu trajeto escolar. Que servirá como uma base para a prática docente.

Zanata (20204, p.23) ressalta que a escola deverá atentar-se para a formação docente, para que esses por sua vez, ofereçam aos alunos com necessidades educacionais especiais a mesma aprendizagem que os demais, porém com a diferença da flexibilidade de acordo com a necessidade do aluno.

A autora afirma ainda que, o choque maior da inclusão escolar quem recebe é o professor que, muitas vezes, não apresenta a preparação necessária para desenvolver uma prática dirigida à educação especial (ZANATA, 2004, p. 41).

Nesse contexto, Cunha confirma que “a atuação de profissionais da escola é fundamental, uma vez que, muitos casos de comportamento autístico foram percebidos primeiramente no ambiente escolar” (CUNHA, 2009, p.29).

Neste contexto, o saber do professor é muito importante, pois,

Os profissionais da Educação têm o dever de participar das ações de formação contínua implementadas pelas Secretarias de Educação. Entretanto, é de fundamental importância que seja respeitado o projeto pessoal do professor, sua ascensão profissional e certificação, como direito da categoria e incorporando em um projeto político-pedagógico da escola, que inclui professores e alunos. (LIMA, 2005, p.42)

Segundo Alves (2005), para a formação de professores na modalidade da Educação Especial deve-se:

Pensar a formação de professores para atuarem com a diversidade é um fato que remete a uma mudança de postura de todo e qualquer professor, independente dos alunos em questão. Nesse contexto, a formação vai além de uma mera atualização didática e pedagógica e se transforma na possibilidade de criar espaços, onde as pessoas aprendem a conviver com a mudança e a incerteza (ALVES, 2005, p.84).

Sacristán (2005, p. 03), ressalta que a formação em serviço é considerada a base essencial para uma prática docente em constante inovação, demonstrando assim a importância que tal tema tem apresentado para a educação especial “em meio aos esforços globais para melhorar a qualidade do ensino”, sendo então um elemento essencial para a modalidade da educação especial.

Ao ocorrer a formação em serviço, diversos benefícios poderão incidir destacamos:

[...] investimento no coletivo da escola, a problematização e análise das práticas em curso, propostas de mudanças no processo de reflexão coletiva dos professores, o estudo analítico do trabalho como currículo em ação, o reconhecimento da identidade dos sujeitos sociais que compõem as equipes escolares, etc. Ou seja, permite ir além da reflexão exclusiva das práticas, mobilizando os professores para um exercício consciente e dialógico do pensamento pedagógico que, sistematizando teoria e prática, contribui para a ressignificação de sua profissionalidade, construindo um outro olhar possível sobre o processo ensino-aprendizagem. (FRANCO & FUSARI, 2005, p. 20)

Os autores ainda revelam a seguinte proposta: a concentração da formação na própria escola dando ênfase dessa forma na formação constante em serviço. Segundo Franco & Fusari (2005, p. 20) quando destacam o termo “em serviço”:

[...] por privilegia um processo de desenvolvimento profissional do sujeito, constituído por história de vida e de acesso aos bens culturais profissionais e de diferentes realidade de trabalho, carregadas ora por

necessidades de superação de desafios, ora por dificuldades relevantes de atuação.

Para Ghedin (2005, p. 26) no processo da formação em serviço apresentam-se elementos essenciais ao seu andamento, sendo a construção da identidade profissional do docente; os saberes da docência; os saberes pedagógicos; a escola como ambiente de aprendizagem e trabalho para o docente; a participação do professor na organização e gestão da escola; aceitar o desafio das mudanças.

O professor tem sobre si o desafio da mediação do conhecimento num universo complexo de experiências e de visões antagônicas da realidade. Ele precisa se colocar numa perspectiva interdisciplinar, a partir da totalidade do processo educativo e na relação dialética entre teoria e prática (GHEDIN, 2005, p. 31)

Dando continuidade ao quesito da formação dos professores, é necessário que o professor receba orientação sobre o transtorno para que seja capaz de discernir entre um comportamento autístico ou uma dificuldade de aprendizagem, ou ainda problemas de comportamento, pois em muitos casos, a identificação preliminar de crianças com necessidades educacionais especiais ocorrem no ambiente escolar.

Assim, observa-se a importância dos professores receberem formação em serviço, pois assim terão subsídios para examinar e repensar suas práticas educacionais, visando à inclusão escolar dos alunos com transtorno do espectro do autismo e até mesmo contribuindo para que este flexibilize o currículo sempre que necessário.

Nesse sentido Zanata afirma que a inclusão escolar:

[...] pressupõe mudanças no foco que, até então, estava centrado no aluno e que deve passar a se centrar no professor, na escola e no sistema escolar em busca de caminhos e mecanismos que venham garantir o acesso, a permanência, o sucesso e a qualidade de ensino para o aluno na classe comum. Os esforços deveram, então ser concentrados para transformar as escolas em espaços inclusivos, de forma que os professores propiciem um ambiente de aprendizagem adequado ao aluno (2004 p. 23).

Ainda conforme a autora, para que o processo de formação se torne efetivo, necessitam-se que,

[...] contudo, pontuar que durante esse processo de formação torna-se imprescindível que o professor tenha contato e possibilidades de discussão sobre práticas pedagógicas bem sucedidas, ou seja, aquelas possíveis de serem realizadas, aquelas baseadas em propostas de trabalhos que, por sua vez, propiciem a reconstrução de fundamentos teóricos e não apenas práticos, que impliquem na implementação de um currículo eficaz (p.76).

Assim para que esta proposta se efetive, é fundamental que a escola reveja sua estrutura organizacional no que tange ao currículo, pois somente com uma escola aberta, que possibilite ao professor adequar seu planejamento a todos os alunos, independentemente de suas limitações/necessidades, fornecerá subsídios para que os alunos, independente de ter ou não necessidades educacionais especiais, se desenvolvam e adquiram competências e habilidades para o seu desenvolvimento cognitivo.

Estes subsídios estão presentes na formação continuada em que o professor se dispõe a fazer, mesmo porque,

A formação inicial e continuada do professor deve se constituir num processo contínuo e interligado. Essas duas modalidades de formação têm o mesmo objetivo, que é propiciar preparo ao professor para atuar bem, de maneira criativa, assegurando aprendizagem de qualidade aos alunos. Mas elas têm características bem específicas. Diferentemente da formação inicial, a formação continuada é desenvolvida tendo-se como referência uma organização escolar específica, desafios que o professor já enfrenta na sala de aula, questões do dia-a-dia profissional. (GUIMARÃES, 2005, pp. 33 - 34)

Portanto, tendo em vista os dados coletados ao longo desta pesquisa, consideramos importante a formação continuada dos professores, uma vez que se pode perceber a dificuldade dos docentes participantes do estudo, ao preencheram as questões do formulário e ainda o desconhecimento sobre as questões/características do TEA.

Apesar de 252 professores afirmarem que sabiam o que era o TEA, ao longo da pesquisa, observou-se na verdade, que a maioria desconhecia os principais sintomas característicos desta condição.

Ao longo da palestra realizada durante a segunda etapa desta pesquisa, observamos que se torna necessário a realização de outras palestras explicativas, bem como de cursos de formação de modo que os professores sejam capazes de identificar alguns sinais do transtorno, e a partir desse conhecimento, tornarem-se capazes de derivar práticas mais efetivas para atuar com estes alunos.

Cursos voltados para elaboração de recursos pedagógicos, como jogos, brinquedos educativos, ou ainda de atividades para os alunos desenvolverem em sala de aula, estas são algumas das solicitações mais frequentes dos professores.

Outro fator a ser destacado é que alguns professores até encontram modelos de atividades ou jogos educativos, no entanto, muitos não sabem como utilizá-los no processo escolar e nem são capazes de construir/derivar objetivos que orientem o ensino.

Futuras pesquisas nessa temática devem prever espaços e tempo maiores para o preenchimento dos instrumentos e maiores explicações sobre características do TEA. Ainda parece produtivo prever a utilização dos instrumentos (tanto o formulário construído, quanto a CARS) para a derivação de conteúdos e estratégias para a intervenção docente, visto que a partir das necessidades e potencialidades identificadas, parece possível a derivação de objetivos/metas e estratégias para a prática.

Ao sinalizar o que a criança ainda não faz ou faz com dificuldades, o instrumento orienta para a ação do professor que deverá/poderá trabalhar nessa direção. Também é possível verificar que a CARS traz níveis e graduação das dificuldades o que auxilia a pensar nos passos a serem seguidos para o ensino de habilidades às crianças.

Então, outros trabalhos poderiam partir dessa possibilidade para a construção de programas de formação para professores no atendimento de crianças com autismo.

Assim sendo, pode-se afirmar que, em trabalhos futuros sobre o TEA, a questão da formação de professores e da intervenção pedagógica sejam temas mais recorrentes, procurando pensar sempre na atuação do professor em sala de aula junto ao seu aluno com o transtorno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho objetivou identificar a percepção dos professores em relação ao TEA, bem como levantar o número de crianças com características do espectro inseridas na Rede Municipal de Ensino de Dourados/MS. E ainda caracterizar as crianças com sinais do Espectro do Autismo identificadas por seus professores, na segunda etapa deste estudo.

Para tanto foi necessária elaboração do formulário que possibilitou perceber que, boa parte dos professores participantes desconhecia do que trata o transtorno, bem como as principais áreas afetadas na criança com o espectro do autismo.

Vale salientar que este estudo foi realizado apenas com professores que atuam na Educação Infantil e nos primeiros anos do Ensino Fundamental, por entender que é durante esta fase em que as primeiras características do transtorno aparecem.

Durante o levantamento de dados, observou-se, por meio de censos escolares realizados pela coordenadora do núcleo de estatística da Secretaria de Educação de Dourados/MS, que houve um aumento de crianças com TEA matriculadas em escolas comuns, sendo que no ano de 2009 havia apenas quatro crianças, no ano de 2010 já havia cinco crianças e no ano de 2011, dez crianças com laudo médico de TEA¹⁴.

Em relação ao número de crianças identificadas na percepção dos professores participantes, foi possível perceber que dos 94 alunos indicados, 25 de fato, apresentavam um conjunto de características do TEA de acordo com a escala CARS.

Durante a aplicação do formulário foi possível observar entre os professores participantes o desconhecimento em relação ao transtorno e, principalmente, em relação à prática pedagógica a ser adotada para com a criança com TEA.

Este fato nos leva a questionar se as formações continuadas ofertadas pela REME atendem as especificidades que os professores apresentam em suas salas de aulas.

Ao longo desta pesquisa, por meio de levantamentos bibliográficos, foi possível perceber que devido à dificuldade de diagnóstico preciso do TEA, ocorre uma variabilidade de escalas diagnósticas que possibilitam a identificação do espectro.

Dentre as escalas mais utilizadas estão a CARS (Childhood Autism Rating Scale), a GAF (Global Assessment Function) e a ATA (Escala de Avaliação de Traços Autísticos),

¹⁴ Dados obtidos por meio dos censos escolares realizados pela Secretaria Municipal de Educação de Dourados/MS entre os anos de 2009 e 2011. O censo escolar referente ao ano de 2012, conforme informações de uma das funcionárias do núcleo de estatística da SEMED não estava pronto quando fomos coletar estes dados.

sendo que a primeira pode ser utilizada por qualquer pessoa desde que, conviva frequentemente com uma criança com suspeita do espectro. Já as demais escalas, também são de fácil aplicação, podendo inclusive ser aplicado por pessoas não especializadas, porém a sua correção deverá ser feita por um profissional especializado, o que dificulta muito seu uso por professores.

Durante a aplicação da escala CARS, pode-se perceber que havia uma imprecisão em relação aos dados fornecidos, ou seja, o mais adequado é que a mesma fosse aplicada com mais de uma pessoa que conviva com a criança, como por exemplo, professor regente e professor da Sala de Recurso Multifuncional ou um familiar. Como apontado na literatura a melhor identificação parece ser o uso da CARS combinado com outro instrumento como o ABC ou a ATA, por exemplo.

Em relação ao formulário, nota-se que o mesmo é válido, no entanto deve ser aplicado na forma de entrevista, para evitar dúvidas em relação às perguntas e, para garantir que seja o professor a preenchê-lo e não outro membro da escola, bem como para que não fique nenhum campo sem ser preenchido.

Consideramos ainda essencial a questão do diagnóstico precoce, pois este permite que a criança possa receber atenção especializada o quanto antes, o que poderá beneficiá-la em seu desenvolvimento cognitivo, bem como para a aquisição de sua autonomia.

Ao longo deste trabalho inúmeras dificuldades apareceram, como por exemplo, conseguir que as escolas municipais aceitassem participar deste estudo, a distribuição e posterior coleta dos formulários preenchidos, uma vez que muitos professores não os devolveram, ou ainda, muitos coordenadores não os repassaram para os mesmos.

Durante a aplicação da escala CARS, houve a dificuldade em conseguir reunir todos os professores que apontaram ter alunos com características do espectro em suas salas de aula.

Muitos professores apontaram a dificuldade em conseguir materiais pedagógicos para trabalharem com estas crianças, e durante o levantamento bibliográfico, pode-se perceber que boa parte dos trabalhos acadêmicos está voltada para a questão do diagnóstico e da inclusão escolar de crianças com TEA, sendo escassos trabalhos cujo foco seja a elaboração de atividades pedagógicas para estes alunos.

O que mais enfocam são os tipos de métodos que podem ser utilizados com estes alunos, que são métodos especializados, aplicados por psicólogos, para os quais os professores devem fazer curso, na maioria das vezes, pagos.

Apesar de haver, na maioria das escolas municipais Salas de Recursos Multifuncionais e a figura do professor de Apoio Educacional Especializado e o professor de AE (Apoio

Educacional), questionamos se este é o melhor modelo a ser utilizado, uma vez que muitos dos professores regentes e até mesmo os próprios professores de apoio desconhecem como trabalhar com crianças com TEA.

Portanto o estudo alcançou o objetivo proposto uma vez que conseguimos identificar junto aos professores os alunos com TEA , e por não ter até o momento um estudo que trabalhe com o professor na identificação de sinais do transtorno para que intervenções precoces sejam realizadas. Assim espera-se que o estudo sensibilize outros professores a participarem de atividades como a que propomos na pesquisa.

Esta pesquisa não tem o intuito de encerrar a discussão sobre o TEA, mas sim, fomentar novos trabalhos voltados para a questão do diagnóstico e, principalmente, voltados para a formação de professores que atuam com crianças com esta condição e seus familiares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AINSCOW, Mel. Tornar a educação inclusiva: como essa tarefa deve ser conceituada? In: FAVERO, O.; FERREIRA, W.; IRELAND, T.; ARREIROS, D. **Tornar a educação inclusiva**. Brasília: UNESCO, 2009.

ALMEIDA, M. I. Proposta Pedagógica. In: **Formação Contínua de Professores. Salto para o Futuro**. TV Escola. MEC - Ministério da Educação. Boletim 13, agosto/2005.

ALVES, Doralina. **As representações sociais dos professores acerca da inclusão de alunos com distúrbios globais do desenvolvimento**. Santa Maria: UFSM, 2005. Dissertação (Mestrado em Educação).

ARAUJO, Ceres Alves. A intervenção psicológica. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Mennon, 2011.

ASSUMPTÃO JR., Francisco. Escala De Avaliação De Traços Autísticos (ATA): Validade e Confiabilidade de uma Escala Para a Detecção de Condutas Autísticas. In: **ArqNeuropsiquiatr**1999;57(1):23-29.

BANDIM, J. M ; *et al.* **Autism and Möbius Sequence**: an exploratory study of children in northeastern Brazil. **Arq Neuropsiquiatr** 2003;61(2-A):181-185.

BEE, Helen. **The Developing Child**. Longman. 1995.

BERTAZZO, J. B.; MOSCHINI, R. **Acompanhamento Terapêutico Escolar**: o atendimento a alunos com transtornos globais do desenvolvimento nas classes inclusivas . IX ANPEDSUL. Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul/ 2012.

BORTOLOTTO, Patricia. **Como acontece o processo de socialização com crianças autistas**. Porto Alegre: UFRS. 2009 Monografia (Especialização em Educação Especial e Processos Inclusivos).

BOSA, Cleonice Alves. Autismo: intervenções psicoeducacionais. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol.28, suppl.1 São Paulo, Maio 2006.

BRAGA, M.C.B. **A Interação Professor-Aluno em Classe Inclusiva**: Um Estudo Exploratório Com Criança Autista. Marília: UNESP. Dissertação (Mestrado em Educação) 2002.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**, texto constitucional promulgado em 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

BRASIL, **Decreto 6571 de 2008**. Dispõe sobre o atendimento educacional especializado, regulamenta o parágrafo único do Art. 60 da Lei nº9394/96 e acrescenta dispositivo ao Decreto nº253/2007. Secretaria de Educação Especial/MEC/SEESP, 2008. (Revogado pelo Decreto nº7.611 de 2011).Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/Decreto/D6571.htm> Decreto nº6571 de 2008.

BRASIL, **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: MEC/SEESP, 1996.

BRASIL, **Lei. 12.764**. Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro do Autismo. In: <http://www.revistaautismo.com.br/noticias/brasil-cria-lei-federal-pelos-direitos-dos-autistas>. 2012.

BRASIL, **Decreto nº 7.611 de 2011**. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Secretaria de Educação Especial/MEC/SEESP, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20112014/2011/Decreto/D7611.htm#art11>Decreto nº 7.611, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011.

CAETANO, Natacya M. O. Avaliação de um programa de Formação Continuada em Serviço para Professores na Área de Inclusão e Autismo. Universidade Federal da Grande Dourados. Dourados/MS, 2012. Dissertação (Mestrado em Educação).

CAMARGO, S. P. H.; BOSA, C. A. **Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: um estudo de caso comparativo**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Psicologia: Teoria e Pesquisa. Jul-Set 2012, Vol. 28 n. 3, pp. 315-324

CAMARGO, Siglia; BOSA, Cleonice. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. In: **Psicologia e Sociedade**, 21 (1): 65-74, 2009.

_____. Competência Social, Inclusão Escolar e Autismo: Um Estudo de Caso Comparativo. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**

CAPISTRANO, Marina. **Autismo: um olhar psicopedagógico**. Niterói: Universidade Candido Mendes, 2005. Monografia (Especialização em Psicopedagogia).

CARVALHO, Regiane; OLIVEIRA, Sérgio. Inclusão e escolarização de alunos autistas. In: **Pedagogia em Ação**, v.1, n.1, p.1 – 141, jan./jun.2009 – Semestral.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino; SILVA, Roberto da. **Metodologia científica**. 6. ed São Paulo: Prentice Hall, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara da Educação Básica. **Resolução CNE/CEB 2/2001**. Diário Oficial da União. Brasília, 14 de setembro de 2001. Seção 1E, (p. 39-40).

CORREIA, Neusa. **A Importância Da Intervenção Precoce Para As Crianças Com Autismo Na Perspectiva Dos Educadores E Professores De Educação Especial**. Lisboa: Escola Superior de Educação Almeida Garrett,. Dissertação (Mestrado em Ciência da Educação), 2011.

CUCOLICCHIO, S. et al. **Correlação entre as escalas CARS e ATA no diagnóstico de Autismo**. Med Reabil 2010; 29(1); 6-8

CUNHA, Eugenio. **Autismo e inclusão: psicopedagogia e praticas educativas na escola e na família**. Rio de Janeiro: Wak Editora, 2009.

DOURADOS, Secretaria Municipal de Educação de Dourados. **Decreto n 4871/2008**. Dispõe sobre a organização, estrutura e funcionamento do setor de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação. Dourados/MS, 2008.

DSM-IV: **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**, Texto Revisado, 4 Edição. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FEIJÓ, G. O.; CORREA, T. C.; SILVA, P. O. **A Escolarização de Pessoas com Transtornos Globais de Desenvolvimento**: uma análise dos indicadores educacionais do município de Londrina (2007-2010). IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012.

FERNANDES, F.D.M.; MILHER, L.P. **Relações entre a Autistic Behavior Checklist (ABC) e o perfil funcional da comunicação no espectro autístico**. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2008 abr-jun;20(2):111-6

FERNANDES, S. **A adequabilidade do modelo TEACCH para a promoção do desenvolvimento da criança com o autismo**. São Paulo: Escola Superior de Educação Paula Frassinetti, 2010. (Monografia) Especialização em Educação Especial, 2010.

FRANCO, A.P.; FUSARI, J.C. A Formação Contínua como um dos Elementos Organizadores do Projeto Político-Pedagógico da Escola. In: **Formação contínua em serviço e projeto pedagógico: uma articulação necessária**. Formação Contínua de Professores. Salto para o Futuro. TV Escola. MEC - Ministério da Educação. Boletim 13, agosto/2005.

GADIA, C. Aprendizagem e Autismo. In: ROTTA, N. T. et al. **Transtornos da Aprendizagem**. Abordagem Neurobiológica e Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GHEDIN, E. A reflexão sobre a prática cotidiana – caminho para a Formação contínua e para o fortalecimento da escola Enquanto espaço coletivo. In: **Formação Contínua de Professores**. Salto para o Futuro. TV Escola. MEC - Ministério da Educação. Boletim 13, agosto/2005.

GIKOVATE, C. **Publicação Atenção: Autismo Não é Raro**. A importância do diagnóstico precoce. ARS CVRANDI, 2000, vol.33, N 5, 3-7. Disponível em http://www.carlagikovate.com.br/index_arquivos/Page312.htm . Acesso em 21/12/2011.

GIL, Antônio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002. 175 p.

GOMES, C. G. S.; MENDES, E. G.. **Escolarização Inclusiva de Alunos com Autismo na Rede Municipal de Ensino de Belo Horizonte**. Rev. Bras. Ed. Esp., Marília, v.16, n.3, p.375-396, Set.-Dez., 2010.

GOMES, C.; LOBATO, R.. Inclusão Escolar De Crianças Com Autismo: O Papel Da Consultoria Colaborativa. In: **Anais do IV Internacional Sociedade Inclusiva PUC Minas - Propostas e ações inclusivas: impasses e avanços**. Belo Horizonte, 2006.

GOMES, Camila G. S. **Desempenhos emergentes na aquisição de leitura funcional de crianças com autismo**. Tese Mestrado. Centro de Educação e Ciências Humanas. Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2007.

GOMES, Camila Graciella Santos; MENDES, Enicéia Gonçalves. Escolarização inclusiva de alunos com autismo na rede municipal de ensino de Belo Horizonte. In: **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.16, n.3, p.375-396, Set.-Dez., 2010.

GONCALVES, Maria Lucia. **Cartilha para pais e profissionais da pessoa autista – Ele é autista...O que faço?**. Orientações de condutas e procedimentos com a pessoa autista. Movimento Orgulho Autista Brasil – Desabafo Autista e Asperger. Brasília – DF, 2009.

GUIMARAES, Os Saberes Dos Professores – Ponto De Partida Para A Formação Contínua. In: **Formação contínua em serviço e projeto pedagógico: uma articulação necessária**. Formação Contínua de Professores. Salto para o Futuro. TV Escola. MEC - Ministério da Educação. Boletim 13, agosto/2005.

JUNIOR, Jose Ferreira; CUNHA, Patrícia. **A educação especial na perspectiva da Inclusão Escolar: transtornos globais do desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial; Fortaleza, Universidade Federal do Ceara, 2010.

KARAGIANNIS, A.; STAINBACK, W. ; STAINBACK, Susan. **Fundamentos do ensino inclusivo**. In: STAINBACK, William; STAINBACK, Susan. **Inclusão: um guia para educadores**. Porto Alegre: RS, Artmed Editora, 1999.

KUPFER, M. C. M.. **Notas sobre o Diagnóstico Diferencial da Psicose e do Autismo a Infância**. Instituto de Psicologia – USP. Psicol. USP vol.11 n.1 São Paulo 2000

KWEE, C. S.; SAMPAIO, T. M. M.; ATHERINO, C. C. T. **Autismo: uma avaliação transdisciplinar baseada no programa TEACCH**. Rev CEFAC, v.11, Supl2, 217-226, 2009.

LAGO, M. **Autismo na Escola: ação e reflexão do professor**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre/RS, 2007.

LAMPREIA, C. **Avaliações Quantitativa e Qualitativa de um Menino Autista: uma análise crítica**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 8, n. 1, p. 57-65, jan./jun. 2003.

_____. A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo. In: **Estudos de Psicologia I Campinas I 24(1) I 105-114 I janeiro - março 2007**.

LAPLANE, A. L. F. **Uma análise das condições para a implementação de políticas de educação inclusiva no Brasil e na Inglaterra**. In Educação & Sociedade 96 Vol. 27. Número Especial, 2006.

Lei 3448, de 23 de maio de 2011. Diário Oficial do Município de Dourados. Ano XIII, n. 3.009, Dourados 27 de maio de 2011, 26 p. Assessoria de Comunicação, Prefeitura Municipal de Dourados – Mato Grosso do Sul. Disponível em: [HTTP://www.dourados.ms.gov.br](http://www.dourados.ms.gov.br) . Acesso em 13 de abril de 2013.

LEON, Viviane; OSORIO, Lavínia. O método TEACCH. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Mennon, 2011.

LIMA, M. S. L. **Vida e Trabalho – Articulando a Formação Contínua e o Desenvolvimento Profissional de Professores**. Formação Contínua de Professores. Salto para o Futuro. TV Escola. MEC - Ministério da Educação. Boletim 13, agosto/2005.

LIRA, Solange. **Alunos autistas: historias de sala de aula**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2004. Dissertação (Mestrado em Educação).

MACHADO, M.L.C.A. **Autismo Infantil**: Uma abordagem fonoaudiológica dirigida à família. CEFAC – Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica Linguagem. Rio de Janeiro, 2000.

MANTOAN, M. T. E. **Inclusão escolar**. O que é? Por que? Como fazer?. São Paulo: Moderna, 2006.

MANTOAN, Maria Tereza. ATENDIMENTO EDUCACIONAL ESPECIALIZADO NA EDUCAÇÃO INCLUSIVA. In: **Inclusão: R. Educ. esp**, Brasília, v.5, n.1, p. 12-15, jan/jul. 2010.

MELLO, A.M.S.R. **Autismo – Guia Prático**. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. 2ed. Edição em PDF: agosto/2003.

MENDES, E. G.; ALMEIDA, M. A.; TOYODA, C. Y. Inclusão escolar pela via da colaboração entre educação especial e educação regular. In: **Educar em Revista, Curitiba**, Brasil, n. 41, p. 81-93, jul./set. 2011. Editora UFPR.

_____. Colaboração entre ensino regular especial: o caminho do desenvolvimento pessoal para a inclusão escolar. In: MANZINI (org.). **Inclusão e acessibilidade**. Marília: ABPEE, 2006. p. 29-41.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Nota Técnica – SEESP/GAB/ n 11/2010**. Orientações para a institucionalização da Oferta do Atendimento Educacional Especializado – AEE em Salas de Recursos Multifuncionais, implantadas nas escolas regulares. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCACAO. **Nota Técnica n. 15 CGPEE/GAB/2010**. Orientações sobre Atendimento educacional Especializado na Rede Privada. Brasília, 2010.

MINISTÉRIO DA EDUCACAO. **Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva**. Brasília: 2008.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução n. 04/2009**. Institui as Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica. Brasília, 2009.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **RESOLUÇÃO Nº 4, DE 2 DE OUTUBRO DE 2009**. Institui Diretrizes Operacionais para o Atendimento Educacional Especializado na Educação Básica, modalidade Educação Especial.

MINISTÉRIO DE EDUCACAO. **Portaria n. 13 de 24 de abril de 2007**. Institui o Programa de Implantação das Salas de Recursos Multifuncionais. Brasília, 2007.

MITTLER, P.; MITTLER; P. **Educação Inclusiva**: contextos sociais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____, **Rumo à inclusão**. In: Pro-posições, v. 12, n. 2-3 (35-36). jul.-nov. 2001.

MORI, N. N. R.. **Autismo, Transtorno de Asperger e Escolarização**: pesquisa e intervenção educativa. UEM – Universidade Estadual de Maringá/PR.

MOSCHINI, R.; SCHMIDT, C. **Considerações Acerca da Esquizofrenia e Transtornos Globais do Desenvolvimento na Infância**. IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012.

NUNES, Débora; NUNES SOBRINHO, Francisco. Comunicação Alternativa e Ampliada para Educandos com Autismo: Considerações Metodológicas. In: **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v.16, n.2, p.297-312, Mai.-Ago., 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. Dorgival Caetano. Porto Alegre: Artes Medicas, 1993.

ORSATI, Fernanda; MACEDO, Elizeu. Comunicação alternativa. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Mennon, 2011.

OSORIO, Lavínia; LEON, Viviane. O método TEACCH. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Mennon, 2011.

PAPALIA, Diane E. OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PEREIRA, A.; RIESGO, R. S.; WAGNER, M. B. **Autismo infantil**: tradução e validação da Childhood Autism Rating Scale para uso no Brasil. *Jornal de Pediatria*. Sociedade Brasileira de Pediatria. ISSN 0021-7557/08/84-06/487.

PRAÇA, É. T. P. O. **Uma Reflexão Acerca da Inclusão de Aluno Autista no Ensino Regular**. Juiz De Fora: Universidade Federal De Juiz De Fora. 2011 Dissertação (Mestrado em Educação Matemática).

PRAÇA, É. **Uma reflexão acerca da inclusão de aluno autista no ensino regular**. Juiz de Fora: UFJF. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação Matemática).

PREFEITURA MUNICIPAL DE DOURADOS. **Resolução n.26/2012**. Dourados/MS, 2012.

RABELO, Lucélia; SANTOS, Rafaela. Ensino Colaborativo e a Inclusão do aluno com autismo na Educação Infantil. In: **Anais do VII Encontro da Associação Brasileira de Pesquisadores em Educação Especial**. Londrina: 2011.

ROMANO, Claudia; GUILHARDI, Cintia; BAGAILOLO, Leila. Análise aplicada do comportamento. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo**. São Paulo: Mennon, 2011.

SANTOS, E. C. **Caminhos da Inclusão**: possíveis percursos da escolarização da criança com autismo. CONPE - Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional Autismo na Perspectiva Inclusiva. Universidade Estadual de Maringá – PR, Julho/2011.

SANTOS, E. Autismo na perspectiva inclusiva. In: **Anais do X CONPE** (Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional). UEL: Maringá, 2011.

SANTOS, T. H. F. *et al.* **Comparação dos instrumentos Childhood Autism Rating Scale e Autism Behavior Checklist na identificação e caracterização de indivíduos com distúrbios do espectro autístico**. Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia

Ocupacional, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo – USP– São Paulo (SP), 2012.

SANTOS, T et al. **Comparação dos instrumentos Childhood Autism Rating Scale e Autism Behavior Checklist na identificação e caracterização de indivíduos com distúrbios do espectro autístico.** In: *J Soc Bras Fonoaudiol.* 2012;24(1):1046.

SCHMIDT, C.; KUBASKI, C. **Linguagem e Síndrome de Asperger:** compreendendo a fala de um adolescente com base nas teorias da mente e da coerência central. IX ANPED SUL – Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul 2012.

SCHWARTZMAN, J. Transtornos do Espectro do Autismo: conceito e generalidades. In: SCHWARTZMAN, Jose e ARAUJO, Ceres Alves. (orgs.) **Transtornos do Espectro do Autismo.** São Paulo: Mennon, 2011.

SCHWARTZMAN, Jose. **Autismo infantil.** São Paulo: Mennon, 2003.

SERRA, D. C. G. **Entre a esperança e o limite:** um estudo sobre a inclusão de alunos com autismo em classes regulares. Tese de Doutorado. PUC-Rio. Defendida em dezembro de 2008.

SILVA, A. M.. **Psicologia e inclusão escolar:** novas possibilidades de intervir preventivamente sobre problemas comportamentais. São Carlos: UFSCAR. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) 2010.

SILVA, A. MENDES, E. Família De Crianças Com Deficiência E Profissionais: Componentes Da Parceria Colaborativa Na Escola. In: **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, Mai.-Ago. 2008, v.14, n.2, p.217-234.

SILVA, M.; MULICK, J. A. **Diagnosticando o Transtorno Autista:** aspectos fundamentais e considerações práticas. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2009, 29 (1), 116-131

SUPLINO, Maryse. **Retratos E Imagens Das Vivências Inclusivas De Dois Alunos Com Autismo Em Classes Regulares.** Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007. Tese (Doutorado em Educação).

TAMANAH, A.C.; PERISSINOTO, J.; CHIARI, B.M. **Evolução da criança autista em diferentes contextos de intervenção a partir das respostas das mães ao autism behavior checklist.** *Pró-Fono.* Revista de Atualização Científica. 2008 jul-set;20(3):165-70.

UNESCO. **Declaração de Salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais.** Brasília: CORDE, 1994.

UNESCO. **The Open File on Inclusive Education.** Paris: UNESCO, 2001.

VASQUES, C. K. **Estudo sobre a Escolarização de Sujeitos com Psicose Infantil.** Dissertação de Mestrado em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre/RS, 2003.

_____. A babel diagnóstica e a escolarização de sujeitos com autismo e psicose infantil: atos de uma leitura. In: **Reflexão & Ação**. v.17, n 1, 2009.

_____. **Alice na biblioteca mágica**: uma leitura sobre o diagnóstico e a escolarização de crianças com autismo e psicose infantil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Tese (Doutorado em Educação).

VIDIGAL, M. J.; GUAPO, M. T. **Intervenção terapêutica no autismo e nas psicoses precoces**. *Aná. Psicológica*, Jun 1997, vol.15, no.2, p.207-219. ISSN 0870-8231

VIEIRA, S. **Como escrever uma tese**. 5. ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

VISANI, P.; RABELLO, S. **Considerações sobre o diagnóstico precoce na clínica do autismo e das psicoses infantis**. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 293-308, junho 2012.

ZANATA, E. **Práticas Pedagógicas Inclusivas para alunos surdos numa pe colaborativa**. São Carlos: UFSCAR. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) 2004.

ANEXOS

ANEXO A:

**FORMULÁRIO DE LEVANTAMENTO DE CRIANÇAS COM SINAIS
DO ESPECTRO DO AUTISMO NA REDE MUNICIPAL DE
EDUCAÇÃO INFANTIL**



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

**Formulário de levantamento de crianças com sinais do espectro do autismo na Rede
municipal de Educação Infantil**

Este formulário é parte integrante da pesquisa intitulada: LEVANTAMENTO DE CRIANÇA COM SINAIS DO ESPECTRO DO AUTISMO NA PERSPECTIVA DOS PROFESSORES DA REDE, realizada pela mestranda Simone Félix da Costa Fontana sob orientação da Prof. Dra. Morgana de Fátima Agostini Martins e tem por objetivos:

- a) levantar o número de criança com sinais do espectro do autismo, com ou sem diagnóstico médico, inseridos na rede Municipal de Educação Infantil de Dourados/MS;
- b) identificar e caracterizar os alunos com sinais do espectro do autismo matriculados;
- c) conhecer a percepção das professoras em relação aos sinais e comportamentos específicos dessas crianças.

Instruções:

Por favor, preencha o nome da escola e o seu nome completo na folha a seguir.

Leia com atenção cada uma das questões e assinale sim ou não.

Não deixe nenhuma questão em branco.

Qualquer dúvida estou a disposição.

Muito obrigada por sua participação.

Simone Félix da Costa Fontana

Fone: (67) 9913-5833 e-mail: simonefelixdacosta@hotmail.com



Nome completo da Escola ou CEIM:

Você sabe o que é Autismo?

sim não

Assinale abaixo as características que você considera ser de um Autista

Usa as pessoas como ferramentas para fazer pedidos ou solicitar objetos? (Puxa pelo braço, aponta usando a mão de colegas, como exemplos).

sim não

Mantém contato visual

sim não

Age como se fosse “surdo”? (Quando você o chama ele não responde)

sim não

Recusa-se a fazer tarefas ou engajar-se em atividades?

sim não

Emite risos e movimentos em momentos inapropriados e sem motivo aparente?

sim não

Resiste ao contato físico?

sim não

Demonstra agressividade com outras crianças ou professores.

sim não

Demonstra medo de perigos? (como por exemplo, fogo, tomadas elétricas, rua, etc.).

()sim ()não

Apresenta comportamento indiferente e arredoio no contato com pessoas?

()sim ()não

Gosta de girar e empilhar de maneira diferente objetos? (brinquedos, materiais escolares, etc.).

()sim ()não

Tem dificuldade para aceitar as regras estabelecidas para o grupo?

()sim () não

A criança tem dificuldade em socializar-se com os demais alunos? (brincar, manter diálogos, realizar atividades).

()sim ()não

Você tem algum aluno com algum desses sinais?

()sim ()não

15 - Se sim, quantos? _____

**ANEXO B:
ESCALA CARS**

Nome: _____
_____.

Professora/APOIO/REGENTE: _____

Nome da Escola ou CEIM:

Nome do Aluno: _____

Idade: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Apresenta Linguagem: Sim () Não ()

Apresenta Outros Comprometimentos: Sim () Não ()

Se Sim Quais:

Série: _____

Período: Matutino () Vespertino () Integral ()

CARS- Childhood Autism Rating Scale VERSÃO EM PORTUGUÊS¹⁵

I. RELAÇÕES PESSOAIS

1. Nenhuma evidência de dificuldade ou anormalidade nas relações pessoais: O comportamento da criança é adequado à sua idade. Alguma timidez, nervosismo ou aborrecimento podem ser observados quando é dito à criança o que fazer, mas não em grau atípico.

1.5

2. Relações levemente anormais: A criança pode evitar olhar o adulto nos olhos, evitar o adulto ou ter uma reação exagerada se a interação é forçada, ser excessivamente tímido, não responder ao adulto como esperado ou agarrar-se ao pais um pouco mais que a maioria das crianças da mesma idade

2.5

3. Relações moderadamente anormais: Às vezes, a criança demonstra indiferença (parece ignorar o adulto). Outras vezes, tentativas persistentes e vigorosas são necessárias para se conseguir a atenção da criança. O contato iniciado pela criança é mínimo.

3.5

4. Relações gravemente anormais: A criança está constantemente indiferente ou inconsciente ao que o adulto está fazendo. Ela quase nunca responde ou inicia contato com o adulto. Somente a tentativa mais persistente para atrair a atenção tem algum efeito.

Observações: _____

II. IMITAÇÃO

1-Imitação adequada: A criança pode imitar sons, palavras e movimentos, os quais são adequados para o seu nível de habilidade.

1.5

¹⁵ Retirada da dissertação de Alessandra Marques Pereira – Autismo Infantil: Tradução e Validação da CARS, Porto Alegre, 2007

2. Imitação levemente anormal: Na maior parte do tempo, a criança imita comportamentos simples como bater palmas ou sons verbais isolados; ocasionalmente imita somente após estimulação ou com atraso.

2.5

3. Imitação moderadamente anormal: A criança imita apenas parte do tempo e requer uma grande dose de persistência ou ajuda do adulto; freqüentemente imita apenas após um tempo (com atraso).

3.5

4. Imitação gravemente anormal: A criança raramente ou nunca imita sons, palavras ou movimentos mesmo com estímulo e assistência.

Observações: _____

III. RESPOSTA EMOCIONAL

1. Resposta emocional adequada à situação e à idade: A criança demonstra tipo e grau adequados de resposta emocional, indicada por uma mudança na expressão facial, postura e conduta.

1.5

2. Resposta emocional levemente anormal: A criança ocasionalmente apresenta um tipo ou grau inadequados de resposta emocional. As vezes, suas reações não estão relacionadas a objetos ou a eventos ao seu redor.

2.5

3. Resposta emocional moderadamente anormal: A criança demonstra s ; resposta emocional inadequada (tipo ou grau). As reações podem ser bast ; i excessivas e sem relação com a situação; pode fazer caretas, rir ou tornar-se rígida até mesmo quando não estejam presentes objetos ou eventos produtores de emoção.

3.5

4. Resposta emocional gravemente anormal: As respostas são raramente adequadas a situação. Uma vez que a criança atinja um determinado humor, é muito difícil alterá-lo. Por outro lado, a criança pode demonstrar emoções diferentes quando nada mudou.

Observações: _____

IV. USO CORPORAL

1. Uso corporal adequado à idade: A criança move-se com a mesma facilidade, agilidade e coordenação de uma criança normal da mesma idade.

1.5

2. Uso corporal levemente anormal: Algumas peculiaridades podem estar presentes, tais como falta de jeito, movimentos repetitivos, pouca coordenação ou a presença rara de movimentos incomuns

2.5

3. Uso corporal moderadamente anormal: Comportamentos que são claramente estranhos ou incomuns para uma criança desta idade podem incluir movimentos estranhos com os dedos, postura peculiar dos dedos ou corpo, olhar fixo, beliscar o corpo, auto-agressão, balanceio, girar ou caminhar nas pontas dos pés.

3.5

4. Uso corporal gravemente anormal: Movimentos intensos ou freqüentes do tipo listado acima são sinais de uso corporal gravemente anormal. Estes comportamentos podem persistir apesar das tentativas de desencorajar as crianças a fazê-los ou de envolver a criança em outras atividades.

Observações: _____

V. USO DE OBJETOS

1. Uso e interesse adequados por brinquedos e outros objetos: A criança demonstra interesse normal por brinquedos e outros objetos adequados para o seu nível de habilidade e os utiliza de maneira adequada.

1.5

2. Uso e interesse levemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar um interesse atípico por um brinquedo ou brincar com ele de forma inadequada, de um modo pueril (exemplo: batendo ou sugando o brinquedo)

2.5

3. Uso e interesse moderadamente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode demonstrar pouco interesse por brinquedos ou outros objetos, ou pode estar preocupada em usá-los de maneira estranha. Ela pode concentrar-se em alguma parte insignificante do brinquedo, tornar-se fascinada com a luz que reflete do mesmo, repetitivamente mover alguma parte do objeto ou exclusivamente brincar com ele.

3.5

4. Uso e interesse gravemente inadequados por brinquedos e outros objetos: A criança pode engajar-se nos mesmos comportamentos citados acima, porém com maior frequência e intensidade. É difícil distrair a criança quando ela está engajada nestas atividades inadequadas.

Observações: _____

VI. RESPOSTA A MUDANÇAS

1. Respostas à mudança adequadas a idade: Embora a criança possa perceber ou comentar as mudanças na rotina, ela é capaz de aceitar estas mudanças sem angústia excessiva.

1.5

2. Respostas à mudança adequadas à idade levemente anormal: Quando um adulto tenta mudar tarefas, a criança pode continuar na mesma atividade ou usar os mesmos materiais.

2.5

3. Respostas à mudança adequadas à idade moderadamente anormal: A criança resiste ativamente a mudanças na rotina, tenta continuar sua antiga atividade e é difícil de distraí-la. Ela pode tornar-se infeliz e zangada quando uma rotina estabelecida é alterada.

3.5

4. Respostas à mudança adequadas à idade gravemente anormal: A criança demonstra reações graves às mudanças. Se uma mudança é forçada, ela pode tornar-se extremamente zangada ou não disposta a ajudar e responder com acessos de raiva.

Observações: _____

VII. RESPOSTA VISUAL

1. Resposta visual adequada: O comportamento visual da criança é normal e adequado para sua idade. A visão é utilizada em conjunto com outros sentidos como forma de explorar um objeto novo.

1.5

2. Resposta visual levemente anormal: A criança precisa, ocasionalmente, ser lembrada de olhar para os objetos. A criança pode estar mais interessada em olhar espelhos ou luzes do que o fazem seus pares, pode ocasionalmente olhar fixamente para o espaço, ou pode evitar olhar as pessoas nos olhos.

2.5

3. Resposta visual moderadamente anormal: A criança deve ser lembrada freqüentemente de olhar para o que está fazendo, ela pode olhar fixamente para o espaço, evitar olhar as pessoas nos olhos, olhar objetos de um ângulo incomum ou segurar os objetos muito próximos aos olhos.

3.5

4. Resposta visual gravemente anormal: A criança evita constantemente olhar para as pessoas ou para certos objetos e pode demonstrar formas extremas de outras peculiaridades visuais descritas acima.

Observações: _____

VIII. RESPOSTA AUDITIVA

1. Respostas auditivas adequadas para a idade: O comportamento auditivo da criança é normal e adequado para idade. A audição é utilizada junto com outros sentidos.

1.5

2. Respostas auditivas levemente anormal: Pode haver ausência de resposta ou uma resposta levemente exagerada a certos sons. Respostas a sons podem ser atrasadas e os sons podem necessitar de repetição para prender a atenção da criança. A criança pode ser distraída por sons externos.

2.5

3. Respostas auditivas moderadamente anormal: As respostas da criança aos sons variam. Frequentemente ignora o som nas primeiras vezes em que é feito. Pode assustar-se ou cobrir as orelhas ao ouvir alguns sons do cotidiano.

3.5

4. Respostas auditivas gravemente anormal: A criança reage exageradamente e/ou ou despreza sons num grau extremamente significativo, independente do tipo de som.

Observações: _____

IX. RESPOSTA E USO DO PALADAR, OLFATO E TATO

1. Uso e resposta normais do paladar, olfato e tato: A criança explora novos objetos de um modo adequado a sua idade, geralmente sentindo ou olhando. Paladar ou olfato podem ser usados quando adequados. Ao reagir a pequenas dores do dia-a-dia, a criança expressa desconforto, mas não reage exageradamente.

1.5

2. Uso e resposta levemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode persistir em colocar objetos na boca; pode cheirar ou provar/experimentar objetos não comestíveis. Pode ignorar ou ter reação levemente exagerada à uma dor mínima, para a qual uma criança normal expressaria somente desconforto.

2.5

3. Uso e resposta moderadamente anormais do paladar, olfato e tato: A criança pode estar moderadamente preocupada em tocar, cheirar ou provar objetos ou pessoas. A criança pode reagir demais ou muito pouco.

3.5

4. Uso e resposta gravemente anormais do paladar, olfato e tato: A criança está preocupada em cheirar, provar e sentir objetos, mais pela sensação do que pela exploração ou uso normal

dos objetos. A criança pode ignorar completamente a dor ou reagir muito fortemente a desconfortos leves.

Observações: _____

X. MEDO OU NERVOSISMO

1. Medo ou nervosismo normais: O comportamento da criança é adequado tanto à situação quanto à idade

1.5

2. Medo ou nervosismo levemente anormais: A criança ocasionalmente demonstra muito ou pouco medo ou nervosismo quando comparada às reações de uma criança normal da mesma idade e em situação semelhante.

2.5

3. Medo ou nervosismo moderadamente anormais: A criança demonstra bastante mais ou bastante menos medo do que seria típico para uma criança mais nova ou mais velha em uma situação similar.

3.5

4. Medo ou nervosismo gravemente anormais: Medos persistem mesmo após experiências repetidas com eventos ou objetos inofensivos. É extremamente difícil acalmar ou confortar a criança. A criança pode, por outro lado, falhar em demonstrar consideração adequada aos riscos que outras crianças da mesma idade evitam.

Observações: _____

XI. COMUNICAÇÃO VERBAL

1. Comunicação verbal normal, adequada a idade e à situação.

1.5

2. Comunicação verbal levemente anormal: A fala demonstra um atraso global. A maior parte do discurso tem significado; porém, alguma ecolalia ou inversão pronominal podem ocorrer. Algumas palavras peculiares ou jargões podem ser usados ocasionalmente.

2.5

3. Comunicação verbal moderadamente anormal: A fala pode estar ausente. Quando presente, a comunicação verbal pode ser uma mistura de alguma fala significativa e alguma linguagem peculiar, tais como jargão, ecolalia ou inversão pronominal. As peculiaridades na fala significativa podem incluir questionamentos excessivos ou preocupação com algum tópico em particular.

3.5

4. Comunicação verbal gravemente anormal: Fala significativa não é utilizada. A criança pode emitir gritos estridentes e infantis, sons animais ou bizarros, barulhos complexos semelhantes à fala, ou pode apresentar o uso bizarro e persistente de algumas palavras reconhecíveis ou frases.

Observações: _____

XII. COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

1. Uso normal da comunicação não-verbal adequado à idade e situação

1.5

2. Uso da comunicação não-verbal levemente anormal: Uso imaturo da comunicação não-verbal; a criança pode somente apontar vagamente ou esticar-se para alcançar o que quer, nas mesmas situações nas quais uma criança da mesma idade pode apontar ou gestos especificamente para indicar o que deseja.

2.5

3. Uso da comunicação não-verbal moderadamente anormal: A criança geralmente é incapaz de expressar suas necessidades ou desejos de forma não verbal, e não consegue compreender a comunicação não-verbal dos outros.

3.5

4. Uso da comunicação não-verbal gravemente anormal: A criança utiliza somente gestos bizarros ou peculiares, sem significado aparente, e não demonstra nenhum conhecimento do significados associados aos gestos ou expressões faciais dos outros.

Observações: _____

XIII. NÍVEL DE ATIVIDADE

1. Nível de atividade normal para idade e circunstâncias: A criança não é nem mais nem menos ativa que uma criança normal da mesma idade em uma situação semelhante.

1.5

2. Nível de atividade levemente anormal: A criança pode tanto ser um pouco irrequieta quanto um pouco —preguiçosa , apresentando, algumas vezes, movimentos lentos. O nível de atividade da criança interfere apenas levemente no seu desempenho.

2.5

3. Nível de atividade moderadamente anormal: A criança pode ser bastante ativa e difícil de conter. Ela pode ter uma energia ilimitada ou pode não ir prontamente para a cama à noite. Por outro lado, a criança pode ser bastante letárgica e necessitar de um grande estímulo para mover-se.

3.5

4. Nível de atividade gravemente anormal: A criança exhibe extremos de atividade ou inatividade e pode até mesmo mudar de um extremo ao outro.

Observações: _____

XIV. NÍVEL E CONSISTÊNCIA DA RESPOSTA INTELECTUAL

1. A inteligência é normal e razoavelmente consistente em várias áreas: A criança é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade e não tem qualquer habilidade intelectual ou problemas incomuns.

1.5

2. Funcionamento intelectual levemente anormal: A criança não é tão inteligente quanto crianças típicas da mesma idade; as habilidades apresentam-se razoavelmente regulares através de todas as áreas.

2.5

3. Funcionamento intelectual moderadamente anormal: Em geral, a criança não é tão inteligente quanto uma típica criança da mesma idade, porém, a criança pode funcionar próximo do normal em uma ou mais áreas intelectuais.

3.5

4. Funcionamento intelectual gravemente anormal: Embora a criança geralmente não seja tão inteligente quanto uma criança típica da mesma idade, ela pode funcionar até mesmo melhor que uma criança normal da mesma idade em uma ou mais áreas.

Observações: _____

XV. IMPRESSÕES GERAIS

1. Sem autismo: a criança não apresenta nenhum dos sintomas característicos do autismo.

1.5

2. Autismo leve: A criança apresenta somente um pequeno número de sintomas ou somente um grau leve de autismo.

2.5

3. Autismo moderado: A criança apresenta muitos sintomas ou um grau moderado de autismo.

3.5

4. Autismo grave: a criança apresenta inúmeros sintomas ou um grau extremo de autismo

Observações: _____

Escore por categoria

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Total

Resultado:

15-30: sem autismo

30-36: autismo leve-moderado

36-60: autismo grave